



**UNIVERSIDADE POTIGUAR - UnP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

**SANDRA MARIA RODRIGUES MEDEIROS DE MELO**

**A RELAÇÃO ENTRE CAPACITAÇÃO ADMINISTRATIVA, ORIENTAÇÃO PARA O  
MERCADO E FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DA  
CIDADE DE NATAL/RN**

**Natal  
2010**

**SANDRA MARIA RODRIGUES MEDEIROS DE MELO**

**A RELAÇÃO ENTRE CAPACITAÇÃO ADMINISTRATIVA, ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO E FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DA CIDADE DE NATAL/RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Universidade Potiguar, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

**ORIENTADOR: Prof.: Alípio Ramos Veiga Neto**

Natal  
2010

**SANDRA MARIA RODRIGUES MEDEIROS DE MELO**

**A RELAÇÃO ENTRE CAPACITAÇÃO ADMINISTRATIVA, ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO E FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DA CIDADE DE NATAL/RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Universidade Potiguar, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Alípio Ramos Veiga Neto

Orientador

Universidade Potiguar – UnP

---

Prof. Dr. Kleber Cavalcanti Nóbrega

Membro Examinador

Universidade Potiguar – UnP

---

Prof. Dr. Euler Maciel Dantas

Membro Externo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Às minhas filhas Luiza e Maria Eduarda que tantas vezes se privaram da minha companhia para que este trabalho pudesse ser realizado. Dedico a elas essa vitória como incentivo nas suas vidas para a busca constante pelo conhecimento.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido Luiz Eduardo, tão paciente, por compreender minhas horas de ausência e por tornar-se, muitas vezes, pai e mãe para nossas filhas.

Ao Prof. Alípio Ramos Veiga Neto, meu orientador, por ser exigente quando necessário e confortador quando o choro parecia ser a única solução.

Aos meus amigos do coração Sérgio Baena e Tatiana Gehlen que dividiram as angústias do Mestrado tornando os momentos difíceis mais leves.

Aos meus amigos e colegas de trabalho Ana Mônica, Cledna, Henrique, Lenilson e Rogério que tanto acreditaram em mim e me deram forças para continuar quando o caminho parecia não ter fim.

A todas as clínicas que se dispuseram a colaborar com a pesquisa disponibilizando seus dados para enriquecimento deste trabalho.

Não fortalecerás a dignidade e o ânimo, se subtraíres ao homem a iniciativa e a liberdade. Não poderás ajudar aos homens de maneira permanente, se fizeres por eles aquilo que eles podem e devem fazer por si próprios

Abraham Lincoln

## RESUMO

A administração de consultórios tem sido pouco explorada dentro da área de serviços odontológicos. A mudança do mercado de trabalho juntamente com o aumento da concorrência trouxe uma preocupação para os profissionais da referida área em fidelizar seus clientes. Neste trabalho procurou-se analisar, então, a possibilidade de Cirurgiões-Dentistas mais capacitados administrativamente serem mais orientados para o mercado e, conseqüentemente, fidelizarem mais clientes. A pesquisa tem caráter exploratório e utilizou o método *survey* através de um questionário estruturado. O universo da pesquisa constou de cinco clínicas odontológicas na cidade de Natal/RN e, para coleta de dados, foram entrevistados cinco gestores e 300 pacientes num total. Escalas de medição para os construtos Capacitação Administrativa, Orientação para o Mercado e Fidelização foram utilizadas e os graus respectivos foram determinados através de questionários auto-avaliativos usando uma escala de Likert de cinco pontos. A análise de regressão linear, que foi o método estatístico empregado, evidenciou presença de correlação entre os construtos estudados, porém com baixo poder de explicação.

**Palavras-chave:** Clínicas Odontológicas. *Marketing* em odontologia. Fidelização em odontologia.

## ABSTRACT

Odontological services has been poorly explored on the area of dentists' offices administration. The changes in the labor market along with the increase of competitiveness to attract clients has brought up worries for the professionals on this area about how to achieve their clients' fidelity. This work aims at analyzing the possibility of more administratively experienced dentists becoming more directed to market needs to get more clients, as well as their clients' fidelity. The research is exploratory and used the method *survey* through a structured questionnaire. The research universe was formed by five dentists' offices in the city of Natal/RN and 300 patients as a whole. Measuring scales to the constructs: Administrative Qualification, Market Orientation and Fidelity Process were used and the respective degrees were determined using a Likert scale with 5 degrees. The linear regression analysis, which was the statistic method used, showed the presence of correlation between the situations studied, but with low capacity of explanation.

**Key Word:** Odontological clinics. Marketing in odontology. Fidelity process in odontology.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - As Vinte e Uma Competências de Boyatzis.....	25
Figura 1 - Fatores macro e micro ambientais que moderam a orientação para o mercado .....	29
Figura 2 - Antecedentes e conseqüentes da Orientação para o Mercado .....	33
Figura 3 - Orientação para o Mercado .....	35
Figura 4 - Estrutura para lealdade do cliente de Dick e Basu.....	41
Figura 5 - A pirâmide da lealdade.....	47
Quadro 2 - Variáveis da Capacitação Administrativa .....	53
Quadro 3 - Dimensões de Orientação para o Mercado .....	54
Quadro 4 - Construto Fidelidade e suas variáveis .....	55

## LISTA DE SIGLAS

CD	Cirurgião -Dentista
CDc	Cirurgião -Dentista de classe média
CDt	Cirurgião -Dentista trabalhador
CDk	Cirurgião -Dentista capitalista
CRO	Conselho Regional de Odontologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MARKOR	<i>Market Orientation</i>
MSI	<i>Marketing Science Institute</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Rio Grande do Norte
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TNCC	Tabela Nacional de Convênios e Credenciamentos
VRCC	Valores Referenciais de Convênios e Credenciamentos

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Classificação das clínicas excluídas da pesquisa.....	51
Tabela 2	- Perfil dos Gestores .....	59
Tabela 3	- Grau das variáveis de capacitação administrativa da clínica A comparativamente ao grau médio das outras clínicas .....	61
Tabela 4	- Grau das variáveis de capacitação administrativa da clínica B comparativamente ao grau médio das outras clínicas .....	62
Tabela 5	- Grau das variáveis de capacitação administrativa da clínica C comparativamente ao grau médio das outras clínicas. ....	63
Tabela 6	- Grau das variáveis de capacitação administrativa da clínica D comparativamente ao grau médio das outras clínicas. ....	64
Tabela 7	- Grau das variáveis de capacitação administrativa da clínica E comparativamente ao grau médio das outras clínicas .....	65
Tabela 8	- Grau comparativo das variáveis de capacitação administrativa das clínicas.....	66
Tabela 9	- Grau das dimensões de orientação para o mercado da clínica A comparativamente ao grau médio das outras clínicas .....	67
Tabela 10	- Grau das dimensões de orientação para o mercado da clínica B comparativamente ao grau médio das outras clínicas .....	69
Tabela 11	- Grau das dimensões de orientação para o mercado da clínica C comparativamente ao grau médio das outras clínicas. ....	70
Tabela 12	- Grau das dimensões de orientação para o mercado da clínica D comparativamente ao grau médio das outras clínicas .....	72
Tabela 13	- Grau das dimensões de orientação para o mercado da clínica E comparativamente ao grau médio das outras clínicas .....	73
Tabela 14	- Grau comparativo das dimensões de orientação para o mercado das clínicas.....	75
Tabela 15	- Distribuição dos clientes em relação às variáveis de fidelização da clínica A .....	77
Tabela 16	- Distribuição dos clientes em relação às variáveis de fidelização da clínica B .....	78

Tabela 17 - Distribuição dos clientes em relação às variáveis de fidelização da clínica C .....	79
Tabela 18 - Distribuição dos clientes em relação às variáveis de fidelização da clínica D .....	80
Tabela 19 - Distribuição dos clientes em relação às variáveis de fidelização da clínica E .....	81
Tabela 20 - Grau comparativo das variáveis de fidelização das clínicas .....	82
Tabela 21 - Valores para equação de regressão entre CA e OM.....	84
Tabela 22 - Correlação entre as variáveis CA e OM e seu poder de explicação.....	84
Tabela 23 - Valores para equação de regressão entre CA e F.....	85
Tabela 24 - Correlação entre as variáveis CA e F e seu poder de explicação.....	86
Tabela 25 - Valores para equação de regressão entre OM e F.....	86
Tabela 26 - Correlação entre as variáveis OM e F e seu poder de explicação.....	87
Tabela 27 - Valores para equação de regressão entre CA + OM e F.....	88
Tabela 28 - Correlação entre as variáveis CA + OM e F e seu poder de explicação	88

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO: MERCADO DE TRABALHO ODONTOLÓGICO....	15
1.2 QUESTÃO DE PESQUISA. ....	20
1.3 JUSTIFICATIVA. ....	20
1.4 OBJETIVOS .....	21
1.4.1 Objetivo geral .....	21
1.4.2 Objetivos específicos .....	21
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	22
2.1 CAPACITAÇÃO ADMINISTRATIVA .....	22
2.2 ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO.....	28
<b>2.2.1 O construto de Kohli e Jaworski</b> .....	30
<b>2.2.2 O construto de Narver e Slater</b> .....	34
<b>2.2.3 O construto de Day</b> .....	36
<b>2.2.4 O construto de Shapiro</b> .....	39
2.3 FIDELIZAÇÃO .....	40
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	49
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	49
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	50
3.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA .....	52
<b>3.3.1 Escala de Capacitação Administrativa</b> .....	52
<b>3.3.2 Escala de Orientação para o Mercado</b> .....	54
<b>3.3.3 Escala de Fidelização</b> .....	55
3.4 COLETA DE DADOS .....	55
3.5 TRATAMENTO DOS DADOS .....	56
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	58
4.1 GESTORES .....	59
<b>4.1.1 Perfil</b> .....	59
<b>4.1.2 Grau de Capacitação Administrativa</b> .....	60
<b>4.1.3 Análise do conjunto do grau de capacitação administrativa das clínicas</b> .....	65
<b>4.1.4 Grau de Orientação para o Mercado</b> .....	66
<b>4.1.5 Análise do conjunto do grau de orientação para o mercado</b>	

<b>das clínicas</b> .....	74
<b>4.2 CLIENTES</b> .....	76
<b>4.2.1 Grau de Fidelização</b> .....	76
<b>4.2.2 Análise do conjunto de fidelização das clínicas</b> .....	81
<b>5 ANÁLISE DAS RELAÇÕES</b> .....	83
5.1 ANÁLISE ENTRE A RELAÇÃO DE CAPACITAÇÃO ADMINISTRATIVA E ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO .....	83
5.2 ANÁLISE ENTRE A RELAÇÃO DE CAPACITAÇÃO ADMINISTRATIVA E FIDELIZAÇÃO .....	85
5.3 ANÁLISE ENTRE A RELAÇÃO DE ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO E FIDELIZAÇÃO .....	86
5.4 ANÁLISE ENTRE A RELAÇÃO DA SOMA DA CAPACITAÇÃO ADMINISTRATIVA COM ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO E FIDELIZAÇÃO .....	87
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	89
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	92
<b>APÊNDICE</b> .....	99

## 1 INTRODUÇÃO

Desde o início do ensino formal de Odontologia, no final do século XIX, a profissão tem evoluído significativamente ao longo do tempo, no entanto, a prática focada numa formação técnica continua sendo o objetivo único dos respectivos cursos de graduação (PAULA, 2003). É fato que os aspectos técnico-científicos são fundamentais e indispensáveis para o exercício da profissão, mas somente isso não qualifica o profissional para a administração de sua empresa que é o seu consultório odontológico. Essa capacitação administrativa vem sendo sentida como necessária pelos profissionais da área desde o início do aumento da abertura de novos cursos de Odontologia no país e conseqüentemente aumento do número de profissionais lançados no mercado de trabalho. A preocupação com a concorrência e com as técnicas para obtenção de maior vantagem competitiva vem permeando a rotina dos Cirurgiões-Dentistas (CDs) autônomos na atualidade.

A variação do mercado em serviços de saúde vem sendo notada pelos profissionais da área, no entanto a formação profissional continua focada para a aprendizagem das técnicas operatórias para realização dos procedimentos de saúde e das super-especializações. Não vemos expectativas de mudança no sentido de preparar esse tipo de profissional para o mercado de trabalho privado. A administração de seu negócio, já que um consultório pode ser caracterizado como uma empresa, fica relegada a segundo plano, pois não vemos nos cursos de graduação da área de saúde disciplinas que tratem de assuntos de gerenciamento de consultórios. A cultura assistencialista que a profissão carrega é ainda um grande entrave para o desenvolvimento de estratégias de *marketing*. Somado a isso, temos um Código de Ética Odontológica que restringe algumas ações ao exercício da propaganda e competitividade tão vitais a qualquer gestão de empresa.

Conforme Ferreira (2000), os clientes já adquiriram consciência a respeito da qualidade dos serviços prestados. A solução para seus problemas é questionada assim como os orçamentos apresentados. O bom atendimento é exigido e a mudança para outro profissional da área pode ser facilmente realizada se suas expectativas não forem atendidas. Por isso, é necessário que o Cirurgião-Dentista enfrente a concorrência e entenda que o investimento na fidelização de seus clientes não é apenas um custo, mas sim uma garantia de resultados positivos financeiros.

Ao contrário do que deveria estar sendo praticado por causa da falta de preparo mercadológico na área odontológica, vemos profissionais gerenciando seus consultórios através de ações que visam resultados imediatos, sem focar numa gestão orientada para o longo prazo. Previsões de mercado não são levadas em consideração o que faz com que a percepção dos problemas chegue tarde demais.

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO: MERCADO DE TRABALHO ODONTOLÓGICO

A odontologia tem sido afetada neste início de século a partir das expressivas alterações que o mercado de trabalho como um todo tem sofrido. Nos anos 90 houve um processo rápido e crescente de faculdades e profissionais lançados no mercado odontológico. A lei da oferta e da procura começou, então, a ficar desequilibrada. O mercado cada vez mais competitivo não conseguiu acompanhar esse crescimento. O número de profissionais aumentou, no entanto, o espaço continuou praticamente o mesmo.

Em meados de 1981 outros fatores mercadológicos já davam sinais de perigo. A economia brasileira mergulhou em incertezas, o crescimento econômico já não atingia todos os setores de forma igual e as classes médias e trabalhadoras (assalariados) já não possuíam mais garantias para seus rendimentos. A recessão econômica trouxe muitas transformações no mercado da oferta de serviços fazendo com que outros bens e/ou serviços tornassem mais atrativos aos olhos dos consumidores comuns que, com suas rendas já comprometidas, acabavam por deixar sua ida ao dentista para depois (ZANNETTI, 1999).

O mesmo autor Zannetti (1998) aponta que após o ano de 1984 a Esfera Pública (Estado) deu início a medidas preventivo-promocionais em Saúde Bucal cujo objetivo era o de massificação do acesso às tecnologias de flúor e de auto-cuidados. Isso modificou sensivelmente os níveis de incidência e prevalência de cárie. Antes, uma criança de 12 anos de uma família que tinha condições de pagar um serviço odontológico privado possuía uma média de 6 a 8 dentes com história de cárie. Hoje, os valores desceram para aproximadamente 1,5 dentes com a mesma história. Percebe-se, nesse caso, que a parcela da população que pode pagar por um serviço



odontológico privado é a mesma parcela que tem acesso a informações, atenção preventiva e promocional.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda um CD para cada 1.500 habitantes. Obedecendo a essa recomendação, a cidade de Natal, com uma população estimada de 806.203 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) deveria ter, em média, 537 CDs, no entanto tem 1.870 registrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2010), o que representa o triplo do ideal. Temos, dessa forma, o equivalente a um CD para cada 430 habitantes. Vale ressaltar que apenas uma parcela dessa população possui condições de freqüentar um Cirurgião-Dentista privado. Remetendo-se então ao comentário anterior do autor Zannetti (1999), os pacientes que representam essa parcela da população, por possuir um poder maior de compra, consomem mais informações e tecnologias preventivas como cremes dentais fluoretados, bochechos com flúor, selantes, etc. necessitando também de menos idas ao CD a cada ano.

A outra parcela da população que necessita de atenção odontológica e não pode pagar recorre à única opção disponível que é o Sistema Único de Saúde (SUS) que se encontra atualmente precário. Pereira (1999), a respeito desse assunto, acrescenta outro ponto desanimador para a profissão que são os Seguros de Saúde odontológicos. Eles tiveram que ser inseridos nos planos dos seguros médicos por uma determinação do Sistema Previdenciário. Durante anos esse sistema arrecadou grande quantia da população, mas não soube zelar pelo que recebeu e agora rebate uma responsabilidade que acaba sendo transferida para o profissional dentista. Os seguros, por sua vez, acabam sendo desastrosos para os segurados uma vez que, alguns empresários se aproveitando das circunstâncias desfavoráveis da profissão, acabam por pagar quantias irrisórias aos profissionais não se preocupando com a qualidade do serviço.

Ao mesmo tempo os profissionais da área odontológica passaram a aceitar em seus consultórios contratos com empresas e prestadoras de serviços para atender aos seus funcionários e familiares como tentativa de ampliar seu mercado fazendo com que houvesse um fluxo maior de clientes (MONTENEGRO, 1999). Para Belardinelli (1987) o convênio se introduziu na odontologia como um dispositivo de extinção da odontologia liberal a médio ou a longo prazo. Esse sistema acaba sendo muito interessante para as empresas, pois defende apenas seus interesses já

que aparece para o profissional na forma de um contrato pronto onde não há o entendimento prévio entre as partes.

Garcia (2004) verificou que os motivos que levavam os CDs a procurarem esse tipo de credenciamento variaram de obtenção de maior número de pacientes, preenchimento de horário vago, motivo financeiro, procura por pacientes, exigência de pacientes e falta de clientes. Percebeu que 69% dos CDs estavam insatisfeitos com a empresa na qual eram credenciados, fato este explicado pela baixa remuneração oferecida. Foi ainda acrescentado pelos entrevistados a piora das condições de trabalho após o surgimento dos convênios. Zannetti (1999) complementa o pensamento enfatizando que a queda dos preços dos procedimentos odontológicos iniciou-se com a implantação da Tabela Nacional de Convênios e Credenciamentos (TNCC) que hoje é denominada de Valores Referenciais de Convênios e Credenciamentos (VRCC). Antes da chegada dos anos 90 os CDs se recusavam a praticar esses valores como referência. A partir da primeira metade dos anos 90 o mercado fez com que os preços sugeridos começassem a ser praticados e, agora, após o fim dos anos 90 muitos profissionais já dão descontos em cima dos valores dessas tabelas para angariar uma maior clientela.

Na tentativa de conseguir se diferenciar no mercado os CDs procuram cursos de pós-graduação de forma a se preparar melhor para vencer as dificuldades. O que acontece é que muitas vezes esses cursos, principalmente as especializações e os aperfeiçoamentos são criados indiscriminadamente sem a realização de pesquisas de mercado para identificar áreas e locais que necessitam realmente dos cursos. Isso acaba por gerar um ciclo vicioso e prejudicial à odontologia já que, como são muito procurados, incentivam mais ainda à abertura de novas turmas (BOTELHO, 2005). Paranhos (2009) completa a informação relatando que existem no Brasil, distribuídos de forma desigual, 397 cursos de especialização credenciados (em andamento nas entidades de classe) e 433 cursos de especialização reconhecidos (em andamento nas faculdades) nas diferentes especialidades odontológicas.

Outros mecanismos concorrenciais começaram a existir para tornarem-se fatores diferenciais na prática da clínica odontológica. Fatores anteriormente importantes como ser professor universitário ou possuir consultório com capacidade instalada (equipamentos e instalações) já não diferenciam mais seus profissionais.

Além das pós-graduações novos arranjos de mecanismos diferenciais passaram a ser estabelecidos como (ZANNETTI, 1999):

1. Instituição de pessoa jurídica: do autônomo em consultório ao empresário nas clínicas;
2. Estabelecimento de convênios, credenciamentos com instituições e planos;
3. Conjunto de prática de *marketing* para “captação” de clientela;
4. Conjunto de prática de *marketing* para “fidelização” de clientela;
5. Introdução da agenda preventiva: flexibilização da ênfase na natureza curativa da prática;
6. Estética: “bolha” de Mercado de Massa x “tendência” de Mercado Segmentado.

De acordo com Zanetti (1999) a partir dos anos 80 a crise provocou o surgimento de dois novos tipos de Cirurgiões-Dentistas. Inicialmente a classe odontológica que era composta do Cirurgião-Dentista de classe média (CDc) passou a ter o Cirurgião-Dentista trabalhador (CDt) e o Cirurgião-Dentista capitalista (CDk). Ele considerou os CDt como trabalhadores por não possuírem “propriedade econômica” e “posse” dos meios de produção. Já os CDk por possuírem essa “propriedade econômica” e “posse” dos meios de produção levaram os CDt a condições de assalariamento ou sub-assalariamento com os trabalhos “por porcentagem”. Os CDk são produtos da ascensão econômica dos CDc. Eles, em suas clínicas, definem preços, cotas de atendimento, teto de remuneração, formas e prazos de pagamentos e fixação dos critérios de qualidade de serviços. Os CDt, por sua vez, entram apenas com sua mão-de-obra.

A adequação de mecanismos na prática odontológica atual se torna vital para a manutenção do CD no mercado já que a concorrência aumenta consideravelmente a cada ano que passa. O estado do Rio Grande do Norte possui 2.646 Cirurgiões-Dentistas registrados no Conselho Federal de Odontologia (CRO, 2010). Três faculdades, uma Federal, uma Estadual e uma particular lançam juntas uma média de 200 novos profissionais por ano no mercado. Petrelli (1998) afirma que a falta de bom senso por parte das autoridades, que permitem essa proliferação de cursos de Odontologia tem sido um dos principais motivos do declínio da profissão. As faculdades de odontologia brasileiras formam 10 mil profissionais ao ano, o que

representa um crescimento três vezes maior do que o número de habitantes. Para Moraes (1998) além desse alto número de novas faculdades vê-se um momento em que o profissional da odontologia não consegue raciocinar administrativamente, muitas vezes, perdendo a noção básica de custo/benefício o que geralmente significa aceitar trabalhos sem direitos trabalhistas ou concorrer com preços abaixo dos níveis mínimos para produzir trabalho digno. Nesse momento o CD está esquecendo seu custo médio para se formar que segundo seu cálculo representa em torno de 125.000 reais distribuídos da seguinte forma: 65.000 reais (5 anos de graduação), 30.000 reais (2 anos de pós-graduação) e 30.000 reais (montagem de um consultório simples).

De acordo com Zugman (2004, p. 4) as faculdades possuem pouca preocupação em “motivar seus alunos a buscar seus ideais e criar o próprio futuro, o curso forma técnicos quase ignorantes em administração”. O sentimento de que algumas profissões significam estabilidade para a vida inteira ainda perdura mesmo diante da situação do mercado. Os profissionais que não conseguem se firmar no mercado acabam sendo levados para as áreas marginais contentando-se com empregos aquém das suas expectativas e capacidades.

A educação odontológica parece também enfrentar desafios em nosso sistema social. Secco (2004) lembra que a prática profissional, a docente e o ensino em odontologia são, juntamente com as demandas do mercado, diretamente influenciados por indústrias de equipamentos, medicamentos e materiais odontológicos que existem por trás da estrutura educacional de um curso de odontologia. O status da profissão vive uma crise no contexto social, seu prestígio vem sendo diminuído notadamente, onde os alunos egressos do ensino médio já não geram uma concorrência tão acirrada nos vestibulares da profissão. Para Paranhos (2009) vários são os fatores que podem estar levando a uma diminuição pela procura dos cursos de odontologia, como por exemplo, a escassez de empregos e a competição do referido mercado de trabalho. Dessa forma a escolha deixa de ser individual e passa a ser influenciada por esses outros fatores.

Outro agravante do mercado é a falta de ética por parte dos profissionais da área. Muitos praticam concorrência desleal negociando seus procedimentos odontológicos como se fossem mercadorias de feira. A classe se desune e enfraquece e a imagem da odontologia fica cada vez mais negativa. Isso repercute

na própria percepção do consumidor dos referidos serviços que passam então a adquirir um maior poder de barganha gerando então um ciclo de negociações cada vez mais depreciador da profissão prejudicando aqueles que procuram trabalhar dentro dos princípios éticos.

## 1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

A preocupação em fidelizar seus clientes vem sendo despertada pelos CDs desde que o mercado de trabalho odontológico começou a mudar e a se tornar mais competitivo. A necessidade de se adequar a essa nova realidade vem aumentando o interesse desses profissionais em entender seu mercado de atuação e aprender como gerenciar seu próprio negócio.

Diante do exposto questiona-se: Cirurgiões-Dentistas capacitados administrativamente seriam mais orientados para o mercado e fidelizariam mais clientes?

## 1.3 JUSTIFICATIVA

Como o presente trabalho pretendeu analisar a relação entre capacitação administrativa, orientação para o mercado e fidelização de clientes em clínicas odontológicas na cidade de Natal/RN, trouxe uma importante justificativa já que orientação para o mercado tem sido relacionada mais freqüentemente com aprendizagem organizacional, inovação, cultura organizacional e *performance* nos trabalhos encontrados na literatura atual. Os mesmos normalmente se remetem a indústrias e não a empresas de pequeno porte como é o caso do presente estudo. É relevante ressaltar também que a área de serviços, especificamente os de saúde, tem sido pouco explorada na temática da Administração. Alguns trabalhos foram encontrados na área de Enfermagem também abordando o descontentamento em

relação ao despreparo dos profissionais que necessitam dos conhecimentos administrativos para atuação nos processos gerenciais em saúde. De acordo com Ciampone (2004) o ensino da administração nos cursos de enfermagem vem de livros traduzidos de outras realidades ou escrito por profissionais de outras áreas.

A literatura traz bibliografias a respeito de fidelidade dos clientes relacionada a produtos. Na área de serviços, especialmente os de saúde pouco se sabe sobre os fatores que influenciam essa fidelização.

A autora possui um interesse particular pelo tema tratado, já que é graduada em Odontologia e sente a necessidade, desde a faculdade, de se aprofundar nos conhecimentos mercadológicos da área. Acredita que com o estudo possa haver uma contribuição para uma maior abertura de discussões sobre o tema com os profissionais da área.

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 Objetivo geral

- Analisar a relação entre capacitação administrativa, orientação para o mercado e fidelização de clientes em clínicas odontológicas da cidade de Natal/RN.

### 1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar o grau de capacitação administrativa dos gestores de clínicas odontológicas
- Identificar o grau de orientação para o mercado dos gestores das clínicas odontológicas
- Identificar o grau de fidelização dos clientes das clínicas odontológicas estudada

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esse capítulo aborda os temas relevantes para o desenvolvimento da pesquisa relacionados com Capacitação Administrativa, Orientação para o Mercado e Fidelização como explicitados a seguir.

### 2.1 CAPACITAÇÃO ADMINISTRATIVA

Em tempos anteriores, quando a concorrência era menor e as facilidades para obtenção de lucros eram maiores, a busca pelas competências era negligenciada pelas empresas. Era o tempo das famosas “vacas gordas” em que os gerentes se preocupavam mais com a conduta e produtividade dos empregados do que com o desenvolvimento de seu desempenho e qualificação. Como consequência disso, gerou-se uma acomodação por parte das pessoas em se preocuparem com qualificação, capacitação e atuação profissional (RESENDE, 2000). Neste novo milênio tão competitivo, o desenvolvimento das capacidades pessoais dentro das empresas está diretamente atrelado ao desenvolvimento de competências. Aquelas empresas que souberem se adequar a essa nova necessidade, sem dúvida, se diferenciarão (DUTRA, 2004).

Para Oliveira & Oliveira-Júnior (1999) é fundamental além da formação técnica-científica, uma formação administrativa que é tão imprescindível para qualquer setor de atividade econômica, o que inclui os consultórios odontológicos. Empresas não sobrevivem sem informações atualizadas e constantes sobre os mais variados assuntos como concorrência, convênios, inadimplência e satisfação de sua clientela, além de conhecimentos gerenciais e de *marketing*.

Para Resende (2000) o aumento do número de formados nas universidades, em todas as especialidades, resultou em aumento da competitividade entre os profissionais liberais. Estes, que em tempos passados, tinham mais facilidade para iniciar e desenvolver suas carreiras, hoje já devem perceber que os “diferenciais

competitivos” necessitam de melhorias destacando especificamente as competências técnicas, de *marketing* e de atendimento.

De acordo com Caproni e Barcellos (2007 *apud* ARCIER, 2007) os profissionais da área de saúde precisam desenvolver três habilidades para obter sucesso no mercado profissional: básicas, específicas e de gestão. As básicas são desenvolvidas do ensino fundamental ao médio, as específicas nos cursos de graduação relacionadas à capacitação técnico-científica e as de gestão, por sua vez, não estão sendo desenvolvidas em lugar algum. Os profissionais saem da faculdade sem conhecimento de *marketing*, administração de recursos humanos, finanças, produtividade e gerenciamento de dados e informações. Para eles, a graduação deve estimular as habilidades que o mercado pede e não somente as que se queira oferecer. Seixas e Melo (2004) também chamam à atenção para a carência de cursos de administração para a área de saúde fora do contexto das graduações. Em sua pesquisa sobre administração hospitalar constatou a escassez de recursos humanos qualificados e fundamentou a necessidade desse tipo de formação para atuação de forma a obter um equilíbrio entre atividades administrativas e assistenciais.

A capacidade administrativa denominada também de competência traz na sua essência a noção de formação que se transforma em recurso estratégico de modernização e desenvolvimento. Para Ropé & Tanguy (1997) ela está intimamente ligada à ação, envolvendo capacidades, conhecimentos, habilidades e condutas que levam a chegada de resultados mediante formulação, planejamento, organização, implementação, avaliação e reajuste de planos de desenvolvimento. Zarifian (1999, *apud* SOUZA, 2002) relaciona a competência à ação por achar que ela é o engajamento pessoal do indivíduo como sujeito de suas ações. O perfil de um gestor, dessa forma, pode ser considerado em várias dimensões dentre elas:

1. Iniciativa: ação no intuito de modificação para introdução do novo; criação
2. Responsabilidade: ser avaliado pelos resultados de suas ações
3. Capacidade de apreender a situação: posicionar e determinar ações para enfrentar
4. Inteligência prática: intervenção em situações reais de trabalho
5. Conhecimentos: busca de formação permanente



6. Habilidades envolvendo técnica e aptidões gerenciais: compreender processos organizacionais de decisão
7. Atitudes e comportamentos: poder de obter atitudes administrativas desejáveis
8. Liderança e habilidades interpessoais: mobilizar esforços em situações do cotidiano organizacional
9. Bom senso: visão do senso comum
10. Capacidade técnica: áreas do conhecimento como estratégia e racionalidade administrativa

Le Botef (1995 *apud* ROTHBARTH, 2009, p.322) descreve o conceito de competência como “um saber agir responsável, que implica em mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado”. Valores pessoais e sociais devem ser agregados aos indivíduos a partir do desenvolvimento de competências que agregam valores econômicos à organização no mundo do trabalho. Para Deluiz (2001, p. 4) competência profissional é “[...] capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em dada situação e contexto cultural”. A concepção de competências de acordo com Peres (2006) considera três dimensões diferentes que interferem na formação das mesmas que são: a pessoal ou singular a das organizações ou particular e a dos países ou estrutural.

A competência como um todo pode ser qualificada de três formas: competências essenciais, competências gerenciais e competências individuais. A competência se apresenta como uma poderosa ferramenta de competitividade e de gestão: a gestão por competências. Um desempenho de destaque é o esperado dentro do mercado onde a empresa opera quando existe uma equipe competente que quer dizer produtiva, eficaz, eficiente e proativa (NEPOMUCENO, 2008).

Na visão de Resende (2000) o conhecimento sempre foi muito valorizado dando às pessoas mais poder de realização com mais chance de satisfação das necessidades e obtenção de sucesso. Teoricamente, quem tem mais conhecimento é mais competente, no entanto, competência significa aplicar os conhecimentos, as

aptidões, os valores e as habilidades de forma prática para o alcance de objetivos e a obtenção de resultados.

De acordo com Wood e Payne (1998 *apud* BITENCOURT, 2001, p.26) “Boyatzis foi a primeira pessoa a usar o termo competência. Seu livro, *The Competent Manager: a Model for Effective Performance* iniciou o debate a cerca do tema competências”. O Quadro 1 resume as 21 características inerentes ao perfil ideal de gestor que Boyatzis atribuiu em seu modelo.

<b>1. Metas e Gestão pela ação</b>	1. Orientação eficiente 2. Produtividade 3. Diagnóstico e uso de conceitos 4. Preocupação com impactos (pró-ativo)
<b>2. Liderança</b>	5. Autoconfiança 6. Uso de apresentações orais 7. Pensamento lógico 8. Conceitualização
<b>3. Recursos humanos</b>	9. Uso de poder socializado 10. Otimismo 11. Gestão de grupo 12. Auto-avaliação e senso crítico
<b>4. Direção de subordinados</b>	13. Desenvolvimento de outras pessoas 14. Uso de poder unilateral 15. Espontaneidade
<b>5. Foco em outros clusters</b>	16. Autocontrole 17. Objetividade perceptual 18. Adaptabilidade 19. Preocupação com relacionamentos próximos
<b>6. Conhecimento especializado</b>	20. Memória 21. Conhecimento especializado

Quadro 1 – As Vinte e Uma Competências de Boyatzis  
Fonte: Wood e Payne (1998 *apud* BITENCOURT, 2001)

Após análise de diversas correntes de estudo (americana, latino-americana, francesa e australiana) a respeito do conceito de competências, Bitencourt (2001) avaliou que os seguintes aspectos estavam relacionados: formação, capacitação, ação, articulação, resultados, perspectiva dinâmica, autodesenvolvimento e interação. Dessa forma a autora construiu seu próprio conceito de competência que compreende

O processo contínuo e articulado de formação e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes de gestores a partir da interação com outras pessoas no ambiente de trabalho, tendo em vista o aprimoramento de sua capacitação, podendo, dessa forma, adicionar valor às atividades da organização e da sociedade (BITENCOURT, 2001, p. 30).

O conceito de competência, na atualidade, veio para desmistificar alguns valores que a sociedade cultivava como títulos e diplomas, inteligência brilhante e cultura geral. Estes eram suficientes para gerar prestígio, respeito e boas recompensas. Atualmente, a evidência se torna cada vez maior que diplomas de graduação, pós-graduação, mestrado e doutorado não podem garantir, sozinhos, sucesso profissional. O desenvolvimento de competências por parte desses profissionais é também necessário para a transformação de conhecimentos e teorias em práticas úteis, significativas e contributivas (RESENDE, 2000).

Pardini & Piasentin (2007) relatam a quase inexistência de ensino dos conhecimentos e fundamentações de atividades administrativas nos cursos de graduação em odontologia no Brasil. Os professores direcionam a formação profissional do aluno às atividades profissionalizantes da área da saúde deixando de lado o fornecimento do mínimo de conhecimento sobre administração do consultório que, para eles, deve ser encarado como um benéfico para ação do aluno como um futuro “empreendedor”. Mialhe (2008) acrescenta que o contato com a área administrativa durante os cursos de graduação irá despertar e incentivar o aluno com as práticas administrativas que serão necessárias à sua rotina no decorrer de sua atuação profissional.

Seguindo esse pensamento Resende (2000) relata que os cursos de formação de nível médio e superior deveriam fornecer o ensino de matérias teóricas e práticas para o desenvolvimento da competência gerencial. Os currículos dos referidos cursos só apresentam o desenvolvimento de competências técnicas que, provavelmente, são as mais abundantes de todas as competências. A competência gerencial é uma das mais necessárias para qualquer dirigente ou líder. Muitas profissões como engenheiro, enfermeiro e técnico de educação física acabam exercendo cargos de chefia necessitando de aplicação de competências e habilidades de liderança e gerência.

Muitos dos problemas enfrentados em um consultório odontológico, segundo Oliveira & Oliveira-Júnior (1999) ocorrem por falta de capacitação administrativa. Eles realizaram uma pesquisa com Cirurgiões-Dentistas onde perguntavam se os mesmos se sentiam preparados adequadamente pela faculdade em relação ao mercado de trabalho. Apesar de 75,40% terem afirmado que foram bem preparados e 24,60% terem afirmado o contrário, notou-se em suas justificativas que as mesmas

tinham carácter subjetivo ou estavam baseadas em critérios técnico-científicos (“me saí bem”, “sinto-me seguro”, “não tive problemas”, “sinto-me capaz de concorrer”, “os professores eram qualificados”, “o conteúdo programático era intenso”, “aprendi a fazer de tudo, não tenho medo de nada”...). Essa desconfiança foi confirmada ao analisar os questionamentos seguintes que diziam respeito aos honorários cobrados pelos profissionais. 42,62% do total não conseguiram responder a todas as questões demonstrando o não conhecimento de aspectos básicos e imprescindíveis ao correto estabelecimento de seus honorários.

A importância do *marketing* odontológico foi enfatizada no estudo de Arcier *et al* (2007) que detectaram as ferramentas mais utilizadas pelos CDs na promoção de seus serviços. Os princípios éticos que regulamentam a profissão determinados pelo seu respectivo Código de Ética foi classificado como motivo de intimidação para o investimento em *marketing* por parte de alguns profissionais. Os anúncios em jornais, revistas e listas telefônicas foram os menos relatados por apresentarem custo elevado. O autor observou uma subutilização de recursos para divulgação e alertou para a necessidade premente do conhecimento e utilização dessas ferramentas para o estabelecimento do profissional no mercado de trabalho.

Segundo Mialhe (2008) esse estabelecimento no mercado se traduz em satisfação do profissional com sua escolha. Sua pesquisa procurou detectar opiniões de CDs em relação à satisfação profissional. Foi revelado que os participantes estavam insatisfeitos em alguns aspectos, principalmente os relacionados aos honorários recebidos, no entanto, 62,80% dos profissionais consultados relataram não gostar do lado administrativo da prática odontológica. As aspirações dos participantes, em mais da metade dos casos, não foram alcançadas e 63% afirmou que não encorajariam seus filhos a investir na profissão.

## 2.2 ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO

O estudo do conceito de orientação para o mercado e suas implicações segundo Terez (2000) têm despertado o interesse de acadêmicos e práticos nos últimos anos. Vários autores como Narver & Slater; Kohli & Jaworski; Day e Desphandé além de estudarem profundamente o assunto, desenvolveram escalas de medição para o construto orientação para o mercado inserindo nas empresas o conceito de *marketing* que, já há algum tempo, vem sendo considerado como de prioridade máxima em termos de pesquisa pelo Marketing Science Institute (MSI) segundo Perim (2001).

De acordo com Day (1994) o primeiro autor a propor um conceito de marketing foi Drucker (1954) que relatou que o marketing é uma das funções básicas que norteia o objetivo central de qualquer empresa que é o de criar um cliente. Ele diz:

Existe uma única definição válida do propósito empresarial: criar um cliente satisfeito. É o cliente que determina qual é o negócio [...] Atualmente o marketing é tão básico que não é suficiente para ter uma poderosa força de vendas e a ela confiar o marketing. O marketing não é apenas mais amplo do que vendas e definitivamente não é uma função especializada. Ele é todo o negócio visto do ponto de vista do seu resultado final, isto é, a partir do ponto de vista do cliente (DRUCKER, 1954 *apud* DAY, 1994).

A evolução do conceito de marketing foi retratada por Kotler (2000) a partir de vários focos: um foco em *commodities* que são os produtos agrícolas, minerais, serviços e bens manufaturados; um foco institucional que são os produtores, distribuidores, varejistas e agentes; um foco funcional que são os compradores, vendedores, promotores, transportadores, lojistas e preços; um foco gerencial que são a análise, o planejamento, a organização e o controle; e um foco social que são a eficiência de marketing, a qualidade do produto e o impacto social.

De acordo com Dalgic (1988 *apud* DIDONET, 2007) quando o construto orientação para o mercado ainda não era claro, alguns estudos iniciais mostraram dois grupos separados: um explorava os fatores macro ambientais que se referiam às condições econômicas e competitivas e o outro explorava os fatores micro ambientais que se referiam às características organizacionais e gerenciais das

empresas, os construtos e antecedentes da orientação para o mercado e os efeitos da orientação sobre o desempenho como mostra a Figura 1.

Pode-se perceber segundo Dalgic (1988 *apud* DIDONET, 2007) que o construto orientação para o mercado no esquema abaixo descrito estava muito atrelado à compreensão do papel do marketing nas empresas. Alguns autores também aceitaram a discussão do construto sob a perspectiva da Figura 1 como foi o caso de Kotler em 1967. Eles apenas aceitaram esse esquema como uma conclusão lógica do fato, não se preocupando em desenvolver um suporte empírico para suas deduções a respeito do assunto.

#### FATORES

##### A – MACROAMBIENTAIS

1. Econômico-competitivo
2. Sócio-cultural incluindo histórico
3. Legal e administrativo
4. Tecnológico

##### B – MICROAMBIENTAIS

1. Geração e disseminação da inteligência de mercado e ampla resposta da organização
2. Ênfase na alta administração e nas características gerenciais
3. Dinâmica interdepartamental
4. Gestão/organização, estrutura/cultura
5. Sistema de recompensa

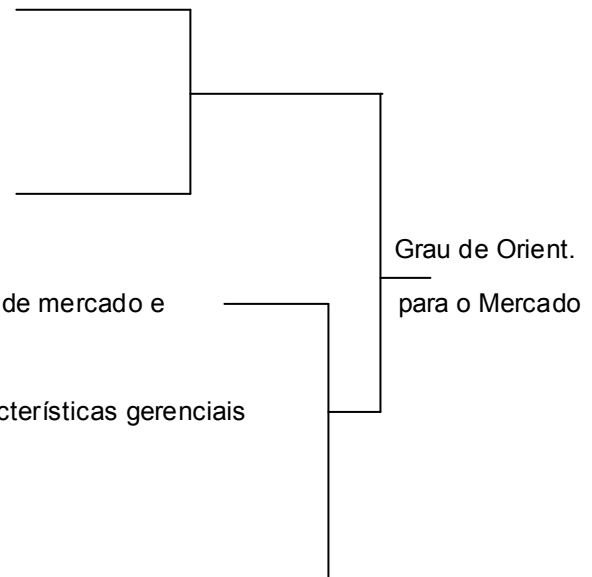


Figura 1 – Fatores macro e micro ambientais que moderam a orientação para o mercado

Fonte: Dalgic (1998 *apud* Didonet, 2007, p.52)

Kolhi e Jaworski (1990) e Narver e Slater (1990) propuseram então diversos estudos no sentido de esclarecer melhor o construto orientação para o mercado. As empresas praticantes careciam de esquemas mais claros e entendimento dos efeitos sobre o desempenho dos negócios, precisavam de medidas e teorias empiricamente baseadas. O foco foi então direcionado para as características organizacionais ou fatores micro ambientais da orientação para o mercado propostos por Dalgic (1988 *apud* DIDONET, 2007). As pesquisas se sucederam,

então por diversos países e contextos fazendo com que outros autores como Desphandé, Farley e Webster (1993) e Day (1994) propusessem também uma compreensão dessa cultura e fossem considerados precursores dos estudos sobre o assunto (DIDONET, 2007).

Como os construtos foram desenvolvidos e testados em outros países, a carência de pesquisas sobre o tema no Brasil levou Urdan (2004) a medir o grau de orientação para o mercado em uma amostra de grandes empresas operando no país e comparar os níveis de orientação para o mercado de 45 empresas brasileiras e 59 estrangeiras incluídas na amostra. O estudo confirmou em grande parte a hipótese de níveis equivalentes de orientação para o mercado de empresas nacionais e estrangeiras. Segundo sua percepção, as empresas brasileiras precisaram se modernizar e atender a um novo tipo de consumidor, mais exigente no seu comportamento de compra, que começou a ter acesso também ao que era oferecido nos países desenvolvidos.

A seguir será apresentado o construto Orientação para o Mercado na perspectiva dos autores que possuem as abordagens mais amplamente aceitas na literatura sobre o assunto.

### **2.2.1 O construto de Kohli e Jaworski**

Kohli e Jaworski (1990, p.1) usam o termo orientação para o mercado em empresas que praticam a implantação de um conceito de *marketing*. Esses autores postulam que “uma empresa orientada para o mercado é aquela cujas ações são consistentes com o conceito de *marketing*”. Os autores, nessa época, observaram a falta de definições claras sobre o assunto, pouca atenção aos instrumentos de medição e as teorias baseadas em estudos não-empíricos, assim como fatores que poderiam fazer uma orientação para o mercado mais ou menos apropriada para determinado tipo de negócio. Tiveram o propósito, então, de promover uma definição mais real do construto e elaborar uma ferramenta mais prática que direcionasse novas pesquisas sobre o assunto.

A construção do conceito de orientação para o mercado por Kohli e Jaworski (1990) foi feita a partir de uma pesquisa de campo com 62 dirigentes de quatro cidades norte-americanas. A amostra incluía gestores ligados ou não ao *marketing* e

indústrias de consumo e de serviços, assim como amostras de organizações pequenas e grandes. A pesquisa foi realizada abordando quatro perguntas que seguem:

1. O que o termo orientação para o mercado significa para você? Que tipo de coisas uma empresa orientada para o mercado faz?
2. Que fatores organizacionais afastam ou desencorajam essa orientação?
3. Quais são as conseqüências positivas dessa orientação? E as negativas?
4. Você pode pensar numa situação de negócio na qual essa orientação possa não ser muito importante?

As respostas foram determinantes na geração de novas idéias para o significado do construto orientação para o mercado e também na percepção de informações sobre suas causas e conseqüências. A visão da orientação para o mercado que surgiu através das entrevistas de campo foi consistente com a “visão aceita” pela literatura mesmo que algumas diferenças tenham sido observadas. Eles então compararam as duas visões baseados nos três pilares mais comumente aceitos que são: foco no consumidor, *marketing* coordenado e lucratividade. Os dois primeiros pilares – foco no consumidor e *marketing* coordenado – foram os que mais sobressaíram na pesquisa do significado de orientação para o mercado. Os achados sugeriram que uma orientação para o mercado se refere a “geração da ampla organização da inteligência de mercado, disseminação dessa inteligência através dos departamentos, e ampla organização da responsividade para ela” (KOHLI E JAWORSKI, 1990, p.3).

A geração da inteligência é o ponto inicial de uma orientação de mercado. Ela enfatiza o desejo que os gerentes têm em entender as necessidades e preferências de seus consumidores já que existem muitos fatores que podem influenciar isso como, por exemplo, concorrências e regulamentações governamentais, tecnologias e outras forças ambientais. É importante monitorar as ações dos concorrentes e como eles podem afetar as escolhas dos consumidores. Essa idéia não se reflete apenas nos desejos atuais, mas também na capacidade de prever desejos e necessidades futuras dos clientes já que uma empresa pode levar anos para desenvolver um novo produto ou tecnologia (KOHLI E JAWORSKI, 1990).

A disseminação da inteligência se refere à comunicação em todos os departamentos da instituição – elaboração, desenvolvimento, produção, vendas,



financeiro, etc. Contudo, não é apenas o departamento de *marketing* o disseminador das informações. Deve haver um fluxo dessa informação a partir de onde ela é gerada em direção aos outros departamentos. A efetiva disseminação de *marketing* é importante e acontece quando diferentes departamentos compartilham ações para promovê-la. Esse compartilhamento formal é essencial, no entanto, as “conversas de corredor” informais são uma ferramenta extremamente poderosa para manter os funcionários “anteados” aos consumidores e suas necessidades (KOHLI E JAWORSKI, 1990).

A responsividade à inteligência de marketing é o terceiro elemento de uma orientação de mercado. Se uma empresa gera inteligência, dissemina, mas não responde às necessidades do mercado pouco adiantará. Responsividade se traduz em ação tomada em resposta à inteligência que foi gerada e disseminada. Em uma empresa realmente orientada para o mercado, todos os departamentos – não só o de *marketing* – participam no sentido de responder na direção do mercado (KOHLI E JAWORSKI, 1990).

Dando continuidade a seus estudos a respeito de orientação para o mercado Jaworski e Kohli (1993) sentiram a necessidade de saber o porquê de algumas organizações serem mais orientadas do que outras. Analisaram dentre os vários achados os antecedentes e os conseqüentes dessa orientação e os efeitos sentidos nos empregados e na *performance* das empresas. Suas pesquisas nessa época se direcionaram para saber se todas as empresas deveriam se focar numa orientação de mercado já que esforços gastos para atingir esse objetivo poderiam não levar ao aumento de *performance* em certos ambientes de negócios tais como aqueles que possuíam uma baixa intensidade de competição.

A Figura 2 mostra os construtos chave dos antecedentes e conseqüentes da orientação para o mercado. Três grupos de antecedentes pertencentes aos gestores top, dinâmicas interdepartamentais e sistemas organizacionais estão hipoteticamente relacionados à orientação para o mercado e essa orientação está hipoteticamente relacionada ao compromisso dos empregados, o espírito de grupo e a *performance* do negócio. Vemos então que a ligação entre uma orientação de mercado e uma *performance* de negócio hipoteticamente está sendo moderada por uma turbulência de mercado, uma intensa competição e turbulência tecnológica. Essas foram as hipóteses sugeridas pelos autores durante suas pesquisas (JAWORSKI e KOHLI, 1993).

Como conclusão desse referido estudo os autores Jaworski e Kohli (1993) sugeriram que a orientação para o mercado de uma empresa é um determinante importante de sua *performance*, indiferente da turbulência de mercado, intensa competitividade ou da turbulência tecnológica do ambiente no qual ela age. Uma orientação de mercado parece estar mais facilmente relacionada à ênfase que é dada a ela pelos funcionários da empresa. Os gestores top possuem essa missão de estar continuamente lembrando-os para que se sensibilizem e respondam aos desenvolvimentos do mercado. Dois fatores que também parecem afetar a orientação de mercado são os conflitos e a falta de conexão interdepartamental. A forma como os vários departamentos de uma empresa interagem entre si parece ser um determinante mais importante de orientação para o mercado do que o número de departamentos existente.

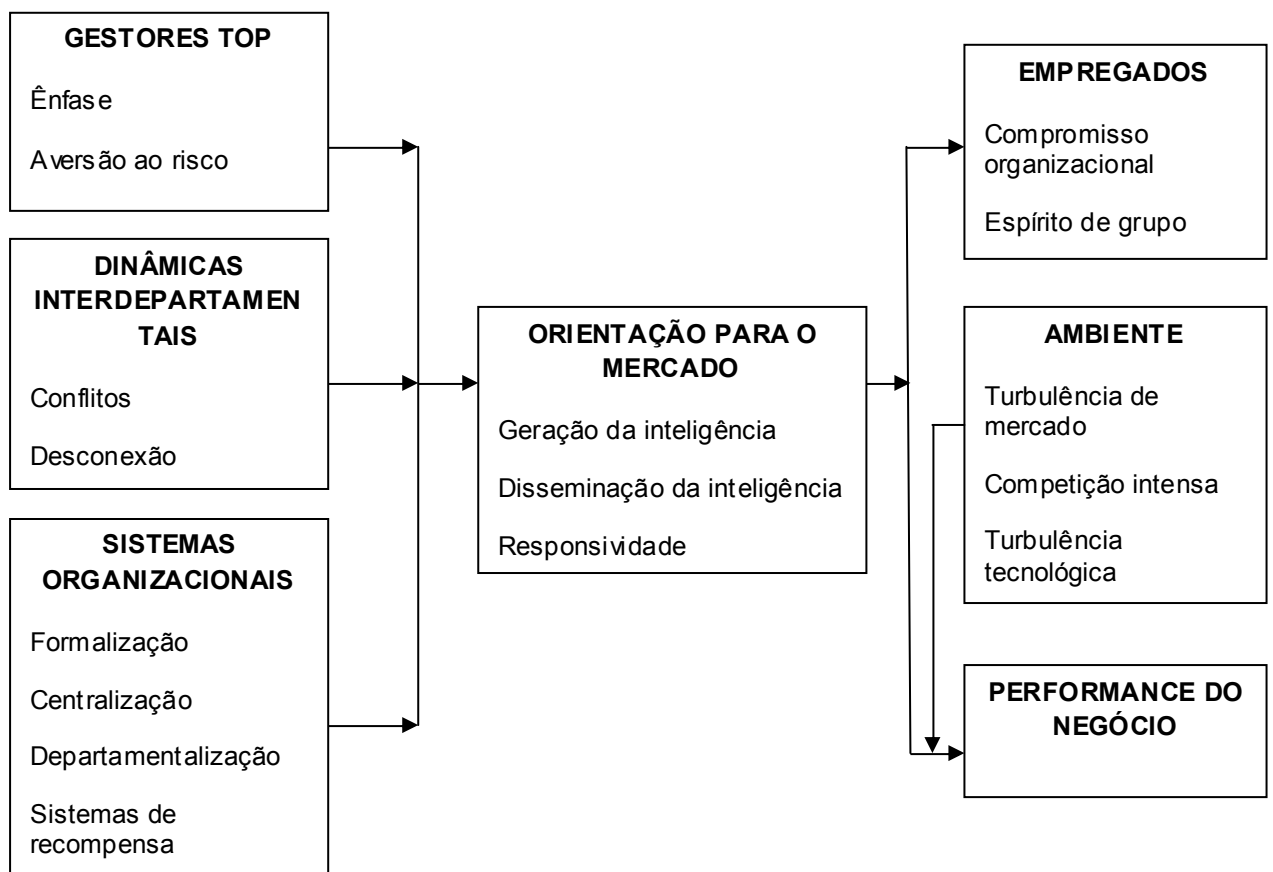


Figura 2 – Antecedentes e conseqüentes da Orientação para o Mercado  
Fonte: Jaworski e Kohli (1993, p.55)

Em seguida, no mesmo ano, os autores Jaworski e Kohli (1993) desenvolveram uma escala para medição do construto orientação para o mercado

avaliando suas propriedades psicométricas que foi denominada MARKOR (Market Orientation). Inicialmente 25 itens foram selecionados onde 9 pertenciam a geração de inteligência de mercado, 8 pertenciam a disseminação da inteligência e 8 pertenciam a responsividade. Três pré-testes foram aplicados: no primeiro 27 executivos de *marketing* e de não *marketing* foram entrevistados e eles apontaram os itens que possuíam ambigüidade ou aqueles difíceis de responder. Quatro itens foram eliminados ficando assim a escala com 21 itens. No segundo pré-teste a escala foi expandida para 32 itens a partir de sugestões de sete acadêmicos *experts* no assunto. No terceiro pré-teste poucas preocupações foram notadas pelos sete gestores pesquisados e quase nenhuma mudança foi executada.

A medida de orientação para o mercado MARKOR calcula o grau no qual uma unidade de negócio (1) se empenha em atividades que geram inteligência de mercado nos variados departamentos, (2) dissemina sua inteligência verticalmente e horizontalmente através de canais tanto formais quanto informais e (3) desenvolve e implementa programas de *marketing* nas bases da geração da inteligência. Atributos chave da medição incluem (1) um foco nos consumidores das unidades de negócios e as forças que direcionam suas necessidades e preferências, (2) itens baseados em atividades, não em filosofia de negócios e (3) uma demarcação de um fator geral de orientação para o mercado e fatores componentes associados (JAWORSKI e KOHLI,1993).

Finalmente a escala proposta se resumiu a 20 itens que seriam inicialmente utilizados para estabelecer um nível mínimo de orientação para o mercado dentro de uma unidade de negócio. A partir de então programas de intervenção seriam aplicados facilitando o mapeamento quantitativo da situação da organização e medições posteriores comparadas às anteriores permitiriam que a organização isolasse áreas relacionadas a um ou mais componentes da orientação de mercado e direcionasse essas deficiências em esforços para intervenções futuras (JAWORSKI e KOHLI,1993).

### **2.2.2 O construto de Narver e Slater**

Outros autores como Narver e Slater (1990) também propuseram estudos exploratórios para desenvolver uma forma válida de medir a orientação para o mercado e analisar seus efeitos na lucratividade de um negócio. Para eles a

orientação de mercado é a cultura organizacional que mais efetivamente e eficientemente cria comportamentos necessários para a criação de valor superior para compradores e, além disso, contínua *performance* superior para os negócios. Suas inferências a respeito do conteúdo comportamental da orientação para o mercado são consistentes com os achados de Kohli e Jaworski (1990). Eles examinaram mais intimamente os três componentes comportamentais e os dois critérios de decisão numa orientação para o mercado.

Narver e Slater (1990) lançaram a hipótese de que a orientação para o mercado passa por um construto único composto por três componentes relacionados ao comportamento e por dois critérios de decisão que são: orientação para o consumidor, orientação para o concorrente, coordenação interfuncional, foco no longo prazo e um objetivo de lucro. Para eles, todos esses cinco componentes podem ser medidos por uma escala de multi-itens. Eles juntaram os cinco pontos por acharem que eles estão em relação ao conceito, intimamente relacionados. A Figura 3 representa a orientação para o mercado como um triângulo equilátero.



Figura 3 – Orientação para o mercado  
Fonte: Narver e Slater (1990, p. 29)

Para Narver e Slater (1990) a idéia de foco no longo prazo expressa a necessidade de estabelecimento de uma cultura organizacional que seja coerente

com este tipo de estratégia. Na verdade, uma empresa que busca a sobrevivência em um ambiente competitivo, no longo prazo, não pode prescindir de uma perspectiva de longo prazo. No conceito abordado, o aspecto de lucratividade (para empresas com fins lucrativos) ou sobrevivência (para empresas sem fins lucrativos) é caracterizado como um objetivo do negócio.

Uma escala de catorze itens denominada MKTOR foi desenvolvida e validada num estudo que utilizou 140 unidades estratégicas de negócio de uma grande corporação norte-americana. Os três componentes comportamentais anteriormente descritos, mostraram-se confiáveis e fizeram parte do construto. Nesse estudo, os autores verificaram a relação da orientação para o mercado com a *performance* empresarial em produtos de *commodities* e não *commodities*, tendo encontrado um substancial efeito positivo da orientação para mercado sobre a lucratividade das unidades de negócio testadas (NARVER E SLATER, 1990).

Pereira (2004) em seu estudo sobre orientação para o mercado traz além de explicações sobre os construtos de Narver e Slater, Jaworski e Kohli, uma escala mais atual de Harris (2002) que procura fazer uma superação dos problemas encontrados nessas duas escalas comentadas. Houve uma preocupação em relação à opinião dos clientes e concorrentes. O autor da escala elaborou um questionário no qual contemplava os três segmentos de respondentes: intra-firma, cliente e competidor. Possui como limitação o fato de ter sido aplicada apenas no Reino Unido em 2002, o que não se pode afirmar se é válida em outros países, assim como também o fato dos respondentes externos serem indicados pela empresa em questão. Esse fato poderia trazer um viés no sentido de que a empresa poderia indicar um cliente que corroborasse com as opiniões da organização.

### **2.2.3 O construto de Day**

Para Day (1994) o conceito de *marketing* tem sido um paradoxo no campo da administração. Os gerentes têm sido, ao longo de mais de 40 anos, ensinados a “ficar perto do consumidor”, “colocar o consumidor no topo do diagrama organizacional” e criar estratégias de satisfação e fidelização de clientes. As

empresas conseguirão atingir uma vantagem competitiva de longo prazo e uma lucratividade superior se estiverem preparadas para antecipar reações de mercado e responder às suas necessidades.

O autor propõe que o desenvolvimento de capacidades especiais possa tornar as empresas mais orientadas para o mercado. Para ele capacidades são pacotes complexos de habilidades e aprendizado coletivo, exercidos através de processos organizacionais que acrescentam coordenação superior de atividades funcionais. Quando essas capacidades estão bem estabelecidas dentro da organização, o direcionamento das atividades funcionais e dos processos organizacionais será dado de forma a responder as necessidades do mercado frente aos competidores. (DAY, 1994)

Para Day (2001) uma empresa orientada para o mercado deve possuir também outras características como papéis culturais, utilização da informação e coordenação interfuncional. Para ele, a capacidade de entender e satisfazer os clientes se torna uma habilidade necessária dentro da empresa. Quando essa capacidade é conseguida, por mais difícil que ela seja, se tornará difícil de ser imitada pelos concorrentes. Isso reforça seu pensamento de que toda discussão de orientação para o mercado enfatiza a habilidade da empresa em aprender sobre seus clientes, competidores e membros do canal, para continuamente seguir e agir sobre possíveis eventos e tendências dos mercados atuais e futuros.

Empresas orientadas para o mercado conseguem prever acontecimentos e tendências nos mercados que atuam antes dos seus concorrentes. Elas podem conseguir antecipar com mais precisão respostas para ações que visem atrair ou manter consumidores, melhorar relações de canal ou frustrar concorrentes. Elas podem atuar nas informações a tempo já que há um amplo compartilhamento delas entre os setores. Deve ser demonstrado um compromisso penetrante para uma série de processos, crenças e valores que irão refletir a filosofia de que as decisões partem da análise do consumidor e são direcionadas por um entendimento compartilhado e profundo das necessidades e comportamentos dos consumidores e as intenções e capacidades dos concorrentes. O propósito então seria a satisfação do consumidor de uma maneira melhor que o concorrente faria obtendo-se assim uma *performance* superior (DAY, 1994).

As capacidades a serem seguidas e os compromissos de investimentos a fazer devem ser baseados nas necessidades dos consumidores, nas tendências ambientais e no entendimento compartilhado da estrutura da empresa. Duas capacidades se mostram muito importantes no sentido de captar as mudanças externas trazendo-as para o centro da organização. Uma delas é a capacidade de sentir em que direção e tendência o mercado está avançando, o que se torna muito importante para tomadas antecipadas de decisão pelas empresas. A outra é a capacidade de estar perto do consumidor, conseguir sentir suas necessidades individuais e a partir de então desenvolver ações e procedimentos que os satisfaçam (DAY, 1994).

Essas capacidades podem ser acentuadas por programas efetivos que aliam estratégia e administração de qualidade total. Os dois pontos têm em comum a formação de uma organização como um conjunto inter-relacionado de processos sendo que cada um se direciona através de métodos e programas buscando sempre o melhoramento. Dessa forma, o autor propôs um programa de mudança compreensiva que contempla os seguintes elementos:

1. Diagnóstico das capacidades correntes usando metodologias de mapeamento e *benchmarking*;
2. Antecipação de necessidades futuras para capacidades a luz da estratégia para criação de valor para o consumidor;
3. Reforma profunda de baixo para cima do alicerce, baseado na formação de grupos responsáveis pelo contínuo crescimento ou reforma radical de processos fundamentais;
4. Direcionamento de cima para baixo a partir de administradores seniores que demonstrarem um claro e contínuo comprometimento em pôr os consumidores em primeiro lugar;
5. Usar a tecnologia da informação para viabilizar a organização e fazer coisas que não poderiam ser feitas antes e,
6. Monitorar o processo através de alvos aperfeiçoados

Com o intuito de aumentar a orientação para o mercado, o autor sugere que esse programa de mudança apresentado deva ser posto em prática juntamente com outras ações. Os valores, crenças e comportamento dos membros da organização acabam por se juntar para nortear o sentido do mercado, a ligação com o consumidor e as capacidades de ligação com os canais que estarão baseados em

mudanças na estrutura da organização, processos de decisão, incentivo, sistema e controle (DAY, 1994).

Antoni (2006) chama à atenção para as afirmações de Day (2001) que relata que uma empresa orientada para o mercado possui uma capacidade maior de interação com esse mercado levando a um aumento da lealdade de seus clientes e, conseqüentemente, a uma maior lucratividade, já que clientes leais custam menos para serem atendidos e ainda promovem uma propaganda boca-a-boca favorável. Dessa forma ele constata que orientação para o mercado representa uma habilidade superior no entendimento da satisfação dos clientes.

#### **2.2.4 O construto de Shapiro**

Para Shapiro (1998) uma empresa orientada para o mercado envolve uma série de processos que estão dentro dos vários aspectos de uma companhia, não se refere somente a já tão famosa frase que diz “fique perto do consumidor”. O autor refere também que não encontrou diferença entre as nomenclaturas “orientado para o mercado” e “orientado para o cliente”. Possui uma opinião sobre as características que uma empresa deve possuir para ser orientada para o mercado. São elas:

1. As informações sobre como os consumidores são influenciados na hora da compra são importantes para todos os setores da empresa. A empresa orientada para o mercado deve entender completamente seu mercado;
2. As decisões táticas e estratégicas devem ser feitas interfuncionalmente e interdivisionalmente;
3. Divisões e funções tomam decisões bem coordenadas e executam-nas com uma determinação no sentido do compromisso.

Cada função da corporação (cientistas, engenheiros, pessoas da produção e especialistas no serviço de campo) deve estar inteirada de todas as informações a respeito dos consumidores para que ela seja amplamente utilizada. O aperfeiçoamento do processo de produção e do produto será mais bem desenvolvido quando os técnicos conseguem captar o *feedback* da forma como os consumidores consomem o produto. Diante disso o autor relata que são necessárias reuniões freqüentes para analisar esse *feedback*. Isso deveria se dar no mínimo uma vez ao ano com os gerentes funcionais do topo da empresa onde



gastariam um dia ou mais para discutir a forma como o consumidor é influenciado na hora da compra (SAHPIRO, 1998).

Outro ponto muito relevante é a forma de como diferentes departamentos dentro de uma empresa vão lidar uns com os outros. É sabido que funções e setores poderão ter objetivos distintos e até mesmo conflitantes que estão baseados em diferentes culturas e formas de operacionalização. Cabe a uma empresa realmente orientada para o mercado saber reconhecer as diferenças em suas funções e unidades e fazer com que essa união leve à tomada de decisões sábias para o bem da empresa (SAHPIRO, 1998).

### 2.3 FIDELIZAÇÃO

De acordo com Machado (2004), a fidelidade se define de forma distinta nos campos das ciências comportamentais e psicológicas. A abordagem puramente comportamental foi bastante enfatizada até os anos 70 onde se via a fidelidade apenas como um comportamento de repetição de compras. Em 1978 Jacoby & Chestnut (*apud* MACHADO, 2004) relataram que a abordagem comportamental da fidelidade por um produto específico (recompra) não era suficiente, pois o cliente conseguia ser fiel a várias marcas diferentes que podiam estar sendo consumidas alternadamente. Para eles deveriam ser levados em consideração os aspectos cognitivos (crença), atitudinais (afeto) e conativos (intenção) que são os orientadores do consumidor num processo de compra.

Para Dick e Basu (1994, p.99), “a lealdade do cliente é vista como sendo a força da relação entre a atitude relativa de um indivíduo e seu comportamento de compra repetida”. Os autores concordam com as proposições cognitivas, atitudinais e conativas de Jacoby & Chestnut (1978), porém acrescentam a questão da atitude relativa (o cliente possui preferência) e desmembram em três categorias distintas que são a cognitiva, a afetiva e a conativa. O setor cognitivo abrange os conhecimentos e as crenças que o consumidor possui em relação a determinado produto. O setor afetivo está relacionado aos sentimentos do consumidor e o conativo se refere às tendências do comportamento. Os referidos autores também

propõem um esquema para o melhor entendimento da dinâmica da lealdade praticada pelos consumidores que está ilustrado na Figura 4.

O grau de lealdade do consumidor é determinado pelo comportamento de recompra e a intensidade da atitude. Dessa forma Dick e Basu (1994) classificam a lealdade em quatro formas distintas:

1. Lealdade inexistente: Quando a atitude relativa e o comportamento de recompra são baixos
2. Lealdade Espúria/falsa: Quando a atitude relativa é baixa e o comportamento de recompra é alto
3. Lealdade latente: Quando a atitude relativa é alta, porém o comprometimento de recompra é baixo
4. Lealdade Verdadeira: Quando a atitude relativa é alta e o comprometimento de recompra também é alto.

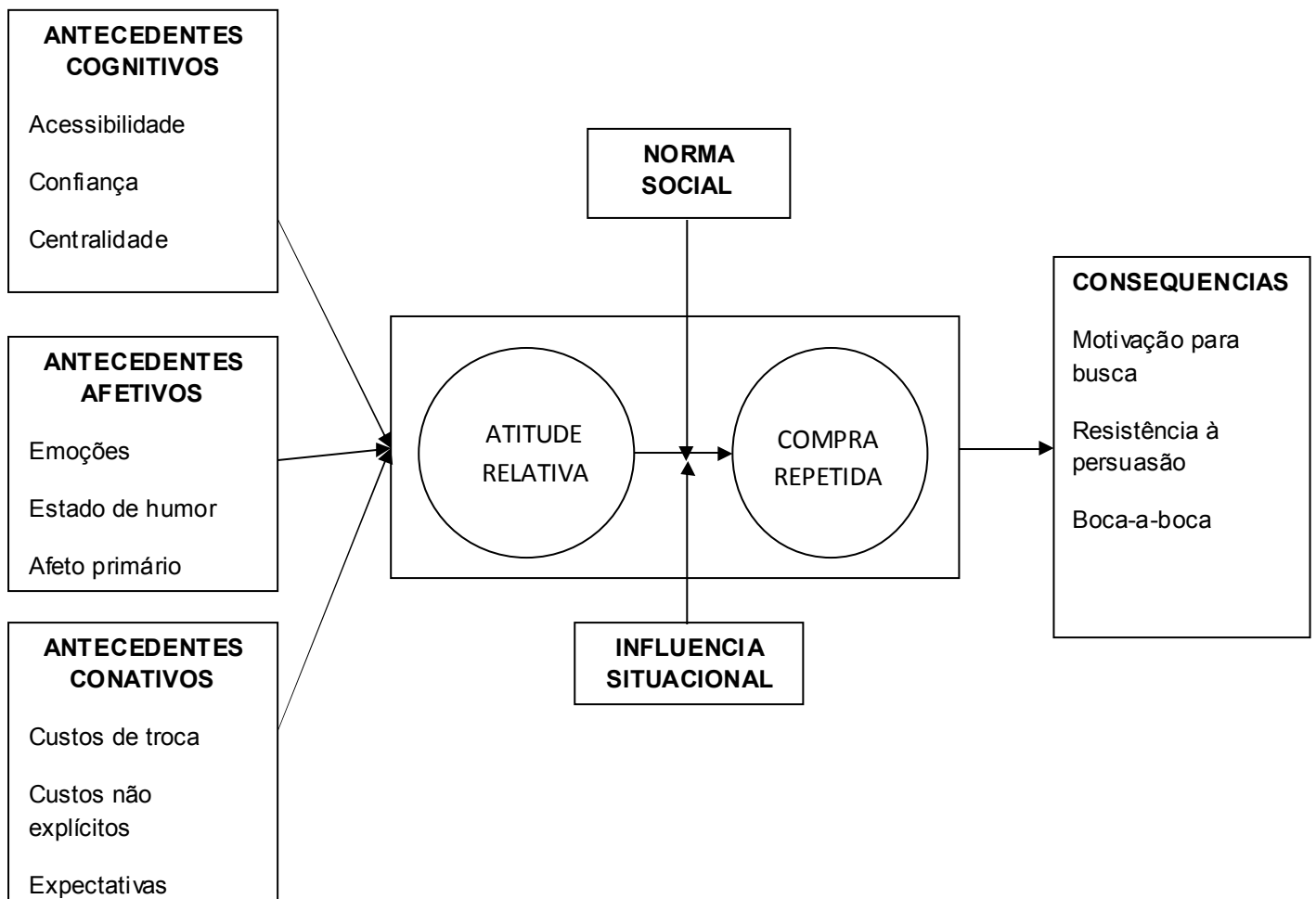


Figura 4. Estrutura para lealdade do cliente de Dick e Basu  
Fonte: Dick e Basu (1994. p.100)

Complementando a divisão anterior, Oliver (1997) mostra dois tipos de fidelidade: a fidelidade pró-ativa e a fidelidade situacional. Na pró-ativa o cliente não leva em consideração outras alternativas, ele apenas repete o comportamento de compra pela marca que ele tem preferência de consumir, já na situacional o comportamento da compra surge a partir de uma situação específica como, por exemplo, a marca escolhida de um refrigerante que será oferecido aos amigos numa festa.

Já um pouco mais tarde Oliver (1999) relata que a lealdade é um processo dinâmico que envolve significados psicológicos, não estando somente numa dimensão processual de compra repetida.

Lealdade é um profundo compromisso de recomprar um produto/serviço consistentemente no futuro, causando, assim, compras repetidas da mesma marca ou do mesmo conjunto de marcas, independentemente de influências situacionais ou de esforços de *marketing* que teriam potencial para causar um comportamento de mudança (OLIVER, 1999, p.34).

Para ele o consumidor passa por quatro estágios de lealdade que são:

1. Cognitiva: Lealdade que se baseia apenas nas informações obtidas a respeito do desempenho da marca.
2. Afetiva: É a fase seguinte onde o cliente gosta do que adquiriu e forma uma atitude positiva com a marca
3. Conativa: O consumidor já está envolvido num compromisso de recompra
4. De ação: Profundo comprometimento de repetição de compra no futuro, independente de outras influências externas de *marketing*.

Para Mowen & Minor (2003), a lealdade está baseada em duas abordagens: atitudinais e comportamentais. Os autores definem essa lealdade como o grau de comprometimento (vínculo emocional) que um cliente tem com uma marca/empresa e sua atitude positiva em relação à mesma seguida da intenção de recompra futura. Os autores Seth, Mittal e Newman (2001) classificam a lealdade da mesma forma. Para eles a comportamental se apresenta como a recompra consistente de um cliente com a mesma marca mesmo que isso não prove que eles gostam efetivamente mais dela do que de outras. Na lealdade atitudinal o cliente possui um apreço pela marca, sua atitude é mais favorável para determinada marca do que

para outras. Isso é o que caracteriza realmente um cliente leal na opinião dos referidos autores.

Reicheld (2003) chama à atenção para um tipo de lealdade que pode estar se resultando de inércia do consumidor. Para ele a lealdade verdadeira vem quando o cliente recomenda a empresa, traz novos clientes e gera crescimento. No caso das medidas de retenção geradas pelas empresas, como programas de pontuação, geralmente é criada uma falsa lealdade nos clientes onde os mesmos ficam reféns. Barlow (1995 *apud* CHUDIZIKIEWICZ, 2005) corrobora com a opinião do referido autor apontando erros frequentemente cometidos pelas empresas na tentativa de implantar estratégias de fidelização como focar muito em benefícios tangíveis e praticar promessas enganosas. Para ele os benefícios intangíveis podem ter um impacto maior na construção da lealdade.

De acordo com Kotler (2000, p.73), “a fidelidade à marca se reflete aproximadamente na taxa de retenção dos clientes. [...] Contudo, taxas de retenção elevadas podem significar outras coisas além da fidelidade à marca. Alguns clientes não vão embora por inércia ou indiferença e, não raro, por serem reféns de contratos de longo prazo”.

Kotler (2000) considera que a satisfação do cliente é um importante antecedente da fidelidade: quanto mais satisfeito estiver o cliente, menor a probabilidade de ele mudar para outro concorrente. Essa satisfação pode atingir grau máximo, chamado de encantamento, que fará com que a fidelidade seja construída. No entanto, Oliver (1999) acredita que essa relação forte pode estar acontecendo de forma assimétrica, ou seja, clientes fiéis geralmente são clientes satisfeitos, mas nem sempre clientes satisfeitos se tornam fiéis. A satisfação só leva à fidelidade na presença de outros fatores.

A confiança também é apontada como fator importante nos estudos sobre a fidelidade. Para Garbarino; Johnson (1999 *apud* LIRA, 2008) a confiança pode ser definida como a percepção de segurança na confiabilidade e integridade do parceiro de troca. Em seus estudos a confiança e o comprometimento, mais do que a satisfação, mostraram-se determinantes das intenções futuras de compra.

Gastal (2005) fundamenta sua pesquisa na ligação entre satisfação e lealdade – que sugere que quanto maior a satisfação maior a lealdade dos clientes – no entanto chama atenção para os custos de mudança que podem fazer com que um consumidor permaneça “fiel” a uma empresa mesmo estando insatisfeito. Dessa forma, ela acrescenta aos construtos mais estudados como a satisfação, confiança e comprometimento um ponto que também influencia no processo da construção da lealdade.

Para classificar os consumidores de acordo com seu grau de fidelidade, Aaker (1998) propôs cinco níveis:

1. Consumidor não fiel: Compra pelo preço, troca de marca a qualquer momento
2. Consumidor satisfeito ou não insatisfeito: Compra por hábito, mas pode mudar a qualquer momento
3. Consumidores satisfeitos: Não querem arriscar uma mudança
4. Consumidores amigos da empresa: Possuem identificação afetiva
5. Consumidores comprometidos e fiéis: Divulgam a outras pessoas

Para Aaker (1996) uma marca necessita de uma base de clientes fiéis para gerar um fluxo de vendas previsível. Quando essa base é inexistente a marca se torna vulnerável. Além disso, os custos de *marketing* serão substancialmente impactados pela fidelidade à marca: manter os clientes fiéis já existentes é bem mais barato que conquistar novos. Muitas empresas erram ao negligenciar esses clientes achando que já os tem como certos e acham que o crescimento vem pela aquisição cada vez maior de novos clientes. Os clientes leais a marca irão gerar um custo muito elevado a outras empresas para fazê-los mudar de opinião o que, muitas vezes, representa uma importante barreira para a entrada de novos concorrentes.

O desenvolvimento de uma marca sólida é muito mais facilmente conquistado quando a empresa analisa a segmentação da fidelidade de seus clientes. Esse conhecimento traz percepções táticas e estratégicas que podem ser muito importantes. Os grupos que dividem o mercado são os seguintes:

1. Não-clientes: não consomem essa classe de produto ou consomem a de outros concorrentes.
2. Pesquisadores de preços: guiam sua compra sempre pelo melhor preço
3. Passivamente fiéis: estão tão habituados a comprar que não pensam muito no que estão comprando.
4. “Em cima do muro”: consomem sem distinguir duas ou mais marcas.
5. Comprometidos: muito fiéis a marca

Algumas empresas erram no direcionamento de seus investimentos em relação à segmentação de sua clientela. Geralmente negligenciam o cliente passivamente fiel por achar que está conquistado. Esse segmento pode tomar a decisão de mudar de marca pelo simples fato de vivenciar uma falha na distribuição do produto ou na indisponibilidade dele no estoque. Outro grupo que as empresas tendem a achar que são garantidos são os clientes comprometidos. Eles podem se sentir atraídos por um produto concorrente se acharem que o seu não está sendo aperfeiçoado. Diante disso, as empresas não devem desviar recursos para conquistar os não-clientes ou os pesquisadores de preços (AAKER, 1996).

Aaker (1998) afirma que, no *marketing*, um de seus pilares que é a lealdade a marca é utilizado para medir a ligação que o consumidor tem com a marca. A partir dessa lealdade pode-se calcular a probabilidade que um consumidor tem de ceder a mudanças de características ou de preço de produtos de concorrentes. A tendência de mudança dos consumidores para outra marca vai gradativamente diminuindo à medida que o consumidor aumenta a lealdade que tem com determinada marca. Isso indica *brand equity*, conjunto de ativos e passivos ligados a uma marca, ou seja, existe um determinado valor na marca e, não obstante, no seu símbolo e slogans. Dessa forma, futuros lucros podem ser previstos já que as vendas futuras estão diretamente relacionadas à lealdade.

O cerne do *brand equity* vem da lealdade dos consumidores a marca. Quando o consumidor compra um produto se preocupando apenas com o preço ou com a conveniência sem levar em consideração o nome de sua marca diz-se que há pouco *brand equity*. Do contrário, quando a compra se repete mesmo havendo

concorrentes com melhores preços ou condições reflete-se então a existência de valor naquela marca (AAKER, 1998).

A Figura 5 demonstra os vários níveis de lealdade preconizados por Aaker (1998). O nível mais básico da pirâmide mostra um consumidor que se decide pelo preço do produto, é o comprador mutável, não-leal e que não possui nenhuma ligação com a marca, apenas prefere aquela que lhe seja conveniente no momento. O segundo nível contempla os compradores habituais, aqueles que estão satisfeitos e que não mostram esforços para realizar uma mudança na compra nem estão procurando novas alternativas, são difíceis de convencer a menos que o benefício dos concorrentes seja visível. No terceiro nível se encontram consumidores igualmente satisfeitos, porém com mais receio de mudar. São chamados de compradores leais e temem os riscos de uma troca por um produto que possa vir a não funcionar tão bem quanto o outro que está acostumado a comprar. Para esses consumidores a mudança só é feita se houver um atrativo compensatório. O quarto nível representa aqueles consumidores que estão verdadeiramente ligados com a marca. Alguma coisa os associa com ela mesmo que o cliente não saiba identificar realmente o que é. São os amigos da marca. O vínculo que os liga geralmente é emocional especialmente se o relacionamento é de longa data. O nível mais alto da pirâmide está representando os consumidores comprometidos. Eles têm orgulho de consumir determinada marca e ainda influenciam outras pessoas a consumi-la o que faz dele um consumidor de alto valor para qualquer empresa. São aqueles que defendem sua marca por representarem uma expressão do que eles são (AAKER,1998).

Esses cinco níveis representados podem não se apresentar de uma forma pura em cada consumidor. Alguns ou vários dos consumidores apresentam as formas combinadas de dois níveis, ou seja, um consumidor pode estar insatisfeito com a marca e mesmo assim ter a certeza que não vale a pena mudar por não querer arcar com os custos ou aquele consumidor que mesmo gostando da marca também teme os custos que a mudança pode causar. No entanto, os níveis relacionados promovem uma base de análise para as várias formas de lealdade (AAKER, 1998).

O valor dos compradores habituais pode ser muito importante por representar uma longa duração nos rendimentos já que a taxa de perda desses consumidores será mais baixa à medida que a lealdade deles seja mais forte. Essa lealdade está estreitamente relacionada à experiência de uso daquela marca e isso quer dizer que ela não pode ser medida sem compra prévia e experiência de uso (AAKER, 1998).



Figura 5. A pirâmide da lealdade  
Fonte: Aaker (1998. p. 41)

Os autores Seth, Mittal e Newman (2001) relacionam os fatores que contribuem para a lealdade as marcas. São eles:

1. Percepção da adequação do desempenho da marca: quando o consumidor experimenta uma sensação positiva no consumo do produto ele busca essa recompensa novamente.
2. Identificação social e emocional com a marca: imagens sociais que as marcas adquirem refletem o autoconceito social – o cliente começa a vê-la como parte de si mesmo.
3. Hábito e história: as pessoas podem ser leais apenas porque estão habituadas a consumir determinada marca e temem mudar para algo que não conhecem ou repetem uma história de consumo influenciada pelos pais ao longo da vida.



Em contrapartida relacionam também os fatores que atrapalham a lealdade às marcas e que estão ligados ao poder que o concorrente tem em atrair os clientes. São eles:

- **Fatores de mercado:**

1. Paridade de marcas: quando existem duas marcas muito semelhantes onde uma pode substituir a outra sem qualquer prejuízo ao consumidor.
2. Atividade promocional da concorrência: ofertas tentadoras praticadas pelo concorrente de marcas comparáveis com intuito de fazer o cliente experimentar seu produto e motivá-lo a mudar.

- **Fatores do Cliente:**

1. Busca de variedade: o cliente pode estar satisfeito com determinada marca, no entanto possui um perfil de gostar de experimentar coisas novas.
2. Envolvimento com o produto: alguns produtos são centrais nas vidas das pessoas e os consumidores desejam obter o máximo de valor levando ao desenvolvimento de uma lealdade (um corte de cabelo, por exemplo).
3. Sensibilidade a preços: clientes que consideram não valer à pena certos tipos de economia. Pagam um pouco mais para terem sua marca preferida.

### 3 METODOLOGIA

O capítulo de Metodologia apresenta o tipo de pesquisa utilizado, a população, o instrumento de pesquisa, coleta de dados e tratamento dos dados para obtenção dos resultados.

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Para atingir o objetivo geral do presente trabalho o método *survey* foi a opção de escolha já que, de acordo com Malhotra (2001) apresenta-se adequada para emprego em pesquisas descritivas. De acordo com Churchill (1999), o método *survey* visa à produção de descrições quantitativas de uma população e a utilização de um instrumento pré-definido para a coleta de dados.

O estudo tem uma característica exploratória que para Gil (1995, p.48) “é aquela em que a finalidade é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias”. Segundo o mesmo autor “este nível de pesquisa é constituído por levantamento bibliográfico e documental, entrevistas e estudos de caso e é realizado principalmente quando o tema escolhido é pouco explorado”.

A execução da presente pesquisa deu-se em duas fases distintas: a primeira exploratória, de natureza qualitativa, e a segunda descritiva, de natureza quantitativa.

Na pesquisa exploratória, de acordo com Mattar (2001) o pesquisador visa à obtenção de maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa, sendo apropriada para os primeiros estágios da investigação. Neste momento foi realizado um levantamento bibliográfico dos construtos assinalados – capacitação administrativa, orientação para o mercado e fidelização – procurando, dessa forma, escolher as mais adequadas escalas para medição dos construtos anteriormente mencionados.

Na etapa descritiva composta das fases de definição da população, coleta de dados, amostra obtida e tratamento e análise dos dados foram descritas as relações quantitativas entre as variáveis.

### 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Como forma de observar as relações propostas fez-se necessário a escolha de uma classe de Cirurgiões-Dentistas que representasse a classe hipoteticamente mais empreendedora (empresária) da profissão. No caso do presente trabalho a classe escolhida foi a dos CDs capitalistas por entender que os mesmos estariam mais preparados para o mercado de trabalho odontológico. O arranjo empresarial neste trabalho é o de Clínicas Gerais de Especialidade que, de acordo com Zannetti (1999), oferecem várias especialidades por reunir vários CDt especialistas cuja estratégia concorrencial de mercado é a diversificação da oferta.

Segundo Toledo e Ovalle (1985, p. 24), “a população é o conjunto constituído por todos os indivíduos que apresentam pelo menos uma característica comum, cujo comportamento interessa analisar (inferir)”.

O universo da pesquisa representou as clínicas odontológicas com as características anteriormente mencionadas registradas no Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Norte (CRO/RN), mais especificamente na cidade de Natal. Para obtenção da informação dessa população (clínicas odontológicas) e seus respectivos endereços foi elaborada uma carta no mês de Julho de 2010 a partir de um modelo padrão fornecido pelo próprio Conselho onde foi explicado o motivo da solicitação, a relevância do estudo e a universidade a qual o estudo estava ligado. A lista recebida continha 154 estabelecimentos ligados a odontologia cadastrados. Após ter sido avaliada, foram descartados 136 estabelecimentos especificados na Tabela 1. Dessa forma, restaram 15 clínicas que estavam dentro das especificações da pesquisa explicadas anteriormente. Dentre as 15 clínicas, 3 pertenciam a um único dono e 3 outras a outro único dono. Foi escolhida uma das clínicas de cada dono totalizando 11 clínicas para realizar a pesquisa. Das 11 clínicas disponíveis apenas 5 aceitaram contribuir com a mesma.

A pesquisa possuiu então duas categorias de população-alvo. A primeira composta pelos gestores das clínicas que totalizaram cinco todos respondendo ao questionário pré-elaborado a respeito de suas capacitações administrativas e orientação para o mercado. A segunda composta de clientes (pacientes) que utilizaram os serviços das clínicas no período da coleta dos dados.

**Tabela 1 – Classificação das clínicas excluídas da pesquisa**

<b>CLÍNICAS</b>	<b>Nº</b>
Interior do estado	52
Imagem e diagnóstico (não realiza tratamento)	4
Fundações ou sindicatos	4
Cooperativas	6
Instituições de ensino e pesquisa em odontologia	3
Condomínios odontológicos	29
Planos de saúde odontológicos	6
Clinicas mistas com outras especialidades médicas	11
Consultórios isolados	23
Endereço inexistente	1
<b>Total</b>	<b>136</b>

Fonte: Elaborada pela autora

De acordo com Barbetta (2001, p.55):

Nas pesquisas científicas em que se quer conhecer algumas características de uma população, também é muito comum se observar apenas uma amostra de seus elementos e, a partir dos resultados dessa amostra, obter valores aproximados, ou estimativas, para as características populacionais de interesse.

O número de pacientes entrevistados no aspecto grau de fidelização se deu a partir do número de variáveis do questionário que eram de seis. De acordo com Hair et al (2005 p.484) ele considera “mais adequada uma proporção de 10 respondentes por parâmetro”, ou seja, multiplicando-se seis por dez obtém-se 60 que seria o número aceitável de clientes para pesquisar em cada clínica. Dessa forma cada clínica teve um número de 60 pacientes pesquisados totalizando 300 pacientes nas cinco clínicas. Esses pacientes entrevistados pertenciam ao quadro dos pacientes que já estavam em tratamento na clínica, ou seja, eram descartados os pacientes que relatavam estar indo pela primeira vez. De acordo com Aaker (1998) a lealdade está ligada à experiência de uso diferentemente de outras dimensões do *brand equity*. Para ele a compra prévia e a experiência de uso são condições essenciais para a existência da lealdade.

A amostra foi não probabilística, por conveniência, obtida de forma acidental que, para Fonseca (1996), refere-se àqueles elementos que vão aparecendo durante o processo até que o número desejado seja obtido.

### 3.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados composto de dois questionários estruturados (apêndice B) que, segundo Malhotra (2001), é dado a uma amostra de uma população e destinado a provocar informações específicas dos entrevistados. De acordo com o compromisso firmado escrito na carta de apresentação (apêndice A) junto às clínicas, foi preservada, nesta pesquisa, a identidade das mesmas utilizando a denominação alfabética para as cinco clínicas pesquisadas. Sendo assim, ao longo do trabalho, as clínicas serão referidas como clínica A, clínica B, clínica C, clínica D e clínica E.

O primeiro questionário foi direcionado aos gestores de cada clínica odontológica e foi dividido em três partes. A primeira parte se referia à identificação e caracterização da empresa e do respondente. A segunda parte continha questões relacionadas ao grau de Capacitação Administrativa e a terceira parte contemplava questões relacionadas à Orientação para o Mercado. O segundo questionário foi direcionado aos clientes das clínicas estudadas e foi aplicado em forma de entrevista com perguntas referentes à Fidelização. Os referidos questionários foram divididos por escalas de construtos utilizadas por autores mencionados a seguir.

#### **3.3.1 Escala de Capacitação Administrativa**

A parte do questionário que se referiu aos aspectos do grau de capacitação foi captada do questionário da dissertação de Wolffenbüttel (2001) que adaptou do trabalho de Fagundes (1999) e do Diagnóstico do Programa de Extensão Empresarial da Secretaria de Desenvolvimento e dos Assuntos Internacionais do Estado do Rio Grande do Sul (2000). No questionário do referido autor as

alternativas para resposta eram em número de quatro e variavam de não tenho capacitação, tenho baixa capacitação, média capacitação até tenho alta capacitação. Para operacionalização desse construto nesta pesquisa optou-se pela utilização da escala de Likert de cinco pontos com uma nova proposição de alternativas que passou pelo consentimento de dois acadêmicos da área de *marketing*, após ter sido pré-testado em relação ao entendimento das respostas. As mesmas passaram então a variar de “não sei nada sobre isso” – 1 ponto, “sei o que é, mas não sei explicar” – 2 pontos, “fiz alguns cursos, mas não aplico” – 3 pontos, “fiz cursos e aplico parcialmente” – 4 pontos e “fiz cursos na área e aplico” – 5 pontos.

Este questionário contemplou nove variáveis relacionadas ao aspecto da capacitação administrativa que foram: *marketing*, finanças, recursos humanos, planejamento estratégico, informação, produção, qualidade, aspectos legais e características pessoais para o cargo de gestor como mostrado no Quadro 2.

Variáveis	Descrição
<b>Marketing e vendas</b>	Acompanhamento do mercado, cadastro de clientes, acompanhamento da concorrência, propaganda
<b>Finanças e custos</b>	Fluxo de caixa, orçamento, cálculo do preço de venda, cálculo de custos, análise dos balanços da empresa
<b>Gestão dos recursos humanos</b>	Seleção e recrutamento de pessoal, avaliação, gestão de equipes, políticas de treinamento
<b>Planejamento estratégico</b>	Missão da empresa, objetivos e metas, planejamento das ações, acompanhamento e análise do cenário/mercado
<b>Gestão da informação</b>	Sistemas de informação, banco de dados, informação e tomada de decisão
<b>Gestão da produção e de serviços</b>	Organização da produção, compras, controle d estoques, indicadores de produção
<b>Gestão da qualidade</b>	Documentação e registro de fluxos e processos internos, ações para melhorar o atendimento aos clientes, organização interna – 5s, ISO 9000
<b>Aspectos legais</b>	Legislação da microempresa, legislação trabalhista, registro de patentes e de propriedade intelectual
<b>Características pessoais para o exercício do cargo de gestor</b>	Equilíbrio e desenvolvimento pessoal, comunicação e expressão, liderança

Quadro 2 - Variáveis da capacitação administrativa

Fonte: Wolffenbüttel (2001)

### 3.3.2 Escala de Orientação para o Mercado

A terceira parte do questionário aplicado aos gestores se referiu aos aspectos de orientação para o mercado. A escala MKTOR de Narver & Slater (1990) foi a escolhida para a referida medição por estar mais adequada ao segmento estudado. As questões já haviam sido traduzidas do inglês e apresentadas a cinco professores da área de *marketing* pelo autor Urdan (2004) que também a pré-testou e validou não encontrando dificuldades por parte dos respondentes em entender e responder as questões. De acordo com Pereira (2004), a escala parece ter uma adequabilidade maior em mercados nos quais as preferências do consumidor são conhecidas e com pouca alteração ao longo do tempo o que justifica a aplicação desse instrumento no setor de serviços de saúde. O construto, na visão do referido autor, possui três dimensões que são: orientação para o cliente, orientação para o concorrente e coordenação interfuncional. O questionário foi avaliado numa escala de Likert de 5 pontos que variava de “Nunca/não” – 1 ponto, “quase nunca/muito pouco” – 2 pontos, “mais ou menos” – 3 pontos, “quase sempre/bastante” – 4 pontos e “Sempre/totalmente” – 5 pontos.

Dimensões	Variáveis
<b>Orientação para o cliente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfação dos clientes em primeiro lugar</li> <li>• Controle do nível de compromisso dos funcionários em satisfazer os clientes</li> <li>• Estratégias da clínica para superar os concorrentes baseadas nas necessidades dos clientes</li> <li>• Realização de pesquisa para medir a satisfação dos clientes</li> <li>• Ação rápida para corrigir insatisfação dos clientes</li> <li>• Atenção ao serviço pós-tratamento</li> <li>• Divulgação da satisfação dos clientes em todos os níveis da clínica</li> <li>• Análise do impacto sobre o cliente antes da tomada de qualquer decisão</li> </ul>
<b>Orientação para o concorrente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussão sobre concorrentes com áreas internas da clínica</li> <li>• Resposta rápida às ações da concorrência que possam ameaçar a clínica</li> <li>• Discussão de pontos fortes, fracos e estratégias dos concorrentes pela diretoria</li> </ul>
<b>Coordenação Interfuncional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troca de informações entre departamentos sobre experiências com os clientes</li> <li>• Integração das áreas (recepção, consultórios, cobrança) para satisfazer os clientes</li> <li>• Compreensão dos gerentes em como os funcionários podem satisfazer os clientes</li> </ul>

Quadro 3 – Dimensões de Orientação para o Mercado  
Fonte: Narver & Slater (1990)

### 3.3.3 Escala de Fidelização

Após o preenchimento dos questionários os gestores eram informados da segunda fase da pesquisa que dizia respeito ao grau de fidelização dos clientes testado em um questionário de seis perguntas que foi utilizado pela autora Chudzikiewicz (2005) em sua dissertação, tendo sido adaptado dos questionários de Cunha (2003) e Lira (2004). As perguntas no questionário original eram avaliadas numa escala de Likert de dez pontos. Optou-se por manter o padrão de todos os questionários numa escala de Likert de cinco pontos que variaram de “concordo totalmente” – 1 ponto, “concordo parcialmente” – 2 pontos, “indiferente” – 3 pontos, “discordo parcialmente” – 4 pontos e “discordo totalmente” – 5 pontos. Para Devlin, Dong e Brown (1993), quando o número de pontos é muito grande, o entrevistado acaba definindo um subconjunto da escala o que pode trazer um problema de calibração.

Construto	Variáveis
<b>Fidelidade</b>	Possibilidade de o cliente freqüentar a clínica pelo fato de já estar habituado Possibilidade de o cliente experimentar serviços de outras clínicas também Possibilidade de o cliente influenciar outras pessoas a freqüentar a clínica Possibilidade de o cliente defender a clínica se ouvisse falar mal dela Possibilidade de o cliente fazer comentários positivos sobre a clínica Possibilidade de o cliente mudar de clínica se encontrasse outra com preço melhor

Quadro 4 – Construto Fidelidade e suas variáveis

Fonte: Chudzikiewicz (2005)

### 3.4 COLETA DE DADOS

Na primeira fase da pesquisa foi feito contato telefônico com os gestores de cada clínica a partir do cadastro fornecido pelo CRO/RN. Dessa forma os gestores marcaram um horário mais conveniente para aplicação do questionário que foi realizado por intermédio de entrevista pessoal aplicado pela própria autora da pesquisa no local de trabalho de cada respondente que, no caso, eram as respectivas clínicas odontológicas. Os profissionais foram esclarecidos em relação à importância do estudo e preservação das identidades dos avaliados. A coleta deu-se no mês de Setembro de 2010.



O questionário em forma de entrevista foi destinado ao informante-chave de cada empresa (clínica odontológica). Este informante segundo Bagozzi, Yi e Phillips, (1991 *apud* PERIM, 2001) é selecionado com base nas suas qualificações particulares, tais como conhecimento especializado ou posição na organização para fornecer informações específicas sobre a mesma, bem como suas relações com outras organizações.

Inicialmente a coleta de dados dos pacientes das clínicas seria feito através de entrevistas por telefone a partir de cadastro fornecido pela própria clínica. O autor Albaum (1997) apresenta uma escala bi-etápica que facilita a aplicação por telefone. Primeiramente o respondente é questionado se concorda ou discorda. A partir de então se questiona o grau de concordância ou discordância. Isso evitaria que o respondente se confundisse com a direção dos pontos o que, muitas vezes, o leva a evitar os pontos mais extremos da escala. Duas das cinco clínicas se recusaram a fornecer o cadastro telefônico alegando que os dados dos pacientes eram sigilosos e que os mesmos podiam sentir-se invadidos em sua privacidade e culpariam então a clínica pelo fornecimento. As mesmas sugeriram que a coleta fosse realizada na recepção da própria clínica, dessa forma o paciente seria abordado enquanto aguardava sua consulta e poderia optar por responder ou não ao questionário. Diante do fato exposto, optou-se por realizar a pesquisa através de entrevista pessoal no momento em que os pacientes encontravam-se na sala de espera aguardando suas consultas. Dessa forma o padrão de coleta dos dados foi o mesmo utilizado em todas as cinco clínicas. Mesmo não sendo realizadas por telefone, as perguntas seguiram o padrão do autor Albaum (1997) de uso de escala bi-etápica aplicado mais facilmente pela própria autora desta pesquisa. Esta coleta foi realizada entre os meses de Setembro a Novembro de 2010.

### 3.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Para alcançar os objetivos deste trabalho foram adotadas técnicas de análise estatística. Para o tabulamento dos dados foi utilizado o software Excel e o processamento dos dados foi executado com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

A técnica estatística empregada considerada adequada no tratamento dos dados foi a regressão linear simples no intuito de relacionar os construtos adotados no estudo. De acordo com Anderson (2002) essa técnica é a que envolve uma variável independente e uma variável dependente na qual a relação entre as variáveis é aproximada por uma linha reta. A equação que descreve como Y está relacionado com X e com um erro é chamada de modelo de regressão e é representada da seguinte forma:

$$Y = AX + B \text{ onde}$$

Y é a variável explicada ou dependente, A é o coeficiente angular, X é a variável explicativa ou independente e B é uma constante. Essa equação dará o comportamento de Y em função de X. Para Anderson (2002 p. 443)

a análise de regressão não pode ser interpretada como um procedimento para estabelecer uma relação de causa e efeito entre variáveis. Pode apenas indicar como ou até que ponto as variáveis estão associadas umas com as outras. Qualquer conclusão sobre causa e efeito deve ser baseada no julgamento do conhecimento ou dos conhecimentos individuais da aplicação.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira tentativa de contato com as clínicas odontológicas selecionadas para realização da pesquisa, as mesmas se mostraram receptivas em relação à importância do estudo para a área em que atuam, no entanto, algumas resistiram em fornecer cadastro telefônico dos pacientes para realização da pesquisa de fidelização. Algumas clínicas se recusaram claramente a participar da pesquisa, outras aceitaram inicialmente o preenchimento da primeira parte do questionário relacionado ao gestor, no entanto, após exaustivas tentativas telefônicas e presenciais se recusavam a marcar um encontro para otimização da segunda parte relacionada ao paciente usando desculpas como: estou em reunião, volte outro dia, viajei, adoeci etc. Mesmo após mudança do modo de coleta dos dados para realização de entrevistas com os clientes na recepção das clínicas, o número de clínicas participantes, que era de cinco, permaneceu o mesmo.

Um fato interessante aconteceu no primeiro contato com duas das clínicas selecionadas. Uma das clínicas possuía um CD como proprietário, porém quem respondia por ela e administrava era um administrador graduado. Na outra clínica o próprio dono e gerente era um administrador também graduado na área que resolveu abrir seu negócio na área odontológica depois de ter passado anos prestando acessoria para consultórios odontológicos. Inicialmente se pensou em descartar as duas clínicas por não serem gerenciadas por CDs, no entanto, após reflexão, achou-se que seria oportuno verificar se essas clínicas teriam um desempenho melhor do que as outras já que, teoricamente, estariam mais preparadas administrativamente.

Nesta etapa serão apresentados os resultados dos cálculos do grau de Capacitação Administrativa, do grau de Orientação para o Mercado e do grau de Fidelização como propostos nos objetivos específicos desta pesquisa. A explanação dos resultados será feita em três partes: primeiro relacionados aos gestores, depois relacionados aos pacientes e em seguida serão demonstradas as relações entre os dois.

## 4.1 GESTORES

O questionário relativo aos gestores das clínicas odontológicas foi dividido em três partes: a primeira abordava questões relacionadas ao perfil dos entrevistados, a segunda abordou aspectos do grau de capacitação administrativa e a terceira abordou aspectos do grau de orientação para o mercado como já bem esclarecido no Instrumento de coleta.

**Tabela 2 – Perfil dos Gestores**

Clínica/ Perfil	Cargo	Formação	Pós- graduação	Idade (anos)	Sexo	Experiência (anos)	
						Técnica	Administ.
<b>Clínica A</b>	Ger/Prop	Odontologia	Sim odontologia e Adm.	40	masc	19	15
<b>Clínica B</b>	Ger/Adm	Administração	Sim <i>marketing</i> e gestão hospitalar	36	fem	10	10
<b>Clínica C</b>	Ger/Prop	Odontologia	Sim odontologia	45	masc	25	19
<b>Clínica D</b>	Ger/Prop	Administração	Não	41	masc	12	12
<b>Clínica E</b>	Ger/Prop	Odontologia	Não	34	masc	13	13

Fonte: Pesquisa de Campo/Elaboração próprio autor

### 4.1.1 Perfil

A primeira parte do questionário destinado aos gestores se referiu ao perfil dos mesmos e abordou questões como sexo, idade, cargo, capacitação formal (graduação, pós-graduação) e experiência técnica e administrativa. Em relação ao sexo, a maioria (quatro) concentrou-se no sexo masculino onde apenas um gestor era do sexo feminino. A idade variou de 34 a 45 anos com uma média de 39 anos. Os cargos ocupados pelos respondentes eram quatro de Gerentes/Proprietários e apenas um era de Gerente Administrativo. A formação dos gestores foi de três CDs

para dois administradores. Em relação à realização de cursos de pós-graduação dois gestores relataram não possuir, três gestores possuíam pós-graduação subdividida em uma pós-graduação na área de administração e duas na área de odontologia. A experiência técnica (em anos) dos gestores variou de 10 a 25 com uma média de 16 anos. A experiência administrativa variou de 10 a 19 anos com uma média de 14 anos. A Tabela 2 faz um resumo das informações relatadas de acordo com a divisão de cada clínica.

#### **4.1.2 Grau de Capacitação Administrativa**

O grau de Capacitação Administrativa dos gestores foi avaliado seguindo uma escala de Likert de cinco pontos onde 1 representava grau mais baixo e 5 o grau mais alto. Após tabulação e cálculo encontramos o valor correspondente para o grau de capacitação administrativa de cada gestor de cada clínica.

Considerando as competências como gestor das clínicas, o respondente indicou seu grau de capacitação em relação a cada um dos aspectos abaixo especificados variando do nível 1 = “não sei nada sobre isso”, até o nível 5 = “fiz cursos na área e aplico”. Os resultados serão apresentados separadamente por clínica.

##### **CLÍNICA A**

A clínica A, na sua auto-análise, referenciou maior grau 5,0 na variável “planejamento estratégico” e a mais baixa avaliação 3,0 apareceu nos “aspectos legais” o que concorda com os achados de Wolffenbutel (2001) onde suas empresas avaliadas deram o menor grau geral ao item “aspectos legais”. Nos demais itens o grau 4,0 foi o predominante. Este grau de Capacitação Administrativa 4,22 alcançado num total de 5,0, obtido pela referida clínica, está bem próximo da média de 4,3 de todas as clínicas avaliadas. A qualificação formal do gestor que, mesmo sendo Cirurgião-Dentista, possui pós-graduação na área de administração pode estar explicando esse fato, além de sua experiência administrativa de 15 anos. O

mesmo relatou ter realizado MBA em administração. A Tabela 3 traz a auto-análise da clínica A.

**Tabela 3 – Grau das variáveis de capacitação administrativa da clínica A comparativamente ao grau médio das outras clínicas**

Variáveis	Clinica A	Média das clínicas
Marketing e vendas	4	4,4
Finanças e custo	4	4,2
Gestão de recursos humanos	4	4,2
Planejamento estratégico	5	4,6
Gestão da informação	4	4,2
Gestão da produção e de serviços	4	3,8
Gestão da qualidade	4	4,4
Aspectos legais	3	4,2
Características pessoais para o exercício do cargo de gestor	4	4,6
<b>Total grau de Capacitação Administrativa</b>	<b>4,22</b>	<b>4,30</b>

Fonte: Pesquisa de Campo/ Elaborada pela autora

## CLÍNICA B

Na clínica B, a partir das informações lidas na Tabela 4 verificou-se que o respondente atribuiu o maior valor para a variável "características pessoais para o cargo de gestor" que, novamente, está de acordo com as empresas pesquisadas por Wolffenbutel (2001) onde esse item foi o mais bem avaliado. Três variáveis obtiveram grau médio 3,0 que foram "finanças e custos", "gestão da informação" e "gestão da produção de serviços" ficando, desta forma, abaixo da avaliação média das clínicas para esses itens. Verificamos que os demais itens foram auto-analisados com grau 4,0. Apesar do gestor da clínica ser graduado em administração e ter duas pós-graduações na área (*marketing* e administração hospitalar) o que revela um bom perfil de capacitação formal, seu grau geral de capacitação administrativa fixou-se em 3,77 o que corresponde a um valor notadamente inferior ao da média geral representando o menor valor encontrado comparando as cinco clínicas.

**Tabela 4 – Grau das variáveis de capacitação administrativa da clínica B comparativamente ao grau médio das outras clínicas**

Variáveis	Clinica B	Média das clínicas
Marketing e vendas	4	4,4
Finanças e custo	3	4,2
Gestão de recursos humanos	4	4,2
Planejamento estratégico	4	4,6
Gestão da informação	3	4,2
Gestão da produção e de serviços	3	3,8
Gestão da qualidade	4	4,4
Aspectos legais	4	4,2
Características pessoais para o exercício do cargo de gestor	5	4,6
<b>Total grau de Capacitação Administrativa</b>	<b>3,77</b>	<b>4,30</b>

Fonte: Pesquisa de Campo/Elaborada pela autora

## CLINICA C

No auto diagnóstico das suas capacidades gerenciais, o gestor da clínica C apontou os aspectos “finanças e custos” e “gestão da produção e de serviços” com menor índice de conhecimento avaliando-os com grau 4,0 que comparando-os às médias das outras clínicas ainda se encontravam dentro da média geral de “finanças e custos” e acima da média geral de “gestão da produção e de serviços”. A clínica C é gerenciada por um Cirurgião-Dentista com pós-graduação na área de odontologia, mas que relatou ter realizado vários cursos na área de administração por ter sempre tido bastante interesse no assunto. Todas as outras variáveis receberam avaliação máxima de conhecimento. O grau geral de Capacitação Administrativa dessa clínica ficou em 4,77 o que representa alta capacitação por estar bem próximo ao grau máximo que é de 5,0 e também representa junto com a clínica D os dois maiores graus de capacitação administrativa avaliados dentre as cinco clínicas estudadas. Esse fato pode, talvez, ser explicado por ser o gestor com maior tempo de experiência técnica (25 anos) e experiência administrativa (19 anos) onde ambos se encontram acima da média geral das clínicas estudadas que foi de 16 e 14 anos respectivamente. A Tabela 5 mostra os comentários acima.

**Tabela 5 – Grau das variáveis de capacitação administrativa da clínica C comparativamente ao grau médio das outras clínicas**

Variáveis	Clinica C	Média das clínicas
Marketing e vendas	5	4,4
Finanças e custo	4	4,2
Gestão de recursos humanos	5	4,2
Planejamento estratégico	5	4,6
Gestão da informação	5	4,2
Gestão da produção e de serviços	4	3,8
Gestão da qualidade	5	4,4
Aspectos legais	5	4,2
Características pessoais para o exercício do cargo de gestor	5	4,6
<b>Total grau de Capacitação Administrativa</b>	<b>4,77</b>	<b>4,30</b>

Fonte: Pesquisa de Campo/ Elaborada pela autora

#### CLINICA D

A clínica D possui um administrador graduado como Proprietário/Gerente. Sua auto-avaliação se referiu ao grau máximo em sete das nove variáveis apresentadas mesmo apresentando uma capacidade formal aquém da maioria dos respondentes por não possuir nenhum tipo de pós-graduação. Os aspectos com menor índice de conhecimento apontado foram: “gestão de recursos humanos” e “gestão da produção de serviços” que também apresentaram baixas avaliações pelas empresas pesquisadas por Wolffenbutel (2001). O cálculo resultou grau geral de Capacitação Administrativa de 4,77 que corresponde a um grau acima da média das outras clínicas e, juntamente com a clínica C, apresentam-se como os dois maiores graus encontrados.



**Tabela 6 – Grau das variáveis de capacitação administrativa da clínica D comparativamente ao grau médio das outras clínicas**

Variáveis	Clinica D	Média das clínicas
Marketing e vendas	5	4,4
Finanças e custo	5	4,2
Gestão de recursos humanos	4	4,2
Planejamento estratégico	5	4,6
Gestão da informação	5	4,2
Gestão da produção e de serviços	4	3,8
Gestão da qualidade	5	4,4
Aspectos legais	5	4,2
Características pessoais para o exercício do cargo de gestor	5	4,6
<b>Total grau de Capacitação Administrativa</b>	<b>4,77</b>	<b>4,30</b>

Fonte: Pesquisa de Campo/Elaborada pela autora

## CLINICA E

A clínica E possui um Gestor/Proprietário graduado em odontologia, mas não possui pós-graduação na área odontológica nem na área administrativa. Seu nível de capacitação formal está aquém das demais clínicas avaliadas, no entanto ele sente-se capacitado para conduzir o seu negócio. Sua experiência administrativa de 13 anos se encontra abaixo da média que é de 14 anos para as demais clínicas. Relatou não ter feito nenhum curso de administração e enfatizou que o que sabe sobre a área aprendeu “praticando”, no entanto atribui grau 4,0 a todas as variáveis apresentadas, obtendo assim, grau geral de capacitação administrativa no valor de 4,0 que ficou abaixo da média geral das clínicas avaliadas como mostra a Tabela 7.

**Tabela 7 – Grau das variáveis de capacitação administrativa da clínica E comparativamente ao grau médio das outras clínicas**

<b>Variáveis</b>	<b>Clinica E</b>	<b>Média das clínicas</b>
Marketing e vendas	4	4,4
Finanças e custo	4	4,2
Gestão de recursos humanos	4	4,2
Planejamento estratégico	4	4,6
Gestão da informação	4	4,2
Gestão da produção e de serviços	4	3,8
Gestão da qualidade	4	4,4
Aspectos legais	4	4,2
Características pessoais para o exercício do cargo de gestor	4	4,6
<b>Total grau de Capacitação Administrativa</b>	<b>4,00</b>	<b>4,30</b>

Fonte: Pesquisa de Campo/Elaborada pela autora

#### **4.1.3 Análise do conjunto do grau de capacitação administrativa das clínicas**

A capacitação administrativa/gerencial dos gerentes das clínicas foi expressa no autodiagnóstico dos gestores. Os resultados dessa avaliação indicam, no geral, que os gestores sentem-se relativamente capacitados. Os valores apresentados podem servir de guia para as clínicas no sentido de melhorar os aspectos administrativos que se apresentaram mais deficientes. O item com a média mais baixa na avaliação geral das clínicas foi “gestão da produção e de serviços” que contemplava fatores como organização da produção, compras, controle de estoques e indicadores de produção. Em seguida com as médias mais baixas vieram “aspectos legais”, “finanças e custos” e “gestão de “recursos humanos”. Por outro lado as variáveis mais bem avaliadas foram “planejamento estratégico” com 4,6 pontos e “características pessoais para o exercício do cargo de gestor” com 4,6 pontos também. A Tabela 8 sintetiza as informações relatadas.

Tabela 8 – Grau comparativo das variáveis de capacitação administrativa das clínicas

Variáveis/Clínicas	A	B	C	D	E	Média das clínicas
Marketing e vendas	4	4	5	5	4	4,4
Finanças e custo	4	3	4	5	4	4,2
Gestão de recursos humanos	4	4	5	4	4	4,2
Planejamento estratégico	5	4	5	5	4	4,6
Gestão da informação	4	3	5	5	4	4,2
Gestão da produção e de serviços	4	3	4	4	4	3,8
Gestão da qualidade	4	4	5	5	4	4,4
Aspectos legais	3	4	5	5	4	4,2
Características pessoais para o exercício do cargo de gestor	4	5	5	5	4	4,6
<b>Total grau de Capacitação Administrativa</b>	<b>4,22</b>	<b>3,77</b>	<b>4,77</b>	<b>4,77</b>	<b>4,00</b>	<b>4,30</b>

Fonte: Pesquisa de campo/Elaborada pela autora

#### 4.1.4 Grau de Orientação para o Mercado

O grau de Orientação para o Mercado dos gestores foi avaliado seguindo uma escala de Likert de cinco pontos onde 1 representava grau mais baixo e 5 o grau mais alto. Após tabulação e cálculo encontramos o valor correspondente para o grau de Orientação para o Mercado de cada gestor de cada clínica.

Considerando as três dimensões do construto Orientação para o Mercado (orientação para o cliente, orientação para o concorrente e coordenação interfuncional), o respondente indicou seu grau de orientação em relação a cada um dos aspectos abaixo especificados variando do nível 1 = nunca/não, até o nível 5 = sempre/totalmente.

#### CLÍNICA A

A clínica A gerenciada por um Cirurgião-Dentista com pós-graduação em administração obteve um grau médio de orientação para o mercado de 3,5.

**Tabela 9 – Grau das dimensões de orientação para o mercado da clínica A comparativamente ao grau médio das outras clínicas**

<b>ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO</b>	<b>Clínica A</b>	<b>Média das clínicas</b>
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE</b>		
Satisfação dos clientes em primeiro lugar	5	4,8
Controle do nível de compromisso dos funcionários em satisfazer os clientes	4	4,4
Estratégias para superar concorrentes baseadas nas necessidades dos clientes	3	4,4
Realização de pesquisas para medir a satisfação dos clientes	2	4,4
Ação rápida para corrigir insatisfação dos clientes	5	5,0
Atenção ao serviço pós-tratamento	1	4,0
Divulgação da satisfação dos clientes em todos os níveis da clínica	2	4,0
Análise do impacto sobre o cliente antes da tomada de qualquer decisão	5	4,4
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CONCORRENTE</b>		
Discussão sobre concorrentes com áreas internas da clínica	4	3,2
Resposta rápida às ações da concorrência que possam ameaçar a clínica	3	4,2
Discussão de pontos fortes, fracos e estratégias dos concorrentes pela diretoria	3	4,4
<b>COORDENAÇÃO INTERFUNCIONAL</b>		
Troca de informações entre departamentos sobre experiências com os clientes	4	4,4
Integração das áreas (recepção, consultório, cobrança) para satisfazer os clientes	5	4,6
Compreensão dos gerentes em como os funcionários podem satisfazer os clientes	5	4,6
<b>Total grau de orientação para o mercado</b>	<b>3,5</b>	<b>4,16</b>

Fonte: Pesquisa de Campo/Elaborada pela autora

Sua orientação para o cliente recebeu avaliação máxima em dois itens que estavam relacionados à satisfação dos clientes relatando essa satisfação como objetivo principal de sua empresa, no entanto foi observado que a empresa “nunca/não” dá atenção ao pós-tratamento e “quase nunca/muito pouco” realiza pesquisas para medição dessa satisfação o que parece um pouco controverso. Essas médias ficaram bem abaixo da média geral das clínicas nos referidos itens. A Tabela 9 mostra as respostas dadas a essas dimensões evidenciando a mais deficiente das dimensões avaliadas nessa clínica. Em relação à dimensão orientação para o concorrente verificou-se que a “discussão entre pontos fortes e fracos da concorrência entre a diretoria e as áreas internas” é feita de forma “mais ou menos”. Conforme Jaworski e Kohli (1993) o papel da alta gerência é

determinante para moldar os valores e a orientação da empresa, assim como a sua cultura. Dessa forma, para que a orientação para o mercado realmente aconteça, a ênfase dada pela alta gerência é primordial. As respostas às ações dos concorrentes também foram avaliadas como “mais ou menos” rápidas. Nesse sentido Day (1994) relata que não se pode dar pouca atenção pelo *marketing* às forças competitivas. A organização deve levar em consideração as ações dos concorrentes quando decidir ofertar valor superior ao cliente, obtendo-se assim vantagem competitiva.

## CLINICA B

Na clínica B o gerente da empresa é administrador graduado e possui 10 anos de experiência no mercado. O ponto mais forte observado se deu na coordenação interfuncional onde foi relatado que todos os itens eram “sempre/totalmente” praticados. Seus níveis nesse item ficaram acima da média das outras clínicas. A orientação para o concorrente ficou também próximo do máximo onde apenas um item teve grau 4,0. Em relação à orientação para o cliente notou-se que, apesar de quatro itens terem sido avaliados com nota máxima referentes à satisfação do cliente, as pesquisas de satisfação não eram prioridade assim como a divulgação dessa satisfação nos níveis da empresa que obtiveram, respectivamente, notas 3,0 e 2,0 o que evidenciou níveis abaixo da média dos outros respondentes. Segundo Urdan (2004) para uma empresa ser orientada para o mercado é importante entender qual o nível de expectativa de valor do cliente, monitorar constantemente o grau de satisfação dos clientes com seus produtos e serviços e realizar rápidas ações quando perceber sinais de insatisfação. Apesar desse ponto muito importante ter sido avaliado com grau baixo em alguns itens, seu grau médio de Orientação para o Mercado se deu em 4,35 que está próximo ao grau máximo.

**Tabela 10 – Grau das dimensões de orientação para o mercado da clínica B comparativamente ao grau médio das outras clínicas**

<b>ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO</b>	<b>Clíni ca B</b>	<b>Média das clínicas</b>
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE</b>		
Satisfação dos clientes em primeiro lugar	4	4,8
Controle do nível de compromisso dos funcionários em satisfazer os clientes	5	4,4
Estratégias para superar concorrentes baseadas nas necessidades dos clientes	5	4,4
Realização de pesquisas para medir a satisfação dos clientes	3	4,4
Ação rápida para corrigir insatisfação dos clientes	5	5,0
Atenção ao serviço pós-tratamento	5	4,0
Divulgação da satisfação dos clientes em todos os níveis da clínica	2	4,0
Análise do impacto sobre o cliente antes da tomada de qualquer decisão	4	4,4
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CONCORRENTE</b>		
Discussão sobre concorrentes com áreas internas da clínica	4	3,2
Resposta rápida às ações da concorrência que possam ameaçar a clínica	5	4,2
Discussão de pontos fortes, fracos e estratégias dos concorrentes pela diretoria	5	4,4
<b>COORDENAÇÃO INTERFUNCIONAL</b>		
Troca de informações entre departamentos sobre experiências com os clientes	5	4,4
Integração das áreas (recepção, consultório, cobrança) para satisfazer os clientes	5	4,6
Compreensão dos gerentes em como os funcionários podem satisfazer os clientes	5	4,6
<b>Total grau de orientação para o mercado</b>	<b>4,35</b>	<b>4,16</b>

Fonte: Pesquisa de Campo/Elaborada pela autora

## CLINICA C

A clínica C gerenciada por um Cirurgião-Dentista apresentou grau médio de orientação para o mercado de 4,92 como mostra a Tabela 11.

**Tabela 11 - Grau das dimensões de orientação para o mercado da clínica C comparativamente ao grau médio das outras clínicas**

<b>ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO</b>	<b>Clínica C</b>	<b>Média das clínicas</b>
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE</b>		
Satisfação dos clientes em primeiro lugar	5	4,8
Controle do nível de compromisso dos funcionários em satisfazer os clientes	5	4,4
Estratégias para superar concorrentes baseadas nas necessidades dos clientes	5	4,4
Realização de pesquisas para medir a satisfação dos clientes	5	4,4
Ação rápida para corrigir insatisfação dos clientes	5	5,0
Atenção ao serviço pós-tratamento	5	4,0
Divulgação da satisfação dos clientes em todos os níveis da clínica	5	4,0
Análise do impacto sobre o cliente antes da tomada de qualquer decisão	5	4,4
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CONCORRENTE</b>		
Discussão sobre concorrentes com áreas internas da clínica	3	3,2
Resposta rápida às ações da concorrência que possam ameaçar a clínica	4	4,2
Discussão de pontos fortes, fracos e estratégias dos concorrentes pela diretoria	5	4,4
<b>COORDENAÇÃO INTERFUNCIONAL</b>		
Troca de informações entre departamentos sobre experiências com os clientes	5	4,4
Integração das áreas (recepção, consultório, cobrança) para satisfazer os clientes	5	4,6
Compreensão dos gerentes em como os funcionários podem satisfazer os clientes	4	4,6
<b>Total grau de orientação para o mercado</b>	<b>4,92</b>	<b>4,16</b>

Fonte: Pesquisa de Campo/Elaborada pela autora

O profissional referido possui 25 anos de experiência técnica na área odontológica e 19 anos de experiência no mercado de trabalho odontológico gerenciando duas clínicas. Avaliou-se com grau máximo para 11 itens da escala composta de 14 itens. A dimensão que se mostrou mais fraca foi a orientação para o concorrente onde foi assinalado que a “discussão sobre concorrentes com as áreas internas da clínica” acontece “mais ou menos” e a “resposta rápida às ações da concorrência” acontecem “quase sempre” ficando abaixo da média nesses dois itens. Para Narver e Slater (1990, p.22) a orientação para o concorrente “significa que o vendedor entende as forças e fraquezas no curto prazo e as capacidades e estratégias no longo prazo dos competidores atuais e potenciais”. Sua orientação

para o cliente se mostrou como a dimensão mais forte do construto onde todos os pontos foram assinalados como “sempre/totalmente” praticados. De acordo com Shapiro (1998, p.120) “uma empresa pode ser orientada para o mercado somente se ela entende completamente seu mercado e as pessoas que decidem comprar seus produtos ou serviços”.

## CLINICA D

A clínica D cujo gerente/proprietário é um administrador graduado obteve grau médio de Orientação para o Mercado de 4,64. Informou que trabalhou por vários anos prestando assistência administrativa aos Cirurgiões-Dentistas em suas clínicas onde adquiriu experiência nesse mercado de trabalho e resolveu abrir suas próprias clínicas (num total de três) mesmo não sendo CD. Sua dimensão de orientação para o cliente apresentou-se bem forte onde sete itens receberam grau máximo e apenas um recebeu grau próximo do máximo que se referia à atenção dada ao pós-tratamento do paciente. Seu nível mais baixo se deu na orientação do concorrente onde um ponto relacionado à “discussão interna sobre a concorrência” foi avaliado como sendo praticado de forma “mais ou menos”. Para Narver e Slater (1990) a orientação para a concorrência de uma empresa está baseada no conhecimento que ela deve ter das forças e fraquezas dos seus concorrentes do momento e do futuro, assim como suas competências e estratégias de longo prazo. Sua coordenação interfuncional foi também bem forte com exceção da “troca de informações entre os departamentos a respeito de experiências ocorridas com os clientes” que recebeu grau 4,0 evidenciando estar abaixo da média das outras clínicas.



**Tabela 12 - Grau das dimensões de orientação para o mercado da clínica D comparativamente ao grau médio das outras clínicas**

<b>ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO</b>	<b>Clínica D</b>	<b>Média das clínicas</b>
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE</b>		
Satisfação dos clientes em primeiro lugar	5	4,8
Controle do nível de compromisso dos funcionários em satisfazer os clientes	5	4,4
Estratégias para superar concorrentes baseadas nas necessidades dos clientes	5	4,4
Realização de pesquisas para medir a satisfação dos clientes	5	4,4
Ação rápida para corrigir insatisfação dos clientes	5	5,0
Atenção ao serviço pós-tratamento	4	4,0
Divulgação da satisfação dos clientes em todos os níveis da clínica	5	4,0
Análise do impacto sobre o cliente antes da tomada de qualquer decisão	5	4,4
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CONCORRENTE</b>		
Discussão sobre concorrentes com áreas internas da clínica	3	3,2
Resposta rápida às ações da concorrência que possam ameaçar a clínica	4	4,2
Discussão de pontos fortes, fracos e estratégias dos concorrentes pela diretoria	5	4,4
<b>COORDENAÇÃO INTERFUNCIONAL</b>		
Troca de informações entre departamentos sobre experiências com os clientes	4	4,4
Integração das áreas (recepção, consultório, cobrança) para satisfazer os clientes	5	4,6
Compreensão dos gerentes em como os funcionários podem satisfazer os clientes	5	4,6
<b>Total grau de orientação para o mercado</b>	<b>4,64</b>	<b>4,16</b>

Fonte: Pesquisa de Campo/Elaborada pela autora

## CLINICA E

Na clínica E o Gerente/Proprietário da empresa possui uma experiência técnica como Cirurgião-Dentista de 13 anos e também o mesmo tempo de experiência administrativa, pois relatou ter iniciado logo após sua formatura a gerenciar suas clínicas que são, hoje, num total de três. Suas respostas em relação à dimensão orientação para o cliente foram bem diversificadas.

**Tabela 13 - Grau das dimensões de orientação para o mercado da clínica E comparativamente ao grau médio das outras clínicas**

<b>ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO</b>	<b>Clínica E</b>	<b>Média das clínicas</b>
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE</b>		
Satisfação dos clientes em primeiro lugar	5	4,8
Controle do nível de compromisso dos funcionários em satisfazer os clientes	3	4,4
Estratégias para superar concorrentes baseadas nas necessidades dos clientes	4	4,4
Realização de pesquisas para medir a satisfação dos clientes	2	4,4
Ação rápida para corrigir insatisfação dos clientes	5	5,0
Atenção ao serviço pós-tratamento	5	4,0
Divulgação da satisfação dos clientes em todos os níveis da clínica	2	4,0
Análise do impacto sobre o cliente antes da tomada de qualquer decisão	3	4,4
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CONCORRENTE</b>		
Discussão sobre concorrentes com áreas internas da clínica	3	3,2
Resposta rápida às ações da concorrência que possam ameaçar a clínica	4	4,2
Discussão de pontos fortes, fracos e estratégias dos concorrentes pela diretoria	4	4,4
<b>COORDENAÇÃO INTERFUNCIONAL</b>		
Troca de informações entre departamentos sobre experiências com os clientes	4	4,4
Integração das áreas (recepção, consultório, cobrança) para satisfazer os clientes	3	4,6
Compreensão dos gerentes em como os funcionários podem satisfazer os clientes	4	4,6
<b>Total grau de orientação para o mercado</b>	<b>3,40</b>	<b>4,16</b>

Fonte: Pesquisa de Campo/Elaborada pela autora

Ao mesmo tempo em que a preocupação com a “satisfação do cliente” foi avaliado com grau máximo 5,0, o “impacto das decisões tomadas na clínica sobre os clientes” obteve um grau intermediário 3,0, da mesma forma que o “nível de compromisso dos funcionários em satisfazer as necessidades dos clientes” é “mais ou menos” controlado pela clínica. Apesar de a clínica relatar que “sempre” coloca a satisfação dos clientes como seu principal objetivo, informou que “quase nunca” realiza pesquisas para medir essa satisfação e “quase nunca” divulga essa satisfação nos demais níveis da clínica. Esses pontos relatados ficaram com avaliações abaixo da média geral das outras clínicas. A coordenação interfuncional, tanto para Kohli e Jaworski (1990) quanto para Narver e Slater (1990), se apresenta como o ponto de maior configuração de uma orientação para o mercado. Para eles,

todos os setores devem estar envolvidos na entrega de valor para os clientes. Uma organização com estrutura de áreas isoladas ou com objetivos distintos, provavelmente será pouco orientada para o mercado. No caso da clínica em análise, a dimensão coordenação interfuncional obteve a menor avaliação em relação às outras clínicas. O item que se refere à integração das áreas foi avaliado com grau intermediário 3,0 que quer dizer “mais ou menos” integradas. Os outros dois itens da coordenação interfuncional receberam grau 4,0. Num total geral a clínica E obteve o menor grau de Orientação para o Mercado atingindo o valor de 3,4.

#### **4.1.5 Análise do conjunto do grau de orientação para o mercado das clínicas**

A orientação para o mercado dos gestores das clínicas foi também expressa por um autodiagnóstico dos respondentes. Os resultados da Tabela 14 mostram que os gestores apresentam grande preocupação com a insatisfação dos clientes de modo que agem rapidamente ao detectar tal fato. Esse ponto recebeu a maior avaliação geral que foi 5,0 para todas as clínicas. Em seguida com alta avaliação também veio a satisfação dos clientes que foi colocada como estando em primeiro lugar. As duas avaliações apresentadas estão em concordância com a pesquisa desenvolvida por Urdan (2004) em empresas brasileiras. Apenas a clínica B atribuiu grau 4,0 enquanto todos os outros atribuíram grau 5,0 a este ponto. A avaliação mais baixa se deu no item de “discussão entre o pessoal de atendimento e as áreas internas da clínica a respeito de informações conseguidas sobre os concorrentes” o que reafirma os estudos de Urdan (2004) que obteve o mesmo resultado. Na opinião do referido autor, os níveis elevados de orientação para o mercado na maioria das empresas refletem a opinião dos gestores o que não significa dizer que esta cultura está realmente sendo implementada onde pode estar havendo um descompasso entre a teoria e a prática.

Tabela 14 – Grau comparativo das dimensões de orientação para o mercado das clínicas

DIMENSÕES/CLÍNICAS	A	B	C	D	E	Média das clínicas
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE</b>						
Satisfação dos clientes em primeiro lugar	5	4	5	5	5	4,8
Controle do nível de compromisso dos funcionários em satisfazer os clientes	4	5	5	5	3	4,4
Estratégias para superar concorrentes baseadas nas necessidades dos clientes	3	5	5	5	4	4,4
Realização de pesquisas para medir a satisfação dos clientes	2	4	5	5	2	4,4
Ação rápida para corrigir insatisfação dos clientes	5	5	5	5	5	5,0
Atenção ao serviço pós-tratamento	1	5	5	4	5	4,0
Divulgação da satisfação dos clientes em todos os níveis da clínica	2	2	5	5	2	4,0
Análise do impacto sobre o cliente antes da tomada de qualquer decisão	5	4	5	5	3	4,4
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CONCORRENTE</b>						
Discussão sobre concorrentes com áreas internas da clínica	4	4	3	3	3	3,2
Resposta rápida às ações da concorrência que possam ameaçar a clínica	3	5	4	4	4	4,2
Discussão de pontos fortes, fracos e estratégias dos concorrentes pela diretoria	3	5	5	5	4	4,4
<b>COORDENAÇÃO INTERFUNCIONAL</b>						
Troca de informações entre departamentos sobre experiências com os clientes	4	5	5	4	4	4,4
Integração das áreas (recepção, consultório, cobrança) para satisfazer os clientes	5	5	5	5	3	4,6
Compreensão dos gerentes em como os funcionários podem satisfazer os clientes	5	5	4	5	4	4,6
<b>Total grau de orientação para o mercado</b>	<b>3,5</b>	<b>4,35</b>	<b>4,92</b>	<b>4,64</b>	<b>3,4</b>	<b>4,16</b>

Fonte: Pesquisa de campo/Elaborada pela autora

## 4.2 CLIENTES

O questionário apresentado aos clientes correspondentes a cada clínica estudada foi composto de apenas uma parte relacionada à Fidelização.

### 4.2.1 Grau de Fidelização

O questionário incluía seis variáveis pesquisadas para cálculo do grau de fidelização desses pacientes. As perguntas variavam de concordo totalmente, concordo parcialmente, indiferente, discordo parcialmente e discordo totalmente seguindo, dessa forma, uma escala de Likert de cinco pontos que, na hora do cálculo, variavam de 1 para menor grau de fidelização até 5 para maior grau de fidelização.

#### CLÍNICA A

Os clientes da clínica A apresentaram uma tendência forte a freqüentar a clínica por hábito onde 58% dos entrevistados concordaram totalmente somados com 23% que concordaram parcialmente dando um total de concordância de 81%. Apesar dessa constatação, observou que no questionamento do cliente a respeito se mudaria para uma clínica de preço melhor observou-se que 35% discordaram totalmente somados a 21,67% que discordaram parcialmente dando um total de discordância de 56,67%. Essa informação vai de encontro às afirmações de Seth, Mittal e Newman (2001) que relatam que quando um cliente possui uma lealdade instável, que é o caso de consumir por força do hábito, ele facilmente mudará para outra marca se for oferecido um preço melhor. 83% dos clientes relataram que fariam comentários positivos sobre a clínica, 60% relataram que influenciariam outras pessoas e 62% defenderiam se ouvissem falar mal. O grau médio de Fidelização dos pacientes da clínica A se deu em torno de 3,36.

Tabela 15 – Distribuição dos clientes em relação às variáveis de fidelização da clínica A

Questões/Respostas	Concordo totalmente		Concordo parcialmente		Indiferente		Discordo parcialmente		Discordo totalmente	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hábito de freqüentar	35	58,33	14	23,33	4	6,67	6	10,00	1	1,67
Experimentar outros serviços	8	13,33	9	15,00	8	13,33	11	18,33	24	40,00
Mudar para um preço melhor	9	15,00	9	15,00	8	13,33	13	21,67	21	35,00
Influenciar outras pessoas	24	40,00	12	20,00	5	8,33	11	18,33	8	13,33
Fazer comentários positivos	29	48,33	21	35,00	6	10,00	3	5,00	1	1,67
Defender se ouvisse falar mal	13	21,67	25	41,67	13	21,67	2	3,33	7	11,67

Fonte: Pesquisa de Campo/ Elaborada pela autora

## CLÍNICA B

Na clínica B avaliamos situação parecida com a clínica A onde o somatório da concordância referente ao hábito de freqüentar chegou a 76,66% e a discordância em relação à mudança por preço chegou a 68,33% reforçando também que não houve relação com as afirmações dos autores Seth, Mittal e Newman (2001). Um ponto interessante que os próprios autores acrescentam é o fato dos clientes tenderem a evitar o desconhecido na hora da troca. Isso se aplica particularmente a serviços. Os clientes se sentem à vontade com o serviço e, assim, desejam continuar com o mesmo médico, o mesmo escritório de contabilidade e até o mesmo salão de cabeleireiro. O fator “influenciar outras pessoas” e o fator “fazer comentários positivos” atingiu, respectivamente, 68,3% e 88,3% tendendo a mostrar clientes verdadeiramente ligados a marca de acordo com Aaker (1999), no entanto o fato de 56% dos clientes defenderem a clinica se ouvissem falar mal dela e 35% serem indiferentes ao mesmo fato não mostra uma tendência muito forte a serem clientes comprometidos. O grau médio de fidelização dos pacientes da clínica B se deu em torno de 3,55.

Tabela 16 – Distribuição dos clientes em relação às variáveis de fidelização da clínica B

Questões/Respostas	Concordo totalmente		Concordo parcialmente		Indiferente		Discordo parcialmente		Discordo totalmente	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hábito de freqüentar	35	58,33	11	18,33	6	10,00	4	6,67	4	6,67
Experimentar outros serviços	8	13,33	10	16,67	5	8,33	14	23,33	23	38,33
Mudar para um preço melhor	7	11,67	7	11,67	5	8,33	12	20,00	29	48,33
Influenciar outras pessoas	33	55,00	8	13,33	7	11,67	5	8,33	7	11,67
Fazer comentários positivos	36	60,00	17	28,33	4	6,67	2	3,33	1	1,67
Defender se ouvisse falar mal	19	31,67	15	25,00	21	35,00	2	3,33	3	5,00

Fonte: Pesquisa de Campo/ Elaborada pela autora

## CLÍNICA C

Na clínica C 55% dos clientes relataram que discordavam do hábito de freqüentar a clínica, 15% foram indiferentes à afirmativa e 30% apenas concordou com o hábito da freqüência. Muitos relataram informalmente vários outros motivos para permanecer na clínica como gostar muito, ser muito bem atendido, confiar nos profissionais, etc. Em relação a “mudar de clínica por outra de preço melhor” 66% relatou discordar apesar de esta ter sido a clínica que possuía a tabela de procedimentos com valores mais altos. Esse fato, na visão de Aaker (1999) reflete a existência de muito *brand equity*. Um ponto bem forte apresentou-se nos questionamentos dos pacientes a respeito de “fazer comentários positivos sobre a referida clínica”. 96,67% dos clientes concordaram que certamente fariam bem da clínica o que mostra uma tendência de pacientes no quarto nível de fidelidade de Aaker (1998), ou seja, os amigos da marca. Em relação ao quinto nível de Fidelidade do mesmo autor que se refere ao comprador comprometido, verificamos claramente esta relação na clínica em estudo quando observamos que 88,3% dos clientes concordaram que influenciariam outras pessoas a freqüentá-la, assim como, 83% dos mesmos clientes concordaram que defenderiam a clínica se ouvissem falar mal dela. O grau de fidelização médio da clínica C se deu em torno de 4,13.

Tabela 17 – Distribuição dos clientes em relação às variáveis de fidelização da clínica C

Questões/Respostas	Concordo totalmente		Concordo parcialmente		Indiferente		Discordo parcialmente		Discordo totalmente	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hábito de freqüentar	15	25	3	5	9	15	25	41,67	8	13,33
Experimentar outros serviços	4	6,67	12	20	11	18,33	5	8,33	28	46,66
Mudar para um preço melhor	2	3,33	8	13,33	10	16,67	9	15,00	31	51,66
Influenciar outras pessoas	47	78,33	6	10,00	5	8,33	2	3,33	0	0
Fazer comentários positivos	54	90,00	4	6,67	2	3,33	0	0,00	0	0
Defender se ouvisse falar mal	38	63,33	12	20	10	16,67	0	0,00	0	0

Fonte: Pesquisa de campo/Elaborada pela autora

## CLÍNICA D

A clínica D apresenta um percentual de concordância em relação ao hábito de freqüentar de 88,3%. A mudança para outra clínica de preço melhor dividiu as opiniões dos clientes quando 45% relataram que mudariam e 41,6 % relataram que não, ficando o restante 13,3% no ponto neutro que é o indiferente. Os dois pontos referentes a “comentários positivos” e “influência de outras pessoas” obtiveram, respectivamente, 88% e 86% considerando esses clientes como de alto valor para empresa segundo Aaker (1999). Como a porcentagem de clientes que defenderiam a clínica ficou em torno de 59%, que representa pouco mais da metade das opiniões, não podemos afirmar que esses clientes atingiram um nível de comprometimento com a clínica. Para Aaker (1999) a forma pura representada por cada nível de lealdade geralmente não se apresenta. Alguns ou vários dos consumidores apresentam as formas combinadas de dois níveis, ou seja, um cliente pode estar insatisfeito com a marca e mesmo assim ter a certeza que não vale a pena mudar por não querer arcar com os custos da mudança. O grau médio de fidelização dos pacientes em relação à clínica D se deu em torno de 3,42.



Tabela 18 – Distribuição dos clientes em relação às variáveis de fidelização da clínica D

Questões/Respostas	Concordo totalmente		Concordo parcialmente		Indiferente		Discordo parcialmente		Discordo totalmente	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hábito de freqüentar	36	60,00	17	28,33	5	8,33	0	0,00	2	3,33
Experimentar outros serviços	9	15,00	10	16,67	13	21,67	7	11,67	21	35,00
Mudar para um preço melhor	18	30,00	9	15,00	8	13,33	7	11,67	18	30,00
Influenciar outras pessoas	39	65,00	13	21,67	3	5,00	3	5,00	2	3,33
Fazer comentários positivos	33	55,00	20	33,33	6	10,00	1	1,67	0	0,00
Defender se ouvisse falar mal	26	43,33	10	16,67	15	25,00	6	10,00	3	5,00

Fonte: Pesquisa de campo/Elaborada pela autora

## CLÍNICA E

Na clínica E o hábito de freqüentar atingiu o nível de 73,3% dos respondentes, mas 80% relataram que não mudariam se achassem um preço melhor. O fato de experimentar outros serviços de estabelecimentos de mesma natureza ter atingido um percentual de 71% poderia parecer contraditório, já que Dick e Basu (1994) afirmam que clientes fiéis são menos motivados a procurarem alternativas, no entanto vários são os motivos relatados pelos pacientes para tal ação mesmo não tendo intenção de mudar. Alguns clientes relataram que freqüentam concomitantemente outra clínica pelo fato da atual não apresentar todas as especialidades que necessita, ou seja, procuram por necessitar de complementação do tratamento. Os percentuais referidos à afirmação influenciar outras pessoas e fazer comentários positivos atingiu, respectivamente, 80% e 90% indicando uma tendência de clientes fiéis de acordo com Dias (2003), no entanto a afirmação de defender a clínica se ouvisse falar mal teve um percentual de concordância de 66% com um percentual de 23% para os indiferentes. Neste caso, de acordo com Dias (2003) não podemos afirmar uma tendência tão forte para os pacientes estarem num nível de advogados da marca que seria o nível de fidelidade mais alto por ele apresentado. O Grau de fidelização médio dos pacientes em relação à clínica E se deu em torno de 3,7. A Tabela 19 apresenta esses dados.

Tabela 19 – Distribuição dos clientes em relação às variáveis de fidelização da clínica E

Questões/Respostas	Concordo totalmente		Concordo parcialmente		Indiferente		Discordo parcialmente		Discordo totalmente	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hábito de freqüentar	34	56,67	10	16,67	6	10,00	4	6,67	6	10,00
Experimentar outros serviços	10	16,67	7	11,67	0	0,00	16	26,67	27	45,00
Mudar para um preço melhor	4	6,67	5	8,33	3	5,00	19	31,67	29	48,33
Influenciar outras pessoas	36	60,00	12	20,00	5	8,33	4	6,67	3	5,00
Fazer comentários positivos	36	60,00	18	30,00	1	1,67	2	3,33	3	5,00
Defender se ouvisse falar mal	31	51,67	9	15,00	14	23,33	4	6,67	2	3,33

Fonte: Pesquisa de campo/Elaborada pela autora

#### 4.2.2 Análise do conjunto de fidelização das clínicas

A fidelização dos clientes das clínicas estudadas foi expressa em termos de concordância, indiferença e discordância a respeito das variáveis apresentadas. Os resultados da Tabela 20 foram apresentados mostrando apenas a indicação que correspondia ao percentual de concordância para as afirmativas sendo que o valor apresentado se deu mediante soma da concordância total com a concordância parcial. Entende-se que a partir do percentual de concordância deduz-se o restante como sendo a soma da indiferença com a discordância. Na afirmação do “hábito de freqüentar” apenas a clínica C obteve um baixo percentual indicando que seus clientes possuem outros motivos para freqüentar a clínica que não estão relacionados ao fato de estarem acostumados. A clínica D obteve o maior percentual de concordância no item “mudar para um preço melhor” onde 45% dos clientes relataram que o fariam comparados com a média das outras clínicas que foi de 25,9%. A clínica A obteve o menor grau de concordância para o item “influenciar outra pessoas” onde os 44,0% encontrados ficaram bem abaixo da média geral que foi de 73,4% de concordância. O item “defender se ouvisse falar mal” que representa, de acordo com Aaker (1999), o nível de clientes comprometidos com a empresa, apresentou valor de 83,3% de concordância para a clínica C. Esse valor aparece bem acima da média das outras clínicas que foi de 64,1% representando o maior valor obtido dentre as clínicas para esse item. O grau de fidelização médio

calculado para as clínicas ficou em 3,63 o que significa um valor mediano numa escala de 1 a 5. Apenas duas clínicas obtiveram um grau acima da média que foram a clínica C com 4,13 e a clínica E com 3,73.

**Tabela 20 – Grau comparativo das variáveis de fidelização das clínicas**

<b>VARIÁVEIS/CLÍNICAS</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>Média</b>
<b>Hábito de freqüentar</b>	58,3%	53,3%	30,0%	64,3%	50,6%	<b>51,3%</b>
<b>Experimentar outros serviços</b>	28,3%	30,0%	26,6%	31,6%	28,3%	<b>28,9%</b>
<b>Mudar para um preço melhor</b>	30,0%	23,0%	16,6%	45,0%	15,0%	<b>25,9%</b>
<b>Influenciar outras pessoas</b>	44,0%	68,3%	88,3%	86,6%	80,0%	<b>73,4%</b>
<b>Fazer comentários positivos</b>	64,0%	88,3%	96,6%	88,3%	90,0%	<b>85,4%</b>
<b>Defender se ouvisse falar mal</b>	54,0%	56,6%	83,3%	60,0%	66,7%	<b>64,1%</b>
<b>Total grau de fidelização</b>	<b>3,36</b>	<b>3,55</b>	<b>4,13</b>	<b>3,42</b>	<b>3,73</b>	<b>3,63</b>

Fonte: Pesquisa de campo/Elaborada pela autora

## 5 ANÁLISE DAS RELAÇÕES

O capítulo de análise neste trabalho foi aquele que serviu para atingir o objetivo geral da dissertação que foi o de relacionar os três construtos estudados. Usando o método de Regressão Linear Simples, quatro análises foram realizadas de acordo com o esquema a seguir:

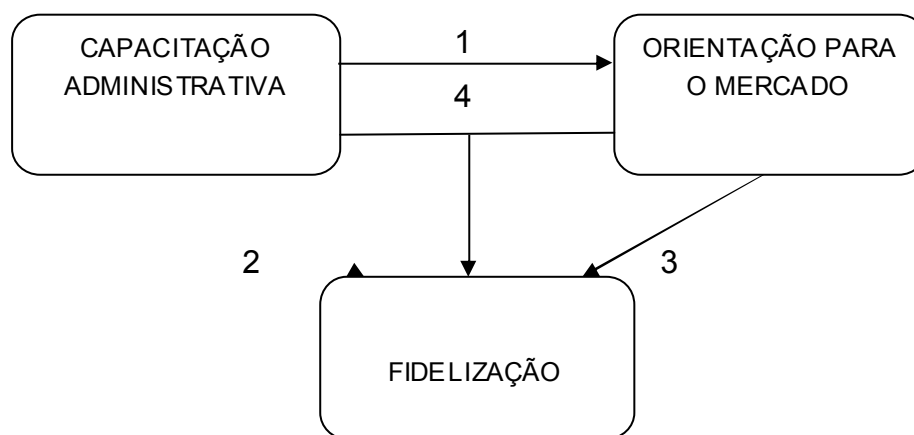


Figura 6 - Esquema de correlação entre os construtos  
Fonte: Elaborado pela autora

### 5.1 ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE CAPACITAÇÃO ADMINISTRATIVA E ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO.

Nesta análise a Orientação para o Mercado (OM) se configura como variável dependente e Capacitação Administrativa (CA) como variável independente já que queremos analisar se há uma maior orientação para o mercado à medida que há uma maior capacitação administrativa. Utilizando o software SPSS os resultados gerados são mostrados na Tabela 21.

Tabela 21 - Valores para equação de regressão entre CA e OM

Modo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro padronizado	Beta		
1	<b>Constante</b>	,151	2,955		,051	,962
	<b>Construto CA</b>	,932	,683	,619	1,363	,266

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com os valores obtidos foi possível determinar a equação de regressão linear simples para essa relação onde A apresentou-se com o valor de 0,932 (construto CA) e B apresentou-se com o valor de 0,151 (constante). Dessa forma a equação gerada foi:

$$OM = 0,932 \times CA + 0,151$$

A Tabela 22 mostra o cálculo do R e R<sup>2</sup>, onde R indica a correlação entre as variáveis. Quando o R se apresenta diferente de zero indica que a correlação entre as variáveis existe. Neste caso o valor encontrado de R foi de 0,619, ou seja, maior do que zero indicando correlação positiva entre as variáveis. Isso quer dizer que, à medida que a Capacitação Administrativa aumenta a Orientação para o Mercado aumenta também. Da mesma forma, à medida que Capacitação Administrativa diminui a Orientação para o Mercado diminui também. O R<sup>2</sup> é o coeficiente de determinação e indica o poder de explicação do modelo de regressão. Para as variáveis em questão, obteve-se R<sup>2</sup> igual a 0,383 o que significa dizer que a relação apresentada possui apenas 38,3% de chance de ser explicada, ou seja, mesmo havendo uma correlação positiva entre os construtos, seu poder de explicação do construto Capacitação Administrativa para as variáveis no construto Orientação para o Mercado é baixo.

Tabela 22 - Correlação entre as variáveis CA e OM e seu poder de explicação

Modo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Erro padronizado estimado
1	,619(a)	,383	,177	,61824

Fonte: Dados da pesquisa

## 5.2 ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE CAPACITAÇÃO ADMINISTRATIVA E FIDELIZAÇÃO

Nesta análise a Fidelização (F) se configura como variável dependente e Capacitação Administrativa (CA) como variável independente já que queremos analisar se há uma maior Fidelização à medida que há uma maior Capacitação Administrativa. A Tabela 23 traz os seguintes resultados:

**Tabela 23 - Valores para equação de regressão entre CA e F**

Modo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro padronizado	Beta		
1	<b>Constante</b>	2,744	1,627		1,686	,190
	<b>Construto CA</b>	,208	,376	,304	,552	,619

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com os valores obtidos foi possível determinar a equação de regressão linear simples para essa relação onde A apresentou-se com o valor de 0,208 (construto CA) e B apresentou-se com o valor de 2,74 (constante). Dessa forma a equação gerada é:

$$F = 0,208 \times CA + 2,74$$

Na próxima Tabela 24 podemos verificar que o valor encontrado de R foi de 0,304, ou seja, maior do que zero indicando correlação positiva entre as variáveis. Neste caso, à medida que Capacitação Administrativa aumenta, a Fidelização aumenta também. Da mesma forma, à medida que Capacitação Administrativa diminui, a Fidelização diminui também. No caso desta relação o R<sup>2</sup> obtido foi de 0,092 o que significa dizer que a relação apresentada possui apenas 9,2% de chance de ser explicada, ou seja, mesmo havendo uma correlação positiva entre os construtos, seu poder de explicação do construto Capacitação Administrativa para as variáveis do construto Fidelização é muito baixo.

**Tabela 24 - Correlação entre as variáveis CA e F e seu poder de explicação**

Modo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Erro padronizado estimado
1	,304(a)	,092	-,210	,34047

Fonte: Dados da pesquisa

### 5.3 ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO E FIDELIZAÇÃO

Nesta análise a Fidelização se configura como variável dependente e a Orientação para o Mercado como variável independente já que queremos analisar se há uma maior Fidelização à medida que há uma maior Orientação para o Mercado. De acordo com os valores obtidos foi possível determinar a equação de regressão linear simples para essa relação onde A apresentou-se com o valor de 0,197 (construto OM) e B apresentou-se com o valor de 2,81 (constante) como mostra a Tabela 25. Dessa forma a equação gerada é:

$$F = 0,197 \times OM + 2,81$$

**Tabela 25 - Valores para equação de regressão entre OM e F**

Modo		Coeficiente não Padronizado		Coeficiente Padronizado	t	Sig.
		B	Erro padronizado	Beta		
1	<b>Constante</b>	2,818	,994		2,836	,066
	<b>Constructo OM</b>	,197	,236	,434	,835	,465

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 26 mostra que o valor encontrado de R foi de 0,434 indicando correlação positiva entre as variáveis. Neste caso, à medida que Orientação para o Mercado aumenta, a Fidelização aumenta também. Da mesma forma, à medida que a Orientação para o Mercado diminui, a Fidelização diminui também. No caso desta relação o R<sup>2</sup> obteve um valor de 0,082 o que significa dizer que a relação apresentada possui uma chance de apenas 8,2% de ser explicada, ou seja, mesmo havendo uma correlação positiva entre os construtos, seu poder de explicação entre o construto Orientação para o Mercado para as variáveis do construto Fidelização é muito baixo.

**Tabela 26 - Correlação entre as variáveis OM e F e seu poder de explicação**

Modo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Erro padronizado estimado
1	,434(a)	,188	-,082	,32193

Fonte: Dados da pesquisa

#### 5.4 ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE CAPACITAÇÃO ADMINISTRATIVA + ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO E FIDELIZAÇÃO

Nesta análise a Fidelização se configura como variável dependente e o somatório de Capacitação Administrativa com Orientação para o Mercado a variável independente já que queremos analisar se há uma maior Fidelização à medida que há um maior somatório de Capacitação Administrativa com Orientação para o Mercado. A se apresentou como 0,22 (somatório dos construtos Orientação para o Mercado e Capacitação Administrativa) e B (constante) se apresentou como 2,716 como apresentados na Tabela 27. Dessa forma a Equação de Regressão Linear que representa essa relação é:

$$F = 0,22 \times (OM + CA) + 2,716$$



Tabela 27- Valores para equação de regressão entre CA + OM e F

Modo		Coeficiente não Padronizado		Coeficiente Padronizado	t	Sig.
		B	Erro padronizado	Beta		
1	<b>Constante</b>	2,716	1,883		1,443	,286
	<b>Construto OM</b>	,181	,368	,399	,493	,671
	<b>Construto CA</b>	,039	,554	,057	,070	,950

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 28 mostra que o valor encontrado de R foi de 0,436 indicando correlação positiva entre as variáveis por se apresentar maior do que zero. Neste caso, à medida que a soma Capacitação Administrativa e Orientação para o Mercado aumenta, a Fidelização aumenta também. Da mesma forma, à medida que a soma Capacitação Administrativa e Orientação para o Mercado diminui, a Fidelização diminui também. No caso desta relação o  $R^2$  obteve um valor de 0,619 o que significa dizer que a relação apresentada possui uma chance de ser explicada de apenas 6,19%, ou seja, mesmo havendo uma correlação positiva entre os construtos, seu poder de explicação entre a soma dos construtos Capacitação Administrativa e Orientação para o Mercado para as variáveis do construto Fidelização é muito baixo.

Tabela 28 - Correlação entre as variáveis CA + OM e F e seu poder de explicação

Modo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Erro padronizado estimado
1	,436(a)	,190	-,619	,39379

Fonte: Dados da pesquisa

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo geral identificar a relação existente entre o grau de Capacitação Administrativa, o grau de Orientação para o Mercado dos gestores e o grau de Fidelização dos clientes de Clínicas Odontológicas da cidade de Natal/RN. Analisando individualmente os dados por clínica percebeu-se que o grau de Fidelização apresentado pelos clientes não tinha uma relação direta com os outros dois construtos, ou seja, a maioria das clínicas teve um grau de Fidelização mais baixo do que a média dos graus de Capacitação Administrativa e Orientação para o Mercado. Apenas uma das clínicas apresentou um grau de Fidelização compatível com os níveis de Capacitação Administrativa e Orientação para o Mercado que foi a clínica C. Na análise de regressão realizada para confirmação da relação entre os constructos verificou-se a presença de correlação positiva entre os três construtos estudados, o que significa dizer que quando um aumenta o outro aumenta também, no entanto seu poder de explicação apresentou-se baixo. A relação que apresentou um maior poder de explicação foi entre Capacitação Administrativa e Orientação para o Mercado com  $R^2 = 38,3\%$ .

Dessa forma entendeu-se que, na amostra estudada, não foi possível afirmar que clínicas com gestores mais capacitados administrativamente serão mais orientados para o mercado e fidelizarão mais clientes. Inclusive, não foi verificada uma diferença significativa entre o grau de Capacitação Administrativa dos Cirurgiões-Dentistas comparados ao dos administradores assim como no grau de Orientação para o Mercado também.

Quanto ao objetivo específico que buscou determinar o grau de capacitação administrativa dos gestores de clínicas odontológicas verificou-se que todos os gestores se auto-avaliaram como possuindo um grau acima da média em relação a sua Capacitação Administrativa (média 3 numa escala de 1 a 5) sendo que o menor resultado foi 3,77 enquanto que aquele que melhor se avaliou alcançou 4,77 de média. Esse resultado provocou reflexão sobre o método adotado nesta investigação para avaliar o grau de capacitação administrativa já que os sujeitos se auto-avaliaram tendo a premissa de que a pesquisadora teria acesso a essa

informação. Em pesquisas futuras recomenda-se que sejam utilizadas outras formas de avaliar-se a capacidade administrativa dos sujeitos usando, como por exemplo, um questionário de avaliação de conhecimentos específicos.

Com relação ao segundo objetivo específico que foi determinar o grau de orientação para o mercado dos gestores das clínicas odontológicas percebeu-se que os resultados também foram elevados, com graus superiores à média sendo que a menor foi de 3,4 e a maior foi de 4,92, ou seja, quase o grau máximo numa escala de 1 a 5. Uma limitação verificada neste ponto é que a escala de Narver e Slater, segundo Pereira (2004) avalia a orientação para clientes e concorrentes através da visão da própria empresa. Uma visão míope pode ter sido adotada pelas empresas já que o questionário era auto-avaliativo. Neste caso fica difícil comprovar se o que foi encontrado realmente é praticado no âmbito das clínicas.

No terceiro objetivo específico que foi determinar o grau de Fidelização dos pacientes de cada clínica notou-se que as médias ficaram em valores mais baixos do que os outros construtos anteriormente mencionados. O grau mínimo ficou em 3,36 enquanto que o grau máximo ficou em 4,13 numa escala de 1 a 5. Uma das principais limitações nesse ponto da pesquisa se deu em relação às questões muito abrangentes sobre fidelização perguntadas aos pacientes das clínicas. Notou-se durante a entrevista que alguns pacientes relatavam outros aspectos que para eles influenciavam na Fidelização da respectiva clínica que freqüentavam. Um dos pacientes, inclusive, mencionou que estava ali por causa do Cirurgião-Dentista que o atendia. Ele gostava tanto do profissional que disse que se ele mudasse para qualquer outra clínica ele iria junto. Neste sentido, a limitação se deu por falta de um instrumento de pré-teste que não foi realizado pelo fato do questionário escolhido ter sido pré-testado pelo autor.

Para Zannetti (1999, p. 8):

o traço de heterogeneidade trazido pelo marketing para fidelização de clientela pode ser realizado de diversas formas e ser definido através das combinações de diferentes posturas como a ética, comunicação, científica, relacionamento interpessoal e afetivo, psicológico, empresarial, satisfação do paciente, uso de novas tecnologias pedagógicas e/ou psicológicas, administração do consultório, procedimentos de biossegurança, negociação comercial da prestação de serviços, dentre outras.

Nesta pesquisa apenas um desses fatores foi levado em consideração que é o caso da administração do consultório odontológico.

Em relação à delimitação do estudo para uma população específica (Clínicas Odontológicas da cidade de Natal/RN), não podemos generalizar os resultados obtidos para outras cidades que podem ter comportamentos diferentes.

O estudo realizado traz uma importante colaboração no sentido de ter iniciado uma exploração a respeito dos fatores de Fidelização relacionados aos fatores de administração importantes no mercado de serviços odontológicos. Como foi notado que fatores relacionados separadamente como Capacitação Administrativa e Orientação para o Mercado não promoveram, sozinhos, um aumento de Fidelização expressivo, sugere-se então que outros construtos sejam relacionados a fim de se obter maiores esclarecimentos em relação a um serviço de natureza tão abrangente. O relacionamento interpessoal entre paciente e profissional merece alguns aprofundamentos como relatado anteriormente por um cliente entrevistado.

## REFERÊNCIAS

AAKER, David A. **Criando e administrando marcas de sucesso**. São Paulo: Futura, 1996.

AAKER, David A. **Marcas: Brand Equity** gerenciando o valor da Marca. São Paulo: Elsevier Editora, 1998.

ALBAUM, Gerald. The Likert scale revisited: an alternate version. **Journal of the Market Research Society**, v. 39, n. 2, p. 331-348, April 1997.

ANDERSON, D. R.; SWEENEY, D. J; WILLIAMS, T. A. **Estatística Aplicada à Administração e Economia**. São Paulo: Pioneira, 2002.

ARCIER, N. M. *et al.* A importância do *Marketing* odontológico para enfrentar um mercado competitivo. **Revista odontológica de Araçatuba**, v. 28, n. 3, p. 24-32, 2007.

ANTONI, V. L; DAMACENA, C; LEZANA, A. G. R. Um modelo preditivo de orientação para o mercado: um estudo no contexto do ensino superior brasileiro. **Teoria e Evidência Econômica**, v. 14, Ed. Especial, Passo Fundo, 2006.

BARBETTA, Pedro A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 3 ed. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2001.

BELARDINELLI, V. H. Clínica particular, necessidade e possibilidade de fazê-la crescer: os convênios. **Odontologia Moderna**, v. 14, n. 2, p. 37-48, 1987.

BITENCOURT, C. C. **A Gestão de Competências Gerenciais – A contribuição da Aprendizagem Organizacional**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Administração. Porto Alegre, 2001.

BOTELHO, A. C. F. **Superando os desajustes do mercado de trabalho em odontologia**, 2005. Disponível em [HTTP://www.webodonto.com](http://www.webodonto.com). Acessado em 28/11/10.

CFO (Conselho Federal de Odontologia) 2010. **Números do CFO**. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acessado em 28/11/10.

CHUDIZIKIEWICZ, F. **Análise do Comportamento de Compra e da Satisfação do Cliente no Mercado de Panificadoras e Confeitarias em Curitiba**. Dissertação de Mestrado em Administração. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2005.

CHURCHILL, J. R; GILBERT, A. **Marketing research: methodological foundations**. 7.ed. Orlando: Dryden Press, 1999.

CIAMPONE, M. H. T; KURCGANT, P. O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 4. Brasília, 2004.

DAY, G. S. The Capabilities of Market-Driven Organizations. **Journal of Marketing**, v. 58, p. 37-52, October, 1994.

DAY, G. S. **A empresa orientada para o mercado: compreender, atrair e manter clientes valiosos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, v. 1, n. 2, p. 3-15, Maio 2001.

DEVLIN, S J.; DONG, H. K.; BROWN, M. Selecting a Scale for Measuring Quality. **Marketing Research**, v. 5, n. 3, p. 12-17, Summer 1993.

DIAS, S. R. **Gestão de Marketing**. São Paulo: Saraiva, 2003.

DICK, A. S., BASU, K. Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 22, p. 99-113, 1994.

DIDONET, S. R. **Orientação para o mercado e eficiência: aplicações ao segmento supermercadista**. Tese de Doutorado em Administração. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

DUTRA, J. S. **Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna**. São Paulo: Atlas, 2004.

FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 123-130, 2000.

FONSECA, Jairo Simon da. **Curso de Estatística**. São Paulo: Atlas, 1996.

GARCIA, P. P. N. S; COBRA. C. S. Condições de trabalho e satisfação de Cirurgiões-Dentistas credenciados por convênios odontológicos. **Revista de odontologia da UNESP**, v. 33, n. 3, p.115- 22. São Paulo, 2004.

GASTAL, F. **A Influência da Satisfação e dos Custos de Mudança na Lealdade do Cliente**. Dissertação de Mestrado em Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

HAIR J. F; ANDERSON, R. E; TATAHAM, R. L & BLACK, W. C. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2009. Disponível em [HTTP://www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acessado em 26/10/2010.

JAWORSKI, B. J; KOHLI, A. K. Market Orientation: Antecedents and Consequences. **Journal of Marketing**, v. 57, p. 53-70, 1993.

KOHLI, A. K; JAWORSKI, B. J. Market Orientation: The Construct, Research Propositions, and Managerial Implications. **Journal of Marketing**, v. 54, p. 1-18, 1990.

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

LIRA, A. M. F. Relação entre Satisfação, Confiança e Fidelidade para os Consumidores de Farmácias e Drogarias em Curitiba. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. 12, n. 14, 2008.

MACHADO, F. B. A **Fidelização do Consumidor no Setor de Serviços**: uma análise comparativa entre serviços de naturezas distintas. ENAMPAD, 2004.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de Marketing**: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MATTAR, F.N. **Pesquisa de Marketing**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MIALHE, F. L.; GONÇALO, C. S.; FURUSE, R. Satisfação profissional de uma amostra de Cirurgiões-Dentistas. **Revista Odontologia Clínica e Científica**, v.7, p. 139-143, 2008.

MONTENEGRO F. Convênios: um alerta aos profissionais. **Jornal da Associação Paulista de Cirurgiões- Dentistas**, v. 33, p. 30-32, 1999.

MORAES, H. T. Conferência do Dr. Eros Petrelli na ABORJ, notícia no Jornal do CFO - ano VI, n. 25, Outubro 1998.

MOWEN, John C., MINOR, Michael. **Comportamento do consumidor**. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

NARVER, John C.; SLATER, Stanley F. The effect of a market orientation on business profitability. **Journal of Marketing**, v.54, n. 4, p.20- 35, out 1990.

NEPOMUCENO, L. H., SANTOS, A. C. B. As competências gerenciais em uma empresa familiar: uma abordagem crítica. **Revista Alcance – Eletrônica**, v.16, n.1, p. 62-80. UNIVALI, 2008.

OLIVEIRA, R. N., JÚNIOR, O. B. O. Honorários Profissionais: Sua importância no Contexto do Consultório Odontológico. **Revista Odontologia e Sociedade**, v.1, n. ½, p. 51-54, 1999.

OLIVER, R. **Satisfaction. A Behavioral Perspective on the Consumer**. McGraw-Hill, 1997.



OLIVER, R. Whence customer loyalty? **Journal of Marketing**. Special Issue, v.63, p. 33-44, 1999.

PARANHOS, L. R. et al. Análise do mercado de trabalho odontológico na região sul do Brasil. **RFO**, v.14, n.1, p 7-13, janeiro/abril 2009.

PAULA, L. M., BEZERRA, A. C. B. A Estrutura Curricular dos Cursos de Odontologia no Brasil. **Revista da ABENO**, v. 3, n.1, p. 7-14, 2003.

PARDINI, L. C.; PIASENTIN, A. C. **Administração do Consultório Odontológico**, 2007. Disponível em URL: <http://podae.forp.usp.br>. Acessado em 26/10/ 2010.

PEREIRA, C. B. **C.D transcrito da revista "ortodontia"**, órgão oficial da sociedade paulista de ortodontia, n. 57, jan./fev./março 1999.

PEREIRA, B. C. S. **Implementação e Mensuração da Estratégia de Orientação para o Mercado**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

PERES, A.M. **Competências gerenciais do enfermeiro**: relação entre as expectativas da instituição formadora e do mercado de trabalho. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, 2006.

PERIN, M.G. **A relação entre Orientação para o Mercado, Aprendizagem organizacional e Performance**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

PETRELLI, E. Conferência na ABORJ. **Jornal do CFO**, ano VI, n. 25, Outubro. 1998.

REICHELDT, F.F. The One Number You Need to Grow. **Harvard Business Review**, p. 46-54, December, 2003.

RESENDE, E. **O livro das competências**: desenvolvimento das competências: a melhor auto-ajuda para as pessoas, organizações e sociedade. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

ROPÉ, F. TANGUY, L. **Saberes e competências**: o uso de tais noções na escola e na empresa. Campinas: Papyrus, 1997.

ROTHBARTH, L. WOLFF, L. D. G.; PERES, A. M. **O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicada à enfermagem**. Texto contexto – enferm, v.18, n. 2. Florianópolis, 2009.

SECCO, L. G.; PEREIRA, M. L. T. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 113-120. Rio de Janeiro, 2004.

SEIXAS, M. A. S., MELO, H. T. Desafios do Administrador Hospitalar. **Revista Gestão e Planejamento**, n. 9, p. 16-20, 2004.

SHAPIRO, B. P. What the Hell is “Market Oriented”? **Harvard Business Review**, p. 119-125, November-December 1998.

SHETH, J. N.; MITTAL, B.; NEWMAN, B. I. **Comportamento do cliente**: indo além do comportamento do consumidor. São Paulo: Atlas, 2001.

SOUZA, E. C. L. A capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais. **RAP**, v. 36, n. 1, p 73-88. Rio de Janeiro, 2002.

TEREZ, G. **Relação entre orientação para Serviços ao Cliente e Performance das Organizações**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000.

TOLEDO, G. L.; OVALLE, I. I. **Estatística básica**. São Paulo: Atlas, 1985.

URDAN, F. T. Medindo a orientação para o mercado: empresas brasileiras versus empresas estrangeiras. **Face Pesquisa**, v. 7, n. 1, p. 85-97, 2004.

WOLFFENBUTEL, A. P. **Avaliação do processo de interação universidade-empresa em incubadoras universitárias de empresas**: Um estudo de caso na incubadora de empresas de base tecnológica da UNISINOS. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti; REZENDE, Marta Cardoso Paes; KIKUCHI, Sueli Keiko; BARTONELLI, Viviane Miranda. **Estudo da correlação entre padrões de oferta pública de programas de atenção preventivo-promocional e a situação de cárie dental em 44 municípios brasileiros.** Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico; Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva. Comunicação Coordenada. Fortaleza, 1998.

ZANNETTI, C. H. G. **A crise da odontologia brasileira:** as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulamentação Curativa de Massa. Anais Universitários. Série Ciências Sociais e Humanas, 1999.

ZUGMAN, F. **Administração para profissionais liberais.** Editora Elsevier: Rio de Janeiro, 2004.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A – Carta de apresentação

Universidade Potiguar – UnP  
Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA  
Mestrado Profissional em Administração

Natal/RN, 12 de agosto de 2010

Prezado (a) Senhor (a).  
Gerente/Diretor

Através da Universidade Potiguar – UNP – estamos realizando uma pesquisa que será parte do desenvolvimento de uma dissertação de Mestrado em Administração que se intitula “A RELAÇÃO ENTRE CAPACITAÇÃO ADMINISTRATIVA, ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO E FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS”, conduzida pela aluna SANDRA MARIA RODRIGUES MEDEIROS DE MELO.

A proposta da dissertação consiste em verificar o grau de capacitação administrativa dos gestores das clínicas assim como seu grau de orientação para o mercado. Será verificado também o grau de fidelidade dos clientes em relação à clínica e em seguida será analisada a relação entre os três construtos relatados.

Para que tenhamos êxito nesse objetivo, necessitamos que as clínicas odontológicas respondam a este questionário como também forneçam cadastro telefônico de seus clientes para que seja realizada a terceira parte do questionário.

Cumpre-nos destacar que o anonimato das clínicas bem como o sigilo dos respondentes e dos clientes serão integralmente respeitados e que as informações decorrentes das respostas dadas serão utilizadas exclusivamente para atender aos objetivos da dissertação. Não será divulgada nenhuma informação exclusiva de cada clínica.

Contando com sua prestimosa ajuda na resposta ao questionário e, desde já manifestando nosso sincero agradecimento, apresentamos-lhe nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

---

Prof. Dr. Alípio Ramos Veiga Neto  
Professor Orientador da Pesquisa

---

Profa. Dra. Tereza de Souza  
Coordenadora do Mestrado

## APÊNDICE B – Questionário aplicado

### PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA E DO RESPONDENTE

Nome da empresa: \_\_\_\_\_  
 Site: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Fone: \_\_\_\_\_

#### Perfil do respondente da empresa

Nome: \_\_\_\_\_  
 Cargo/atividade: \_\_\_\_\_  
 Formação profissional (especificar):  
 ( ) Segundo grau: \_\_\_\_\_  
 ( ) Graduação: \_\_\_\_\_  
 ( ) Pós-graduação: \_\_\_\_\_  
 É sócio da empresa: ( ) sim ( ) não  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Experiência profissional anterior (em anos):  
 Técnica: \_\_\_\_\_  
 Administrativa: \_\_\_\_\_

### PARTE 2 – CAPACITAÇÃO ADMINISTRATIVA

Considerando as suas competências como gestor da sua empresa, indique o seu grau de capacitação em relação a cada um dos aspectos abaixo especificados variando do nível **1= “não sei nada sobre isso”, 2 = “sei o que é, mas não sei aplicar”, 3 = “fiz alguns cursos, mas não aplico”, 4 = “fiz cursos e aplico parcialmente”, 5= “fiz cursos na área e aplico”**.

	1	2	3	4	5
<b>Marketing e vendas</b> (acompanhamento do mercado, cadastro de clientes, acompanhamento da concorrência, propaganda)					
<b>Finanças e custos</b> (fluxo de caixa, orçamento, cálculo do preço de venda, cálculo de custos, análise dos balanços da empresa)					
<b>Gestão dos Recursos Humanos</b> (seleção e recrutamento de pessoal, avaliação, gestão de equipes, políticas de treinamento)					
<b>Planejamento Estratégico</b> (missão da empresa, objetivos e metas, planejamento das ações, acompanhamento e análise do cenário/mercado)					
<b>Gestão da Informação</b> (sistemas de informação, bancos de dados, informação e tomada de decisão)					
<b>Gestão da Qualidade</b> (documentação e registro de fluxos e processos internos, ações para melhorar o atendimento aos clientes, organização interna – 5s, ISO 9000)					
<b>Gestão da Qualidade</b> (documentação e registro de fluxos e processos internos, ações para melhorar o atendimento aos clientes, organização interna – 5s, ISO 9000)					
<b>Aspectos legais</b> (legislação da microempresa, legislação trabalhista, registro de patentes e de propriedade intelectual)					
<b>Características pessoais para o exercício do cargo de gestor</b> (equilíbrio e desenvolvimento pessoal, comunicação e expressão, liderança)					

### PARTE 3 – ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO

As afirmativas a seguir referem-se às três dimensões do construto orientação para o mercado. Assinale o seu grau de freqüência em relação a cada uma delas variando do nível 1 = “Nunca/Não”, 2 = “Quase nunca/muito pouco”, 3 = “Mais ou menos”, 4 = “Quase sempre/bastante”, 5 = “Sempre/Totalmente”

<b>ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Os objetivos da nossa Clínica colocam a satisfação dos clientes em primeiro lugar					
A nossa Clínica controla o nível de compromisso dos funcionários em satisfazer as necessidades dos clientes.					
As estratégias da nossa Clínica para superar os concorrentes são baseadas no conhecimento que temos das necessidades dos clientes.					
A nossa Clínica realiza pesquisas para medir a satisfação dos clientes					
Nesta Clínica, quando descobrimos que os clientes estão insatisfeitos com a qualidade de nossos serviços, nós agimos rapidamente para corrigir o problema					
Na nossa Clínica, damos atenção ao serviço pós-tratamento.					
Informações sobre a satisfação dos clientes são divulgadas em todos os níveis da nossa Clínica.					
Antes que uma decisão importante envolvendo qualquer área da nossa Clínica seja tomada, o impacto da decisão sobre os clientes é analisado					
<b>ORIENTAÇÃO PARA O CONCORRENTE</b>					
O nosso pessoal de atendimento e execução do tratamento do cliente discute com as áreas internas da Clínica as informações que conseguem sobre os concorrentes.					
Esta Clínica responde rapidamente às ações da concorrência que podem nos ameaçar.					
A diretoria da nossa Clínica discute os pontos fortes, os pontos fracos e as estratégias dos concorrentes.					
<b>COORDENAÇÃO INTERFUNCIONAL</b>					
Na nossa Clínica os departamentos trocam entre si informações sobre boas e más experiências ocorridas com os clientes.					
Na nossa Clínica, todas as áreas (como recepção, consultório, cobrança, etc.) trabalham integradas para satisfazer as necessidades dos clientes.					
Os gerentes da nossa Clínica compreendem como os funcionários das diversas áreas podem contribuir para satisfazer as necessidades dos clientes.					

#### PARTE 4 – FIDELIZAÇÃO

As afirmativas a seguir referem-se à Fidelização que o Sr./Sra. possui em relação a esta clínica que frequenta. Responda primeiramente se concorda, discorda ou é indiferente com as afirmações, em seguida se concordar ou discordar indique se é parcialmente ou totalmente, seguindo a seguinte legenda: DT (discordo totalmente), DP (discordo parcialmente), IN (indiferente), CP (concordo parcialmente) e CT (concordo totalmente).

	DT	DP	IN	CP	CT
Freqüento esta clínica porque já estou habituado a freqüentá-la					
Procuo experimentar serviços de outras clínicas					
Freqüento esta clínica e ainda influencio outras pessoas a freqüentá-la					
Eu defenderia essa clínica se ouvisse falar mal dela					
Certamente eu faria comentários positivos sobre essa clínica					
Mudaria de clínica se achasse outra com preço melhor					



