

O HOSPITAL-EMPRESA: DO PLANEJAMENTO À CONQUISTA DO MERCADO

Ernesto Lima-Gonçalves

Professor-Titular da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo e ex-Diretor do
PROAHSa da EAESP/FGV.

Carlos Augusto Aché

Consultor Hospitalar.

RESUMO

Os autores examinam os diferentes momentos que envolvem a preparação e a posterior atividade do hospital, que precisa ser administrado de maneira profissional-empresarial para que possa ser bem-sucedido. Na fase de planejamento, importa desenvolver adequada pesquisa de mercado, para delinear um projeto que responda às necessidades e às expectativas assistenciais. A seguir, deve ser desenvolvido o estudo de viabilidade econômico-financeira do empreendimento, com base em elementos realistas, para não permitir falsas conclusões. Só então se passa ao desenvolvimento dos projetos arquitetônico, de instalações, organizacionais e de informática, chegando-se à construção do hospital. Já antes de sua inauguração, deve ter início o trabalho de divulgação, no seio do público-alvo, do novo empreendimento assistencial, marcando o começo de um esforço mercadológico ininterrupto, destinado à conquista do mercado e à expansão do segmento conquistado.

ABSTRACT

Different steps of conception of a new hospital are analysed. Planning stage market research and economic-financial viability study are impositive, because they are essential in defining architectonic, organizational and functional projects. Even before hospital activity starts, intensive effort in marketing area must be done, in initial and posterior expansion of market development.

PALAVRAS-CHAVE

Administração hospitalar, *marketing* do hospital.

KEY WORDS

Hospital administration, hospital marketing.

A primeira observação a ser feita quando se estuda a hipótese de se analisar a atividade de um hospital, inserido em uma comunidade qualquer, é exatamente a avaliação daquilo que representa uma unidade desse tipo, levando-se em conta suas peculiaridades. Trata-se, em outras palavras, de analisar as características básicas da entidade hospitalar e de estudar as repercussões de sua atividade sobre o meio em que ela se insere. Dentro desse enfoque, é importante que se procure configurar aquilo que o hospital pretende executar, aquilo que ele pretende oferecer como solução para os problemas médico-assistenciais da comunidade.

Em relação ao primeiro tópico, é indispensável que nos lembremos de que um hospital é uma estrutura “viva”, de alto dinamismo operacional, de elevado ritmo, desenvolvendo atividade caracteristicamente polimorfa, que envolve uma gama muito diversificada de aspectos. Em termos simplistas, basta dizer que, além da atividade propriamente médica que se desdobra no hospital, funcionam ali setores que poderiam desenvolver-se isoladamente fora dele, com amplas possibilidades de viabilidade econômico-operacional, mas envolvendo, cada qual, aspectos especializados de funcionamento e, por conseguinte, de problemas a serem enfrentados. Quatro desses setores são caracterizados pela possibilidade de existência autônoma que apontamos: o hospital engloba simultaneamente um hotel, uma farmácia, uma lavanderia e um restaurante.

Cada um desses setores, funcionando isoladamente, já envolveria a necessidade de administração eficiente para garantir sua viabilidade; cada qual exigiria pleno conhecimento do que a comunidade oferece em termos de recursos e de infra-estrutura e do que

a comunidade exige em termos de carência de serviços especializados na área considerada.

É fácil agora se imaginar a tarefa que deve enfrentar quem se propõe a administrar uma estrutura que representa a soma de todas as que apontamos e que se associa a um outro setor extremamente complexo, que é o relacionado à assistência médica propriamente dita e que se obriga a colocar tudo isso em funcionamento simultâneo, harmonioso, eficiente e economicamente viável. Trata-se de um desafio que pode ser analisado pela simples consideração de que as áreas assistenciais do hospital exigem estruturas de apoio administrativo, logístico e técnico (Figura 1).

dos indivíduos, mas trata-se de bens intangíveis, não menos importantes do que os bens de consumo ou os equipamentos de toda natureza. Em virtude de a entidade trabalhar com bens intangíveis, não deverá ter o hospital, concebido segundo os critérios anteriormente referidos, menor interesse do que as demais empresas no desenvolvimento de um adequado programa mercadológico. Em consequência, não poderá eximir-se o hospital de preocupar-se com aspectos básicos de *marketing*. Para permitir uma avaliação abrangente, será útil examinar o problema sob o ângulo dos conceitos e das elaborações que a administração mercadológica permite. Antes, contudo,

Figura 1 - Áreas assistenciais e estrutura de apoio administrativo, logístico e técnico



Um aspecto deve ser destacado já na fase de concepção do hospital: conforme exposto até aqui, essa instituição, para atingir níveis elevados de eficiência, terá sua viabilidade facilitada caso venha a ser concebida como uma empresa. Para tanto, será necessário que sua estrutura corresponda a um mínimo de exigências organizacionais, resultando em vantagens e facilidades de natureza operacional. No entanto, igualmente essencial será a circunstância de que seus dirigentes desenvolvam uma atividade marcada por um planejamento criativo, uma organização racional, uma direção eficiente e um rigoroso controle de qualidade.

O hospital-empresa situa-se naquele grupo de empresas que assumem com a coletividade um papel na produção de serviços. Estes não representam bens tangíveis, materiais, importantes por certo para vida

será importante trabalhar alguns elementos básicos relativos ao hospital-empresa.

O HOSPITAL E A SAÚDE DA COMUNIDADE

A avaliação dos níveis de saúde de uma população representa um problema que, a rigor, ainda permanece em aberto. Duas ordens de grandeza são, em geral, utilizadas: os índices de mortalidade de várias naturezas e os níveis de incidência de moléstias, isto é, os índices de morbidade. Em nosso meio, entretanto, existem ainda muitas dificuldades na obtenção de dados indispensáveis à definição dos referidos índices, porque nossas estatísticas de saúde são, até agora, deficientemente elaboradas e, principalmente, apresentadas à comunidade de maneira falha e defasada.

Está claro que, quanto mais perfeita a assistência médico-hospitalar oferecida a determinada comunidade, tanto menos elevados deverão ser os índices de morbidade e mortalidade referidos. No terreno de atendimento à população, desempenham papel fundamental os hospitais que se localizam na região; seus leitos representam verdadeiras unidades de produção, comparáveis aos teares de uma tecelagem ou aos geradores de uma usina elétrica. Seu produto final é a saúde da população. Nesse sentido deveria haver, pois, correspondência entre a capacidade de produção do hospital e a repercussão dessa capacidade no mercado, que é o ambiente comunitário.

Em outros termos, quanto maior o número de leitos hospitalares à disposição de uma comunidade, mais elevados deveriam ser os índices de saúde desta, mantendo-se fixos outros fatores que também condicionam tais índices. O parâmetro mais utilizado é o da definição da Organização Mundial de Saúde, que estabeleceu a relação de 5,0 leitos por 1.000 habitantes como ideal para a manutenção de nível adequado de saúde da população. Daí a validade de se estudar o comportamento desse parâmetro nas diferentes regiões brasileiras nos últimos anos.

Assumindo que a relação de 5,0 leitos por 1.000 habitantes representa a possibilidade de atendimento adequado da população, foi possível levantar um qua-

dro da situação em três momentos sucessivos, a saber, em 1970, 1980 e 1990, para cada um dos estados brasileiros. É o que aparece no Quadro 1, no qual o total de leitos inclui sempre o número de hospitais gerais e de especialidades.

Considerando a existência de quatro patamares de distribuição - acima de 100% de possibilidade de atendimento, entre 76% e 100%, entre 50% e 75% e abaixo de 50% -, é possível acompanhar as modificações de posição dos estados em cada patamar, nos períodos referidos.

Assim, entre 1970 e 1980, observou-se:

- a) elevação:
- em um estado na região Norte (AC)
 - em cinco estados no Nordeste (PB, CE, RN, AL e SE)
 - em dois estados na região Sul (PR e SC)
 - em três estados no Centro-Oeste (GO, MT e MS)
- total: 11 estados
- b) queda:
- em um estado na região Norte (AM)
 - em um estado no Nordeste (PE)
 - em um estado na região Sul (SC)
- total: três estados

Entre 1980 e 1990, observou-se:

- a) elevação:
- em dois estados no Nordeste (PB e MA)

Quadro 1 - Possibilidades de atendimento hospitalar nos estados brasileiros (parâmetro: 5 leitos/1.000 hab. = 100%)

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1970					
Acima de 100%	—	—	RJ, SP	SC	—
De 76% a 100%	RR, RO	—	MG	RS	—
De 50% a 75%	AM, AC, AP	PE	ES	PR	DF
Abaixo de 50%	PA	PB, AL, SE, CE, RN, PI, BA, MA	—	—	GO, MT
1980					
Acima de 100%	—	—	RJ, SP	RS, PR	GO
De 76% a 100%	RR, RO, AC	—	MG	SC	MS, MT
De 50% a 75%	AP	PB, PE, CE, AL, RN, SE	ES	—	DF
Abaixo de 50%	PA, AM	BA, PI, MA	—	—	—
1990					
Acima de 100%	—	—	RJ	—	GO
De 76% a 100%	—	PB	MG, SP	RS, PR	—
De 50% a 75%	AC, RR, AP	MA, CE, RN, PE, SE, AL	ES	SC	TO, DF, MS, MT
Abaixo de 50%	AM, PA, RO	PI, BA	—	—	—

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, IBGE, 1984, 1992.

b) queda:

- em três estados na região Norte (RR, RO e AC)
 - em um estado na região Sudeste (SP)
 - em três estados na região Sul (PR, SC e RS)
 - em dois estados no Centro-Oeste (MS e MT)
- total: nove estados

Os estados que não foram referidos permaneceram no mesmo patamar nos três momentos considerados. Assim, Rio de Janeiro permanece sempre no primeiro patamar nos três momentos, Minas Gerais manteve-se no segundo, Espírito Santo situou-se no terceiro patamar, enquanto Pará, Piauí e Bahia permaneceram sempre no patamar mais baixo.

O mesmo tratamento aplicado à relação de leitos hospitalares por 1.000 habitantes nas capitais dos estados revela números ainda mais inquietantes. Assim, entre 1970 e 1980, houve queda em capitais de quatro estados da região Norte (AM, AP, RO e PA) e em um estado do Nordeste (MA), sem elevação em nenhuma capital. Entre 1980 e 1990, além de não ter havido nenhuma elevação, observou-se queda no índice das capitais de quatro estados da região Norte (PA, AM, AC e RR), seis do Nordeste (RN, SE, AL, PI, CE e PB), três estados do Sudeste (ES, MG e SP), dois estados da região Sul (PR e RS) e dois do Centro-Oeste (MT e MS).

Lembrando que os períodos governamentais de Collor e Itamar não foram marcados por grandes iniciativas na área da saúde, particularmente da assistência hospitalar, e que o mesmo vem ocorrendo no governo Fernando Henrique, não é de se esperar que tenha havido grandes modificações no panorama esboçado para os estados e suas respectivas capitais. A exceção é o estado de São Paulo, em que o atual governo está terminando a construção, na região metropolitana de São Paulo, de nove hospitais cujas obras estavam interrompidas há alguns anos. É oportuno recordar que a existência de leitos hospitalares disponíveis não traduz necessariamente melhor padrão de atendimento à saúde da população, desde que o parâmetro seja considerado isoladamente.

Indicador extremamente sensível para a avaliação do estado de saúde da população é o índice de mortalidade infantil, que corresponde ao número de mortos até um ano de idade com relação a 1.000 nascidos vivos. Isso porque esse indicador envolve aspectos de natureza social e econômica, pois a mortalidade de crianças de até um ano de idade é influenciada fortemente por condições de infra-estrutura, em particular saneamento básico, bem como pela disponibilidade econômica para aquisição de medicamentos e suporte nutricional para a criança.

O índice de mortalidade infantil é tão sensível a problemas de natureza econômico-financeira que pode ser usado para demonstrar que a simples disponibilidade de recursos em nível nacional não é suficiente para garantir níveis adequados de saúde da população. É o que aparece na Tabela 1, em que são representados os investimentos em saúde de países mais desenvolvidos.

Verifica-se que os Estados Unidos, país que tem os maiores investimentos no atendimento à saúde, tem o mais elevado índice de mortalidade infantil, o que mostra que não é suficiente dispor de muito dinheiro: mais do que tudo, é preciso saber aplicá-lo bem.

Tabela 1 - Investimentos em saúde (1988) e mortalidade infantil (1990) em países desenvolvidos

Países	Investimentos em saúde		Mortalidade infantil
	Per capita (US\$)	Porcentagem do PIB	
Japão	978	6,7	4,5
Canadá	1.554	8,5	7,3
Suíça	1.301	7,9	4,9
Itália	995	7,3	6,1
Suécia	1.328	9,0	5,9
Holanda	1.071	8,4	7,0
França	1.178	8,7	6,3
Alemanha	1.212	8,6	5,6
Austrália	990	7,0	8,2
Grã-Bretanha	795	5,9	7,3
Estados Unidos	2.051	11,2	10,4

Fonte: Relatório Anual 1990, Harvard Community Health Plan.

Voltando à figura da instituição hospitalar, é importante retomar alguns aspectos conceituais. A estrutura do hospital moderno ultrapassa consideravelmente a visão de que sua influência sobre o nível de saúde da população depende exclusivamente do desempenho de seus leitos. A razão essencial consiste em que existem outras áreas assistenciais que participam ativamente do atendimento dos doentes que procuram o hospital. Além da possibilidade de procura do hospital para internação em um de seus leitos, duas outras portas de entrada estão sempre abertas no hospital - o Ambulatório e o Serviço de Primeiro Atendimento; entre os dois setores, a única diferença é a forma de acesso, uma vez que, no primeiro, o atendimento deve ser previamente agendado, ao passo que, no segundo, o imprevisto das situações justifica a dispensa do contato preliminar.

Qualquer que seja a porta de entrada utilizada, o doente poderá ser encaminhado a um dos três seguintes destinos: a internação, para atendimento clínico, cirúrgico ou obstétrico; os Serviços de Diagnóstico e Tratamento, para a realização de algum exame complementar de esclarecimento de diagnóstico; a alta definitiva ou a definição de uma data para retorno ao hospital.

No entanto, o hospital moderno está ainda solicitado a participar de outras atividades que contribuem para a elevação do padrão de saúde da população, a saber, as chamadas ações básicas de saúde (Figura 2).

As ações básicas de saúde referem-se a programas e projetos que visam à promoção da saúde e à prevenção da doença, sempre de elevada eficiência e de alta contribuição para a saúde da população. Todas essas atividades de natureza preventiva interessam não apenas à população como um todo, mas especialmente aos agentes que são os grandes financiadores da atividade hospitalar no momento atual, representados por grupos e cooperativas médicas, empresas de seguro-saúde e modelos de autogestão.

MARKETING: DO PLANEJAMENTO À APLICAÇÃO

Retomando agora a preocupação que o hospital-empresa deve ter em relação aos recursos e possibilidades do *marketing*, vale lembrar que tentativas de conceituação de elementos básicos sobre o assunto foram realizadas por muitos autores, mas coincidem sem-

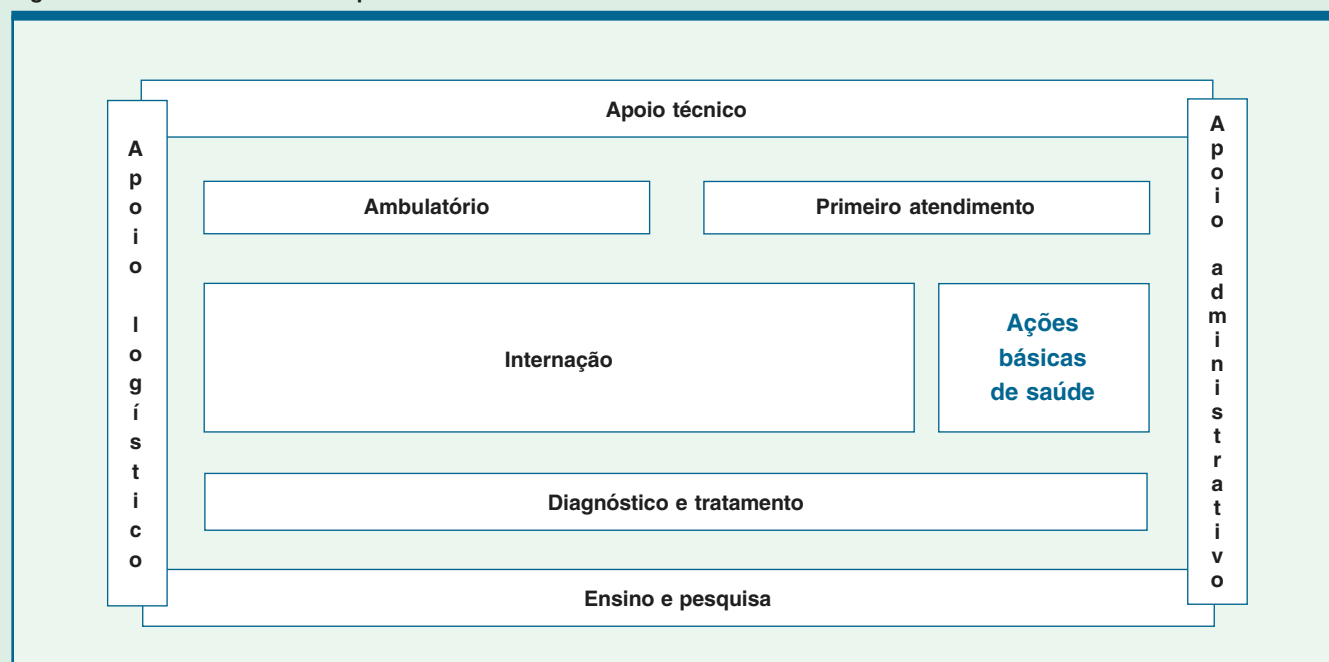
pre com o objetivo final relativo ao atendimento da demanda, espontânea ou provocada, de pessoas por bens ou serviços. De cada autor se extraem, ao lado desse aspecto geral, alguns elementos que merecem análise. É o que se pode abstrair de textos bem conhecidos sobre o conceito de *marketing*.

Kotler (1995) fala de processo social e da satisfação de necessidades e desejos das pessoas. Haas, citado por Cobra (1997), remete à descoberta e identificação dessas necessidades e da criação de demanda a ser expandida. Kotler, citado por Cobra (1997), especifica um processo de planejamento, que inclui concepção, preço, promoção e distribuição de bens e serviços para satisfazer os objetivos das pessoas.

Tentando uma condensação, identifica-se primeiro um processo, não financeiro nem de produção, mas social e que, por isso mesmo, envolve pessoas, cujas necessidades e desejos precisam ser identificados. Para tanto, é indispensável um adequado trabalho de planejamento, que não apenas realize essa identificação, mas que procure também expandir o interesse inicial. Com base nesses dados, é possível desenvolver a concepção, definir o preço e a distribuição dos bens e serviços pelos quais se identificou demanda consistente. Por último, será possível desenhar uma estratégia de promoção, que contribuirá para a expansão da demanda identificada.

Essa simples condensação das definições elaboradas por Kotler e Haas encerra, na verdade, as etapas do trabalho a ser desenvolvido quando se pretende implantar um empreendimento destinado a oferecer à co-

Figura 2 - Estrutura básica do hospital moderno



munidade bens ou serviços de que ela precisa. Apenas o cuidado na concretização de todas as tarefas referidas permitirá o sucesso desejado. Assim é que se pode imaginar a implantação de uma nova empresa no mercado; apenas dessa forma um novo hospital, indispensavelmente concebido e administrado como uma empresa, poderá atingir objetivos assistenciais, sociais e financeiros.

Em linhas gerais, o andamento dos trabalhos relativos ao desenvolvimento de um projeto hospitalar compreende as seguintes etapas fundamentais: 1. pesquisa de mercado, para identificar as demandas existentes, bem como as fontes de recursos capazes de viabilizar financeiramente o empreendimento; 2. elaboração do programa básico, definidor do conteúdo físico e operacional do hospital, destinado a atender às demandas identificadas na pesquisa; 3. elaboração do pré-projeto arquitetônico, que procure concretizar o conteúdo do programa básico elaborado; 4. preparação de uma relação preliminar de equipamentos, igualmente fundamentada no programa básico; 5. preparação do programa preliminar de informática, estruturado sobre elementos do programa básico e sobre a indicação de áreas do pré-projeto arquitetônico e contendo custos de equipamentos e programas especiais; 6. estudo de viabilidade econômico-financeira, compreendendo custos iniciais do projeto, incluindo valor do terreno, custo de construção (a partir da indicação de áreas definidas no pré-projeto arquitetônico), custo de projetos especiais e de equipamentos, despesas e receitas operacionais, de forma a permitir o fechamento do estudo, com indicação de fluxo de caixa e valor da taxa interna de retorno.

A informação aos investidores/proprietários é completada pelo oferecimento de documentos, que são propostas para serem desenvolvidas em etapa posterior, mas que assumem relevância já nessa fase inicial, para que seja possível completar o quadro de referências do futuro hospital. Trata-se de: 1. pré-projeto de organização e gestão, definidor do esboço da estrutura administrativa e dos critérios operacionais a serem adotados; 2. pré-projeto de informática, com o desenho básico do futuro sistema a ser implantado, envolvendo a possibilidade de integração de informações relativas

a aspectos operacionais de todos os setores do hospital com dados clínicos vinculados à evolução do doente; 3. relação final de equipamentos, móveis e utensílios a serem adquiridos.

A aprovação pelos investidores/proprietários dos elementos contidos nos documentos referidos permitirá o desenvolvimento das etapas posteriores de implantação do novo hospital. Trata-se do desenvolvimento do projeto arquitetônico definitivo, bem como dos projetos de instalações elétricas, hidráulicas e especiais, que deverão atender a especificações do plano de in-

formática e dos equipamentos a serem instalados. Os projetos referidos permitirão o início da construção do hospital, no que diz respeito à execução de obras civis e das instalações definidas.

Simultaneamente, deverão estar ocorrendo outras séries de atividades, executadas por equipes especializadas, obedecendo a diretrizes anteriormente formuladas. De um lado, o plano de informática estará contemplando a especificação e localização de todos os equipamentos necessários à captação, ao registro e ao processamento de informações de natureza gerencial e clínica, como foi mencionado. Ao mesmo tempo, estará sendo desenvolvido o plano de organização e gestão, que contemplará, à luz da estrutura aprovada, a identificação de cada setor do hospital, com os dados essenciais ao seu funcionamento: quantificação e qualificação

de pessoal, com definição de perfis de cargos correspondentes; preparação de normas, rotinas e procedimentos referentes à operação de cada setor do hospital; preparação de modelos de registros das informações destinadas à integração no sistema de informatização do hospital. De outro lado, estará sendo feita a especificação dos equipamentos, incluindo tomada de preços no mercado, aquisição e definição de prazos de instalação, elaboração de contratos de manutenção.

Todo esse conjunto de atividades irá permitir que, em momento adequado - cerca de seis meses antes do início das atividades do hospital -, se inicie a contratação de quantitativo mínimo de funcionários, a fim de se iniciar o indispensável processo de treinamento e adaptação às dependências e aos equipamentos já instalados. Essa etapa, de colocação em marcha, tem

Em termos simplistas, basta dizer que, além da atividade propriamente médica que se desdobra no hospital, funcionam ali setores que poderiam desenvolver-se isoladamente fora dele, com amplas possibilidades de viabilidade econômico-operacional.

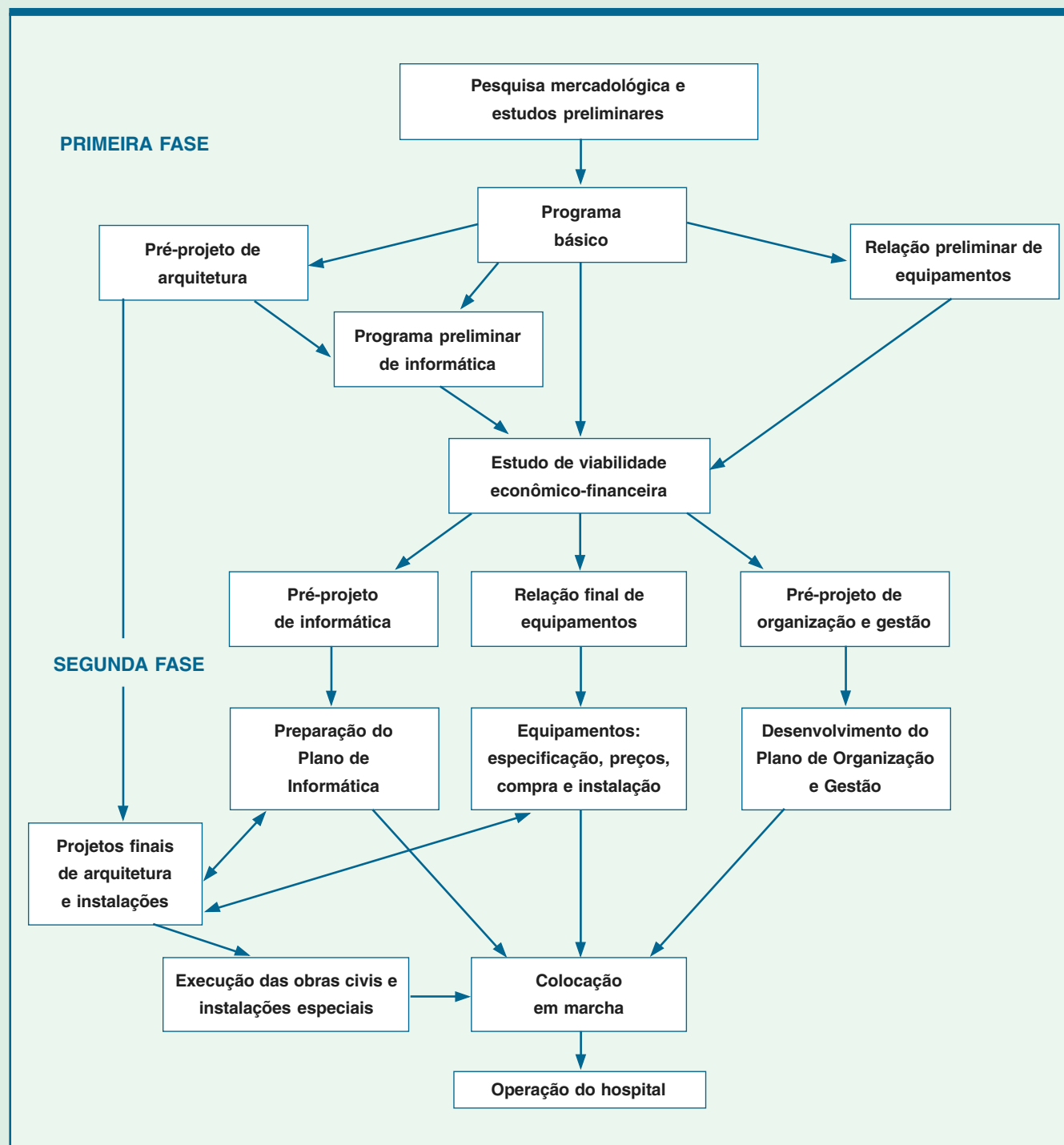
custos operacionais que precisam estar lançados no estudo de viabilidade econômico-financeira, preparado em momento anterior do planejamento, uma vez que, nesse momento, ainda não existem receitas vinculadas ao funcionamento do hospital.

A etapa final será o início da plena operação do hospital, que, planejado com segurança, exatidão nos números e profissionalismo, poderá oferecer os re-

sultados assistenciais e financeiros pretendidos. Todo o conjunto de atividades vinculadas ao planejamento do hospital está representado na Figura 3.

Pela importância de que se revestem, duas etapas no planejamento hospitalar merecem cuidado especial: a pesquisa do mercado no qual o empreendimento pretende instalar-se e o correspondente estudo de viabilidade econômico-financeira.

Figura 3 - Planejamento hospitalar



CONHECIMENTO DA COMUNIDADE = PESQUISA DE MERCADO

O primeiro passo para o planejamento de um hospital deve ser o conhecimento mais perfeito possível da comunidade na qual o novo hospital deverá inserir-se. Tal objetivo deve ser atendido pela realização de um levantamento do perfil da comunidade por meio de pesquisa adequadamente conduzida, utilizando técnica especialmente preparada.

A pesquisa deverá abordar três linhas fundamentais: 1. dados relativos à população; 2. condições socioeconômicas; 3. situação assistencial e recursos técnicos e humanos existentes.

As informações relativas à população devem incluir diversos aspectos. Em primeiro lugar, dados de ordem demográfica, principalmente número de habitantes da comunidade, sua distribuição etária e seu índice de urbanização.

Em segundo lugar, devem ser pesquisados dados relativos aos níveis de saúde da população, como índice geral de mortalidade, curva de mortalidade proporcional, índice de mortalidade infantil, quantificação das moléstias que mais exigem leitos para hospitalização.

Em terceiro lugar, é importante conhecer as condições socioprofissionais da população, sua atividade predominante (agrária, pecuária, industrial, comercial), com maior ou menor exposição a acidentes pelo exercício de atividades ocupacionais que envolvem riscos de saúde, o nível de escolaridade da população, bem como a quantificação do equipamento de educação disponível.

Em quarto lugar, devem ser analisadas as condições sanitárias da população, incluindo-se aí os tipos mais freqüentes de habitação, as condições higiênicas, os hábitos alimentares, o tipo e a quantificação de equipamentos sanitários à disposição da população, especialmente na área de saneamento básico.

Elemento fundamental na pesquisa e relacionado com o perfil socioeconômico da população examinada corresponde à identificação do segmento da população que dispõe de alguma cobertura assistencial derivada de contrato pessoal ou grupal com algum dos tipos de seguro-saúde disponíveis. A razão advém do fato de que os altos custos da assistência médico-hospitalar reduziram substancialmente a faixa da população capaz de arcar, por conta própria, com os encargos de um tratamento médico prolongado ou de uma internação hospitalar. É suficiente lembrar que, em São Paulo, mesmo os hospitais de maior renome não contam em sua clientela com mais de 5% a 6% de doentes particulares. Em todos os demais casos, existe sempre um intermediário que, pago por an-

tecipação, arca com os custos do tratamento ou da internação. É de se entender que o pagamento antecipado já envolve valores capazes de enfrentar as despesas assistenciais acrescidas de margem de lucro com que o intermediário opera.

Essa figura de intermediação assume diferentes formatos: pode ser uma empresa prestadora de assistência, habitualmente denominada de grupo médico, ou, na mesma linha de atuação, as cooperativas médicas, conhecidas como Unimed. Outra figura freqüente é a de grupos financeiros que trabalham no mercado segurador com a proposta de seguros-saúde; nesse formato contratual, existem duas formas habituais de operação: o segurado pode procurar diretamente o médico ou o hospital previamente contratados pela seguradora, que lhes faz diretamente o pagamento pela assistência prestada, ou o segurado procura o profissional e hospital de sua preferência, efetua o pagamento e solicita o reembolso à empresa seguradora.

Em outras situações, a assistência médico-hospitalar é garantida ao empregado por meio de programa mantido pela empresa em que trabalha, o qual é geralmente estendido aos familiares. Nesse caso, a empresa pode executar o programa contratando um grupo ou uma cooperativa médica ou assumindo diretamente a organização e a operação de todos os procedimentos correspondentes; é o que se denomina de programas de autogestão.

O que importa é a necessidade de a pesquisa identificar na população investigada o número de pessoas ou famílias cobertas por algum dos procedimentos descritos e sua distribuição pelos diversos modelos examinados.

Última série de dados a serem obtidos refere-se aos recursos assistenciais e técnicos já à disposição da comunidade, uma vez que o entrosamento do futuro hospital com as entidades já existentes é essencial, a fim de evitar duplicação de serviços e de facilitar o conhecimento dos recursos humanos de que podem dispor, principalmente do ponto de vista de pessoal técnico existente. Daí a importância de conhecer: 1. instituições assistenciais existentes e sua localização; 2. número de médicos locais e sua atividade habitual; 3. outras categorias profissionais existentes; 4. número de leitos hospitalares já instalados e sua categoria - gerais ou especializados, gratuitos ou remunerados.

Nesse segmento da pesquisa, assumem papel fundamental os integrantes dos grupos profissionais que realizam os atendimentos de que a população tem necessidade. De uma parte, os médicos, que são os elementos indicados para opinar sobre o quadro assistencial disponível e sobre as demandas existentes, tanto do ponto de vista físico, relativo a instala-

ções e equipamentos, quanto sob o ângulo de recursos humanos, em relação à quantificação e à qualificação dos elementos disponíveis. Outros integrantes da equipe de saúde - enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos - devem ser igualmente ouvidos na pesquisa, por fornecerem informações importantes para o desenho do quadro que se pretende esboçar.

A opinião de todos esses profissionais, particularmente dos médicos, tem outro ângulo relevante. Trata-se do fato de que, além de elementos informativos pessoais, eles são os verdadeiros formadores de opinião entre os membros da comunidade. Nesses termos, estão em condições de orientar os pacientes, privilegiando o uso de um ou outro equipamento de saúde, como o hospital, entre os já existentes, ou salientando a importância do novo empreendimento assistencial que se pretende implantar. Por essa razão, trata-se de profissionais que deverão merecer trabalho adequado de *marketing* no momento oportuno.

O ESTUDO DE VIABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA

Uma vez definido o programa básico, os planejadores do hospital podem dar início à elaboração do estudo de viabilidade do empreendimento, pois todos os dados necessários à sua montagem já foram definidos nos momentos anteriores do planejamento.

O estudo de viabilidade normalmente é composto dos seguintes itens-título: 1. custos de implantação do empreendimento; 2. carga de produção dos serviços hospitalares; 3. receitas operacionais; 4. despesas operacionais; 5. listagem básica dos principais equipamentos hospitalares; 6. despesas com impostos, tributos e custos da gestão do hospital; 7. superávit projetado para dez anos; 8. fluxo de caixa projetado para dez anos; 9. *pay-back* do empreendimento; 10. taxa de retorno sobre o capital investido; 11. estudo de sustentabilidade; 12. gráficos explicativos; 13. considerações finais.

Em seguida, estudam-se com mais pormenores alguns dos itens enumerados, integrantes do estudo de viabilidade.

1. Custos de implantação do empreendimento

1.1. Custo do terreno: é o preço a ser pago pelo terreno, definido pelo mercado imobiliário da região.

1.2. Custo das obras civis: o hospital é um empreendimento complexo, exigindo instalações especiais,

como oxigênio e ar comprimido, além de acabamentos diferentes, como pisos condutivos, não podendo, por isso mesmo, ter seu custo comparado com o de outros empreendimentos. A relação do custo total de construção do hospital fica sempre próxima de 45%, incluído aí o custo da taxa de administração das obras.

1.3. Custo dos equipamentos: em função da complexidade e da sofisticação que se pretende imprimir ao hospital, este item de custo oscila entre R\$ 65 mil e R\$ 90 mil por leito.

1.4. Custo dos projetos arquitetônicos: é calculado a partir de tabela do Instituto de Arquitetos do Brasil para projetos hospitalares; o mercado, porém, paga habitualmente preços até menores do que os valores nela estipulados, representando na prática entre 2% e 3% do custo total das obras civis.

1.5. Custo dos projetos complementares: situados normalmente entre 15% e 20% acima do valor dos

projetos arquitetônicos.

1.6. Custo dos projetos organizacionais: presente no mercado com uma relação de R\$ 5 mil por leito do hospital, estando incluída nesse valor a preparação de todos os manuais técnico-operacionais.

1.7. Custo do projeto de informatização: estimado em R\$ 5 mil por leito, com variações vinculadas a aspectos estruturais do projeto, em particular, porte da UTI do hospital e número de pavimentos da construção, uma vez que a verticalização encarece o projeto de informatização.

1.8. A soma dos itens 1.1 a 1.7 representa um subtotal importante para cálculos complementares, como é o valor correspondente a despesas legais e de publicidade, estimado em 7% do subtotal encontrado e que representa o item 1.8 dos custos que estão sendo analisados.

1.9. Custo de colocação do hospital em marcha: estimado em 5% do subtotal referido no item 1.7 e que deve ser incluído no quadro de custos porque ainda não existem receitas operacionais do hospital, que ainda não foi inaugurado.

1.10. Capital de giro, calculado pela seguinte fórmula:

$$PME \text{ mais } PMC \text{ menos } PMP,$$

onde *PME* é o período médio de estocagem; *PMC* é o período médio de cobrança e *PMP* corresponde ao período médio de pagamento.

Para atingir níveis elevados de eficiência, o hospital terá sua viabilidade facilitada caso venha a ser concebido como uma empresa.

Simulando um exemplo, se PME = 60 dias, PMC = 45 dias e PMP = 30 dias, teremos: $60 + 45 = 105 - 30 = 75$. Importa conhecer o valor do ciclo de caixa: $360 : 75 = 4,8$.

O valor do capital de giro necessário à viabilização do empreendimento pode ser calculado pela relação entre o valor total do desembolso anual do hospital e o do ciclo de caixa encontrado. O referido desembolso corresponde ao total das despesas operacionais/ano deduzido das despesas com pessoal. Imaginando-se um custo operacional total de R\$ 30 milhões por ano, o componente de despesas com pessoal pode ser estimado em 60% desse valor, o que permite estimar em R\$ 12 milhões o valor das outras despesas. O valor procurado do capital de giro poderá ser estimado pela divisão desse valor pelo ciclo de caixa calculado (4,8), o que permite chegar-se à estimativa de R\$ 2,5 milhões.

Pode-se agora imaginar um exemplo do custo de um hospital hipotético com 200 leitos (Tabela 2).

2. Carga de produção dos serviços hospitalares

Nesse item projeta-se a produção de cada serviço ou unidade do hospital, estimada a partir dos dados oferecidos pelo programa básico e confirmados pelos números levantados na pesquisa realizada, uma vez que esta permitiu definir a demanda existente em relação aos diferentes tipos de atendimento que o hospital se propõe a oferecer. A produção de cada setor é naturalmente expressa de acordo com o atendimento prestado. Assim, são especificados os números relativos a:

- Ambulatório: número de consultórios e de consultas realizadas por dia/mês/ano.
- Serviços complementares de diagnóstico e tratamento (incluindo principalmente exames laboratoriais, exames de radiodiagnóstico e por métodos gráficos):

identificação do exame realizado, número de exames por dia/mês/ano, especificando equipamento utilizado; no caso de exames laboratoriais, identificam-se também a proveniência da solicitação, a partir de consultas realizadas no ambulatório do hospital, as solicitações referentes a doentes internados e aquelas provenientes de solicitações externas ao hospital.

- Internações por dia/mês/ano, nas unidades normais de internação, nos leitos do hospital/dia, no berçário e nas UTIs.
- Centro cirúrgico e centro obstétrico: número de operações e de partos por dia/mês/ano.
- Serviço de primeiro atendimento: número de procedimentos de diversos tipos realizados por dia/mês/ano.
- Outros serviços hospitalares (reabilitação, atendimento psicológico, entre outros): identificação e quantificação de acordo com parâmetros habituais.

3. Receitas operacionais

Nesse item relacionam-se as estimativas de receitas operacionais obtidas pela aplicação aos números referentes à produção de cada serviço ou unidade do hospital da tabela de remuneração que tenha sido adotada. Para efeito de sensibilização dos resultados finais obtidos, é aconselhável utilizar, entre as tabelas praticadas na região em que o hospital está situado, uma das de mais baixa remuneração, a fim de que a receita operacional total estimada não corra o risco de envolver uma avaliação exageradamente otimista.

4. Despesas operacionais

Devem aqui ser considerados alguns aspectos gerais, vinculados naturalmente à maior ou menor com-

Tabela 2 - Exemplo do custo de um hospital hipotético com 200 leitos

1. Custo do terreno: 30.000 m ² x R\$ 100,00 o m ²	3.000.000,00
2. Custo da construção: 200 leitos x 100 m ² /leito = 20.000 m ² ⇒ 20.000 m ² x R\$ 900,00 o m ²	18.000.000,00
3. Custo dos equipamentos hospitalares: R\$ 70.000,00/leito	14.000.000,00
4. Custo dos projetos arquitetônicos: 2,5% da obra	450.000,00
5. Custo dos projetos complementares: 3,0% da obra	540.000,00
6. Custo dos projetos organizacionais	1.000.000,00
7. Custo do projeto de informática	1.000.000,00
Subtotal	37.990.000,00
8. Custo das despesas legais e de publicidade: 7% do subtotal	2.660.000,00
9. Custo da colocação em marcha do hospital: 5% do subtotal	1.900.000,00
10. Capital de giro necessário	2.500.000,00
	45.050.000,00
Total geral	(ou R\$ 225.250,00 por leito)

plexidade de serviços que o hospital oferece, inclusive o padrão de hotelaria disponível. A tendência observada atualmente é o envolvimento crescente do hospital em atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa nos campos de atuação das diferentes categorias de profissionais que nele atuam, o que certamente acarreta aumento das despesas globais do hospital. Aspecto importante a ser salientado é que, em termos gerais, o grande item de despesas operacionais do hospital é representado por pessoal, que corresponde a cerca de 60% do total, cabendo os 40% restantes a outras despesas. O parâmetro utilizado, em geral, para quantificar o quadro de pessoal corresponde à relação entre o número de funcionários e o número de leitos do hospital. É útil empregar valores de remuneração do pessoal sempre que possível superiores aos do mercado local de trabalho, não apenas para conseguir recrutar os melhores profissionais, mas também para que o resultado final, representado pela diferença entre receitas e despesas seja consistente. Para bem avaliar o impacto do custo de pessoal no total de despesas operacionais, pode-se estimar que o aumento de 0,5 funcionário por leito em um hospital de 150 leitos pode acarretar uma elevação de aproximadamente R\$ 2 milhões anuais nos custos do hospital.

5. Cash-flow do empreendimento

Nesse item projeta-se o fluxo de caixa do empreendimento para os dez primeiros anos de atividade do futuro hospital. O momento em que o saldo negativo do investimento inicial é anulado pela soma dos

superávits no período permite encontrar o *pay-back* do empreendimento. A taxa de retorno sobre o capital investido pode ser obtida pela fórmula $TIR = \text{soma dos superávits no período} / \text{total de investimentos}$.

Em seguida, temos o fluxo de caixa de um hospital hipotético projetado para dez anos (Tabela 3). Observa-se que o *pay-back* do empreendimento é atingido em quatro anos.

VOLTANDO AO MARKETING

Todos os dados oferecidos pela pesquisa realizada são essenciais para que o novo empreendimento hospitalar tenha condições de oferecer aos investidores/proprietários o retorno desejado pelos investimentos programados. O projeto deve, por outro lado, oferecer à comunidade a resposta às demandas assistenciais identificadas.

Condição essencial para que tais resultados possam ser atingidos deverá ser a estruturação do hospital de acordo com as diretrizes que a administração empresarial moderna vem permitindo entrever. Com razão, Gonçalves (1998) salientou a necessidade que têm as empresas de “*tirar o atraso das décadas que passaram sem realizar maiores ajustes, [de] adequar-se às novas exigências que obrigam as empresas a aprenderem a se modificar continuamente e simplesmente corrigir o que se provou não estar certo no desenho das empresas convencionais*”. Mais adiante, o mesmo autor salienta que os “*empregados hoje são mais [educados] e reivindicadores do que nunca, muitas decisões estão dispersas no meio de um corpo enorme e diver-*

Tabela 3 - Fluxo de caixa projetado para dez anos

Ano	Obra	Equipamentos	Projetos de assessoria	Terreno/ outras despesas	Total de investimentos	Superávit	Saldo de caixa
-1	11.916	5.350	2.357	5.972	25.595		-25.595
0	9.864	8.025	0	4.549	22.438		-48.033
1					0	2.010	-46.023
2					0	16.380	-29.643
3					0	21.330	-8.813
4					0	27.530	19.217
5					0	29.216	48.433
6					0	30.999	79.432
7					0	32.883	112.315
8					0	34.875	147.190
9					0	36.958	184.148
10					0	39.207	223.355
Total	21.780	13.375	2.357	10.521	48.033	71.388	223.355

sificado de especialistas e gerentes, as forças políticas internas são intensas e competem com a própria empresa pela energia vital de seus empregados”.

No fundo, o que se deseja desse trabalho de redesenho da estrutura organizacional é definir uma empresa capaz de atingir os resultados desejados, inclusive aqueles de natureza financeira, atendendo às expectativas dos novos tempos. Nessa linha, a diretriz de reestruturação mais promissora pode ser o atendimento das reivindicações justificadas de todos os que trabalham na empresa; desde logo, diga-se que não se trata de olhar apenas para os que se localizam nos setores de produção, mas também para os que se ocupam de tarefas de gerenciamento em todos os níveis, os quais, quase sempre, integram com os primeiros grande grupo dos que desejam ser ouvidos. Em outras palavras, o que se deseja e se está procurando é o modelo empresarial de fato participativo (Mills, 1993); um dos instrumentos para concretizá-lo pode ser encontrado no chamado balanço social da empresa, como já proposto anteriormente (Lima-Gonçalves e Six, 1979 e Lima-Gonçalves, 1980a e 1980b).

O reconhecimento de que o hospital deve ser estruturado e gerenciado segundo diretrizes empresariais sadias obriga os que se dedicam a refletir sobre critérios administrativos a serem implantados em instituições hospitalares a estar atentos aos desafios e às solicitações que surgem. Não é sem razão que o melhor modelo de “balanço social” no Chile está implantado no hospital central da Asociación Chilena de Seguridad, entidade privada que realiza o atendimento de acidentados no trabalho.

No entanto, a adoção de um instrumento como o balanço social, visando ao atendimento de um modelo de empresa participativa, deve somar-se à adoção de uma estrutura organizacional adequada, uma vez que se trata de iniciativas concordantes e complementares. No caso do hospital-empresa, já se divulgou anteriormente (Lima-Gonçalves, 1998) modelo que se propõe a oferecer a possibilidade de mais fácil circulação de idéias e opiniões e de maior transparência de decisões. A diretriz fundamental da estruturação desse modelo reside na presença de gerências, cujas resolu-

ções são tomadas em consenso, no âmbito do Conselho Técnico Administrativo do hospital; o equilíbrio do conjunto é garantido pelo desempenho de um coordenador dos gerentes, capaz de integrar sem imposições autocráticas como as que frequentemente ocorriam nos modelos de subordinação a um superintendente ou diretor-geral. Essa diretriz básica vem sendo desenvolvida em instituições de elevado padrão de desempenho, como o Hospital Aliança, em Salvador, e o Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo.

Importa salientar, na estrutura organizacional proposta, a presença de uma Gerência de *Marketing*, com os encargos básicos de relações com a comunidade, inclusive a celebração de convênios assistenciais, mas principalmente de todas as tarefas de promoção destinadas a consolidar a imagem do hospital e também a expandir o segmento de mercado que ele pode ocupar.

Pode-se agora voltar ao *marketing* aplicado ao hospital-empresa. Existem, na literatura mais acessível, três sistemas integrados de *marketing* que definem relações com o meio ambiente: os quatro Cs de Lauterborn, citado por Cobra (1997), os quatro Ps de McCarthy (1997) e os quatro As de Richers (1991).

O sistema de Lauterborn compreende quatro atividades, que se identificam por palavras que têm a mesma letra inicial: 1. consumidor, identificando a necessidade de conhecer suas necessidades, seus desejos, mas também suas possibilidades econômico-financeiras; 2. custo para o consumidor; 3. comunicação de benefícios e vantagens oferecidas pela empresa; 4. conveniência (de localização), garantindo facilidade de acesso ao produto ou serviço oferecido.

A aplicação dessas propostas ao hospital-empresa tem apenas validade no que se refere ao conhecimento do consumidor, já alcançado pela pesquisa de mercado, etapa obrigatória do planejamento, e à comunicação de benefícios e vantagens, a ser inserida no programa de promoção que deverá ser desenvolvido. O custo será sempre preocupação do administrador do hospital, embora não possa fazer publicamente comparação com os valores cobrados pela concorrência.

O elemento mais importante a ser explorado, porque não envolve restrições éticas, corresponde à qualidade do produto, que, no caso do hospital, permanece sempre vinculada à conjugação dos recursos humanos que atuam no hospital com as instalações e os equipamentos disponíveis.

A conveniência fica, no caso do hospital, prejudicada pela fixação física do hospital em determinado ponto da cidade.

O sistema de McCarthy é integrado por quatro tópicos, identificados também por palavras que têm a mesma letra inicial: 1. **p**roduto, com suas características individuais, conceito aplicável mais proximamente a produtos do que a serviços, uma vez que destes apenas se pode apreciar características de comportamento das pessoas que os executam; 2. **p**reço, para o qual vale o que se disse para o custo do sistema de Lauterborn; 3. **p**onto, ainda mais fortemente vinculado à característica de imobilidade do hospital-empresa do que a conveniência do sistema de Lauterborn; 4. **p**romoção do produto ou serviço, que compreende um composto integrado por publicidade, relações públicas, promoção de vendas, venda pessoal e *merchandising*. Esse quarto tópico do sistema de McCarthy (1997) é o que pode ser mais bem aplicado ao hospital-empresa.

Porém, pela sua formulação mais abrangente, começando pelo passado e projetando-se no futuro, o esquema mais aplicável ao *marketing* do hospital-empresa é o de Richers (1991). Também aqui o sistema é constituído por quatro momentos, identificados por palavras que têm a mesma letra inicial: 1. **a**nálise dedicada à identificação das forças vigentes no mercado e de suas interações com a empresa, a partir de pesquisas e de adequado sistema de informações; 2. **a**daptação, traduzida na adequação das linhas de produtos ou de serviços da empresa às características do mercado, identificadas na análise; 3. **a**tivação, compreendendo atividades destinadas à consolidação e expansão da presença da empresa do mercado, entre as quais o composto de comunicação (publicidade, promoção de vendas, relações públicas e *merchandising*); 4. **a**valiação, traduzida no controle dos resultados do esforço de *marketing*.

A aplicação desses conceitos à atividade do hospital encontra inteira aproximação com as etapas de planejamento, em que, de início, se procura identificar as necessidades e expectativas do mercado, por meio de pesquisa específica. Esta deverá preocupar-se com aspectos assemelhados àqueles envolvidos no processo de desenvolvimento de produtos novos, em que se consideram elementos vinculados à concorrência, em comparação com o que se pretende oferecer. Trata-se de identificar, já na ocasião da pesquisa, as características e potencialidades dessa concorrência e as possibilidades de seu crescimento em curto e médio prazos. Conhecendo as características do “novo produto” a ser lançado - o hospital cujos serviços estarão sendo oferecidos -, será possível identificar suas possibilidades de sucesso diante da concorrência.

A etapa seguinte do planejamento será o desenvolvimento do programa básico, capaz de permitir a elaboração completa do projeto arquitetônico. Este estará, em consequência, sendo o equivalente da etapa de adaptação do sistema de Richers, com a adequação dos serviços do hospital às características e necessidades do mercado, identificadas na pesquisa.

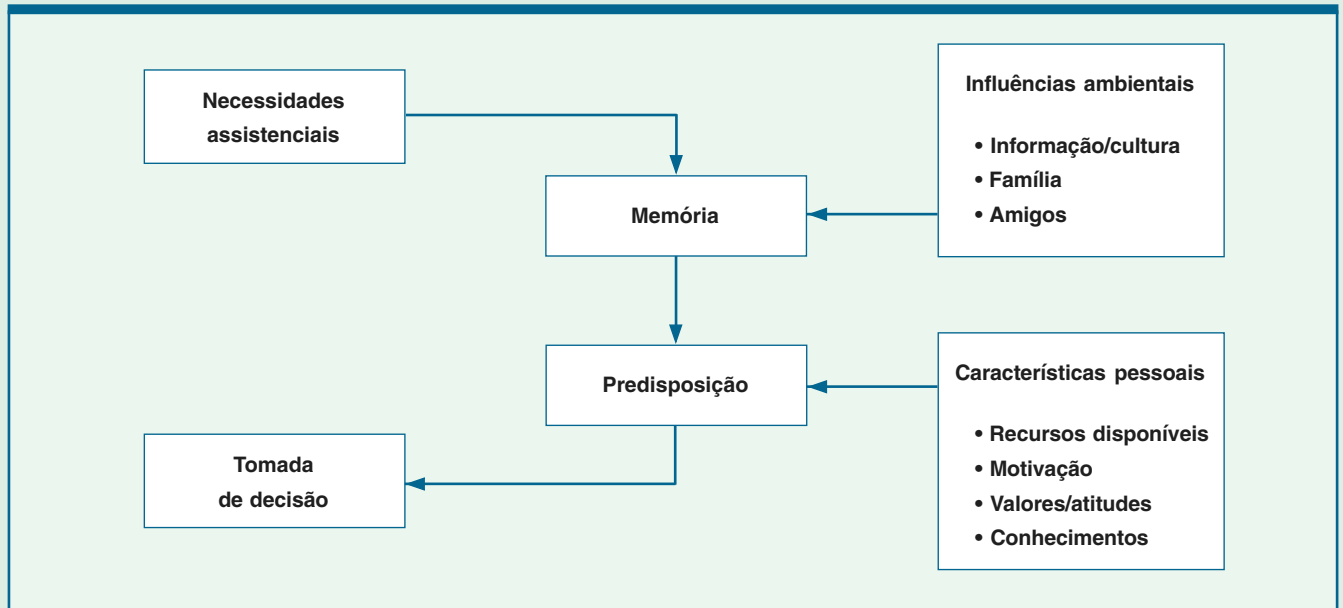
A contribuição inovadora da formulação de Richers para a administração hospitalar é representada pela advertência de que deve existir permanente preocupação da direção do hospital em relação aos interesses do mercado. É o que se pode conseguir com a indispensável avaliação que o sistema propõe, uma vez que será necessário voltar periodicamente à análise do mercado para poder realizar com sucesso a real auditoria de *marketing* que se deve pretender atingir. A avaliação, embora etapa essencial em qualquer nova iniciativa de uma empresa - o hospital inclusive -, não figura explicitamente nos outros sistemas de *marketing* analisados.

A tarefa de ativação, com os programas correspondentes, deverá ser responsabilidade da Gerência de *Marketing* do hospital, encarregada de manter, como exposto, relações com o mercado (comunidade a ser atendida). Aqui cada programa deverá naturalmente ser adaptado às características operacionais do hospital-empresa, com restrições correspondentes à natureza das atividades que desenvolve. Tais limitações fazem com que a conceituação de Ziller, citado por Cobra (1997), seja uma das que mais de perto podem aplicar-se ao hospital. Diz o autor que “*marketing é o estudo e a preparação de todos os meios necessários para permitir à empresa [hospital] aproximar, de maneira permanente e no interesse comum, as necessidades e os desejos do consumidor [cliente] e as possibilidades de produção [atendimento]*”.

O que se visa, em resumo, é influenciar a tomada de decisão do consumidor-cliente na escolha do hospital em que deverá ser atendido. Existem sabidamente diferentes fatores que contribuem para essa tomada de decisões; alguns são de natureza ambiental e outros se vinculam a características pessoais do consumidor, como aparece na Figura 4, adaptada de Cobra (1997).

Os “meios necessários” identificados por Ziller e capazes de influenciar a tomada de decisão do consumidor-cliente constituem o composto de comunicação ou o composto promocional que, de acordo com a American Marketing Association, inclui a propaganda, a publicidade, a promoção de vendas, o *merchandising* e as relações públicas. Sem entrar na análise conceitual de cada um desses integrantes do conjunto de esforços que podem ser desenvolvidos

Figura 4 - Fatores que contribuem para a tomada de decisão



para vender o “produto” (os serviços do hospital) ao consumidor (cliente) que já tem necessidade de atendimento, importa identificar quais os aspectos do produto sobre os quais o esforço promocional deve incidir.

Aqui residem as consideráveis restrições a que a promoção do hospital-empresa deve atender. Existem naturais limitações relativas ao uso do que talvez seja o elemento mais utilizado nas campanhas promocionais, ou seja, o preço do produto; trata-se, naturalmente, de aspecto que dificilmente deverá ser invocado na promoção dos serviços hospitalares. Por analogia com o aspecto também muito lembrado, relativo à distribuição do produto, no caso do hospital, pode-se invocar a facilidade de acesso, não apenas físico, mas principalmente de contatos para informações ou agendamento de metas e exames complementares por telefone ou por meio de novos recursos de informática.

O elemento mais importante a ser explorado, porque não envolve restrições éticas, corresponde à qualidade do produto, que, no caso do hospital, permanece sempre vinculada à conjugação dos recursos humanos que atuam no hospital com as instalações e os equipamentos disponíveis. Embora a disponibilidade de tais recursos materiais esteja sempre a serviço daqueles que realizam na verdade os atendimentos - médicos, pessoal de enfermagem, técnicos e auxiliares de toda natureza -, é sempre muito delicado salientar comparativamente com os concorrentes os recursos humanos de que o hospital dispõe. Por essa razão, o esforço promocional deve situar-se com mais ênfase nas instalações destinadas a acomodar os que necessitam do atendimento e nos equipamentos disponíveis para a realização dos atos assistenciais indispensáveis. A razão é que, em certa medida, tais recursos materiais influenciam o padrão com que se executa a operação do hospital. ○

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COBRA, M. *Marketing básico*. São Paulo: Atlas, 1997.

GONÇALVES, J. E. L. A necessidade de reinventar as empresas. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.38, n.12, p.6-17, 1998.

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

LIMA-GONÇALVES, E., SIX, B. A prática do balanço social da empresa. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.19, n.3, p.53-8, 1979.

LIMA-GONÇALVES, E. O balanço social: a definição de um modelo para sua empresa. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.20, n.3, p.79-84, 1980a.

LIMA-GONÇALVES, E. Mecanismos sociais na gestão empresa: para além de uma vã filosofia. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.20, n.4, p.65-9, 1980b.

LIMA-GONÇALVES, E. Estrutura organizacional do hospital moderno. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.38, n.1, p.80-90, 1998.

McCARTHY, E. J. *Marketing básico*. São Paulo: Atlas, 1997.

MILLS, D. Q. *O renascimento da empresa*. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

RICHERS, R. *O que é marketing*. São Paulo: Brasiliense, 1991.