

**FACULDADE NOVOS HORIZONTES**

Programa de Pós-graduação em Administração  
Mestrado

**O PROGRAMA "ENVELHECER COM SAÚDE" COMO  
INSTRUMENTO DE MARKETING DE RELACIONAMENTO EM UMA  
OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE.**

Norma Tereza Diniz de Sousa Pereira

Belo Horizonte  
2008

Norma Tereza Diniz de Sousa Pereira

**O "PROGRAMA ENVELHECER COM SAÚDE" COMO  
INSTRUMENTO DE MARKETING DE RELACIONAMENTO EM UMA  
OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Administração.

Área de Concentração: Tecnologias de Gestão e Competitividade.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Minadeo

Belo Horizonte  
2008

## FICHA CATALOGRÁFICA

P436p Pereira, Norma Tereza Diniz de Sousa.  
O programa “Envelhecer com Saúde” como instrumento de marketing de relacionamento em uma operadora de planos de saúde / Norma Tereza Diniz de Sousa. – Belo Horizonte: 2008. 111 f.

Orientador: Roberto Minadeo  
Dissertação (mestrado) – Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração

1. Marketing. 2. Marketing de relacionamento. 3. Setor de saúde - Marketing. 4. Setor de Saúde – Marketing de relacionamento. 5. Marketing (Terceira idade). I. Roberto Minadeo. II. Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração. III. Título

CDD: 658.8

Dedico ao meu pai, Antônio Faria de Sousa, mestre na ciência da vida, a quem devo integralmente mais esta conquista.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus e a Jesus, meus Mestres Maiores, porque foi com o amparo Deles que cheguei até aqui e se posso agradecer a tantas pessoas, foi por obra Deles que elas fazem parte da minha vida.

Aos meus filhos Juliano Júnior e Tiago, forças propulsoras que me fazem caminhar.

A minha mãezinha e minha senhora Maria Beatriz, meu irmão Júnior e minha irmã Luciana, que se apresentaram ao Pai celeste no transcurso deste mestrado, cujas presenças me rodeiam diuturnamente, cheias de luz, guiando meus passos. Meu amor eterno e infinito.

A Júnior, Stellinha, Giovanna, Antônio Henrique e Felipe, que me acolheram em Belo Horizonte durante os dias do mestrado. Que Deus em Sua misericórdia infinita os amparem e os abençoem.

A minha família, em especial meus irmãos e minhas irmãs, pela força e palavras de incentivo.

Ao meu orientador Prof. Dr. Roberto Minadeo, grande incentivador. Sem palavras para agradecer.

A todos os mestres, em especial Dr. Fernando Coutinho Garcia, Dra. Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo e Dra. Ester Jeunon.

Aos amigos e companheiros de mestrado, com quem dividi minhas angústias, anseios e alegrias.

A Júnia Mara, pessoa ímpar, de doçura incontestável, meu reconhecimento por tudo.

Ao Luciano Morato e ao Edinho, amigos leais, que me incentivaram e me auxiliaram de maneira especial, e com quem “peguei carona”, em todos os sentidos, nesta jornada do mestrado.

A Dra. Neli, Tereza e Andréia que me ajudaram em muitas etapas do trabalho.

A Unimed Sete Lagoas, que possibilitou este mestrado, disponibilizando recursos e oportunizando esta pesquisa.

Ao Dr. Alexandre Magno Mendes Venuto, Dr. Ricardo Silva Ramos, e a Marisa Figueiredo, Jacqueline e Mariana, pela boa vontade na concessão das entrevistas e aplicação dos questionários.

Ao Dr. Eduardo Costa Terra, ser humano iluminado, obrigada por tudo.

Aos meus colegas de trabalho e aos diretores da Unimed que me estimularam e me proporcionaram tranquilidade para o encerramento deste trabalho.

As copeiras da faculdade, pelos cafés durante as aulas, aos porteiros que nos recebiam com um sorriso, as secretárias da pós-graduação pela paciência e atenção que me dispensaram.

A todos que de alguma forma colaboraram para a conclusão do mestrado.

E, finalmente, ao meu pai querido, a quem dediquei este trabalho, o meu agradecimento especial e meu amor incondicional. Sem o senhor nada disto seria possível. Que Deus lhe abençoe papai.

*Na tua longa estrada, só tu tens o poder de transformar espinhos em flores perfumadas, que ao sol da confiança enfeitem seus caminhos.  
Imita a natureza que se desfaz em luz até o entardecer e quando a noite chega, no céu acende estrelas, até o amanhecer.*

Espírito Dolores Duran, psicografia de Brunilde M. do Espírito Santo.

Norma Tereza Diniz de Sousa Pereira. **O programa “Envelhecer com Saúde” como instrumento de marketing de relacionamento em uma operadora de planos de saúde.** 2008. 111 f. Dissertação de Mestrado. Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2008.

## RESUMO

O presente trabalho tem como tema o marketing de relacionamento. Seu objetivo principal é verificar o programa “Envelhecer com Saúde”, desenvolvido pela Unimed Sete Lagoas, em duas vertentes: como ferramenta de marketing de relacionamento com os clientes da terceira idade; e como fonte de resultados para a empresa. Sua estrutura apóia-se em uma discussão teórica que procurou situar os conceitos sobre marketing, de forma genérica, e de marketing de relacionamento, de forma específica, com ênfase no marketing de relacionamento do setor da saúde. Também, aborda os assuntos: teoria sobre valor para o consumidor, satisfação e retenção do consumidor, ambiente social, envelhecimento populacional no mundo e no Brasil e estudou-se brevemente o segmento mercadológico representado pela Terceira Idade, bem como os impactos do aumento da população idosa no setor saúde e nas operadoras de planos de saúde, e promoção da saúde e prevenção de doenças. Discute-se a empresa estudada no contexto da pesquisa, com fulcro no programa “Envelhecer com Saúde”, e descrevem-se os procedimentos metodológicos utilizados no presente trabalho. Finalmente, apresentam-se as conclusões do trabalho no que tange às respostas para os objetivos pretendidos.

**Palavras-chaves:** Marketing de relacionamento no setor de saúde. Operadora de planos de saúde. Envelhecimento populacional no Brasil. Promoção da saúde. Prevenção de doenças.

Norma Tereza Diniz de Sousa Pereira. **The program “To age with Health” as a tool for marketing relationship in a carrier of health plans.** 2008. 111 f. Dissertation of Masters. New Horizons School, Belo Horizonte, 2008.

### **ABSTRACT**

This work has the theme of the marketing relationship. Its main goal is to check the program “To age with Health”, developed by Unimed Sete Lagoas, in two parts: as a tool for marketing relationships with customers of the third age, and as a source of results for the company. Its structure supports up to a theoretical discussion that sought situate the concepts about marketing in general, and marketing of relationships, in a specific way, with an emphasis in marketing relationship of the health sector. Also, addresses the topics: theory of value to the consumer, the consumer satisfaction and retention, social environment, population ageing in the world and in Brazil and looked up briefly the merchandising represented by the Third Age, as well as the impacts of increased population elderly in the health sector and the operators of plans for health, and health promotion and disease prevention. It discusses the company studied in the context of search, with focus in the program “To age with Health”, and describe it is the methodological procedures used in this work. Finally, are the conclusions of the work with regard to the answers to the objectives sought.

**Keywords:** Marketing relationship in the sector of health. Operator of health plans. Aging population in Brazil. Health promotion. Prevention of diseases.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número de pessoas acima de 60 anos de idade em regiões mais ou menos desenvolvidas, 1970, 2002 e 2025.....	47
Figura 2 - Distribuição geográfica do Sistema Unimed.....	88
Figura 3 - Demandas espontânea e ativa de Modelo Cuidador para clientes Unimed elaborado pela Federação das Unimeds de Minas Gerais.....	91
Figura 4 - Programas “Univida”.....	93
Figura 5 – Programa “Envelhecer com Saúde”.....	97

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Utilização diferenciada em função do número de diagnósticos de condições crônicas, população americana, em 1996.....	85
---	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modelo dos 11 Cs de Gordon (2002) do marketing de relacionamento adaptado para a área de saúde.....	34
--	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico1 – Avaliação da iniciativa da Unimed Sete Lagoas em promover o programa “Envelhecer com Saúde”.....	77
Gráfico 2 – Opinião sobre o fato de ter um plano de saúde que oferece oportunidade de participar de projetos como o programa “Envelhecer com Saúde”.....	77
Gráfico 3 – Oportunidade de conhecimentos proporcionados pela participação no programa “Envelhecer com Saúde”.....	78
Gráfico 4 – Avaliação da participação no programa “Envelhecer com Saúde” no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida.....	78
Gráfico 5 – Opinião sobre a abordagem do Programa que mais contribuiu para a melhora da qualidade de vida.....	79
Gráfico 6 – Opinião sobre o Programa após a participação.....	79
Gráfico 7 – Motivo que levou a participar do Programa.....	80
Gráfico 8 – Opinião sobre a troca de experiências com os participantes do Programa.....	80
Gráfico 9 – Percepção de valor dos entrevistados sobre o desenvolvimento e aplicação de um programa criado especialmente para suas necessidades.....	81
Gráfico 10 - Número de consultas utilizadas.....	84
Gráfico 11 - Número de exames utilizados.....	84

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACI - Aliança Cooperativa Internacional

ANS - Agência Nacional de Saúde

CONSU - Conselho de saúde Suplementar

DMAA - Associação Americana de Gerenciamento de Doenças

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBRC - Instituto Brasileiro de Relações com o Cliente

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IN - Instrução Normativa

MP - Medida Provisória

OCDE - Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ONU - Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial da Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RN - Resolução Normativas

RO – Resolução Operacional

SADT - Serviço auxiliar em diagnóstico e terapia

UNIMED - União dos Médicos

UNIMEC - União de Usuários Médicos e Cajas S/A

WHO - World Health Organizations

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2 O PROBLEMA DE PESQUISA.....</b>	<b>21</b>
2.1 Objetivos .....	23
2.1.1 Objetivo geral .....	23
2.1.2 Objetivos específicos.....	23
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>24</b>
3.1 Marketing .....	24
3.2 Marketing de relacionamento .....	27
3.3 Marketing de relacionamento no setor saúde .....	32
3.4 Valor para o consumidor .....	36
3.5 Satisfação/retenção do consumidor .....	40
3.6 O ambiente social .....	42
3.7 O envelhecimento populacional em geral e no Brasil em particular .....	44
3.8 Segmento mercadológico representado pela Terceira Idade .....	48
3.9 Impactos do aumento da população idosa no setor saúde .....	50
3.10 Impactos do aumento da população idosa nas operadoras de planos de saúde: o ambiente legal .....	53

3.11 Promoção da saúde e prevenção de doenças .....	60
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>65</b>
4.1 Classificação e tipologia da pesquisa .....	66
4.2 Unidades de análise e observação .....	67
4.3 Coleta e tratamento dos dados .....	68
<b>5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>71</b>
5.1 Entrevistas .....	71
5.1.1 O programa “Envelhecer com Saúde” sob a ótica do ex-diretor presidente da Unimed Sete Lagoas e seu idealizador .....	71
5.1.2 O programa “Envelhecer com Saúde” sob a ótica do coordenador do departamento de Promoção da Saúde .....	72
5.1.3 O programa “Envelhecer com Saúde” sob a ótica da coordenadora do departamento de Comunicação e Marketing .....	73
5.2 Questionário .....	76
5.3 Análise documental .....	82
<b>6 O SISTEMA UNIMED .....</b>	<b>86</b>
<b>7 A UNIMED SETE LAGOAS NO CONTEXTO DA PESQUISA .....</b>	<b>89</b>
7.1 Programas de promoção da saúde e prevenção de doenças da Unimed Sete Lagoas .....	92
<b>8 O PROGRAMA “ENVELHECER COM SAÚDE” .....</b>	<b>95</b>

<b>9 CONCLUSÃO .....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>109</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O ambiente empresarial vem exigindo daqueles que estão nele inseridos procedimentos cada vez mais dinâmicos, em razão da agressiva e persistente concorrência. Este cenário é fruto dos avanços tecnológicos, da competição global propiciada pela abertura dos mercados, da implantação de programas de gestão pela qualidade total, do ativismo dos consumidores, de considerações éticas e de inúmeras outras influências.

Nessa nova era, a construção de relacionamentos com os clientes passou a ser encarada pelo marketing com uma ênfase mais forte, mudando de forma significativa suas ações, que assumiram um perfil mais complexo e exigente.

Nesse contexto, Borba (2007, p. 102) preconiza que “enquanto o marketing de relações busca vantagens competitivas em relação aos concorrentes e dá ênfase às transações, o marketing de relacionamento objetiva o compartilhamento com os parceiros e fornecedores e a interação com os clientes”.

A contigüidade e a exigüidade de prazos caracterizam as mudanças que ocorrem nos ambientes econômico e social em todo o mundo. A partir do último século, as rápidas mutações, principalmente as tecnológicas, e seus efeitos atuam como se não houvesse fronteiras nacionais (MCKENNA, 1999).

Diante de variadas inconstâncias, ao universo empresarial é imposto um treinamento do processo de raciocínio criativo para o desenvolvimento de atenção e a exploração e adaptação às novas formas de abordar estratégias empresariais e de marketing (MCKENNA, 1999).

É fato que as estratégias empresariais para o futuro devem, necessariamente, prever as maneiras de lidar com um mercado em mutação. Diante de tantas mudanças, como as empresas devem agir para que os seus clientes não mudem para o concorrente?

Toffler (1990), citado por Mckenna (1999), responde a esta questão advertindo que a mudança deve ser tratada do ponto de vista dos indivíduos que a vivenciam. E como conhecer o ponto de vista dos clientes? Criando canais de relações duradouras com eles. Vavra (1993, p. 32) enfatiza que “manter clientes exige o estabelecimento de um relacionamento com eles”.

O marketing de relacionamento surge neste contexto como uma ferramenta que foca suas ações na retenção de clientes, desafio que é bem maior do que a captação de clientes.

A captação de clientes é importante em qualquer negócio, mas a retenção destes clientes é que irá garantir a sua sobrevivência.

É possível afirmar que, diante de um cenário mercadológico altamente competitivo, a manutenção de relacionamentos com os clientes que possibilite o conhecimento de suas expectativas, estágio de vida e satisfação de suas necessidades é o caminho que deve ser trilhado para o alcance da manutenção do poder de competitividade.

Vavra (1993, p. 23) preconiza que, na mesma medida em que a natureza da concorrência muda, o consumidor e seu comportamento também sofrem alterações. Ressalta, ainda, que “o amadurecimento do mercado significa que consumidores mais velhos estão tomando maior número de decisões de compra baseados em suas experiências anteriores com serviços e produtos”.

Assim, diante da mudança do cenário pela qual o País vivencia, quanto ao crescimento de sua população acima de sessenta anos, a operadora de planos de saúde Unimed Sete Lagoas – Cooperativa de Trabalho Médico, na busca de um relacionamento que propicie a interatividade e a conectividade com os clientes da sua carteira de idosos, criou o programa “Envelhecer com Saúde”. Essa ação pode ser considerada uma base do processo de fidelização e atendimento das necessidades específicas deste grupo de clientes.

O objetivo geral deste trabalho consiste em analisar o programa “Envelhecer com Saúde”, desenvolvido pela Unimed Sete Lagoas, em duas vertentes: como

ferramenta de marketing de relacionamento com os clientes da terceira idade; e como fonte de resultados para empresa.

A pesquisa utilizada neste trabalho constitui um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa. Foram adotados como procedimentos para a coleta de dados duas entrevistas semi-estruturadas e uma entrevista não estruturada, aplicadas em três profissionais da Unimed Sete Lagoas, que permitiram a divulgação das mesmas, bem como a citação de seus nomes; um questionário com perguntas fechadas aplicado em 32 dos 43 participantes do Programa Envelhecer com Saúde e documentos da empresa estudada.

Este trabalho está estruturado em 9 capítulos, incluindo esta Introdução, de caráter informativo geral. O capítulo 2 apresenta o problema de pesquisa e descreve os objetivos deste estudo. O capítulo 3 detalha a fundamentação teórica que respalda o estudo. O capítulo 4 demonstra os procedimentos metodológicos que nortearam o estudo. O capítulo 5 compreende a apresentação e análise dos dados apurados. Os capítulos 6 e 7 abordam respectivamente o Sistema Unimed e a Unimed Sete Lagoas contextualizada na pesquisa e o capítulo 8 apresenta o programa “Envelhecer com Saúde”. O capítulo 9 apresenta a conclusão do estudo, seguido das referências e dos apêndices.

## 2 O PROBLEMA DE PESQUISA

Segundo Escrivão Júnior (2007, p. 24), “o mercado de saúde vivencia atualmente uma combinação de custos em alta, preços em queda, acesso ao serviço cada vez mais difícil e grande variabilidade no seu desempenho”.

Essa realidade estende-se às operadoras de planos de saúde, prestadoras de assistência médica suplementar, reforçada notadamente por grupos específicos de clientes, como os idosos, que, naturalmente nesta fase da vida, em grande parte, demandam uma utilização mais expressiva de serviços médico-hospitalares.

Para a minimização dos impactos já mencionados no setor saúde, Alexandre Diogo, médico com especialização em marketing e presidente do Instituto Brasileiro de Relações com o Cliente (IBRC), declara, em entrevista concedida a Melo (2007), que precisa ser desmitificado o pensamento de que marketing não deve ser feito por profissionais ou entidades de saúde, já que estas organizações são empresas e os pacientes são clientes. Para ele, “todas as áreas precisam aproveitar melhor as ferramentas de marketing com o objetivo, sim, de gerar lucros”.

Fazer marketing na indústria ou no varejo já é uma tarefa complexa. Na área da saúde, a situação se assemelha à de um doente em graves condições. A adoção do marketing nessa área tem pouco mais de uma década e, além disso, a questão da saúde envolve mais emoção do que qualquer outro produto pode oferecer a clientes que são os mais variados possíveis. Portanto, nesta área o que vale mais é o relacionamento (MELO, 2007).

Melo (2007, p. 1) ainda pondera que “o relacionamento é o grande calcanhar-de-aquiles para a saúde”. Cada segmento, envolvendo operadoras, pacientes, médicos, colaboradores internos, redes de saúde suplementar e familiares do paciente, demanda uma forma diferente de se relacionar.

Há que se acrescentar que, em função de a Constituição do País tratar da obrigatoriedade de o Estado oferecer serviços como os de saúde ou de educação,

existe em amplos espectros da sociedade um forte preconceito diante da possibilidade de empresas privadas atuarem nessas áreas, sendo, conseqüentemente, remuneradas pela lucratividade de suas operações.

A construção de um banco de dados amparada por uma sólida pesquisa de marketing, que também fornece os subsídios para um eficaz programa de marketing de relacionamento, é um dos pilares estratégicos para que a empresa maximize os resultados.

Além disso, uma correta análise dos resultados obtidos em pesquisas acerca da evolução do impacto do retorno de cada subgrupo de clientes da empresa possibilitará a construção de estratégias mercadológicas que levarão à construção de diferenciais competitivos de valor.

Geralmente, as tomadas de decisão nas empresas costumam ignorar, por falta de conhecimento, a importância das pesquisas de marketing e suas análises no futuro de suas organizações.

As empresas que investirem mais na inteligência de marketing alcançarão grandes conquistas em seus mercados.

Faz-se necessário, portanto, compreender o perfil de cada público específico e traçar ações estratégicas para cada um deles.

Com base nessas considerações, a Unimed Sete Lagoas – Cooperativa de Trabalho Médico desenvolveu, a partir do ano de 2003, um programa exclusivo para os seus clientes da Terceira Idade, como meio de viabilização de um relacionamento estreito com este grupo de clientes, respaldado nos seguintes pilares: introdução do conceito de endomarketing, em que toda a organização saiba da importância deste programa; um profundo trabalho de inteligência envolvendo os dados coletados destes clientes; e a implementação, em todas as atividades do programa, de orientações sobre promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de informações fornecidas pelos próprios participantes do programa no que se refere às suas necessidades particulares e anseios próprios desta faixa etária.

Partindo dos antecedentes apresentados, formulou-se a pergunta que orientou esta pesquisa:

O programa “Envelhecer com Saúde”, desenvolvido pela Unimed Sete Lagoas, tem sido eficaz como ferramenta de marketing de relacionamento com os clientes com idade igual e acima de 60 anos e como fonte de resultados para a empresa?

## **2.1 Objetivos**

### **2.1.1 Objetivo geral**

Avaliar o programa “Envelhecer com Saúde” desenvolvido pela Unimed Sete Lagoas, em duas vertentes: como ferramenta de marketing de relacionamento com os clientes da terceira idade; e como fonte de resultados para empresa.

### **2.1.2 Objetivos específicos**

- Avaliar por meio da percepção dos gestores do programa “Envelhecer com Saúde” a utilização do programa como instrumento de marketing de relacionamento;
- Verificar se os participantes do programa “Envelhecer com Saúde” se sentem valorizados como clientes;
- Verificar como os participantes do programa “Envelhecer com Saúde” da Unimed Sete Lagoas avaliam os resultados obtidos em relação à prevenção de doenças e à promoção da saúde; e
- Verificar se a implementação do programa “Envelhecer com Saúde” contribuiu para reduzir a utilização da assistência médica pelos participantes do programa.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo divide-se em onze seções apoiadas em discussões teóricas que buscam situar os conceitos sobre marketing, de forma genérica, marketing de relacionamento, de forma específica, com ênfase no marketing de relacionamento do setor da saúde. Também, aborda os assuntos: teoria sobre valor para o consumidor, satisfação e retenção do consumidor, ambiente social, envelhecimento populacional no mundo e no Brasil e estudou-se brevemente o segmento mercadológico representado pela Terceira Idade, bem como os impactos do aumento da população idosa no setor saúde e nas operadoras de planos de saúde, e promoção da saúde e prevenção de doenças.

#### 3.1 Marketing

No Brasil, o marketing era entendido por poucos de forma correta e praticado por muitos apenas como propaganda. “Marketing e propaganda são freqüentemente tomados como sinônimos. É porque a propaganda é o que há de mais vistoso nas atividades de marketing de uma empresa” (SELLES; MINADEO, 2006, p. 10).

Sapoznik (2004) oferece para esta questão a seguinte interpretação:

O que é mais novo no Brasil é o uso mais integrado, pelas empresas, das diversas ferramentas que compõem a ciência do marketing. Até há uns 15 anos, “marketing” no Brasil significava quase que tão somente “propaganda”. Isso porque, em primeiro lugar, no Brasil, há veículos de mídia que atingem uma parcela muito grande da população, e, concentrando sua mensagem nesses veículos, era relativamente simples falar com todos os clientes. Em segundo lugar, e talvez mais relevante, nossa herança inflacionária corroía em grande parte quaisquer informações que se levantassem sobre o mercado. Com isso, várias das possibilidades de marketing, em especial aquelas que lidam com séries históricas de números, ficaram prejudicadas. Ora, com a estabilidade de nossa moeda, a partir do Plano Real, passamos a poder compilar informações que nos permitiam tomar decisões e medir o impacto dessas decisões (SAPOZNIK, 2004, p. 1).

É necessário, portanto, compreender o que é marketing, para que a utilização incorreta das ferramentas mercadológicas seja sanada a partir da superação de uma

série de impeditivos, a começar pelo discernimento de que propaganda é marketing, mas marketing não é só propaganda.

A visão abrangente do conceito de marketing permite a utilização de instrumentos disponibilizados por estratégias que se constituem em cabedal rico para o desenvolvimento de produtos, serviços, atributos e inúmeras ações capazes de manter as empresas robustas perante o mercado e a concorrência.

Selles e Minadeo (2006, p. 6) apontam que “marketing pode ser entendido como uma orientação da administração baseada no entendimento de que a tarefa primordial da organização é perceber as necessidades, desejos e valores de um mercado visado”. Ressaltam, também, a necessidade da adaptação para a promoção das satisfações desejadas de forma mais eficaz que seus concorrentes.

Para Kotler (2000, p. 30), “marketing é um processo social por meio do qual pessoas e grupos de pessoas obtêm o que necessitam e o que desejam com a criação, oferta e livre negociação de produtos e serviços de valor com outros”.

Marketing também pode ser entendido como o negócio total do ponto de vista de seu resultado final, ou seja, sob a ótica do consumidor, que, em última instância, é quem determina o sucesso empresarial (DRUCKER, 1999).

Passou a ser tema comum a questão da pouca sobrevivência das empresas. Algumas morrem e outras aparecem, porque em mercado regido pelos princípios de seleção natural sobrevivem as mais capacitadas (KOTLER, 1998).

O diferencial em um mercado regido por uma competição acirrada reside na capacidade das empresas de moldarem-se às demandas ditadas pelos imperativos ambientais atuais para poderem desenvolver e produzir bens e/ou serviços que as pessoas estão dispostas a pagar, acrescidos de valores. Tais valores somente podem ser detectados mediante um conhecimento profundo dos ambientes demográfico, econômico, natural, tecnológico, sociocultural e político-legal.

A mudança acelerada do cenário mercadológico leva o mundo dos negócios a testemunhar comportamentos que o leva forçosamente a sentir o ambiente externo e criar um banco de dados contendo informações demográficas e de estilo de vida, níveis de resposta a diferentes estímulos e transações anteriores, orquestrando suas ofertas para obter consumidores satisfeitos, que permanecerão fiéis (KOTLER, 1998).

O mercado é regido por transformações críticas e dinâmicas. O que era adequado ontem pode não corresponder à assertividade de hoje. Exemplo disso é que poucas décadas atrás as decisões de compras ficavam a cargo dos homens nos lares brasileiros, quadro que se inverteu com o crescente número de mulheres responsáveis pelo sustento da família. Paralelamente, é cada vez maior o número de pessoas que moram sozinhas, que se casam com idades mais avançadas, que constituem famílias cada vez menores e que se divorciam mais. Assim, diversos mercados consumidores são caracterizados por uma população mais velha. A soma destes fatores propicia o surgimento de grupos consumidores e de necessidades étnicas, produzindo, em consequência, a proliferação de estilos de vida de consumidores mais variados (KOTLER, 1998).

A diversidade de variáveis que devem ser observadas no processo de marketing baseia-se nos seguintes conceitos centrais: necessidades, desejos e demanda; produtos (bens, serviços e idéias); valor, custo e satisfação; troca e transações; relacionamentos e redes; mercados; e empresas e consumidores potenciais (KOTLER, 2000).

A percepção desses conceitos pode, em princípio, surgir carregada de desafios e dificuldades para que as necessidades, desejos e demandas dos consumidores sejam plenamente satisfeitos. No entanto, as mudanças impostas pela competitividade em atendimento às oscilações de perfis dos consumidores constituem um movimento positivo, que vem ampliar oportunidades para que as empresas aumentem o poder competitivo e desempenhem um papel responsável socialmente.

Enfim, a atividade de marketing tem sido definida e praticada de várias maneiras, que, em suma, refletem o aspecto amplo que a mesma abrange.

Fazendo um apanhado das muitas definições e práticas do marketing, a síntese que melhor atende ao propósito do presente trabalho é a definição de Morgan e Hunt (1994), citados por Gummesson (2005), de que o marketing envolve todas as atividades dirigidas a estabelecer, desenvolver e manter **trocias relacionais** de sucesso.

O marketing não pressupõe ações estáticas, estagnadas no tempo, alheias às diversas mudanças que o mercado apresenta de forma tão rápida; é um dos campos mais dinâmicos na arena administrativa. Novas idéias de marketing mantêm-se à tona para atender aos novos desafios do mercado (KOTLER, 1998).

É nesse contexto que se apresenta a importância do marketing como instrumento de busca de oportunidades no mercado por meio da superação de desafios, que consistem em atrair, satisfazer e reter clientes. O marketing de relacionamento emerge como uma estratégia para o alcance de vantagem competitiva.

### **3.2 Marketing de relacionamento**

O conceito de marketing de relacionamento é relativamente recente. Como todos os conceitos da área de Administração, este também surgiu de uma necessidade imposta pelo mercado (MCKENNA, 1999).

De acordo com Borba (2007, p. 66), a terminologia marketing de relacionamento (MR) surgiu em 1983, definida como a atração, manutenção e aumento do relacionamento com os clientes. Segundo o autor, “solidificar relacionamentos, transformar clientes indiferentes em leais e servi-los é que deveria ser considerado marketing”.

Gronroos (1997), citado por Slongo e Liberali (2004, p. 15), sustenta que “a partir da difusão do marketing de relacionamento, número crescente de estratégias de marketing vem sendo apresentado com base na noção do *continuum* transacional-

relacional”. Argumenta ainda que o estabelecimento de relacionamento com um consumidor consiste em atraí-lo e em construir um relacionamento no qual os objetivos econômicos sejam alcançados.

Richard (1994), citado por Kotler (2000, p. 35), preconiza que “marketing de relacionamento é a prática da construção de relações satisfatórias em longo prazo com partes-chave – consumidores, fornecedores e distribuidores – para reter sua preferência e negócios a longo prazo”.

O marketing de relacionamento é entendido como todo processo focado no cliente em tempo real; é a relação da organização com os seus clientes e o mercado, para lidar com os obstáculos que este sofre, além de ficar atento e saber enxergar, a todo momento, as oportunidades que surgem num ambiente de crescente competitividade (FIGUEIREDO; GODINHO, 2007).

Ian Gordon (2002) citado por Borba (2007, p. 25), descreve o marketing de relacionamento como “o processo contínuo de identificação e criação de novos valores com clientes individuais e o compartilhamento de seus benefícios durante uma vida toda de parceria”.

Diante de várias conceituações do marketing de relacionamento, ainda existe uma dicotomia no entendimento do que é marketing de relacionamento, que Sapoznik (2004) esclarece:

O Marketing de Relacionamento tem sido confundido, com frequência, com CRM, “*below-the-line*”, *database marketing*, “*one-to-one marketing*”, “*loyalty*” e várias outras expressões. Embora Marketing de Relacionamento esteja ligado a todos esses termos, na realidade, é algo muito mais amplo. Gosto da definição proposta pelo Carlson Marketing Group, parceiro da Incentive House: Marketing de Relacionamento é uma estratégia de negócios que visa construir proativamente uma preferência por uma organização com seus clientes, canais de distribuição e funcionários, contribuindo para o aumento do desempenho dessa organização e para resultados sustentáveis. Consiste, portanto, em lançar mão de várias ferramentas do marketing, integradas sob um grande “guarda-chuva”, que garante alinhamento estratégico e coerência de ação (SAPOZNIK, 2004, p. 1).

Hoje, os consumidores são detentores de uma gama variada de informações. Contam, também, com vários órgãos de proteção ao consumidor. Com isso, a relação que mantêm com as empresas mudou, passando a ocupar uma posição privilegiada no que se referem aos direitos, deveres e obrigações.

Essa mudança, aliada à forte concorrência e à globalização, concede ao consumidor o poder de ditar as regras em diversos segmentos de mercado.

As empresas devem entender muito bem o mercado e conhecer seu público-alvo de uma forma estreita, para que seja possível o atendimento das necessidades dos seus consumidores.

O marketing de relacionamento apresenta o conceito de intangibilidade de um produto ou serviço e trabalha bastante com a área subjetiva da mente do consumidor, lutando para que ele realmente se torne leal à sua marca (SAPOZNIK, 2004).

A questão da intangibilidade de um produto ou serviço, focada no marketing de relacionamento, é descrita por Munhoz (2003) da seguinte maneira:

No geral, podemos dizer que a percepção de produto por parte com consumidor se divide entre itens tangíveis e intangíveis - os tangíveis são aqueles facilmente mensuráveis, como preço (pode ser diretamente comparado, em números) [...] Aos fatores intangíveis cabe a tarefa de mostrar ao cliente que a empresa é única, e trata cada um de seus clientes de maneira igualmente única – são itens como o tipo de atendimento, a presteza de informações, a eficácia na resolução de problemas, a percepção das atuais e futuras necessidades e desejos de seus clientes etc. (MUNHOZ, 2003, p. 1).

Nessa linha de raciocínio, McKenna (1999, p. 58) faz referência ao marketing de relacionamento voltado para a fidelização de clientes por meio da criação de valor como “um conceito de intangibilidade de um produto ou serviço e o trabalho intensivo com a área subjetiva da mente do consumidor lutando para que ele se torne leal à sua marca”.

Apenas conhecendo os clientes e tentando estabelecer relacionamentos duradouros com eles, é que as empresas não os perderão. O conhecimento de suas peculiaridades e a satisfação delas é que permite que as empresas ganhem a fidelidade do consumidor e lhes poupe do trabalho de buscá-lo novamente no mercado.

Nesse contexto, o foco das empresas não deve ser no produto ou no cliente, e sim “o” cliente. Isso significa que as empresas devem ter um conhecimento tal de seu público a ponto de toda a corporação conseguir enxergar o produto/serviço da mesma forma que seus clientes: conseguir entender a sua mente, analisar suas percepções e, por fim, determinar estratégias que permitam atender da melhor forma a suas necessidades.

A ênfase no cliente por meio do marketing de relacionamento é explicada por Borba (2007) da seguinte maneira:

O marketing de relacionamento, diferentemente do marketing tradicional que se baseia na aplicação do marketing *mix* ou no emprego dos 4 Ps – produto, preço, promoção e praça – baseia-se na antecipação dos desejos e satisfação dos clientes. Preconiza ouvir, respeitar individualmente e responder na medida essencial às necessidades peculiares de cada cliente. Procura agregar valores identificados, conquistar e encantar clientes, mantendo-os fidelizados (BORBA, 2007 p. 67, 68).

Nesse sentido, o marketing é utilizado para criar uma relação forte entre empresa e cliente, na qual a marca terá o papel de transmitir as qualidades intangíveis da corporação, aquelas que realmente conquistam a lealdade do seu público (MCKENNA, 1999).

Corrêa Jr. (s/d) preconiza que, aproximando-se mais do cliente, as empresas diminuem os custos de comunicação, aprimoram seus produtos e serviços, e conseguem concretizar a desejada fidelização. A competitividade sustentável está respaldada na capacidade de manter clientes e atrair novos clientes por meio de recomendações de sua carteira de clientes.

Ainda, segundo Corrêa Jr. (s/d):

O marketing de relacionamento oportuniza conhecer e entender melhor o cliente, para, a partir daí, desenvolver novas ações que façam o cliente sentir-se especial e transformá-lo de desconhecido em consumidor, de consumidor em cliente e de cliente em amigo, o qual será propagador da empresa para outro amigo (CORRÊA JR., s/d).

A prática do relacionamento por intermédio do marketing trabalha transformando a percepção dos clientes em soluções para fidelização dos mesmos. A tradução do que os clientes querem e percebem é valioso instrumento do qual toda empresa deve valer-se sobre alguns questionamentos, cujas respostas constituem-se em ferramentas de inestimável valor.

Corrêa Jr. (s/d) aponta alguns questionamentos que as empresas devem sempre levar em consideração:

- a) Como são tratadas as reclamações na empresa?
- b) A empresa está realmente aberta para receber idéias e sugestões de clientes e colaboradores?
- c) Quais são os critérios para classificar e tratar os vários grupos de clientes?
- d) Quais são os clientes mais rentáveis para a empresa?
- e) Os clientes mais fiéis são recompensados de alguma forma?
- f) Há algum sistema que incentive os clientes a ajudarem na conquista de novos clientes?

Esses questionamentos encontram respaldo no tracejamento dos objetivos do marketing de relacionamento preconizados por Borba (2007, p. 25):

- procura criar valor para os clientes e compartilhar esse valor entre o produtor e o consumidor;
- reconhece o papel fundamental que os clientes individuais têm não apenas como compradores, mas também na definição do valor que desejam;
- exige que uma empresa, em consequência de sua estratégia de marketing e de seu foco no cliente, planeje e alinhe seus processos de negócios, sua comunicação, sua tecnologia e seu pessoal, para manter o valor que o cliente individual deseja;

- é um esforço contínuo e colaborativo entre o comprador e o vendedor, funcionando, assim, em tempo real;
- reconhece o valor dos clientes por seu período de vida de consumo, e não como clientes ou organizações individuais que devem ser abordados a cada ocasião de compra; e
- procura construir uma cadeia de relacionamentos dentro da organização para criar o valor desejado pelos clientes, assim como entre a organização e seus principais participantes, incluindo fornecedores, canais de distribuição intermediários e acionistas.

Desse modo, as empresas inteligentes tentam desenvolver confiança e relacionamentos “ganha-ganha” de longo prazo com consumidores, distribuidores, revendedores e fornecedores. Realizam isso prometendo e entregando alta qualidade, bons serviços e preços justos.

O marketing de relacionamento resulta em fortes vínculos econômicos, técnicos e sociais entre as partes, reduzindo custos de transação e tempo. O resultado final do marketing de relacionamento é a construção de um ativo exclusivo da empresa (KOTLER, 2000).

O estabelecimento de relacionamento com clientes possibilita oferecer mais do que o esperado: surpreender. Isso se traduz em um instrumento extremamente importante para que as diferenciações sejam notadas e os clientes tornem-se cada vez mais propensos a adquirir produtos e/ou serviços.

São motivos que vão além do aspecto material, originados de fatos inconscientes e motivadores, que tornam uma marca evidenciada e extremamente valiosa, pois ocupam uma posição de destaque no mercado: a mente do consumidor.

### **3.3 Marketing de relacionamento no setor saúde**

As perspectivas no cenário da saúde apontam para um ascendente processo de evolução da tecnologia, notadamente na nanotecnologia, na genética, na informática médica e na bioengenharia, especialmente com a física e a eletrônica médica. Os

avanços tecnológicos impulsionarão a medicina em espaço de tempo cada vez mais exíguo, principalmente nos campos da telemedicina e da robótica médica, com conseqüências nos custos envolvendo tanto as questões econômico-sociais quanto o acesso aos serviços (BORBA, 2007).

Considerando este cenário e observando as tendências do marketing de relacionamento, percebe-se que, como em todas as organizações, no setor da saúde é clara a consolidação da prática do marketing de relacionamento como uma tendência natural do processo a ser seguido.

Borba (2007) esclarece:

No caso da saúde essa tendência é plenamente visível e factível, especialmente nos relacionamentos com os gestores de operadores de sistemas de saúde, pois o uso desses instrumentos imprimirá velocidade, presteza e diminuirá os riscos e essencialmente os custos, reduzindo a freqüência de uso e de erros, pelo uso de meio eletrônico para processar e prestar serviços (BORBA, 2007, p. 99).

A despeito do ceticismo que existe em torno da eficácia do marketing de relacionamento como instrumento de fidelização de clientes no segmento da saúde, Skrabe (2003) observa que, para aqueles que não acreditam em fidelidade, a realização de eficientes ações de marketing de relacionamento em saúde pode trazer muitas surpresas.

De fato, a prática do marketing de relacionamento no setor de saúde não é tarefa simples; no entanto, não é inexequível, muito menos dispensável. Sobre esta questão, Skrabe (2003) acrescenta:

A aposta na fidelização, para reter e conquistar novos clientes decorre de atuais problemas como diminuição de carteira e aumento da concorrência, aliados ao novo perfil do consumidor moderno, que tem cada vez menos tempo e mais escolhas. É com base nestes preceitos que os programas de relacionamento, que fazem parte hoje, de todos os setores da economia, reservam um espaço especial para as Organizações e Sistemas de Saúde, que além de possuírem grande importância no contexto nacional e internacional, promovem ações que provocam repercussões nos ambientes econômico, político, social e cultural (SKRABE, 2003).

No segmento de prestação de assistência médica, a questão do relacionamento com os clientes externos torna-se mais sensível, considerando que os processos não podem ser apenas tecnológicos, pois, a despeito de toda a essencialidade da tecnologia para salvar e manter vidas, é preciso levar em conta, essencialmente, o calor humano. Ou seja, esse relacionamento necessariamente precisa ser humanizado (BORBA, 2007).

Segundo Skrabe (2003), o atual cenário do setor de saúde tem exigido um urgente aprimoramento dos modelos de gestão e da capacidade das organizações e sistemas de Saúde, públicas e privadas, em empregar seus recursos de forma mais eficiente e eficaz não apenas para influenciar diretamente seus resultados, mas também para garantir a sobrevivência no mercado.

Lima (2007) discorre que uma boa estratégia de marketing tem de observar hierarquias de prioridades das pessoas, de forma a oferecer a cada grupo cliente-paciente um conjunto de benefícios compatíveis com sua hierarquia de necessidades. É necessário considerar que a motivação de um cliente está vinculada à busca pelo atendimento do grupo de necessidades ainda não satisfeitas.

Portanto, como preconiza Skrabe (2003), seria impossível ditar uma fórmula de sucesso para o desenvolvimento de perfeitas ações de marketing de relacionamento, já que inúmeras situações diferentes surgem ao longo dos tempos. No entanto, voltar a atenção para a ótica do cliente pode garantir uma diminuição na percentagem de orçamentos anuais gastos pelas instituições neste tipo de ação.

Segundo Gordon (2002), citado por Borba (2007, p. 92), o marketing de relacionamento tem por base o modelo formado pelos 11 Cs do ideário da gestão do relacionamento. Orientado por este modelo, Borba (2007) elaborou a seguinte representação adaptada para a área da saúde, conforme demonstrada no QUADRO 1:

1 - Cliente	Definição de quais clientes serão atendidos, o vínculo e outros objetivos a serem alcançados e as estratégias a serem seguidas no trabalho com os clientes escolhidos para conseguir mútuos benefícios. Na saúde, os clientes não são classificados apenas como clientes internos e externos, mas também como clientes corporativos e profissionais. Os clientes
-------------	---

	corporativos, ou atores, são representados pelas organizações tomadoras de serviços: operadoras de planos, cooperativas médicas, Sistema Único de Saúde e outros. Como clientes profissionais, encontram-se os médicos autônomos e as empresas de profissionais, que se constituem no principal parceiro e cliente funcional da organização. Esses clientes ou parceiros devem ser encantados e fidelizados tanto quanto os clientes comprados de serviço.
2 - Categoria	O profissional de marketing de relacionamento deve definir o alcance das ofertas de produtos e de serviço a serem fornecidas ao cliente. Uma decisão secundária é saber se a empresa deveria, ela própria, produzir os produtos e serviços ou encontrar outros meios para entregá-los ao cliente, tais como marcas particulares ou terceirização. Mesmo quando das parcerias e terceirizações, os serviços de assistência à saúde são indissolúveis; por isso, recomenda-se que o processo seja da organização, e nunca de terceiros, mesmo que estes sejam parceiros fiéis.
3 - Capacidade	Estabelecimento das capacidades exigidas pela empresa, de modo a oferecer aos seus clientes o valor desejado e, em seguida, trabalhar com outras pessoas dentro da empresa para garantir que essas capacidades estejam disponíveis em escala, enfoque e qualidades suficientes. Na saúde, essa capacidade está relacionada à consistência do serviço e à credibilidade que a qualidade desses serviços oferece para os clientes. A organização líder do processo deve primar pela qualidade técnica das equipes e serviços, demonstrando com a construção sólida de <i>expertise</i> técnica que somente os processos acreditados podem oferecer.
4 - Custo, lucratividade e valor	Construção da lucratividade do cliente, por meio da criação de novos valores com os clientes. A empresa tem duas opções principais ao criar valor para os clientes: fazê-los mais competitivos em relação ao custo ou criar oportunidades de rendimento. No campo da saúde, a questão de valor, de competência essencial, é altamente importante. O paciente deseja o melhor tratamento, e o pacote de serviços deve trazer a alta especialização e a capacidade técnica dos profissionais e dos serviços como valor essencial, além da presteza, atenção e outros componentes da cadeia de valores que integram os serviços em saúde.
5 - Controle do contato com os processos monetários	Administração e controle dos processos associados aos contratos da conta por meio da garantia do recolhimento de dinheiro. Comandar a equipe concentrada no cliente e assegurar que os processos sejam desempenhados efetivamente no interesse mútuo do cliente e da empresa. "Saúde não tem preço, mas assistência tem custos". Os processos assistenciais devem ser controlados e a gestão de custos deve ser preocupação dos gestores, prestadores e tomadores de serviços.
6 - Colaboração e integração	Garantir acesso os principais tomadores de decisão, apoiar o aprendizado conjunto, a divisão estratégica e outras formas de colaboração estratégica e operacional que levem à integração de alguns aspectos dos negócios do cliente com os do fornecedor. A integração e a integralidade dos processos devem ser uma garantia de qualidade dos serviços de saúde, e para isso os profissionais de atendimento e relacionamento devem estar plenamente integrados no processo.
7 - Customização	A criação de valor para o cliente significa que a empresa precisará customizar aspectos do desenvolvimento dos produtos e serviços, e assumir um papel mais abrangente na administração dos mesmos durante todo o tempo de vida destes. Esse é um ponto alto dos serviços de saúde, por meio de seus programas de assistência integral, com customização de procedimentos e agregação de valores. Isto está muito presente inclusive na saúde pública, com programas de saúde da família, com o <i>homecare</i> , e especialmente no mercado de saúde suplementar com programas de prevenção de médico da família e outras práticas inovadoras.
8 - Comunicação, interação e posicionamento	Envolver o cliente com comunicações interativa e em tempo real. Em saúde, a comunicação é mais direta, com efeitos e resultados imediatos, pois o público-alvo é concentrado e os clientes são individualizados pelos bancos de dados e por meio dos prontuários eletrônicos, quer sejam de hospitais ou das empresas operadoras de planos de saúde.

9 - Cálculos sobre o cliente	O profissional de marketing de relacionamento precisa rastrear o desempenho da empresa na mente do cliente. Além disso, deve acompanhar as avaliações do cliente e o progresso feito no aprofundamento do vínculo com ele. Essa é uma prática muito difundida nas operadoras de planos de saúde, que por meio do prontuário de cada paciente, realizam o acompanhamento da sua saúde e do uso dos serviços, comparando-o com parâmetros técnicos, indicadores de frequência e outros recursos que permitam avaliar a utilização pelo cliente.
10 - Cuidados com o cliente	Com o cuidado com o cliente, o profissional de marketing de relacionamento desenvolve e administra processos para o fornecimento de informação em tempo real, assim como treinamento, retorno e restituição, e quaisquer outros serviços relevantes exigidos para aumentar o valor do produto e o serviço em vigor. Os bancos de dados das grandes operadoras de planos de saúde permitem o acompanhamento do paciente-cliente por toda vida e em todos os sentidos: assistenciais, financeiros, de saúde, com utilização e outros dados relevantes.
11 - Cadeia de relacionamentos	A cadeia de relacionamentos compreende as ligações formais dentro da empresa e com os participantes externos, especialmente com os fornecedores e os canais intermediários de distribuição e que permitem a empresa criar o valor que os clientes finais desejam. Na área de saúde, é muito importante desenvolver e manter rede de relacionamentos, envolvendo tanto os clientes quanto os fornecedores, buscando sempre agregar valores nos serviços prestados aos pacientes.

**Quadro 1 - Modelo dos 11 Cs de Gordon (2002) do marketing de relacionamento adaptado para a área de saúde.**

Fonte: adaptado de Borba (2007, p. 93-96).

Ressaltando a importância do marketing de relacionamento em saúde, Borba (2007, p. 96) defende que as operadoras de planos de saúde, principalmente as cooperativas médicas, têm feito exercícios no sentido de fidelizar não apenas o cliente usuário de plano de saúde, como também profissionais e demais prestadores, com o objetivo de fidelizar e verticalizar o sistema, de forma a impedir a ação de entrantes.

Skrabe (2003) preconiza que “administrar relacionamentos significa assessorar clientes na solução de seus problemas. O objetivo não é apenas atender, mas manter o cliente pela credibilidade, segurança e sensação de confiança”.

Tem-se, portanto que, em termos de saúde, que se constitui no bem mais precioso que um indivíduo possui, o marketing de relacionamento vem trazer atributos valiosos para aqueles que encontram-se em momentos difíceis pela falta de saúde deles mesmos ou de pessoas que lhe caras.

### **3.4 Valor para o consumidor**

Adquirir produtos e serviços faz parte do cotidiano das pessoas. Por ser uma prática comum, assim como satisfazer uma necessidade básica, em princípio, parece acontecer de forma automática e sem maiores critérios. Porém, o processo de consumo, não importa o produto, já traz consigo uma mensuração de valor da aquisição, seja financeira, psicológica ou outra qualquer. Essa mensuração de valor remonta aos tempos em que não existia a figura do dinheiro e a aquisição dos produtos e serviços necessários à sobrevivência era feita por meio do escambo, que, em linhas gerais, significa permuta ou troca.

Troster e Morcillo (1999, p. 41) citam que “no escambo, as trocas são realizadas sem dinheiro. Um agricultor que deseja carne tem que encontrar um criador que esteja disposto a desfazer-se de seu gado em troca de trigo”.

Esse sistema de trocas era regido por uma escala de valoração, partindo do pressuposto, por exemplo, de que uma cabeça de gado devia valer tantos fardos de trigo. Faz-se necessária, portanto, a associação de valor a qualquer produto ou serviço.

Las Casas (2006, p. 3) atribui ao conceito de troca uma base do marketing, que, em linhas gerais, é uma atividade de comercialização. Cita que “a troca caracteriza-se pela oferta de um produto com o recebimento de outro benefício, podendo ser um outro produto, como no caso do escambo, ou uma moeda, ou qualquer outro benefício não relacionado a esses dois”.

Criar valor, portanto, é convencer o outro de que o que você tem vale mais que o que ele tem. Em outras palavras, é criar valor superior para os seus produtos.

A competitividade empresarial reside justamente na capacidade da empresa de oferecer valor percebido maior do que os concorrentes.

Kotler (2000) diz que:

[...] valor entregue ao cliente é a diferença entre o valor total para o cliente e o custo total para o cliente. O valor total para o cliente é o

conjunto de benefícios que os clientes esperam de um determinado produto ou serviço. O custo total para o cliente é o conjunto de custos em que os consumidores esperam incorrer para avaliar, obter, utilizar e descartar um produto ou serviço (KOTLER, 2000, p. 56).

Marketing voltado para o valor é uma orientação para se alcançar objetivos desenvolvendo valor superior para os clientes. Ele é uma extensão da orientação para marketing que se apóia em vários princípios e pressupostos sobre clientes (CHURCHILL JR. e PETER, 2003, p. 10).

Processos mercadológicos remetem à necessidade capital da criação e agregação de valor aos produtos e serviços oferecidos ao consumidor, como instrumento para o fornecimento de uma rigorosa estrutura analítica para o desenvolvimento de estratégias de marketing robustas e eficazes, aplicáveis tanto hoje como no futuro.

Uma perspectiva de processo implica em um constante esforço para melhorar o valor. O interesse não deve ser focado apenas para encontrar soluções para os problemas atuais, mas também para construir enfoques que capacitarão a empresa a mudar-se e adaptar-se à medida que oportunidades e ameaças apareçam.

O desenvolvimento do marketing voltado para o valor é premissa básica para a manutenção da competitividade. Churchill Jr. e Peter (2003, p. 10) analisam de forma profunda essa necessidade quando defendem o foco no valor oferecido ao cliente como “uma filosofia empresarial que se concentra em desenvolver e entregar um valor superior para os clientes como modo de alcançar os objetivos da organização”.

Em suma, o marketing voltado para o valor é baseado numa visão do motivo que leva clientes a adquirir produtos e/ou serviços.

De acordo com Churchill Jr. e Peter (2003, p. 13), “o valor para o cliente é a diferença entre as percepções do cliente quanto aos benefícios da compra e uso dos produtos e serviços e os custos em que eles incorrem para obtê-los”.

O conceito de valor no novo marketing engloba estratégias superiores de competitividade que envolvem o todo da empresa e comandam o marketing de

vantagem competitiva, cuja postura de comercialização dos produtos/serviços é alterada de forma radical. Produto, preço, promoção e ponto de distribuição são veículos transportadores de valor, e não mais itens decisórios, como no marketing tradicional (LOPES, 2006).

Ainda segundo Churchill Jr. e Peter (2003):

O marketing voltado para o valor pressupõe que os clientes que estejam dispostos e sejam capazes de realizar trocas o farão quando os benefícios das trocas excederem os custos e os produtos ou serviços oferecerem um valor superior em comparação com outras opções (CHURCHILL JR. e PETER, 2003, p. 13,14).

Portanto, é possível considerar o processo de troca como base do marketing. Las Casas (2006, p. 3) preconiza que, para que haja trocas, cinco condições devem ser satisfeitas:

1. Há pelo menos duas partes envolvidas.
2. Cada parte tem algo que pode ser de valor para a outra.
3. Cada parte tem capacidade de comunicação e de entrega.
4. Cada parte é livre para aceitar ou rejeitar a oferta.
5. Cada parte acredita estar em condições de lidar com a outra.

Um relacionamento só é estabelecido se mais de uma parte estiver envolvida. No entanto, não raras vezes, as organizações desprezam o processo de troca nas suas atuações de marketing, abrindo mão, automaticamente, da relação que se estabelece no momento da transação com os clientes, e não perpetuam o relacionamento necessário para a criação de valor, que é a garantia da manutenção da sua carteira de clientes.

Mas o que é valor de saúde para os clientes? Segundo Porter (2007), citado por Campos (2008), “valor é o resultado obtido com um produto ou serviço”. Para o mesmo autor, uma cadeia de valor é um conjunto de atividades que são executadas por uma empresa para projetar, produzir, comercializar e sustentar o seu produto ou serviço, e um sistema de valor é conjunto de cadeia de valor de empresas distintas,

interligadas de forma coordenada e compartilhada para multiplicar o valor para o cliente final.

A partir da conceituação de Porter (2007), Campos (2008), define :

No contexto da saúde, pode-se então entender valor como os resultados de saúde alcançados com os serviços prestados pelo sistema e cada um dos seus participantes. Assim, a redução da taxa de mortalidade infantil, dos anos de vida ajustados à incapacidade (AVAI), o aumento da expectativa de vida, dentre outros, podem ser considerados valores em saúde. E o sistema de valor da saúde pode ser entendido como sistema de atenção constituído por médicos e outros profissionais de saúde, prestadores de serviços de saúde (hospitais, laboratórios, clínicas e ambulatorios), indústria e distribuidores de materiais, medicamentos e equipamentos médicos, farmácias, operadoras de planos privados de assistência à saúde (autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde), serviços de saúde do governo e os órgãos reguladores das atividades de saúde (CAMPOS, 2008, p. 17).

Emerge neste contexto o marketing de relacionamento como instrumento que propicia trabalhar juntamente com o cliente as necessidades e anseios que ele espera do produto ofertado. Com isso, a empresa começa a trabalhar e empregar o pacote de benefícios que o cliente valoriza.

É preciso, enfim, manter uma estrutura organizacional com o foco voltado para o cliente, para manutenção do valor que ele deseja, além de estabelecer um marketing de relacionamento na própria organização, visando o objetivo final de criar o valor desejado pelos clientes.

### **3.5 Satisfação/retenção do consumidor**

Os pressupostos do marketing de relacionamento permeiam sobremaneira a busca pela satisfação e retenção de clientes. Segundo Borba (2007, p. 163), “ao tratarmos de relacionamento, uma pergunta importante deve ser respondida para que se possa entender melhor a fidelização: o que é satisfação?”

Kotler (2000, p. 58) define satisfação como “o sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo produto (ou resultado) em relação às expectativas da pessoa”.

De maneira geral, a satisfação é o julgamento formado durante ou depois do uso ou consumo de um produto ou serviço, traduzido por uma reação ou sentimento em relação a uma expectativa.

Essa definição deixa claro que a satisfação é função do desempenho percebido e das expectativas. Se o desempenho ficar longe das expectativas, o consumidor estará insatisfeito e se o desempenho atender às expectativas, o consumidor estará altamente satisfeito ou encantado. A alta satisfação ou encanto cria afinidade emocional com a marca, não apenas preferência racional. O resultado é a alta lealdade do consumidor.

Segundo Borba (2003), na área de saúde a satisfação do cliente é alcançada por meio da qualidade e da acreditação dos serviços.

Estima-se que o custo de atrair novos consumidores é cinco vezes o custo de mantê-lo satisfeito. É necessário muito esforço para induzir consumidores satisfeitos a abandonar seus fornecedores atuais. Infelizmente, a maior parte da teoria e da prática de marketing centraliza-se na arte de atrair novos consumidores, e não na de reter os existentes.

A ênfase tem sido na pré-venda e na venda, em vez de centrar-se na pós-venda. Entretanto, muitas empresas estão reconhecendo a importância de reter e satisfazer consumidores (KOTLER, 2000). A retenção e a satisfação dos clientes são atividades de marketing que encontram barreiras complexas a serem transpostas.

Las Casas (2006, p. 8) aponta essas barreiras a partir da quantidade de variáveis que surgem no ambiente mercadológico, que podem ser: controláveis, sobre as quais os executivos podem ter determinado controle; ou incontroláveis, sobre as quais não é possível exercer nenhum controle, cabendo aos profissionais de marketing a tarefa de adaptar a organização aos efeitos dessas variáveis.

A transição demográfica, tópico importante neste trabalho, é uma variável incontrolável, que traz consigo alterações de mercado e que deve ser observada de maneira estreita para a tomada de decisões de marketing.

Em linhas gerais, as variáveis incontroláveis são geradas no ambiente externo à organização, havendo, portanto, a necessidade que ela se volte para fora, a fim de determinar as necessidades impostas pelas mutações e tornar-se atualizada e moderna, para ajustar-se às novas tendências.

Sem os ajustes necessários para o atendimento das necessidades dos clientes, que são mutáveis no decorrer do tempo, a retenção e satisfação destes clientes tornam-se tarefa de difícil execução.

No que concerne ao marketing de relacionamento para organizações de saúde, Borba (2007) preconiza:

Por intermédio da aplicação do marketing de relacionamento, o objetivo final de encantamento e fidelização do cliente poderá ser alcançado, oferecendo assistência e atendimentos de qualidade e com segurança, o que fará com que esse cliente, sempre que precisar usar ou indicar a alguém, procure a sua organização e, seguindo um processo contínuo de relacionamento com este cliente, o mesmo possa ser novamente encantado e mantido (fidelidade) (BORBA, 2007, p. 66).

Portanto, uma das ferramentas mais eficazes para promover o aumento da taxa de retenção e a satisfação de consumidores consiste em criar neles forte lealdade, por meio do marketing de relacionamento, o que irá captar e traduzir suas necessidades e anseios, mediante sua manifestação individual, e em transformar estas informações em produtos e serviços que garantam a perenidade da condição de clientes satisfeitos.

### **3.6 O ambiente social**

Churchill Jr. e Peter (2003, p. 37) preconizam que “o ambiente social do marketing é constituído pelas pessoas de uma sociedade e seus valores, crenças e comportamentos”.

Os profissionais de marketing descrevem esse ambiente com base em quem são as pessoas (idade, renda, cidade natal, etc.) e quais são as características de sua cultura. Mudanças no ambiente social, sejam sutis ou drásticas, podem apresentar aos profissionais de marketing novas oportunidades e desafios.

Para descrever o ambiente social, os profissionais de marketing partem de dados demográficos básicos. E o que vem a ser demografia? De acordo com Churchill Jr. e Peter (2003),

[...] a demografia é o estudo das características de uma população humana, o que inclui, por exemplo, idade, índice de natalidade, índice de mortalidade, estado civil, instrução, crença religiosa, etnia, imigração ou distribuição geográfica (CHURCHILL JR. e PETER, 2003, p. 37).

Os profissionais de marketing utilizam dados demográficos de uma série de fontes. No Brasil, por exemplo, órgãos do governo, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o Ministério do Trabalho e Emprego, o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Previdência e Assistência Social, são importantes fornecedores de dados sobre a população brasileira. Uma grande organização pode empregar seus próprios dados demográficos para ajudar a analisar seus mercados.

A demografia é usada pelos profissionais de marketing para analisar mercados, aprender sobre os clientes e criar valor para eles. A identificação de mudanças e tendências numa população é essencial para a estratégia de marketing.

Ainda segundo Churchill Jr. e Peter (2003):

[...] localização geográfica, idade, raça, sexo e níveis de renda e de instrução são apenas algumas das diferenças entre as pessoas. O número de idosos no Brasil é um dos maiores do mundo em termos absolutos. Assim, profissionais de marketing que pensam apenas em termos de adultos podem vir a perder espaço em outros mercados em grande crescimento como o dos idosos (CHURCHILL JR. E J. PAUL PETER, 2003, p. 37, 38).

A demografia ajuda a identificar padrões de diversidade, para que os profissionais possam direcionar seus bens e serviços de forma apropriada. Eles também precisam avaliar questões de diversidade para trabalhar eficazmente com seus clientes. Em

especial no caso de empresas que comercializam serviços, uma base de clientes diversificada pode querer receber serviços de pessoas que com eles se identifiquem.

### **3.7 O envelhecimento populacional em geral e no Brasil em particular**

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1980) define como idoso, para países em desenvolvimento, o indivíduo com idade igual ou superior a sessenta anos. “Envelhecer é um processo universal, dinâmico, progressivo, lento e gradual, para o qual concorre uma multiplicidade de fatores genéticos, biológicos, sociais, ambientais, psicológicos e culturais” (ASSIS, 2004, p. 8).

As estatísticas mostram que o Brasil é um país que está envelhecendo (BRASIL, 2002). Essa assertiva contraria o conceito até então tido como verdade o país possui uma população jovem e que o envelhecimento da população diz respeito aos países desenvolvidos.

Mas é fato que desde os anos de 1960 a maioria dos idosos, em números absolutos, vive em países do Terceiro Mundo, e as projeções estatísticas demonstram que esta é a faixa etária que mais crescerá na maioria dos países menos desenvolvidos (BRASIL, 2002).

A não percepção do envelhecimento da população no Brasil se deve, principalmente, ao fato de que ainda se assiste ao grande aumento das cidades brasileiras. Este aumento urbano é fruto de uma acelerada e constante migração rural (BRASIL, 2002).

O acompanhamento retrospectivo da evolução do número de idosos no Brasil confirma o crescimento iminente dessa faixa etária.

O Ministério da Saúde (2002) cita que:

[...] as projeções estatísticas demonstram que a proporção de idosos no país passará de 7,3% em 1991 (11 milhões) para cerca de 15% em 2025, que é a atual proporção de idosos da maioria dos países europeus, os quais tiveram sua transição mais lenta e que ainda não

conseguiram equacioná-la. Deve-se recordar que estas projeções são baseadas em estimativas conservadoras de fecundidade e mortalidade, sendo que se houver uma melhoria mais acentuada em nossas zonas mais miseráveis, como o Nordeste, o envelhecimento brasileiro será muito maior (BRASIL, 2002).

No Brasil, o número de pessoas com mais de 60 anos de idade passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos). Estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho. (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Segundo dados do Censo Demográfico, divulgados no Anuário Estatístico do Brasil do (IBGE) (2004), a população idosa brasileira naquele ano correspondia a uma população de idosos maior que a Inglaterra e Gales (que possuíam 9,8 milhões de habitantes acima de 60 anos), e maior que a população total de muitos países europeus, como Portugal, Bélgica, Grécia e Suécia.

Em 1997, a Organização das Nações Unidas (ONU) já previa que os anos de 1975 e 2025 corresponderiam à 'Era do Envelhecimento', marcada pelo crescimento demográfico da população idosa, decorrente, principalmente, do controle da natalidade e do aumento da expectativa de vida (LEME, 1997).

As projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (1980) revelaram que, a partir do final do século XX, iniciaria no Brasil um verdadeiro "boom" de idosos e que a faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais crescerá em termos proporcionais (BRASIL, 2002).

Entre 1950 e 2025, a população de idosos no País crescerá 16 vezes, contra 5 vezes da população total, que colocará o Brasil, em termos absolutos, com a sexta população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Este crescimento populacional é o mais acelerado no mundo e só comparável ao do México e Nigéria (BRASIL, 2002).

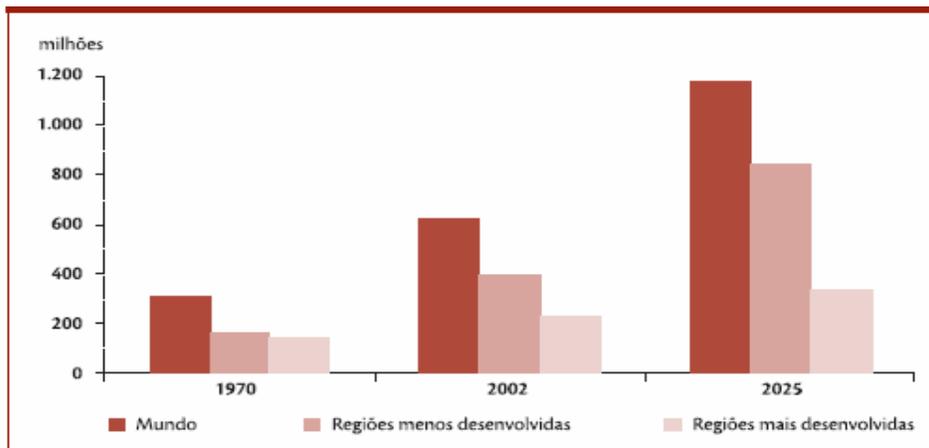
A previsibilidade estimada vem sendo confirmada. Estudo divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística aponta tendência de crescimento da população idosa brasileira.

Em 2006, as pessoas com 60 anos ou mais alcançaram a cifra de 19 milhões, correspondendo a 10,2% da população total do País. Crescimento mais acentuado foi percebido no grupo com 75 anos ou mais. Em 1996, eles representavam 23,5% da população de 60 anos ou mais. Dez anos depois, eles já eram 26,1% (AGÊNCIA BRASIL, 2007).

A expectativa de vida do brasileiro subiu para 72,3 anos em 2006, segundo dados do IBGE, que atribui o fato à melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, às campanhas de vacinação, ao aumento da escolaridade, à prevenção de doenças e aos avanços da medicina (GLOBO.COM, 2007).

Marcelo Néri, chefe do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro, avalia que estes dados mostram que a expectativa de vida do País subiu 6 anos em 16 anos, visto que em 1990 era de 66,1 anos (HOJE EM DIA, 2007, p. 12) e conclui que “mantida a atual velocidade de expansão, o Brasil atingirá em 12 anos a média de 76,2 anos, registrada por países com índice de desenvolvimento humano (IDH) superior a 0,8, entre eles EUA, nações européias, Argentina, Chile e Uruguai”.

A FIG. 1 revela o iminente crescimento da população idosa em países em desenvolvimento, comparado com os países desenvolvidos.



**Figura 1 – Número de pessoas acima de 60 anos de idade em regiões mais ou menos desenvolvidas, 1970, 2002 e 2025.**

Fonte: Nações Unidas, 2001. In WHO. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization; Suzana Gontijo (trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Desse modo, o envelhecimento populacional é uma realidade mundial, sendo que nos países em desenvolvimento este crescimento se dará de forma mais acentuada. Sobre o envelhecimento populacional brasileiro, o Ministério da Saúde aponta que “entre os países que terão as maiores populações de idosos daqui a menos de 30 anos, oito se situam na categoria de países em desenvolvimento”. Ou seja, a configuração de grandes populações idosas existentes em países europeus será uma realidade também em países considerados jovens, entre eles o Brasil (BRASIL, 2002).

Esse fenômeno, denominado de “transição demográfica”, caracteriza-se pela passagem de uma situação de alta mortalidade somada à alta fecundidade, com uma população predominantemente jovem e em franca expansão, para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade.

O aumento de idosos e o decréscimo da fecundidade no Brasil ocorrem em um contexto de desigualdade e alta velocidade, apontando para uma complexidade crescente nas alternativas de atenção às necessidades da nova estrutura etária emergente (CHAIMOWICZ, 1997).

Tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, existe a preocupação com o fato de que o envelhecimento da população, possivelmente, não permita que uma força de trabalho de número mais reduzido seja capaz de manter aquela parte da população tradicionalmente considerada dependente, ou seja, crianças e idosos (WORLD, 2005). Isso ocorre em função de o grupo etário dos idosos ser tradicionalmente secundarizado diante das necessidades prioritárias da infância, juventude e adultos em fase produtiva e reprodutiva (ASSIS, 2004).

Se nos países desenvolvidos a estrutura necessária à assistência aos idosos já se apresenta como um desafio, a questão se torna preocupante nos países em desenvolvimento, a começar pela cultura instalada de que populações idosas são expressivas somente em países de Primeiro Mundo.

A este respeito, Assis (2004, p. 14) discorre que “países subdesenvolvidos terão os desafios mais difíceis. A atenção às demandas dos idosos terá que se organizar em meio à pressão já existente sobre sistemas públicos de proteção sobrecarregados e à persistência de problemas sociais e sanitários típicos do subdesenvolvimento”.

Kalache (1999), citado por Assis (2004, p.12), observa que “as preocupações partem das análises demográficas que apontam o envelhecimento da população mundial como fenômeno sem precedentes na história humana”.

A longevidade está em cena no debate contemporâneo, por ser um horizonte em vista do qual se poderá considerar o aumento da expectativa de vida como valiosa conquista humana e social (ASSIS, 2004). No entanto, cabe a observação de que o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios serem enfrentados (WHO, 1980).

### **3.8 Segmento mercadológico representado pela Terceira Idade**

Nesse contexto, os consumidores idosos não devem ser desprezados. Esse é um mercado em plena efervescência.

Para ilustrar essa assertiva, Mitchell (2008) argumenta que as montadoras estão procurando desenvolver modelos para auxiliar motoristas da terceira idade a permanecerem independentes e a continuar dirigindo. Por exemplo, o sport-utility Acura RDX possui oito ajustes automáticos no banco, incluindo suportes lombares para as costas; o Honda Odyssey foi considerado o mais adequado para esse público, pois, além de inúmeras características de segurança, possui uma coluna de direção telescópica e oito ajustes automáticos nos bancos, o que facilita a visibilidade; o sport-utility Hyundai Santa Fé e a minivan Kia Sedona possuem controles pela voz, facilitando a direção de pessoas com menor grau de acuidade visual; e o Hyundai Entourage possui pedais cuja força é ajustável. De acordo com o US Census Bureau, a população com mais de 65 anos é o segmento de maior crescimento nos EUA.

Mitchell (2008) coloca ainda que, em 2006, havia mais de 30 milhões de motoristas com mais de 65 anos de idade, sendo esperados mais de 40 milhões por volta de 2020. Além disso, cerca de 20% das vendas de novos veículos são feitos para este público acima dos 65 anos, que possui elevado poder de compra, é ativo e gosta de seus *hobbies*.

Pena (s/d) fornece outro exemplo do crescimento de consumidores da Terceira Idade: Na Fórmula Academia, de Belo Horizonte, um quinto dos alunos supera os 50 anos, não havendo programas específicos para eles, porém, sendo assíduos na “aero-dance” e na yoga. Além disso, existem inúmeras atividades oferecidas à terceira idade, diferentemente do que ocorria no passado. Assim, o Professor Hércules Vital Borges Cristino diz que a dança e o turismo são muito praticados nessa faixa etária.

Algumas características psicológicas de “jovens centenários”: a) manter vivo o interesse nos temas do momento; b) livrar-se da ansiedade; c) ser independente; d) saber reconstruir um futuro, mesmo após ter passado por sérias dificuldades; e) ser otimista e dotado de senso de humor; f) ter capacidade de adaptação; g) ser religioso em um amplo sentido; h) alimentar-se com moderação; i) levantar-se cedo e dormir de seis a sete horas diariamente; j) usar poucos remédios; k) evitar o fumo; e l) ter uma postura criativa (PENA, s/d).

Segundo Sena, González e Ávila (2007), uma pesquisa do IBGE de 2002, com 1.800 pessoas de mais de 60 anos de idade, em dez regiões metropolitanas do país, chegou a uma renda média de R\$ 589,00 em relação a 2001 – bem menor que a renda da faixa dos 40 aos 59 anos de idade (que era de R\$ 812,00), porém superior à renda da população entre 18 e 39 anos (que era de R\$ 513,00).

Os autores acrescentam que a renda livre elevada e o consumismo na juventude continuam na terceira idade, o que leva ao crescimento das despesas em várias formas de lazer. Ainda apontam que o envelhecimento se torna realmente problemático acima dos 85 anos de idade, e que existem numerosas iniciativas voltadas para o segmento da terceira idade. Um exemplo interessante é a agência de viagens *Eldertreks*, criada em 1987, e que foi a primeira do mundo dedicada exclusivamente ao turismo de aventuras para pessoas maiores de 50 anos.

### **3.9 Impactos do aumento da população idosa no setor saúde**

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1980) define: “a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social total e não exclusivamente a ausência de doença”; e “categoria biológica e social que está em unidade dialética com a doença e expressa o nível de desenvolvimento físico, mental e social do indivíduo e da coletividade em cada momento histórico do desenvolvimento da sociedade”.

O termo saúde, referindo-se quer à boa ou à má, designa um estado dinâmico de um organismo resultante de interação de fatores internos e ambientais que se dá em um cenário espaço-temporal (ROSEN,1979).

Dias (1987) citada por Ramires (2000, p. 1) afirma:

[...] que a busca de um significado mais amplo para saúde/doença, deve-se contemplar as relações das doenças com o mundo que nos cerca; a doença deve ser analisada à luz dos fatores ligados à estrutura social; as doenças não são a-espaciais e nem a-temporais, ou seja, as noções de tempo e espaço são fundamentais (DIAS,1987).

O Brasil vem passando nas últimas décadas por uma transformação no seu perfil demográfico, destacando-se a tendência de envelhecimento da sua população.

Assim, em diversos campos do conhecimento, tais como demografia, sociologia, antropologia, economia, saúde pública e administração pública, desenvolve-se um amplo leque de pesquisas sobre a temática do envelhecimento da população brasileira.

Considerando que existe uma forte correlação entre a população idosa e uma utilização maior dos serviços de saúde, já que a idade avançada é acompanhada, em geral, por um debilitamento do organismo humano, percebe-se que essa articulação de temas – a terceira idade e a saúde – revela questões relevantes no planejamento dos serviços de saúde que atendem a população.

Nas implicações do envelhecimento populacional na área da saúde, o fator mais agravante é a associação do envelhecimento às doenças crônico-degenerativas, demandando tratamentos de longa duração, envolvendo a utilização de tecnologia médica avançada e sobrecarregando, dessa forma, os recursos materiais e financeiros do setor (SAAD, 1990).

As principais condições crônicas que afetam idosos em todo o mundo são: doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, condições músculo-esqueléticas, condições de saúde mental (demência e depressão), cegueira e prejuízo visual (WHO, 1998).

Dessa forma, a transição demográfica em curso no País é acompanhada por uma transição no perfil epidemiológico. Dados apresentados pelo Ministério da Saúde revelam, por exemplo, que as doenças infecto-contagiosas representavam 40% das mortes ocorridas no País em 1950 e hoje são responsáveis por apenas 10%. Enquanto isso, as doenças cardiovasculares passaram de 12% em 1950 para 40% das mortes, hoje.

Dentre as questões que cercam o envelhecimento, agravadas em sociedades excludentes e desiguais, a saúde ocupa lugar estratégico, pelo seu forte impacto na

qualidade de vida dos idosos e por ser alvo de estigmas e preconceitos reproduzidos socialmente em relação à velhice.

A representação negativa normalmente associada ao envelhecimento tem como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. Além disso, o fator cultural de “busca da eterna juventude”, que permeia praticamente todos os estereótipos da mídia, como a produção do cinema e da TV, pode parecer um agravante à situação psíquica enfrentada pelos membros da Terceira Idade (PENA, s/d).

A terceira idade mudou. A atriz Suzana Vieira atuando em novelas ou patinando no gelo, aos 64 anos, é um exemplo marcante – embora, possua condições superiores à maioria da população no que tange aos recursos para despender com cuidados pessoais (PENA, s/d).

Geralmente, os pacientes idosos não causam grande impacto nos atendimentos ambulatoriais, mas especialmente nos serviços de emergência, causando distorções, já que a grande maioria não apresenta problemas urgentes de saúde, e sim, problemas crônicos, necessitando de continuidade no tratamento, o que não se consegue nos serviços de emergência.

O envelhecimento da população, com o conseqüente aumento da demanda de assistência médico-hospitalar, levanta preocupações no que concerne a gestão, oferta e demanda dos serviços de saúde pública e privada.

Assim, estudos de casos sobre diferentes localidades do território brasileiro poderão fornecer elementos para melhor compreensão desse processo e o desenvolvimento de políticas de saúde condizentes com o cenário apresentado pelo aumento da população idosa.

O planejamento de médio e longo prazo dos serviços de saúde envolvendo a população idosa torna-se importante, em face da importância que esse grupo vem tendo ao longo do tempo no conjunto do País.

O Ministério da Saúde evidencia o envelhecimento populacional brasileiro e seu impacto no setor saúde, principalmente no sistema hospitalar, e preconiza que os gestores de saúde devem estar atentos para este fato e o de que a população que estará envelhecendo nas quatro próximas décadas é aquela nascida no período da explosão demográfica brasileira. Isso representa um grande desafio para o sistema de saúde, que poderá ter seus leitos hospitalares bloqueados e, pior, sem responder adequadamente às necessidades de saúde desta população (BRASIL, 2002).

### **3.10 Impactos do aumento da população idosa nas operadoras de planos de saúde: o ambiente legal**

Na década de 1960, surgiram as primeiras iniciativas privadas de medicina, os planos de saúde, como uma alternativa para os graves problemas econômicos e administrativos enfrentados pelo sistema público de saúde (SELLES; MINADEO, 2006).

De 1970 a 1980, houve crescimento expressivo deste mercado, devido à continuidade da deficiência do sistema público de saúde e da inacessibilidade e altos custos da medicina particular.

Até então não havia nenhuma regulamentação para o funcionamento dos planos de saúde. Os critérios que regiam os contratos comercializados eram estipulados pelas empresas, individualmente, de acordo com o seu mercado alvo e a sua capacidade atendimento.

Lima (2005, p. 50) explica que a não regulação do mercado de assistência médica implicou uma ampla gama de problemas e conflitos entre operadoras, prestadores de serviços e beneficiários. Os contratos de assistência médica tinham abertura para:

- restrições de cobertura e exclusão de procedimentos;
- cobrança ou cobertura irregular para portadores de doenças preexistentes;
- exigências indevidas para admissão de pacientes,
- prazos e carências irregulares;
- condições de validade e rescisão de contratos;

- falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas;
- insuficiência na abrangência geográfica do plano de saúde; e
- descumprimento das normas de atendimento de urgência e emergência.

Campos (2008, p. 140), descreve que “o setor de saúde suplementar no Brasil, após quase quatro décadas de funcionamento sem a orientação de regras precisas, teve que se adequar para cumprir os requisitos legais a partir de Lei 9.656, de 1998”.

Em janeiro de 2000, pela Lei 9.961, criou-se a Agência Nacional de Saúde (ANS) autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde (ANS, 2007).

A partir da vigência da Lei 9.656/98, em janeiro de 1999, as “operadoras de planos de saúde”, conforme a Lei as designou, precisavam de um registro provisório de funcionamento na ANS, para atuarem, assim como de todos os seus serviços comercializados.

Campos (2008, p. 146) divide em três as fases regulatórias no setor suplementar de saúde:

1ª fase: Marco legal – Lei 9.656/98

2ª fase: Setembro/1999:

- a) Introdução do conceito legal de plano privado de assistência à saúde;
- b) Definição do Ministério da Saúde como o único responsável pelos níveis econômico-financeiros e da assistência à saúde;

3ª fase: Criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) - Lei 9.961 de 2000. Pela natureza da sua missão institucional, cabe à ANS produzir e fazer cumprir a legislação que configura o campo das relações entre operadoras, prestadores e clientes, promovendo uma relação harmônica entre as partes.

Ainda segundo Campos (2008), uma quarta fase regulatória já está proposta pela ANS. Trata-se de um “Modelo de Atenção à Saúde”, que será objeto de maiores detalhamentos no capítulo que trata da contextualização na pesquisa da empresa

estudada neste trabalho.

Assim, a partir de 1998, todas as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde estão submetidas ao cumprimento das normas estabelecidas na referida lei.

A regulamentação da assistência médica suplementar é constituída pela legislação e resoluções já produzidas por: Poderes Legislativo e Executivo federais, ANS, CONSU (Conselho de saúde Suplementar) e outros entes governamentais, traduzidas em inúmeras Medidas Provisórias (MP), Resoluções Normativas (RN), Resoluções Operacionais (RO), Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), Instruções Normativas (IN), Resoluções de várias diretorias que compõe a ANS e Portarias da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, que regulamentam a Lei 99.656/98. São várias também as Resoluções publicadas pelo CONSU (CAMPOS, 2008).

Os contratos firmados a partir da lei garantem aos consumidores assistência a todas as doenças listadas no rol de procedimentos da ANS, número ilimitado de consultas, exames e internações (ANS, 2007).

Em suma, as operadoras de planos de saúde tiveram as coberturas assistenciais previstas em contratos padronizadas e ampliadas pela Lei, evento que criou a necessidade da criação de diferenciais agregados nos contratos para alcance de vantagem competitiva.

Nesse particular, serão abordadas as questões previstas na Lei 9.656/98 no que concerne aos idosos:

a) Resolução (Conselho de Saúde Suplementar) CONSU n. 21 (publicada no DOU n. 65-E – quarta-feira, 07.04.99)

Dispõe sobre a regulamentação do artigo 31 da Lei n. 9.656/98.

“Art. 1.º Para efeito do art. 31 da Lei n. 9.656/98, aplicam-se as disposições

desta resolução ao aposentado que contribuiu para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, observados os prazos estabelecidos no caput daquele artigo e o contido em seu § 1º, no mesmo plano ou seu sucessor e se desligou da empresa empregadora a partir de 2 de janeiro de 1999.” (ANS, 2007)

b) Resolução CONSU n.15 (publicada no DO n. 59 – segunda- feira, 29.03.99)

Dispõe sobre as alterações nas Resoluções CONSU, publicadas no D.O.U de 4 de novembro de 1998.

“Art.1º - Alterar as Resoluções n. 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 14 do CONSU de 03 de Novembro de 1998, que passam a vigorar com as seguintes redações:

IV – Na Resolução CONSU n. 6, que trata dos critérios e parâmetros das faixas etárias:

Art. 1º - Para efeito do disposto no artigo 15 de Lei 9.656/98, as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do usuário e de seus dependentes, obrigatoriamente, deverão ser estabelecidas nos contratos de planos ou seguros privados a assistência à saúde, observando-se 7 (sete) faixas etárias.

Art. 2º - As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde poderão adotar por critérios próprios os valores e fatores de acréscimos das contraprestações entre as faixas etárias, desde que o valor fixado para a última faixa etária, não seja superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, obedecidos os parâmetros definidos no Art. 1º desta Resolução.

§ 1º A variação de valor na contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 60 (sessenta) anos de idade, que participa de um plano ou seguro há mais de 10 (dez) anos, conforme estabelecido na Lei nº 9.656/98.

§ 2º A contagem do prazo estabelecido no parágrafo anterior deverá

considerar cumulativamente os períodos de dois ou mais planos ou seguros, quando sucessivos e ininterruptos, numa mesma operadora, independentemente de eventual alteração em sua denominação social, controle empresarial, ou na sua administração, desde que caracterizada a sucessão.

§ 3º As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde podem oferecer produtos que tenham valores iguais em faixas etárias diferentes” (ANS, 2007).

c) Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998.

Medida Provisória n. 2.177- 44, de 24 de agosto de 2001.

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos.

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o seu pagamento integral.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2. 3, 4º, 5º e 6º do art. 30. (ANS, 2007).

d) Resolução Normativa n. 63, de 22 de dezembro de 2003

“Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

Art. 1º. A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.

Art. 2º. Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

- I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

A regulação dos planos de saúde submete a Lei 9.656 ao Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003), destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (ANS, 2007).

Campos (2008) ilustra o cenário patrocinado pela regulação do setor explicando:

Para sobreviver neste mercado altamente regulado pela ANS e fazer frente à Lei 9.656/98 que introduziu a cobertura obrigatória do rol de procedimentos, tipos de segmentação, ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde), registro das operadoras, acompanhamento de preços pelo governo, garantia de solvência, reservas técnicas, foram desenvolvidas ferramentas de regulação que são operadas no espaço relacional entre operadora, prestadores de serviços e clientes (CAMPOS, 2008, p. 140).

As operadoras de planos de saúde, já convivendo com diversas ameaças e riscos, como os patrocinados pela pirâmide populacional brasileira, que, apontando acelerado envelhecimento e aumento da expectativa de vida da população que possui acesso aos planos de saúde, consubstancia uma preocupação com custos adicionais que terão impacto na solidez das operadoras.

Outras ameaças e fatores de risco, como a introdução e utilização abusiva de tecnologias de alto custo, são potencializados com os efeitos da regulamentação, que, além de elevar os custos, acima de tudo, retira as antigas alternativas que eram fácil e fartamente utilizadas na solução dos seus problemas econômicos e de fluxo de caixa.

Acrescentem-se à contenção dos preços a redução das receitas e os reflexos conseqüentes da economia (controle da espiral inflacionária, estabilidade de preços, recessão e aumento do desemprego).

As novas regras nivelaram os planos de saúde, promovendo o acirramento da concorrência entre as empresas do setor. Este fato exige competência e esforços mais intensivos para a manutenção e a conquista de novos clientes.

Faz-se necessário criar diferenciais competitivos, novas estratégias de marketing e, acima de tudo, outro conceito de qualidade de atendimento. Isso implica novos gastos, equipes qualificadas, investimento em treinamento, recursos de informática e sistemas de informações.

As operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços, a par da competência de gestão nos seus negócios, precisam provar, que contam com suporte profissional para bancar a garantia do produto que vendem, com visão global do processo. Também o setor de saúde suplementar apresenta deficiências importantes cuja origem está na ineficiência de gestão.

No modelo vigente, a busca das soluções precisa estar concentrada no conhecimento amplo do ambiente demográfico em que as operadoras de plano de saúde estão inseridas, com análise permanente e eficaz dos resultados obtidos, para satisfação das necessidades dos clientes e redução nos custos assistenciais.

### **3.11 Promoção da saúde e prevenção de doenças**

O conceito de promoção de saúde, assim como sua prática, surgiu nos últimos vinte anos em países como o Canadá, os Estados Unidos e nos da Europa Ocidental.

Foram realizadas três conferências internacionais sobre o tema entre 1986 e 1991. A de Ottawa, em 1986, Adelaide, em 1988, e Sundesval, em 1991, é que estabeleceram os conceitos e políticas referentes ao tema da promoção de saúde. No Brasil, foi realizada a Conferência Internacional de Saúde, em 2002.

Apesar das motivações políticas e ideológicas presentes naquelas conferências, a promoção de saúde surgiu como reação à crescente medicalização da saúde no sistema de saúde vigente na época.

Embora o termo tenha sido usado inicialmente como um nível de atenção da medicina preventiva, tal como definido por Leavell e Clark (1965), citados por Czeresnias e Freitas (2003), seu significado foi mudando ao longo do tempo, passando a representar um enfoque político e técnico em torno do processo saúde–doença–cuidado.

Assim, tem-se que “a promoção de saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários públicos e privados para seu enfrentamento e resolução” (BUSS, 2000, p. 165).

Segundo Sugerist (1946), citado por Czeresnias e Freitas (2003, p. 17), “a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e forma de lazer e descanso”. O referido autor ainda fez referência ao termo promoção de saúde quando definiu as quatro tarefas da medicina: promoção de saúde; prevenção de doenças; recuperação dos enfermos; e reabilitação.

Leavel e Clark (1965) citados por Czeresnias e Freitas (2003) dividiram promoção de saúde em três níveis: prevenção primária, quando o indivíduo ainda não se encontra doente; prevenção secundária, quando o diagnóstico é precoce; e prevenção terciária, para evitar as descompensações, limitações e incapacidades.

Os mesmos autores destacam, ainda, como preponderantes na atenção primária: educação e motivação saudáveis; bom padrão de nutrição; educação sexual; moradia; atividades de lazer; e boas condições de trabalho. No entanto, com a evolução das doenças crônicas transmissíveis, a promoção de saúde passou a associar-se às medidas preventivas sobre o ambiente físico e os estilos de vida, não mais voltadas exclusivamente para os indivíduos e suas famílias.

Segundo Czeresnias e Freitas (2003), há dois grupos de conceituação para a promoção de saúde de acordo com Sutherland e Fulton (1992). Para um grupo, a promoção consiste em atividades voltadas para componentes educativos, visando mudanças comportamentais, como: aleitamento materno, hábito de fumar, dieta, atividades físicas, e direção perigosa no trânsito, fatores que estão sob o controle

dos indivíduos. Para outro grupo, a promoção estaria baseada em atividades voltadas ao coletivo, incluindo: padrão de nutrição, habitação, saneamento, boas condições de trabalho, oportunidade de educação, etc.

Na realidade, o referido conceito, vem sendo elaborado por diferentes conjunturas e formações sociais, em inúmeros eventos internacionais e publicações de caráter mais conceitual, ao longo dos últimos vinte anos.

A Carta de Ottawa estabeleceu ainda que “são fundamentais para a saúde, a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”.

Nesse sentido, pode-se definir:

Promoção de saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo (GUTIERRES, 1997, citado por CZERESNIAS e FREITAS, 2003, p. 19).

Os sistemas de saúde estão submetidos a grande medicalização, transição epidemiológica, desenvolvimento tecnológico e transição demográfica, com aumento da expectativa de vida e forte impacto financeiro, tornando-se ineficientes, ineficazes, custosos e incapazes de atender as demandas crescentes por serviços de saúde.

Surgiram então novos conceitos do processo saúde–enfermidade dando lugar a atividades de promoção de saúde defendidas nas várias conferências internacionais, principalmente nos princípios contidos na Carta de Ottawa.

De acordo com a referida Carta, são cinco os principais pontos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à

saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação do sistema de saúde.

Dessa forma, a promoção de saúde utiliza a modificação das condições de vida e trabalho, demandando uma abordagem intersetorial, não sendo responsabilidade exclusiva do setor público, mas também dos indivíduos e da comunidade.

A promoção de saúde e a prevenção são complementares e há certa confusão sobre suas diferenças. O enfoque da promoção é mais abrangente e busca modificar as condições de vida para que sejam dignas e adequadas. Orienta-se para um conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhora das condições de bem-estar.

Já a prevenção orienta-se para a ação de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de enfermidades específicas. Seu foco está na doença e nos mecanismos para evitá-la, atuando sobre os fatores que a geram. Para a prevenção, evitar a doença é o objetivo final. Para a promoção, este objetivo é um ótimo nível de vida e de saúde.

A WHO (2005) estabelece:

Promoção da saúde é o processo que permite às pessoas controlar e melhorar sua saúde. A prevenção de doenças abrange a prevenção e o tratamento de enfermidades especialmente comuns aos indivíduos à medida que envelhecem: doenças não transmissíveis e lesões. A prevenção pode ser “primária” (abstenção do uso do tabaco); “secundária” (triagem para detecção precoce de doenças crônicas); ou ainda, “terciária” (tratamento clínico adequado). Todas as formas contribuem para reduzir o risco de incapacidades. As estratégias de prevenção de doenças – que podem também incluir as doenças infecciosas – poupam gastos em qualquer idade. Por exemplo, segundo o Departamento Norte-Americano de Saúde e Serviços Humanos (1999), a vacinação de idosos contra gripe proporciona uma economia de 30 a 60 dólares em tratamento por cada dólar gasto em vacinas (WHO, 2005).

Finalmente, com referência à promoção de saúde, (FERNANDES; REGULES, 1994) citados por CZERESNIAS; FREITAS (2003, p. 35), colocam que “promoção de saúde é uma estratégia complementar, não de substituição das demais estratégias

em saúde pública, mas por sua vez integral, por afetar a todos os elementos que até agora vinham intervindo, aportando novos instrumentos e reorientando suas finalidades”.

## 4 METODOLOGIA

Este trabalho está inserido no contexto da pesquisa social, que Gil (1999, p. 42) define “como o processo que, utilizando metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social”, entendendo-se realidade social como todos os aspectos relativos à pessoa em relacionamentos com outras pessoas e instituições sociais. Assim, a pesquisa social aplica-se às investigações nas diversas ciências sociais.

Quivy e Campenhoudt (1998) preconizam que a investigação em ciências sociais se destina:

[...] a compreender melhor os significados de um acontecimento ou de uma conduta, a fazer inteligentemente o ponto da situação, a captar com maior perspicácia as lógicas de funcionamento de uma organização, a refletir acertadamente sobre as implicações de uma decisão política, ou ainda a compreender com mais nitidez como determinadas pessoas apreendem um problema ou a tornar visíveis alguns dos fundamentos das suas representações (QUIVY e CAMPENHOUDT, 1998, p. 19).

O trabalho foi desenvolvido por meio de estudo de caso único na Unimed Sete Lagoas – Cooperativa de Trabalho Médico, em virtude da disponibilização das informações pelos seus dirigentes à pesquisadora e do vínculo de trabalho da pesquisadora com a organização.

De acordo com Gil (1999, p.72), “o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante outros de delineamentos considerados”.

Yin (2005) define o estudo de caso como um trabalho empírico que busca investigar um fenômeno atual inserido em seu contexto real, para a definição clara das fronteiras entre o fenômeno e o contexto, com a utilização de fontes variadas de evidência.

Gil (1999, p. 73) aponta a utilização do estudo de caso nas pesquisas sociais para

servir as pesquisas com diferentes propósitos, tais como:

- a) explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos;
- b) descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação; e
- c) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos.

O presente capítulo divide-se em três seções: a primeira apresenta a classificação e tipologia da pesquisa; a segunda define as unidades de análise e observação e a terceira situa como os dados foram coletados e tratados.

#### **4.1 Classificação e tipologia da pesquisa**

Para a classificação da pesquisa, toma-se como base a taxionomia apresentada por Vergara (2000), que a qualifica em relação a dois aspectos: quanto aos fins e quanto aos meios.

Quanto aos meios, a estratégia selecionada para a pesquisa utilizou o estudo de caso, que segundo Laville e Dionne (1999, p. 333), “é uma estratégia de pesquisa com dados existentes através da qual o pesquisador se concentra sobre um caso, geralmente escolhido por seu caráter considerado típico a fim de investigá-lo com profundidade”.

A pesquisa é bibliográfica por apoiar-se na busca do conhecimento e análise da teoria já produzida a respeito da questão e os documentos produzidos que possam informar sobre o problema; e de campo, por buscar dados primários na Unimed Sete Lagoas - Cooperativa de Trabalho Médico por meio de entrevistas semi-estruturada e não estruturada; questionários com perguntas fechadas, e documentos disponibilizados pela empresa estudada, que irão complementar a busca da resposta ao problema.

Quanto aos fins, a pesquisa será descritiva, que, segundo Vergara (2000), expõe características de determinada população ou fenômeno, podendo estabelecer

correlações entre variáveis e definir sua natureza, sem ter o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação.

A abordagem foi de natureza qualitativa, que possibilitou captar percepções e expectativas inerentes aos objetivos da pesquisa junto aos gestores do programa “Envelhecer com Saúde” e também o acesso a informações referentes à percepção dos clientes em relação ao Programa e à evolução da utilização da assistência médica dos mesmos.

#### **4.2 Unidades de análise e observação**

A unidade de análise foi o programa “Envelhecer com Saúde”, desenvolvido pela Unimed Sete Lagoas - Cooperativa de Trabalho Médico, uma das singulares do Sistema Nacional Unimed, situada em Sete Lagoas (MG).

As unidades de observação foram:

- a) Três gestores da Unimed Sete Lagoas, a saber:
  1. Ex-presidente diretor da Unimed Sete Lagoas, com mandato em vigor no ano de 2003, ano da implantação do programa “Envelhecer com Saúde”, seu idealizador, médico pediatra e cooperado da Unimed Sete Lagoas;
  2. Atual coordenador do departamento de Promoção da Saúde da Unimed Sete Lagoas, médico clínico geral e cooperado da Unimed Sete Lagoas.
  3. Atual coordenadora do departamento de Comunicação e Marketing da Unimed Sete Lagoas, graduada em Comunicação e Publicidade.
  
- b) Trinta e dois dos 43 clientes participantes do programa “Envelhecer com Saúde”, assim elencados pelo fato de os 32 escolhidos serem participantes do Programa desde o início.
  
- c) Instrumentos documentais.

### **4.3 Coleta e tratamento dos dados**

Os procedimentos utilizados para a coleta de dados foram: entrevista semi-estruturada e não estruturada, questionário e documentos.

Lakatos e Marconi (2002, p. 92) definem entrevista como um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, por meio de conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.

Ainda segundo Lakatos & Marconi (2002, p. 93), os tipos de entrevistas variam de acordo com o propósito do entrevistador. As entrevistas podem ser: padronizadas ou estruturadas, que utilizam perguntas previamente estipuladas, e despadronizadas ou não estruturadas, em que o informante abordará o tema proposto livremente. De acordo com Minayo (1994), poderão ser utilizadas as entrevistas semi-estruturadas, que articulam essas duas modalidades. No presente estudo, foram utilizadas entrevista semi-estruturada e entrevista não estruturada.

Uma entrevista não estruturada foi aplicada com a coordenadora de comunicação e marketing, a quem foram solicitadas considerações livres e espontâneas a respeito do programa “Envelhecer com Saúde” como instrumento de marketing de relacionamento, sem utilização de nenhuma pergunta direcionada.

De acordo com Lakatos e Marconi (2002), nas entrevistas não estruturadas, em geral, as perguntas são abertas e podem ser respondidas durante uma conversação informal, como forma de explorar mais amplamente uma questão.

Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas feitas com o ex-presidente diretor da Unimed Sete Lagoas, escolhido pelo fato de ter sido em seu mandato que iniciou-se o Programa e de ter sido ele o seu idealizador e grande incentivador; e com o atual coordenador do departamento de Promoção da Saúde da Unimed Sete Lagoas, selecionado pela sua familiaridade com a gestão da promoção da saúde, que é uma das premissas do Programa.

As três entrevistas (APÊNDICE 1) foram marcadas previamente, gravadas e autorizadas pelos entrevistados para divulgação, bem como a identidade de cada entrevistado, fazendo as autorizações parte das conversações gravadas.

Em uma segunda etapa da pesquisa, a coleta de dados foi feita por meio de questionário composto de respostas fechadas, ou seja, que apresentam alternativas de respostas preestabelecidas, e buscou avaliar com os participantes do programa “Envelhecer com Saúde” a eficácia do resultado, com a implementação Programa para verificação dos objetivos apresentados neste trabalho.

Gil (1999) define questionário

[...] como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc. (GIL, 1999, p. 128).

Os questionários são propostos por escrito aos respondentes e são designados como questionários auto-aplicados.

A respeito da construção de um questionário, Gil (1999) explica:

Construir um questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos da pesquisa em questões específicas. As respostas a essas questões é que irão proporcionar os dados requeridos para testar as hipóteses ou esclarecer o problema da pesquisa. As questões constituem, pois, o elemento fundamental do questionário, que podem ser questões fechadas, abertas ou relacionadas (GIL, 1999, p. 129).

As questões do questionário podem ser fechadas, abertas ou relacionadas. (Gil (1998).

Quivy e Campenhoudt (1998) explicam que o questionário:

[...] consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas ou sociais, as

suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda, sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores. O inquérito por questionário de perspectiva sociológica distingue-se da simples sondagem de opinião pelo fato de visar a verificação de hipóteses teóricas e a análise das correlações que estas hipóteses sugerem (QUIVY E CAMPENHOUDT, 1998, p. 188).

A forma de aplicação do questionário foi face-a-face, tendo cada participante sido visitado pessoalmente por duas assistentes sociais da Unimed Sete Lagoas, que aplicaram o questionário e que acompanham as reuniões do Programa.

O questionário não foi submetido a teste piloto, visto terem sido apresentados detalhes a cada respondente para esclarecimentos de dúvidas quanto ao entendimento e preenchimento das respostas.

Foram explicados previamente os objetivos da aplicação do questionário e alertou-se sobre a não obrigatoriedade da identificação dos respondentes, sendo que todos se identificaram espontaneamente.

Como última etapa de coleta de dados foi realizada a pesquisa documental, que, segundo Marconi e Lakatos (1990), consiste em analisar documentos, escritos ou não, que constituem fontes primárias. Nesta etapa, buscou-se captar no banco de dados da empresa informações referentes à utilização de assistência médica dos 32 participantes pesquisados, um ano antes e um após o início da participação no Programa, para verificação dos resultados obtidos com a contribuição do Programa referente à utilização dos serviços médicos.

A análise dos dados foi qualitativa, com base na análise de conteúdo das entrevistas; e a partir dos questionados aplicados aos 32 participantes do programa, elaborando-se tabelas e gráficos com números absolutos e percentuais, para análise qualitativa do levantamento dos dados e avaliação dos instrumentos documentais referentes à utilização da assistência médico-hospitalar.

## **5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

### **5.1 Entrevistas**

Este capítulo consiste em apresentar os dados referentes à coleta de dados realizada por meio das entrevistas semi-estruturadas e não estruturada, com as respectivas análises. Para seleção das perguntas, foram escolhidos aspectos que pudessem evidenciar os objetivos buscados na pesquisa.

#### **5.1.1 O programa “Envelhecer com Saúde” sob a ótica do ex-diretor presidente da Unimed Sete Lagoas e seu idealizador**

Este item buscou identificar junto ao ex-Diretor Presidente da Unimed Sete Lagoas, em exercício no ano de 2003, quando da implantação do Programa, os objetivos do “Programa Envelhecer com Saúde”, o Programa como instrumento de marketing de relacionamento e a sua importância para a empresa e para o cliente.

Quando questionado sobre os objetivos do Programa, ele declarou:

O que nós notávamos é que o idoso procurava suas consultas desordenadamente, sem ter uma orientação, e, como nós sabemos que o idoso é portador de patologias crônico-degenerativas, este programa foi criado com o intuito de acompanhar as patologias crônicas inerentes ao idoso, para que elas não tivessem um agravo significativo, possibilitando este indivíduo no convívio social, melhorando a relação dentro da sua família, dentro da comunidade em que vive para que ele possa exercer suas atividades pessoais dentro do mais próximo do normal, inerente à idade que este indivíduo tem. Este programa ainda tem um objetivo fantástico de fidelização destes clientes com a Unimed, que se transformam, na verdade, em propagadores da marca, fazendo propaganda dentro da sua comunidade e da área de seu convívio, fortalecendo a imagem da empresa junto à comunidade (ex-diretor-presidente e idealizador do Programa).

A respeito do fortalecimento esperado do relacionamento entre a empresa e o cliente, declarou:

Como eu respondi na primeira pergunta, isto fica evidente. Nós convivemos no dia a dia dentro da sociedade. Sete Lagoas é uma

cidade pequena, na qual encontramos com diversas pessoas que fazem parte deste programa. Essas pessoas, diuturnamente nos agradecem pela implantação deste programa, que é um local onde eles podem conviver com outras pessoas e traçam laços afetivos entre elas. Nós encontramos o grupo de clientes da terceira idade mais satisfeito, alegre, fazendo caminhadas, tendo uma vida muito mais próxima da normal, e, inclusive menos deprimido, menos dependente de ações antidepressivas, o que é muito comum de ser visto na terceira idade, favorecendo a sua inserção social (ex-diretor-presidente e idealizador do Programa).

A respeito de qual(is) resultado(s) obtido(s) com o programa seria(m) mais interessante(s) para a organização e para os clientes, obteve-se a seguinte declaração:

Quando a gente implanta um programa deste, a gente sempre pensa é no grau de fidelização, que é comprovado pela satisfação de todos os clientes. Em pesquisas que foram feitas, as pessoas estão extremamente satisfeitas com a organização e inclusive fazendo propaganda deste programa constantemente, e o que é mais importante, é que são estes clientes que têm que cuidar melhor da saúde, levando uma vida mais perto do normal. Eles procuram prevenir melhor de possibilidades de doenças que vão agravar em muito a sua qualidade de vida ,então a gente nota que o número de internações talvez não tenha sido tão alta, a gente sabe que com o envelhecer há possibilidade de estarmos internando, com internações prolongadas adquirindo seqüelas gravíssimas, ficando acamados, as pessoas começam a se preocuparem. Então a gente nota que não houve uma queda tão substancial até da utilização do sistema, mas não houve aumento, principalmente com estes eventos de internações prolongadas que trariam grande impacto na utilização desses clientes, apesar de sabermos que no final de vida é que nós temos as maiores internações, com tempos mais prolongados e com os maiores custos (ex-diretor-presidente e idealizador do Programa).

[J1] Comentário:

[J2R1] Comentário:

### **5.1.2 O programa “Envelhecer com Saúde” sob a ótica do coordenador do departamento de Promoção da Saúde**

Nesta questão, investigou-se o nível de interesse e satisfação dos clientes em participar do Programa e se o mesmo é fator de agregação de valor ao plano de saúde dos participantes.

Quanto à percepção do coordenador do departamento de Promoção da Saúde sobre o nível de satisfação dos clientes em participar do Programa, obteve-se a seguinte

declaração:

Inicialmente existe um interesse enorme, uma procura grande, entusiasmo. Em seguida, acontece uma evasão daqueles clientes que realmente não consideram importante cuidar da saúde. Os clientes precisam ser estimulados a participar, principalmente através do médico assistente. A equipe multidisciplinar tem papel relevante no sentido de criar vínculo com os clientes e fazer com que os mesmos tenham desejo de continuar participando (coordenador do departamento de Promoção da Saúde).

Ao ser inquirido se, em sua opinião, o Programa agrega valor ao plano de saúde dos clientes participantes, ele opinou:

Com certeza. O que a gente vê na prática são elogios constantes à Unimed e um sentimento de gratidão e uma valorização da marca. Alguns clientes têm orgulho de ser da Unimed e expressam este sentimento, sem nenhum medo ou pudor (coordenador do departamento de Promoção da Saúde).

### **5.1.3 O programa “Envelhecer com Saúde” sob a ótica da coordenadora do departamento de Comunicação e Marketing**

Neste item, objetivou-se verificar a visão da profissional de marketing da empresa sobre o programa “Envelhecer com Saúde” como ferramenta de marketing de relacionamento. Obteve-se a seguinte declaração:

A cada dia, os consumidores detêm uma maior quantidade de informações e se dirigem a uma posição mais privilegiada na relação com as empresas. É o consumidor quem já está ditando as regras em diversos segmentos de mercado, devido ao fato de estar melhor informado sobre os produtos e também à grande concorrência entre as empresas.

As empresas têm que estudar muito bem o mercado, e principalmente seu público alvo, para poder atender da melhor forma suas necessidades. O marketing de relacionamento apresenta o conceito de intangibilidade de um produto ou serviço e trabalha bastante com a área subjetiva da mente do consumidor, lutando para que ele realmente se torne leal à sua marca.

Com tantas empresas oferecendo produtos, a fidelização do cliente seria uma tarefa muito dispendiosa utilizando os métodos convencionais de aumentar o pessoal de vendas ou aumentar o pessoal do marketing. A melhor opção torna-se estabelecer uma real

interação empresa - cliente, onde o cliente fala de suas necessidades e assim ajuda a lançar os novos produtos.

Marketing não é uma função e sim uma forma de fazer negócios, e não está restrita a um departamento, todos dentro da empresa devem ter a consciência da importância do marketing de relacionamento com o cliente.

Um serviço como plano de saúde não é um evento, é o processo de criação de um ambiente de informação e conforto ao consumidor.

O Programa “Envelhecer com Saúde” propõe um ambiente de informação, onde o cliente da Unimed Sete Lagoas pode participar de um grupo com suporte nutricional, psicológico e físico, reforçando o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde: “Saúde é o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”.

A atuação do Departamento de Promoção da Saúde Unimed Sete Lagoas, utiliza ferramentas do marketing de relacionamento para desenvolver e manter relações com o cliente em sua atuação, como no Programa citado.

Conquistar posições singulares no mercado, esta capacidade é uma força poderosa em marketing. No coração de toda boa estratégia de marketing está uma boa estratégia de posicionamento e esta batalha pela fidelidade do cliente onde o posicionamento é vital ao sucesso está diretamente relacionada ao foco do marketing de relacionamento.

Para que empresa possa estabelecer seu posicionamento nos mercados atuais, em rápida transformação precisamos de um posicionamento dinâmico, diferenciando em aprimorar o relacionamento com o cliente. O processo de fidelização é uma consequência desta postura.

Acompanhamos uma tendência de mercado onde as empresas precisam estabelecer estratégias que sobrevivam às mudanças turbulentas no mercado. Elas precisam conhecer a estrutura do mercado. Por isso, precisam desenvolver relações com fornecedores e clientes, afinal estes influenciam as mudanças dos produtos e serviços através da participação nessas relações.

As mudanças no ambiente de mercado podem alterar rapidamente preços e tecnologias, mas boas relações podem durar a vida toda. O relacionamento com este público-alvo busca manter esta relação e buscar, através do incentivo à qualidade de vida, paralelamente a gestão equilibrada da carteira de clientes que se encontra na faixa etária prevista pelo programa.

A inversão da pirâmide etária que está indicando como mercado promissor o público acima de 60 anos, também fortalece as diretrizes estabelecidas na gestão do “Programa Envelhecer com Saúde”.

O posicionamento dinâmico é um processo multidimensional: posicionamento do produto/serviço, posicionamento no mercado e

posicionamento da empresa. Essas três etapas interagem umas com as outras de formas sutis, porém importantes.

Isso significa que as empresas devem ter um conhecimento tal de seu público a ponto de toda a corporação conseguir enxergar o produto/serviço da mesma forma que seus clientes. Conseguir entender a sua mente, analisar suas percepções e por fim determinar estratégias que permitam atender da melhor forma suas necessidades.

Nesse sentido, o marketing é utilizado para criar uma relação forte entre empresa e cliente, onde a marca terá o papel de transmitir as qualidades intangíveis da corporação, as que realmente conquistam a lealdade do seu público.

Em certos casos, os consumidores tornam-se verdadeiros fãs. Empiricamente foi possível perceber tal atitude por parte dos clientes participantes do grupo. Certa vez, foi dito em um depoimento: “participar do Grupo da Terceira Idade da Unimed Sete Lagoas é motivo de inveja em família. Minha irmã que não tem o plano de saúde fica com vontade de ser cliente Unimed também, só para participar também, dos encontros, das dinâmicas de grupo, de tudo”.

Outro ponto importante tem que ser levado em conta. Quando alguém compra um produto ou serviço, ele cria uma expectativa quanto ao que lhe será apresentado. Quando recebe (o produto ou serviço), é a hora da percepção, que vai confirmar, anular ou superar suas expectativas. Fazendo essa comparação obtém-se a satisfação.

Para realizar um bom marketing de relacionamento em uma grande empresa pode se fazer uso de uma série de ferramentas tecnológicas, como captação e análise de um eficaz banco de dados dos seus clientes e o Programa oferece esta possibilidade – do gerenciamento um a um. Através dele consegue-se um tratamento mais personalizado ao público. Porém é uma ação bastante custosa, e por isso não pode ser utilizado com todos os seus clientes. A empresa deve concentrar as ações de relacionamento em seus principais clientes, os que realmente são o foco da atuação, no caso estudado – o público da terceira idade (Coordenadora de comunicação e marketing).

Pela análise geral das declarações, percebeu-se que os entrevistados são unânimes quanto à eficácia do programa “Envelhecer com Saúde” como instrumento de marketing de relacionamento.

Para os gestores, o desempenho do Programa em termos de estreitamento de relações com os clientes, propagação da marca da empresa e fidelização deste grupo de clientes pode ser medido por meio das manifestações espontâneas ou pesquisadas.

Quanto ao resultado em termos de utilização de assistência médica, o ex-diretor presidente deixou claro que a redução efetiva dos custos assistenciais não é a principal finalidade do Programa.

O que mais interessa salientar é o fator educativo quanto à utilização do plano de saúde, bem como a contribuição social que o Programa oferece no sentido de possibilitar aos idosos uma qualidade de vida boa, evitando que fiquem à margem do exercício das atividades normais esperadas para pessoas bem assistidas.

Quanto ao valor que os clientes atribuem ao plano de saúde por meio da participação no Programa, a declaração do coordenador do departamento de Promoção da Saúde enfatiza que este é um quesito que está sempre em grande evidência por parte dos participantes.

Percebeu-se também que é necessário que haja ações efetivas no sentido de incentivar os participantes a continuarem a freqüentar as reuniões.

As declarações da coordenadora do departamento de Comunicação e Marketing contribuíram para respaldar o referencial teórico desse trabalho, evidenciando que as premissas do Programa estão sustentadas nos preceitos do marketing de relacionamento.

## **5.2 Questionário**

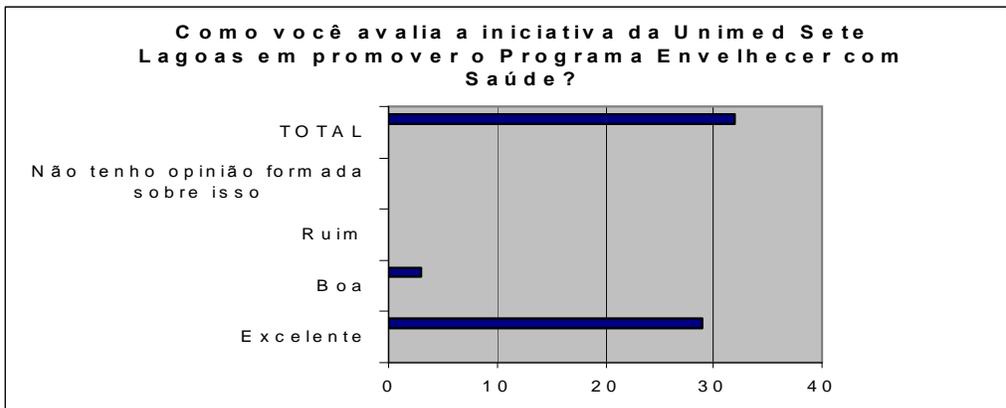
Nesta etapa de coleta de dados, são apresentados os dados e as análises referentes ao questionário aplicado em 32 participantes do programa “Envelhecer com Saúde”, cujas perguntas procuram comprovar os objetivos buscados na pesquisa.

A receptividade dada às perguntas pelos entrevistados é um dado importante a ser considerado no tema proposto neste trabalho, que é o marketing de relacionamento.

É digna de nota a percepção da importância que os entrevistados deram à presença das representantes da Unimed Sete Lagoas em suas casas, assim como o

entusiasmo com que responderam ao questionário, apontando que o relacionamento é um instrumento que gera satisfação aos clientes.

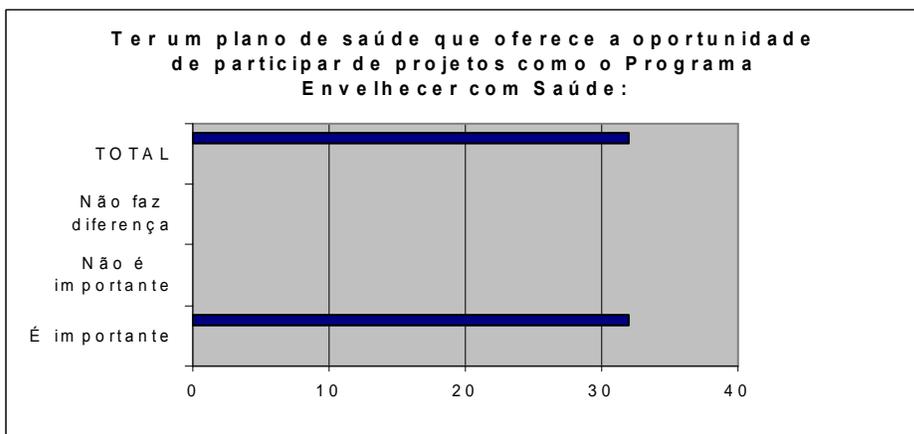
A análise desenvolvida segue a estrutura do próprio questionário (APENDICE 2), tendo sido apurados os seguintes resultados na pesquisa:



**Gráfico 1 – Avaliação da iniciativa da Unimed Sete Lagoas em promover o programa “Envelhecer com Saúde”**

Fonte: Dados da pesquisa

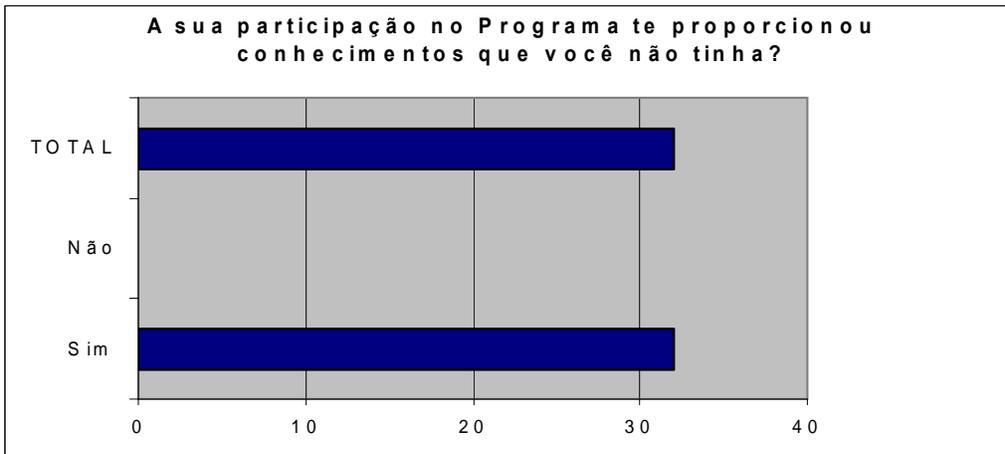
Dos entrevistados, 29 (90,63%) avaliaram como excelente a iniciativa da Unimed Sete Lagoas de promover o Programa Envelhecer com Saúde, sendo que apenas 3 (9,37%) entrevistados optado pelo conceito bom.



**Gráfico 2 – Opinião sobre o fato de ter um plano de saúde que oferece oportunidade de participar de projetos como o programa “Envelhecer com Saúde”**

Fonte: Dados da pesquisa

Para 100% dos entrevistados as respostas indicaram que é importante ter um plano de saúde que oferece a oportunidade de participar de projetos como o programa “Envelhecer com Saúde”.



**Gráfico 3 – Oportunidade de conhecimentos proporcionado pela participação no programa “Envelhecer com Saúde”**

Fonte: Dados da pesquisa

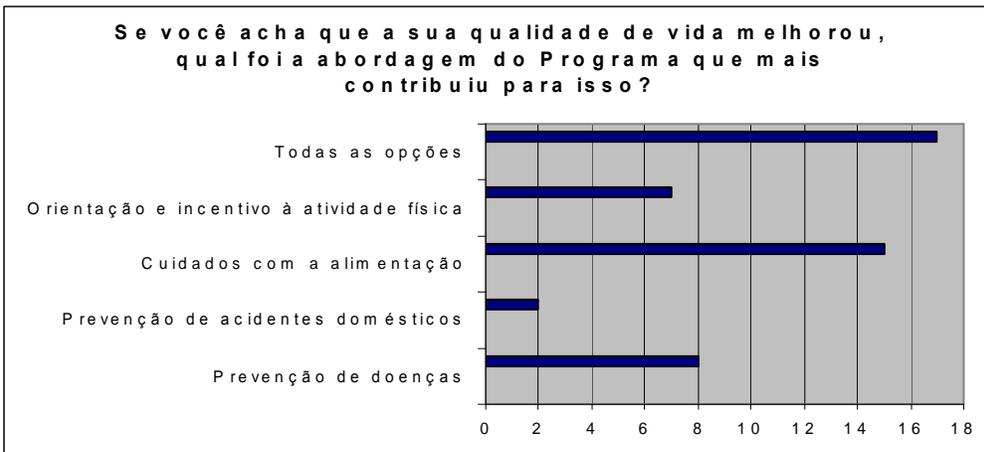
A totalidade dos entrevistados declarou que a participação no Programa proporcionou-lhes conhecimentos que não tinham.



**Gráfico 4 – Avaliação da participação no programa “Envelhecer com Saúde” no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida**

Fonte: Dados da pesquisa

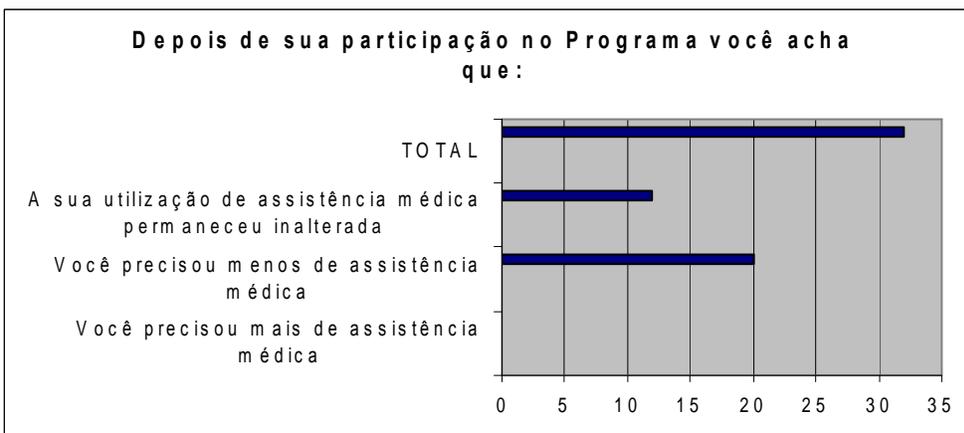
Dos entrevistados, 96,87% declararam que depois da participação no Programa a sua qualidade de vida melhorou, contra 3,13% declaram que sua qualidade de vida permaneceu inalterada.



**Gráfico 5 – Opinião sobre a abordagem do Programa que mais contribuiu para a melhora da qualidade de vida**

Fonte: Dados da pesquisa

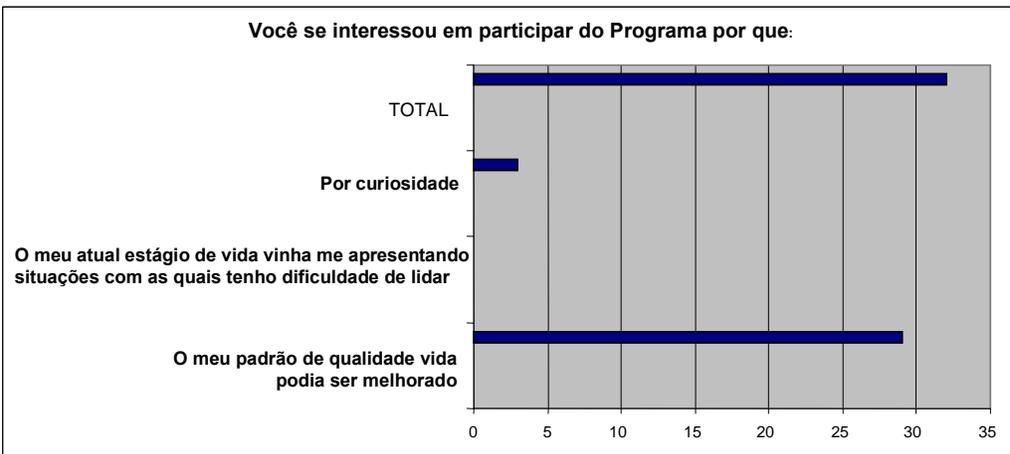
As abordagens do Programa que mais colaboraram para a melhora da qualidade de vida dos participantes, em ordem crescente de importância, foram: prevenção de acidentes domésticos, prevenção de doenças, orientação e incentivo à atividade física, cuidados com a alimentação e todas as opções.



**Gráfico 6 – Opinião sobre o Programa após a participação**

Fonte: Dados da pesquisa

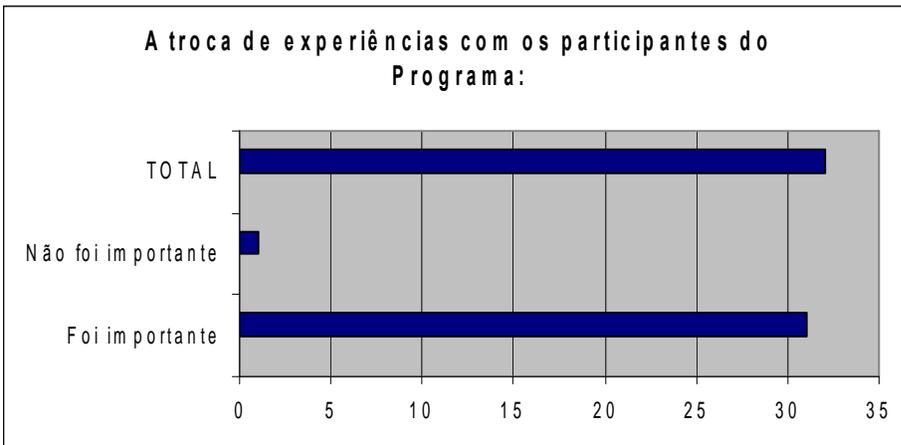
No item referente à necessidade de utilização de assistência médica após a participação no Programa, 65,50% dos entrevistados declararam que precisaram menos de assistência e 37,50% declararam que a utilização de assistência médica permaneceu inalterada. Nenhum entrevistado declarou que a utilização de assistência médica aumentou.



**Gráfico 7 – Motivo que levou a participar do Programa**

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre o motivo do interesse em participar do Programa, 90,62% apontaram que o padrão de qualidade de vida deles podia ser melhorado; e 9,37% se interessaram por curiosidade.



**Gráfico 8 – Opinião sobre a troca de experiências com os participantes do Programa**

Fonte: Dados da pesquisa

O resulta mostra que 96,87% dos participantes delegaram importância à troca de experiências com os participantes do Programa.



**Gráfico 9 – Percepção de valor dos entrevistados sobre o desenvolvimento e aplicação de um programa criado especialmente para suas necessidades**

Fonte: Dados da pesquisa

Foi unânime a declaração dos entrevistados no sentido de que se sentiram valorizados com o desenvolvimento e aplicação de um programa criado pela Unimed especialmente para as suas necessidades.

As declarações espontâneas a título de sugestões e críticas dos entrevistados foram:

- reforçar o tema sobre os cuidados com alimentação, pois foi muito importante (1 participante);
- estimular a prática de hidroginástica (4 participantes);
- incentivar a prática de atividades físicas (2 participantes);
- reforçar a necessidade de reduzir a quantidade de medicamentos (1 participante) e de deixar de fazer uso de antidepressivos (1 participante);
- participar do programa “Grupo de Hipertensão Arterial” (6 participantes) e do programa “Acompanhamento ao Diabético” que são outros programas desenvolvidos pela Unimed Sete Lagoas (1 participante);
- reapresentar a palestra da nutricionista e reforçar tema (1 participante);
- oportunizar a convivência com os participantes depois do término do

- Programa (2 participantes);
- contratar um professor de educação física para ministrar palestras no Programa (1 participante) e ampliar a prática de atividades físicas durante o Programa (1 participante);
  - incluir aulas de dança no Programa (1 participante).

Os resultados da pesquisa mostram que o Programa desenvolve valor superior para os clientes, o que é importante para a fidelização deles.

Os dados apurados na pesquisa revelam que o programa “Envelhecer com Saúde” se traduz em um relacionamento eficaz com os clientes e ficou claro que os participantes reconhecem que pode haver melhoria em seus padrões de qualidade de vida, sendo possível deduzir que a implantação do Programa é uma ação que acrescenta valor para os clientes nos aspectos mercadológico e social.

Apurou-se que dentre os fatores que contribuem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com mais de sessenta anos estão: alimentação adequada, prática de atividades físicas e informações de prevenção de doenças, sendo que acesso a essas informações e prática das mesmas se traduzem na promoção da saúde dos idosos.

Também pode-se concluir que a faixa etária acima de 60 anos é carente de informações que lhe possibilitem uma vida de melhor qualidade e com menor número de doenças que podem ser evitadas, por meio de esclarecimentos.

### **5.3 Análise documental**

Nesta última etapa de coleta de dados são apresentados os dados e as análises referentes aos levantamentos realizados por meio de análise documental para a verificação da evolução da utilização da assistência médica pelos participantes do Programa.

Verificou-se o número de consultas e exames simples e de alta complexidade utilizados pelos 32 clientes pesquisados no período de janeiro de 2002 a dezembro

de 2003, ou seja, um ano antes e um ano após o início da participação no Programa, o qual teve início em janeiro de 2003.

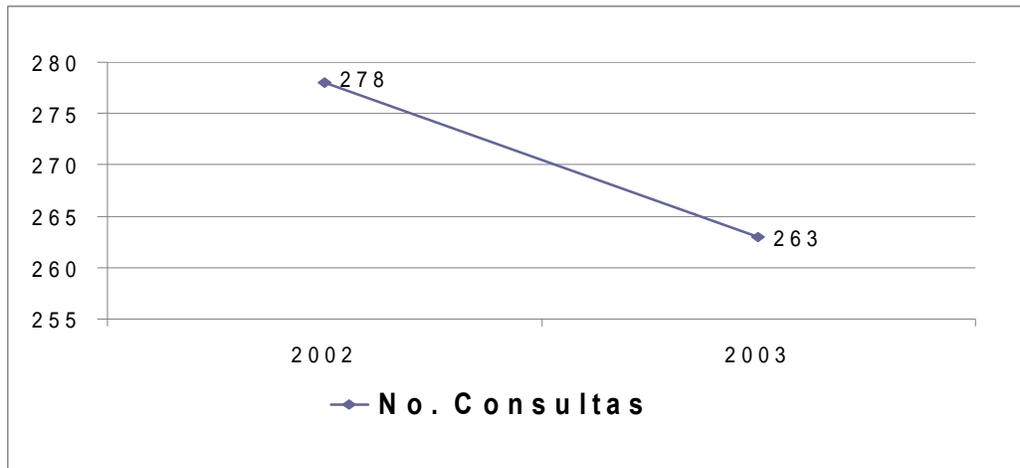
Este critério de verificação foi adotado com base no que preconiza a Associação Americana de Gerenciamento de Doenças (DMAA), que definiu padrões de avaliação do programa de Gerenciamento de Condições Crônicas, conforme Campos (2008, p. 119), que seguem os seguintes princípios:

- Utilizar um estudo “antes x depois”, que incorpore, de forma ideal, mas não essencialmente, um grupo comparador;
- A DMAA reconhece que a existência de um grupo comparador pode não ser possível na vida real.
- O período de mensuração recomendado é de um ano para a linha de base (período pré-programa) e um ano para mensurar ações subsequentes.
- Incluir clientes que tenham no mínimo seis meses de permanência no contrato.

A DMAA, reverberada pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), ressalta:

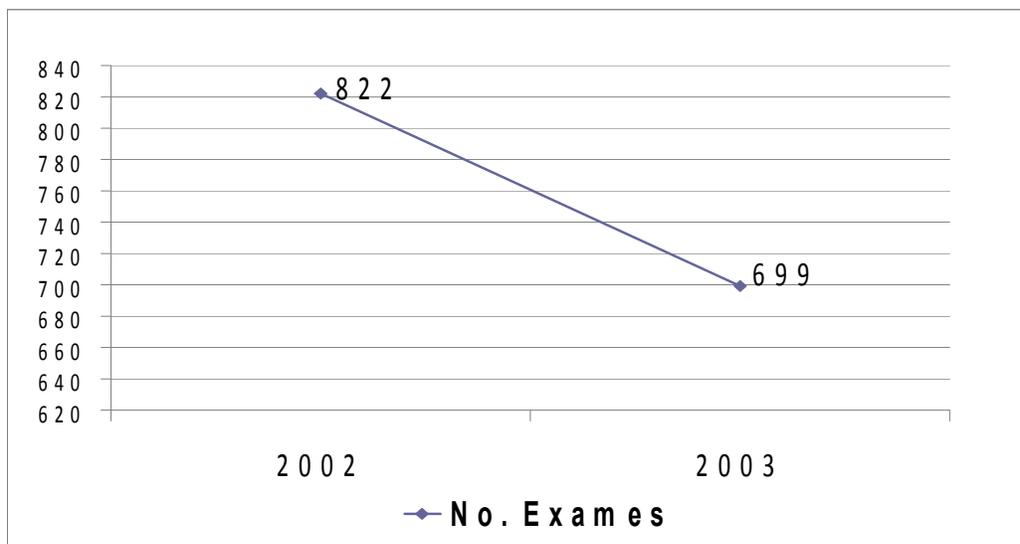
Quanto à avaliação dos resultados, a maior parte dos estudos existentes é do tipo comparação “antes x depois”. É freqüente não ser possível a realização de estudos randomizados, ou com um grupo controle, na vida real. Freqüentemente na implantação de um serviço considerado benéfico para os clientes, também não se considera ética a presença de grupos controle, que não receberiam uma intervenção tomada como favorável (CAMPOS, 2008, p. 118).

Com base nestas premissas, os resultados verificados foram os seguintes:



**Gráfico 10 – Número de consultas realizadas**

Fonte: Dados da pesquisa



**Gráfico 11 – Número de exames realizados**

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados revelam que no período de janeiro do ano anterior ao início do Programa até o fim do ano em que foi iniciado houve um decréscimo na ordem de 9,13% na média do número de consultas e de 17,60% na média do número de exames simples e de alta complexidade utilizados pelo grupo estudado, sendo que todos os pesquisados fazem parte do programa desde o seu início.

Os dados também foram analisados sob o aspecto da média anual de consultas e apurou-se que no ano de 2002 a média de consultas utilizadas pelos clientes observados foi de 8,68 consultas/cliente/ano e no ano de 2003 foi de 8,21 consultas/cliente/ano.

Do comparativo da média apurada de utilização anual dos clientes observados, com os dados constantes na TAB. 1 e com o estudo epidemiológico realizado entre os anos de 2000 e 2001 com idosos residentes no município de São Paulo, que revelou que proporção elevada de entrevistados declarava sofrer de três ou mais doenças crônicas (QUADRANTE, s/d), pode-se inferir o seguinte:

- 1) Que os clientes observados possivelmente são portadores de três ou mais patologias crônicas, característica normal em idosos.
- 2) Que a média de consultas anual utilizada pelos clientes observados encontra-se em patamares compatíveis com a média de consultas utilizadas por pacientes portadores de mais de três doenças crônicas.

Número de diagnóstico de doenças crônicas (1996)	Milhões de pessoas	Média de consultas
Nenhum	141	1,7
Um	87,8	4,6
Três ou mais	22,3	9,4

**Tabela 1 - Utilização diferenciada em função do número de diagnósticos de condições crônicas, população americana, em 1996.**

Fonte: Anderson (2001), utilizando dados do MEPS – Medical Expenditure Panel Survey de 1996. In Campos (2008, p. 111).

## 6 O SISTEMA UNIMED

As principais informações históricas sobre a Unimed são provenientes do site institucional da empresa [www.unimed.com.br](http://www.unimed.com.br), onde foram recolhidas as seguintes informações:

Em meados da década de 1960, os institutos previdenciários foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social, prometendo-se a democratização da saúde. Contudo, as más condições de atendimento oferecidas pelo sistema público de saúde abriram espaço para a crescente atuação das empresas de medicina de grupo, o que acabou desencadeando um processo de mercantilização do setor da saúde no Brasil.

Em 1967, contrário a essa tendência, um grupo de médicos funda na cidade de Santos (SP) a União dos Médicos (UNIMED), com base na legislação cooperativista (Lei n. 5.764, de 16/12/71). Surge, assim, a primeira cooperativa médica do Brasil, administrada nos moldes de uma empresa, porém sem fins lucrativos.

Em 1969, médicos de várias cidades paulistas visitam Santos, interessados na experiência pioneira da Unimed. Alguns meses mais tarde, mais de 30 Unimeds foram fundadas no estado de São Paulo.

No decorrer da década de 1970, novas cooperativas médicas são fundadas em diversas cidades do Brasil. Surgem as Federações, com o objetivo de padronizar os procedimentos operacionais e estimular a troca de experiências entre as Unimeds de um mesmo estado.

Em 1975, é criada a Unimed do Brasil, Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, que congrega as Unimeds de todo o País. Em 1977, uma década após a fundação da primeira cooperativa médica, já existiam 60 Unimeds em todo o Brasil.

Nos anos de 1980, o Sistema Nacional Unimed entra em uma fase de consolidação e crescimento acelerado. Cerca de 100 novas cooperativas são fundadas, e a

Unimed desenvolve uma estrutura operacional complexa em todo o território nacional.

Nos anos de 1990, a Unimed investe em campanhas institucionais e conquista o reconhecimento no setor de saúde do Brasil. Ao mesmo tempo, intensifica os contatos internacionais, em função da procura crescente, em muitos países, de novos modelos para a saúde.

Em 1995, é implantada em Bogotá, na Colômbia, a UNIMEC - União de Usuários Médicos e Cajas S/A. Neste mesmo ano, a Unimed é reconhecida como a entidade cooperativista líder do setor de saúde nas Américas durante o "I Fórum Latino de Cooperativismo de Saúde e Afins", primeiro encontro do setor a reunir entidades de mais de 30 países das Américas e Europa. A Unimed do Brasil filia-se à ACI - Aliança Cooperativa Internacional.

Em 1996, é fundada a Organização Internacional das Cooperativas de Saúde, com o propósito de promover e aproximar as cooperativas de saúde em todo o mundo.

Em síntese, o Sistema Nacional Unimed é uma iniciativa brasileira em medicina suplementar criada como alternativa para as medicinas de grupo baseadas no capital. Além da preservação do caráter liberal da profissão médica, as cooperativas se diferenciam por não visarem lucro e atuarem com vistas ao resgate da ética e do papel social dos profissionais da categoria.

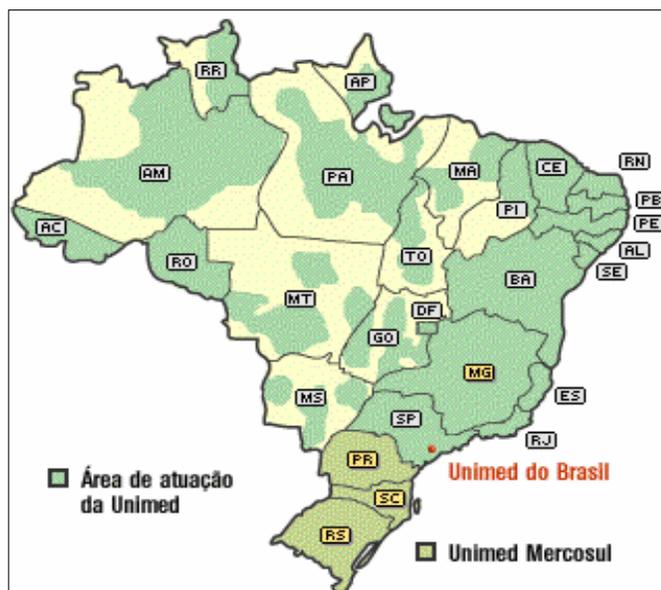
A Unimed atua no segmento de prestação de assistência médico-hospitalar, segundo os preceitos do cooperativismo e em conformidade com os regulamentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão ligado ao Ministério da Saúde que normatiza o funcionamento das operadoras de Planos de Saúde, por meio da Lei 9656/98.

O Complexo Empresarial Cooperativo Unimed é constituído por todas as Unimeds do País e diversas empresas criadas para oferecer suporte a elas, por meio de serviços desenvolvidos para agilizar e aperfeiçoar o atendimento.

O Sistema Unimed é composto por 364 cooperativas médicas, entre Singulares, Federações e a Confederação Nacional. As Unimeds locais, que atuam no âmbito dos municípios, são denominadas “Unimeds Singulares”.

As Unimeds Singulares de um mesmo estado organizam-se em Federações Estaduais. Na região Sul, as Federações do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul formam a Unimed Mercosul. As Federações, por sua vez, reúnem-se todas em uma Confederação Nacional, a Unimed do Brasil.

As Unimeds estão distribuídas no território nacional da seguinte maneira (FIG. 2)



**Figura 2 – Distribuição geográfica do Sistema Unimed**  
 Fonte: [www.unimed.com.br](http://www.unimed.com.br) (2008).

O Sistema Nacional Unimed conta com uma rede de assistência médica composta por 93 mil médicos cooperados e 11,7 milhões de clientes. Detém 25% do mercado de saúde do Brasil, cobrindo 80% do território nacional. Possui os seguintes serviços credenciados: 3.596 hospitais, 4.704 clínicas, 3.455 laboratórios e 1.190 centros de diagnoses, além de outros 12.187 recursos credenciados. Possui os seguintes recursos próprios: 63 hospitais, 69 prontos atendimentos, 2.762 leitos, 25 laboratórios e 12 centros de diagnoses.

## **7 A UNIMED SETE LAGOAS NO CONTEXTO DA PESQUISA**

A Unimed Sete Lagoas faz parte das 63 Singulares mineiras que compõem o Sistema Nacional Unimed. Foi fundada em 8 de setembro de 1987, por um grupo de 71 médicos e conta em 2008 com mais que o dobro dos profissionais pioneiros.

Na qualidade de cooperativa médica e, ao mesmo tempo, de operadora de planos de saúde, está submetida à Lei 5.764/71, que regulamenta o cooperativismo no Brasil (BRASIL, 1971) e à Lei 9.656/98, que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde (BRASIL, 1998).

A Unimed Sete Lagoas possui 183 médicos cooperados, 31 mil clientes, 1 hospital próprio em Sete Lagoas, 2 hospitais contratados em Sete Lagoas, 1 em Paraopeba, 1 em Caetanópolis, 35 clínicas de SADT (Serviço Auxiliar em Diagnóstico e Terapia), 1 equipe própria de vendas em Sete Lagoas, 2 empresas de vendas terceirizadas em Sete Lagoas e 1 em Paraopeba e Caetanópolis; segundo dados fornecidos pela operadora em Janeiro de 2008.

A área de atuação da Unimed Sete Lagoas compreende os municípios de: Cachoeira da Prata/MG, Caetanópolis/MG, Cordisburgo/MG, Inhaúma/MG, Jequitibá/MG, Paraopeba/MG, Prudente de Moraes/MG, Santana de Pirapama/MG, Sete Lagoas/MG. Essas áreas são observadas para fins comerciais e de cooperativização de médicos.

Em termos de prestação de assistência médica, a Unimed Sete Lagoas, como todas as demais cooperativas do Sistema Unimed, atua com intercâmbio de atendimentos médicos de conformidade com a área de atuação do Sistema Nacional Unimed.

Como todas operadoras de planos de saúde, a Unimed Sete Lagoas, está submetida ao cumprimento das determinações da ANS, por meio de Lei 9.656/98.

Na contextualização da Unimed Sete Lagoas, para os objetivos desta pesquisa, interessa dar ênfase e detalhamento à discussão atual sobre o “Modelo de Atenção

à Saúde”, cuja referência foi feita seção 3.10 e que focaliza uma iniciativa da ANS em estimular as operadoras de planos de assistência à saúde a implantarem ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para seus clientes.

De acordo com Campos (2008), a primeira ação da ANS nesse sentido foi a publicação da RN n. 94, em 23 de março de 2005. Em 2006, por meio do Manual Técnico de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos de Doenças na Saúde Suplementar, atualizado em 2007, quando mais uma vez essa intenção fica manifesta.

A introdução do referido manual, segundo Campos (2008), determina:

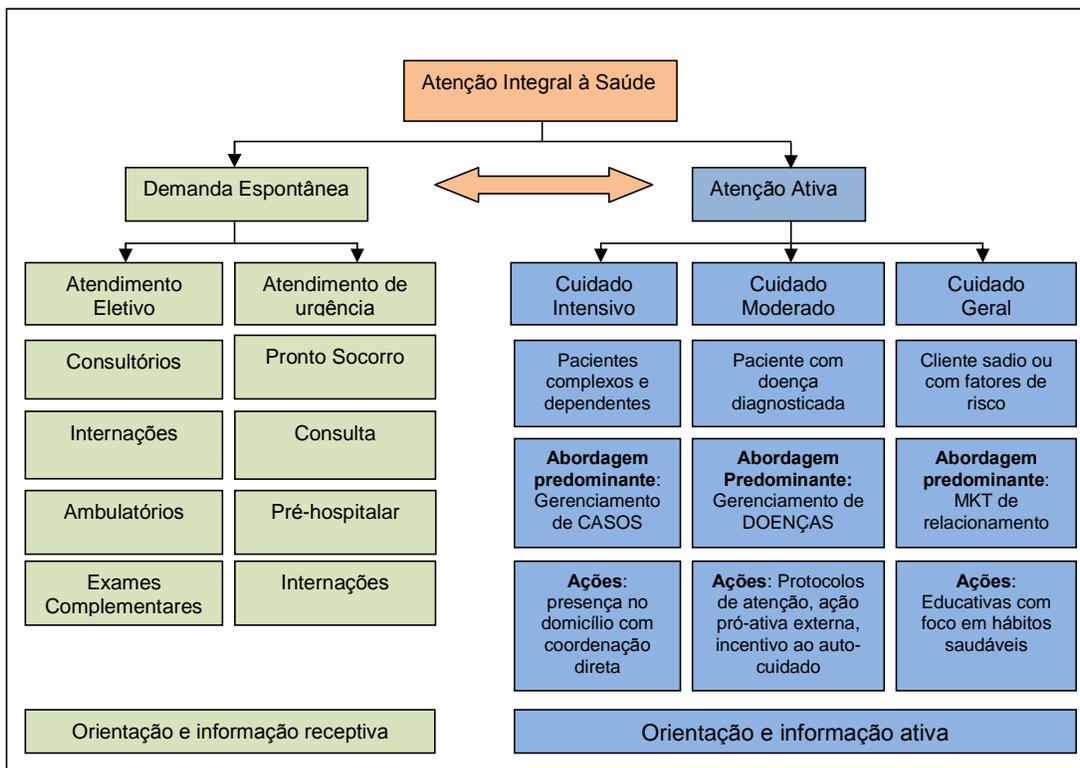
A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem como objetivo estimular a mudança do modelo de atenção à saúde no setor suplementar, entre outras, através da adoção, pelas operadoras de planos privados de saúde, de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos de doenças.

Atualmente, o conjunto de recursos tecnológicos está alocado em ações desarticuladas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e incorporando de forma acrítica as novas tecnologias, configurando-se num modelo pouco eficiente e pouco efetivo.

A mudança do modelo de atenção à saúde envolve a adoção de práticas cuidadoras e integrais. Pensar a saúde de forma integral significa, também, articular as diretrizes da ANS com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde, respeitando as peculiaridades do setor suplementar, fortalecendo parcerias e a discussão a respeito das necessidades de saúde da população (CAMPOS, 2008, p. 148).

A Federação das Unimed's de Minas Gerais, no cumprimento de seu papel institucional no contexto do Sistema Unimed, recomenda a adoção de um Modelo Cuidador que produza melhoria da qualidade de vida dos clientes Unimed, assentado em uma estruturação sustentável economicamente, e que produza relacionamento de longo prazo no mercado, perenizando a cooperativa e ampliando as oportunidades de trabalho do médico cooperado (CAMPOS, 2008).

Trata-se de um Modelo Cuidador, segundo Campos (2008, p. 38), “que identifique as necessidades dos clientes, mesmo quando não sejam o motivo da demanda espontânea dos mesmos, reconhecendo as necessidades globais. Um modelo em que haja busca ativa dos pacientes em função do ciclo de vida-idade, e do sexo, ficando alerta para a necessidade epidemiológicas, conforme FIG. 3.



**Figura 3 – Demanda espontânea e ativa do Modelo Cuidador para clientes Unimed**  
 Fonte: Campos (2008, p. 38)

Campos (2008) reafirma que “o processo de relacionamento com clientes do sistema de saúde suplementar precisa acompanhar e sustentar as mudanças propostas no “Modelo de Atenção à Saúde”. Para isso, o mesmo autor preconiza:

É necessário que esse processo seja capaz de **construir relacionamentos duradouros** e estabelecer **vínculos diretos** com os clientes, alterados pela confiabilidade, segurança e flexibilidade. Cada participante do sistema deverá refletir sobre os seus serviços e produtos, de forma a contribuir para esse objetivo. Essa reflexão nos demonstra a necessidade de promover mudanças no arcabouço de

ferramentas e práticas dos atuais processos de relacionamento (CAMPOS, 2008, p. 25). Grifos originais da citação.

Aliando a sua missão, que é prestar e disponibilizar serviços de promoção à saúde, atendendo aos anseios dos médicos cooperados, buscando a satisfação dos clientes, colaboradores e parceiros, com a nova realidade nas organizações dos serviços de saúde, centrada na ação cuidadora e integral dos clientes, a Unimed Sete Lagoas incorpora esses conteúdos, utilizando-se do desenvolvimento de instrumentos que complementam e modificam a prática da assistência médica, valendo-se do marketing de relacionamento, por meio de programas que visam à construção da autonomia dos clientes, à prevenção de doenças e suas complicações e à adoção de medidas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

### **7.1 Programas de promoção da saúde e prevenção de doenças da Unimed Sete Lagoas**

Os programas de fidelização surgiram como ferramenta do atual marketing de relacionamento e permitem tangibilizar aos olhos do cliente as vantagens que a empresa oferece. O conceito desses programas envolve uma troca: a empresa oferece vantagens e benefícios a quem dá preferência a seus produtos e serviços. Ressalte-se que um programa de fidelização implica o uso de várias ferramentas promocionais, mas não pode ser confundido com elas (BORBA, 2007, p. 195).

Ainda segundo Borba (2007):

Os programas de fidelidade devem estar empenhados em criar “momentos mágicos”, ou seja, situações nas quais os clientes sejam positivamente impressionados. O momento mágico pode ser entendido como um serviço não esperado que cause encantamento no cliente. [...] Na área de saúde o programa de fidelidade pode ser implementado a partir de parceria com diversos fornecedores de serviços, aquisição de medicamentos a preços reduzidos, farmácias próprias de planos de cooperativas, desenvolvimento de programas culturais, programas de lazer e esportivos, casa da mamãe (local de convívio de gestantes para terapias educação materna), educação em saúde pública, palestras e programas de prevenção, além de outros programas que podem e devem ser implementados (BORBA, 2007, p. 196).

Como ferramenta de marketing de relacionamento e com base nas premissas da missão da Unimed Sete Lagoas de oferecer soluções em saúde e de buscar fidelizar seus clientes, foram desenvolvidos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, denominados Programas “Univida” (FIG. 4).

**Onde tem saúde tem Unimed!**  
Com os programas Univida, a Unimed Sete Lagoas oferece informações para Promoção da Saúde.  
Se você é Cliente Unimed, faça a sua inscrição gratuita.

**PROGRAMA**  
*de acompanhamento ao diabético*

*Contribuir para melhor qualidade de vida do diabético*

Exclusivo para gestantes

**unibebê**

**Hipertensão Arterial**  
*Para o controle da pressão arterial*

**Envelhecer**  
*com qualidade de vida*

**Onde tem Benefícios tem Unimed!**  
Na Unimed Sete Lagoas você encontra planos diferenciados:  
Individuais, familiares e empresariais.  
São opções completas porque se adaptam  
à diferentes necessidades, com todos os benefícios  
que somente a Unimed pode oferecer.

Rua Fernando Lanza, 53 - Centro - 3772-1000

**Figura 4 – Programas “Univida”**

Fonte: Prospecto fornecido pela Unimed Sete Lagoas

Compõem os Programas “Univida”:

a) Unibebê — A inscrição do casal grávido é gratuita. Oferece orientações indispensáveis em uma fase importante da vida: a chegada de um bebê.

b) Programa de Acompanhamento ao Diabético (PAD) — exclusivo e gratuito. Visa proporcionar orientações importantes sobre como promover qualidade de vida aos portadores de diabetes, além de proporcionar-lhes trocas de experiências e vivências.

c) Grupo de Hipertensão – oferece orientações e dicas sobre o controle da pressão arterial dos clientes.

d) “Programa Envelhecer com Saúde” – é o foco do presente estudo, dada a relevância da questão do envelhecimento da população brasileira e do aumento da expectativa de vida no País, com as devidas conseqüências que estes fatores geram na sociedade, sobretudo no segmento saúde, e que é objeto do capítulo 6 deste trabalho.

## **8 O PROGRAMA “ENVELHECER COM SAÚDE”**

O trabalho desenvolvido pela Unimed Sete Lagoas por meio do programa “Envelhecer com Saúde”, criado especialmente para clientes da Terceira Idade, que, segundo dados extraídos em março de 2008, representam 3.374 clientes com idade de 60 anos ou mais, perfazendo um total de cerca de 10% do número total de clientes, visa oferecer informações e orientações indispensáveis para retardar ou prevenir a evolução das complicações freqüentes nesta fase da vida.

O Programa busca promover uma interação e um relacionamento recíproco com os clientes da Terceira Idade, proporcionando-lhes suporte psicológico e a oportunidade de interagirem com pessoas da mesma faixa etária, dividindo experiências e reforçando neles a convicção de que a senilidade não é um fator de exclusão.

Assim, a Unimed Sete Lagoas trata a sua carteira de clientes idosos delegando importância ao desenvolvimento de ações voltadas para a medicina preventiva e o convívio social, enfatizando a tranquilidade e, principalmente, a qualidade de vida de desses clientes.

Por intermédio do programa “Envelhecer com Saúde”, a Unimed Sete Lagoas preconiza que estes aspectos são fundamentais para o planejamento do futuro, no sentido de promover relações sociais estáveis com os seus clientes idosos e também entre as pessoas idosas, por meio de programas de relacionamento.

Para a implantação do programa “Envelhecer com Saúde”, desenvolveu-se uma estrutura prévia, considerando vários fatores, almejando o sucesso do projeto e evitando imprevistos e condução inadequada do desenvolvimento do Programa.

O Programa (FIG. 5) foi desenvolvido pelo departamento de Assistência Social e é ministrado por médicos cooperados (geriatra, clínico geral, cardiologista), fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, professores de educação física e profissionais de enfermagem.

A operacionalização funciona da seguinte maneira:

a) São realizados encontros quinzenais e contínuos, nos quais é abordado um tema diferente de acordo com o perfil do grupo.

b) Os encontros são semanais, com duração de uma hora, todas às quartas-feiras, iniciando às 18 horas.

c) É realizado acompanhamento psicológico, envolvendo oficinas de memória, discussão de temas atuais, jogos interativos e dinâmicas de grupo.

d) Além dos encontros semanais, uma vez por ano são realizadas atividades de relaxamento e logo após é oferecido um *coffee break*.

Portanto, como preconiza a ANS, adotar a gestão do cuidado em saúde significa definir, acompanhar e monitorar determinados grupos de pacientes, incluindo nesse cuidado o trabalho profissional (CAMPOS, 2008).

O principal objetivo do programa “Envelhecer com Saúde” é dar atenção especial à prevenção e ao tratamento de doenças como Mal de Alzheimer, Mal de Parkinson, derrames, cardiopatias, depressão, ansiedade, fobias e outras patologias crônicas, que são comuns em pessoas idosas.

O Programa pretende ainda estabelecer um estreitamento do relacionamento da Unimed Sete Lagoas com o grupo de clientes acima de 60 anos, visando agregar valores aos seus produtos e diminuir a sinistralidade desse grupo de clientes.

**'Envelhecer com Saúde'**

**unimed**  
SETE LAGOAS - MG

Se você tem 60 anos ou mais,  
é Cliente Unimed Sete Lagoas  
e valoriza qualidade de vida :

Faça sua inscrição gratuita  
no Grupo "Envelhecer com Saúde"

 Informações Importantes  
para sua vida. 

**Participe!**

Vagas Limitadas: 3772-1000 

**Figura 5 – Programa “envelhecer com Saúde”**

Fonte: prospecto fornecido pela Unimed Sete Lagoas.

## 9 CONCLUSÃO

A escolha do tema e do objeto desta pesquisa originou-se do interesse na articulação de mudanças que têm trazido grandes desafios na área empresarial, especificamente quanto à prática e gestão do marketing de relacionamento, de efeitos ainda menosprezados em detrimento de outras práticas empresariais.

As mudanças na área empresarial e, especificamente, na de marketing, que apontam para a utilização maciça do marketing de relacionamento, têm tido grande repercussão, instigando a pesquisadora a aprofundar estudos sobre a utilização do marketing de relacionamento como instrumento de fidelização de clientes.

O Brasil, como todos os países em desenvolvimento, vem apresentando significativo aumento da população com idade superior a sessenta anos. O desenho da pirâmide populacional brasileira vem acompanhado de mudanças no perfil epidemiológico, com decréscimo de patologias agudas, tais como doenças infecto-contagiosas e aumento de patologias crônico-degenerativas, como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes, demência, prejuízo visual, depressão, entre outras, cujas incidências são, notadamente, propiciadas pelo avançar da idade.

Existe forte correlação entre a população idosa e maior utilização dos serviços de saúde, públicos ou privados. O esperado crescimento da demanda de assistência médica em decorrência do envelhecimento populacional constitui-se em questão relevante, que deve ser objeto de observação e preparação em todos os segmentos da sociedade, sob pena de se assistir à instalação de caos sem precedentes, nos âmbitos previdenciários e assistenciais.

Estes sintomas já se fazem presentes nas operadoras de planos de saúde que atuam no segmento de saúde suplementar.

A regulação do mercado de assistência médica suplementar, pela Lei 9.656/98, imprimiu mudanças significativas no setor. Já convivendo com os efeitos do aumento

de clientes idosos, as operadoras de planos de saúde ficaram também obrigadas ao cumprimento de normas emanadas da Agência Nacional de Saúde, que impõe a observação do Estatuto do Idoso, inaplicabilidade de reajuste nos contratos de clientes acima de sessenta anos por mudança de faixa etária e padronização de quaisquer produtos ofertados.

Este cenário criou a necessidade de diferenciais competitivos no setor e gestão criteriosa da carteira de clientes idosos, para satisfação das necessidades deste grupo de usuários. Tornou-se, por isso, um fato importante na visão do plano de saúde o desafio de atender à demanda deste público.

O gerenciamento dos planos de saúde exige uma política inovadora de promoção e prevenção da saúde. Essa nova versão utiliza estratégias de acompanhamento como ferramenta de controle precoce das doenças.

Independente da idade cronológica e biológica das pessoas, promover qualidade de vida em sua dimensão mais ampla requer enfoque em um modelo de gestão capaz de promover uma visão holística do ser humano no contexto das organizações, permitindo rapidez e eficiência na prestação de serviço e redução de custos e investimento.

A partir da consideração de todas estas questões, percebe-se a importância do desenvolvimento de ações voltadas para a criação de infra-estrutura necessária ao atendimento da população idosa nos variados segmentos da sociedade, principalmente no setor saúde, já que a velhice está associada à doença.

A Unimed Sete Lagoas – Cooperativa de Trabalho Médico, face a estes imperativos mercadológicos e com vistas a melhor gerir sua carteira de clientes da terceira idade, implementou o programa “Envelhecer com Saúde”.

Respalhando-se na promoção da saúde e na prevenção de doenças, estabeleceu relacionamento mais estreito com estes clientes, como forma de conhecimento das suas necessidades e expectativas em relação ao plano de saúde, criando, assim, ambiente propício para a proliferação de informações e conhecimentos, além de

oportunizar melhorias na qualidade de vida e utilização adequada da assistência médica.

Dada a importância da análise da eficácia dos resultados alcançados por meio de estratégias de marketing de relacionamento, este estudo buscou comprovar que a análise dos dados obtidos fornece bases para a avaliação do relacionamento cliente–empresa propiciado pelo Programa.

O programa “Envelhecer com Saúde”, busca a manutenção de relacionamento contínuo com seus clientes da Terceira Idade, por meio de uma abordagem inovadora na questão da saúde.

A empresa busca a prática de ações voltadas para a prevenção de doenças e a promoção da saúde em clientes idosos, objetivando o conhecimento de suas necessidades e expectativas em relação ao plano de saúde, para a fidelização deste segmento de mercado e um bom gerenciamento desta carteira de clientes.

As pesquisas realizadas revelaram respostas favoráveis aos objetivos deste trabalho. Portanto, o Programa pode ser entendido como uma ação eficaz para o estreitamento do relacionamento empresa-clientes, para a fidelização desses clientes, já que todos os pesquisados são clientes há mais de oito anos, e para que os clientes se sintam valorizados pela empresa, pelo fato de ser disponibilizada a eles a participação no Programa, sem ônus, além da oportunidade de freqüentarem as dependências da empresa assiduamente, onde todos são conhecidos e podem interagir com todos os colaboradores e profissionais do departamento de Promoção da Saúde da empresa.

Os números apurados na utilização da assistência médica revelaram decréscimo na utilização, muito embora seja possível prever que estes resultados tendem a se modificar para um aumento da utilização da assistência médica, considerando que este grupo específico de clientes desenvolve patologias crônico-degenerativas que demandam maior atenção que os de outras faixas etárias.

O entrelaçamento de questões sobre o envelhecimento da população brasileira, com conseqüente crescimento do mercado formado pelos idosos e a saúde, que nesta faixa etária demanda maiores atenções, fornece contexto interessante para melhores análises sobre a prática do marketing de relacionamento.

Colocar em prática políticas e programas que melhorem a qualidade de vida de pessoas idosas, portadoras de deficiências e doenças crônicas ou não, são tarefas que, sob os vários aspectos vistos a respeito do marketing de relacionamento, podem ser praticadas com maior eficácia.

A abordagem do marketing de relacionamento proporciona bases para o desenvolvimento de estratégias locais, nacionais e globais sobre a população que está envelhecendo. Ao reunir os três pilares para a ação de saúde, participação e segurança obtém-se uma plataforma para uma construção consensual que abrange as preocupações de diversos setores e de todas as regiões.

O envelhecimento da população levanta várias questões fundamentais para os formuladores de políticas sociais e mercadológicas voltadas para o segmento da Terceira Idade na área de saúde: Como propiciar às pessoas independência e atividade à medida que envelhecem? Como encorajar a promoção da saúde e as políticas de prevenção, especialmente aquelas direcionadas aos mais velhos? Já que as pessoas estão vivendo por mais tempo, como a qualidade de vida na Terceira Idade pode ser melhorada? Grande número de pessoas na Terceira Idade causará a falência de nossos sistemas de saúde e de previdência social? São questionamentos cujas respostas certamente podem ser encontradas por meio da prática do marketing de relacionamento.

Outros estudos sobre o tema do atendimento aos idosos poderiam também englobar outros ângulos, como o atendimento público, por exemplo. Além disso, o público formado pela Terceira Idade pode ser objeto de estudos envolvendo outros tipos de produtos e serviços a ele destinados.

A título de sugestão, recomenda-se a promoção de novas abordagens nas formas de divulgação do Programa, para aumentar o número de participantes, já que

abrange cerca de 10% do número de clientes da operadora com idade igual ou superior a 60 anos. Seria recomendável também a adoção de ações mais efetivas para estimular os participantes à continuidade da frequência nas reuniões.

Essas recomendações seguramente não esgotam as diversas possibilidades de aperfeiçoamento da temática nesta pesquisa.

Este estudo tem por finalidade principal fornecer contribuições para os interessados no assunto, bem como propiciar maiores entendimentos à empresa estudada em relação ao tema, não tendo a pretensão de esgotar um tema tão relevante no cenário mercadológico.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **Estudo aponta tendências de crescimento da população idosa no Brasil**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/09/28/materia.2007-09-28.0306357312/view>>. Acesso em: 10 out 2007.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: < [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>. Acesso em: 18 out. 2007.
- ASSIS, Mônica. **Promoção da Saúde e Envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ. 2004. 236 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - FIOCRUZ / Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 2004. Disponível em < <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/doutorado/TeseMonicaAssis.pdf>> Acesso em: 02 dez. 2007.
- BORBA, Valdir Ribeiro (Org.). **Marketing de relacionamento para organizações de saúde**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 299 p.
- BUSS, P M. **Uma introdução ao conceito de promoção de saúde**. São Paulo: Fiocruz, 2000.
- BRASIL. Leis, Decretos. Lei cooperativista nº 5.764 de 16 de dezembro de 1971.
- BRASIL. Leis, Decretos. Lei sobre planos e seguros privados de assistência à saúde nº 9.656 de 03 de junho de 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde do Idoso. 1992. **Terceira idade**: dados estatísticos sobre os idosos. Canal Terceira Idade. 03 mai. 2002. Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo-frame.asp?>> Acesso em: 10 out. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília. Ministério da Saúde, 2002. 104 p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/redes\\_estaduais\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/redes_estaduais_idoso.pdf)> Acesso em: 10 out. 2007.
- CAMPOS, Emerson Fidelis (Org.). **Desenvolver a saúde**: modelo cuidador da Federação das Unimed's de Minas Gerais. Belo Horizonte: Editora Federação das Unimed's de Minas Gerais, 2008. 430 p.
- CARBONI, R. M.; REPPETTO, M. A. **Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil**. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2007 Jan-Abr; 9(1): 251-260. Não paginado. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a20.htm>>. Acesso em: 08 dez. 2007
- Censo Demográfico 2000. **Resultados do Universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

CHAIMOWICZ, Flávio. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas.** Revista Saúde Pública, v. 31, n. 2, p. 184-200, São Paulo: 1997.

CHURCHILL Gilbert A., PETER , Paul J. **Marketing criando valor para os clientes.** Tradução Cecília Camargo Bartalotti e Cid Knipel Moreira. São Paulo: Saraiva, 2003.

COLTRO, Alex. **A gestão da qualidade total e suas influências na competitividade empresarial.** Caderno de pesquisas em administração, São Paulo, v. 1, n. 2, 1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C02-art04.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2007.

CORRÊA JR, Darcio. **As ferramentas do marketing de relacionamento.** Seção Artigos. s/d. Disponível em: <<http://www.webcontatos.com.br/artigos>> Acesso em: 10 out. 2007.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C, M. **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DRUCKER, Peter. **Administrando em tempos de grandes mudanças.** São Paulo: Pioneira. 1999.

ECIB. **Estudo da competitividade da indústria brasileira.** Relatório final, Mimeo, 1993.

ESCRIVÃO JÚNIOR, Álvaro. **A busca por um relacionamento sustentável.** Relação entre prestadores e operadoras. Debates GVsaúde. 1 sem. 2007. n. 3. p. 23-24. Disponível em: <<http://www.gvsaude.org/artigos/34.pdf>> Acesso em: 29 jan. 2008.

FIGUEIREDO, Kenia S.; GODINHO, Luiz A. de C. **Marketing de relacionamento: uma ferramenta voltada para as operadoras e agências de Turismo.** Disponível em: <[http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/Marketing\\_de\\_Relacionamento\\_uma\\_Ferramenta\\_Voltada\\_para\\_as\\_operadoreas\\_e\\_agencias\\_de\\_turismo.htm](http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/Marketing_de_Relacionamento_uma_Ferramenta_Voltada_para_as_operadoreas_e_agencias_de_turismo.htm)>. Acesso em: 08 dez. 2007.

GLOBO.COM. **Expectativa de vida do brasileiro sobre para 72,3 anos diz IBGE.** Globo.com, 13 dez. 2007, Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,MUL202006-5598,00-EXPECTATIVA+DE+VIDA+DO+BRASILEIRO+SOBE+PARA+ANOS+DIZ+IBGE.htm>> Acesso em: 03/12/2007.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas. 1999.

GUMMESSON, E. **Marketing de relacionamento total.** Porto Alegre: Bookman, 2005.

HITT A. Michael; IRELAND, R. Duane; HOSKISSON, Robert E. **Administração estratégica: competitividade e globalização**. Tradução de José Carlos Barbosa dos Santos e Luiz Antônio Pedroso Rafael. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005. 550 p.

HUMBERTO, Cláudio. **Vivendo mais: cresce a expectativa de vida do brasileiro**. Hoje em Dia, p. 12, Belo Horizonte: 04 ago. 2007.

HOLEY Graham J.; SAUNDERS, Jonh A.; PIERCY Nigel F. **Estratégia de marketing e posicionamento competitivo**. São Paulo: Prentice Hall, 2 ed. 2001. 423 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1994.

KARSCH, Ursula M. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores**. Caderno Saúde Pública. v. 19, n. 3, p. 861-866, Rio de Janeiro: mai.-jun. 2003.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing**. São Paulo: Atlas, 1998.

KOTLER, Philip. **A edição do novo milênio**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2000.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Administração de marketing: conceitos, planejamento e aplicações à realidade brasileira**. São Paulo: Atlas, 2006. 528 p.

LAKATOS, Eva M; MARCONI, Marina de A. **Técnicas de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Artmed: Portolo Alegre, 1999.

LEME, L. E. G. **O envelhecimento: mitos e verdades**. São Paulo: Contexto, 1997.

LIMA, Ari. **Marketing na Saúde: atendendo necessidades**. 18 de jun. 2007.  
Disponível em:  
<[http://www.administradores.com.br/artigos/marketing\\_na\\_saude\\_atendendo\\_necessidades/14060/](http://www.administradores.com.br/artigos/marketing_na_saude_atendendo_necessidades/14060/)> Acesso em: 15 fev. 2008.

LIMA, Clóvis R. Montenegro. **Informação e regulamentação da assistência suplementar**. Rio de Janeiro: E-Papers serviços editoriais, 2005, 1ª ed. 110 p.  
Disponível em:  
<[http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/inf\\_reg\\_assist\\_supl\\_saude.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/inf_reg_assist_supl_saude.pdf)>  
Acesso em: 12 dez. 2007.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. **Saúde pública e envelhecimento**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):700-701, mai-jun, 2003. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15872.pdf>>. Acesso em 19 abr. 2008.

LOPES FILHO, Luciano Sabóia. **Marketing de vantagem competitiva**. São Paulo: Saraiva, 2006. 182p.

MACHADO, Cláudio C., ABREU, João F. A. **Distribuição espacial da população idosa brasileira: uma análise retrospectiva e prospectiva.** In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 1992, Brasília, *Anais*, Brasília: ABEP, v. 2, p. 253-296, 1992.

MCKENNA, Regis. **Marketing de relacionamento: estratégias bem sucedidas para a era do cliente.** Rio de Janeiro: Campus, 1999.

MELLO, Bruno. **Os desafios do marketing no segmento saúde.** Disponível em: <<http://georp.blogspot.com/2007/06/os-desafios-do-marketing-no-segmento-de.html>>. Acesso em: 06 jan. 2008.

MINAYO, M.C.S. et all. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MITCHELL, J. Best Cars For Retirees. Forbes online, 09. abr. 2008. Disponível em: <<http://www.forbes.com>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

MUNHOZ, Carlos Eduardo Machado. **O Marketing de Relacionamento para Pequenas Empresas.** 2003. Disponível em: <<http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/Marketing%20de%20Relacionamento%20para%20pequenas%20empresas.htm>>. Acesso em: 09 out. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A saúde das pessoas de idade.** Genebra: 1991- 1995.

PENA, M. **A nova terceira Idade.** Verdemar em Revista. Belo Horizonte, número 8, s/d, p. 68-70.

QUADRANTE, Ana Catarina Rodrigues. **Doenças crônicas e o envelhecimento.** Portal do envelhecimento.s/d, Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm>. Acesso em: 19 abr. 2008.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan. **Manual de investigação em ciências sociais.** Lisboa: Gradiva, 1998.

RAMIRES, Júlio César de Lima. **O envelhecimento populacional e os serviços de saúde pública em Uberlândia.** Associação Brasileira de Estudos Populacionais. ABEP. Rio de Janeiro: 2000. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Poster/O%20Envelhecimento%20Populacional%20e%20os%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica..pdf>> Acesso em: 15 out. 2007.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSEN, George. **Da política médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSS, C. WU, C. **Education, age and the cumulative advantages in health.** In: Journal of Health and Social Behavior, v. 37, p.104-120,1996.

SAAD, Paulo M. **O envelhecimento populacional e seus reflexos na área da saúde.** In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, v. 7, *Anais*. São Paulo, ABEP, vol. 3, p. 353-369, 1990.

SAPOZNIK, André. **Desmistificando o Marketing de Relacionamento.** Associação Brasileira de Marketing Direto. 2004. Disponível em: <[http://www.abemd.org.br/materias\\_conteudo.asp?coddocumento=1703](http://www.abemd.org.br/materias_conteudo.asp?coddocumento=1703)>. Acesso em: 12 out. 2007.

SELLES, Alice; MINADEO, Roberto. **Marketing para serviços de saúde:** um manual de talento e bom senso. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006, 119 p.

SENA, M. F. A.; GONZÁLEZ, J. G. T.; ÁVILA, M. A. **Turismo da terceira idade:** análises e perspectivas. Caderno Virtual de Turismo, v, 7, n. 1, 2007. ISSN: 1677-6976.

SKRABE, Celso. **Seu cliente é fiel?** Marketing em saúde, nº1, 20 mar. 2003. Disponível em: <<http://www.marketingemsaude.com.br/novo/download/edicao1.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2008.

SILVA, Maria da Consolação; ALMEIDA, José Luis Telles; LOPES NETO, David. **Programa de assistência à saúde do idoso em Manaus em nível ambulatorial:** uma análise crítica de gestores. Textos Envelhecimento v.8 n.1 Rio de Janeiro: 2005. Disponível em <[http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282005000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 out. 2007. Não paginado.

SLONGO, Luiz Antônio; LIBERALI, Guilherme (organizadores). **Marketing de Relacionamento:** estudos, cases, e proposições de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2004, 162 p.

TROSTER, Roberto Luiz, MORCILLO, Francisco Mochón. **Introdução à Economia.** Tradução e revisão técnica Roberto Luis Troster. São Paulo: Makron Books, 1999. 401 p.

VAVRA, Terry g. **Marketing de relacionamento:** aftermarketing. Tradução Ailton Bomfim Brandão. São Paulo: Atlas, 1993. 323 p.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** Atlas, São Paulo: 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONS. Workshop Munich, 1980. *Guidelines for Health Care Practice en Relation to Cost-effectiveness.* Copenhagen. WHO, 1981. In MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso:** guia operacional e portarias relacionadas. Brasília. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/redes\\_estaduais\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/redes_estaduais_idoso.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. World Health Organization; Suzana Gontijo (trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em : <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 03 dez. 2007.

[www.unimed.com.br](http://www.unimed.com.br). Acesso em: 05 out. 2007.

YIN, Robert, K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookmam, 2005, 212 p.

## **APÊNDICE 1 – Roteiros de entrevistas**

### **Ex-Diretor Presidente da Unimed Sete Lagoas e idealizador do “Programa Envelhecer com Saúde”**

- 1) O “Programa Envelhecer com Saúde” foi criado para atender quais objetivos da Unimed?
- 2) Na sua avaliação o Programa se traduz no fortalecimento do relacionamento da empresa e do cliente?
- 3) Quais resultados obtidos com o Programa seriam mais interessantes para a organização e para os clientes?

### **Coordenador do departamento de “Promoção da Saúde” da Unimed Sete Lagoas.**

- 1) Qual é a sua percepção quanto ao nível de interesse e satisfação dos clientes em participar do “Programa Envelhecer com Saúde”?
- 2) Na sua opinião o Programa agrega valor ao plano de saúde dos clientes participantes?

### **Coordenadora do departamento de Comunicação e Marketing da Unimed Sete Lagoas.**

Fale sobre o “**Programa Envelhecer com Saúde**”, sob o aspecto de marketing.

**APÊNDICE 2 – Questionário****Participantes do “Programa Envelhecer com Saúde”**

**Participante do Programa:** \_\_\_\_\_

**1- Como você avalia a iniciativa da Unimed Sete Lagoas em promover o Programa Envelhecer com Saúde?**

- Excelente
- Boa
- Ruim
- Não tenho opinião formada sobre isso.

**2- Ter um plano de saúde que oferece a oportunidade de participar de projetos como o Programa Envelhecer com Saúde:**

- É importante
- Não é importante
- Não faz diferença

**3- A sua participação no Programa te proporcionou conhecimentos que você não tinha?**

- Sim
- Não

**4- Qual é a sua avaliação sobre a participação no Programa no que diz respeito à melhoria de sua qualidade de vida?**

- Melhorou
- Piorou
- Permaneceu inalterada

**5- Se você acha que a sua qualidade de vida melhorou, qual foi a abordagem do Programa que mais contribuiu para isso?**

- Prevenção de doenças
- Prevenção de acidentes domésticos
- Cuidados com a alimentação
- Orientação e incentivo à atividade física
- Todas as opções
- Outras: Quais? \_\_\_\_\_

**6- Depois da sua participação no Programa você acha que:**

- Você precisou mais de assistência médica
- Você precisou menos de assistência médica
- A sua utilização de assistência médica permaneceu inalterada

**7- Você se interessou em participar do Programa por que:**

- O meu padrão de qualidade de vida podia ser melhorado
- O meu atual estágio de vida vinha me apresentando situações com as quais tenho dificuldade de lidar
- Por curiosidade

**8- A troca de experiências com os participantes do Programa:**

- Foi importante
- Não foi importante

**9- O desenvolvimento e a aplicação de um Programa criado especialmente para você pela Unimed fizeram com que você se sentisse:**

- Valorizado(a) como cliente
- Nem valorizado(a) nem desvalorizado(a)

Críticas e sugestões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_