

# INFLUÊNCIA DA QUALIDADE NA SELEÇÃO DE PARCEIROS EM ODONTOLOGIA

## INFLUENCE OF QUALITY IN PARTNER SELECTION IN DENTISTRY

**Rubens de Almeida Zimbres<sup>1</sup>**

1 Cirurgião dentista formado pela Universidade de São Paulo em 1992  
Mestre e Doutorando em Administração de Empresas pela Universidade Presbiteriana Mackenzie

### **Endereço para correspondência**

Rubens de Almeida Zimbres - WEBSITE: [www.dr3.com.br](http://www.dr3.com.br)  
E-mail: falecom@dr3.com.br

### **RESUMO**

Este estudo avaliou os critérios componentes da qualidade na seleção de parceiros em Odontologia e sua dinâmica temporal. Foram enviados questionários a 3159 dentistas da cidade de São Paulo para verificar quais são os critérios de seleção de parceiros e as características das parcerias formadas. Por meio de conceitos de co-operação, que significa competir e cooperar com os concorrentes, justificou-se a importância das parcerias como meio de fortalecer o poder de barganha da classe odontológica. Os resultados sugerem que os critérios relacionados à qualidade na seleção de parceiros não permanecem estáticos no tempo, mas evoluem dependendo da estrutura de mercado, regras de interação entre os indivíduos, tempo envolvido na relação e experiência do indivíduo. O estudo também sugere que a classe odontológica é permeada por laços fracos de relacionamento, provável motivo pelo qual a mesma possui pouco poder de barganha frente a clientes e fornecedores.

**Palavras-chave:** relações interprofissionais; odontologia; indicadores de qualidade em assistência à saúde; seleção de parceiros.

### **ABSTRACT**

This research evaluated components of quality construct in partner selection in Dentistry and its evolution in time. Questionnaires were sent to 300 dentists from São Paulo in order to verify which are the partner selection criteria and characteristics of partnerships. Using co-opetition concepts, that means compete and cooperate with competitors, we justified the importance of partnerships as a way of strengthen the bargain power of dentists. Results suggest that criteria related to quality are not static, but evolve in time according to market structure, rules of interaction among individuals and time spent in relationship. The research also suggests that dentists are connected through weak ties. This may be the main reason why dentists have small bargain power facing clients and suppliers.

**Keywords:** interprofessional relations; dentistry; quality indicators, health care; partner selection.

## 1 INTRODUÇÃO

O mercado odontológico passa atualmente por uma crise, devido à ausência de barreiras à entrada de novos profissionais, o que causou uma saturação no mercado. A Tabela 1 apresenta os cursos de graduação em Odontologia existentes em 1991 e 2004, por natureza jurídica e por região do Brasil. Observa-se que, a nível nacional, houve um aumento de 109,64% na quantidade de cursos, principalmente devido à criação de cursos particulares. O número de pacientes por dentista, fixado como ideal pela Organização Mundial de Saúde na proporção de 1500:1, atualmente se encontra abaixo de 1000:1, em determinadas regiões brasileiras, como o sudeste. Associado a esse fato, o número de usuários de planos odontológicos passou de 4 milhões em 2003 para aproximadamente 6 milhões em 2006, sendo que no último ano houve um aumento de 136% (Invertia<sup>15</sup> 2006; Covre e Alves<sup>6</sup> 2006).

**Tabela 1 - Cursos de graduação em Odontologia em 1991 e 2004, por natureza jurídica e por região do Brasil.**

	Natureza Jurídica			Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
	BRASIL	Pública	Privada					
<b>1991</b>	83	46	37	2	13	48	14	6
<b>2004</b>	174	54	120	12	28	93	30	11
<b>Crescimento</b>	109,64%	17,39%	224,32%	500,00%	115,38%	93,75%	114,29%	83,33%

Fonte: Haddad et al.<sup>13</sup> (2006).

Esse grande fluxo de novos entrantes elevou a rivalidade interna da classe, enfraquecendo-a e aumentando o poder de barganha de pacientes e fornecedores. Tal fato ocasionou uma guerra de preços e o enfraquecimento do poder de negociação dos dentistas, que atualmente percebem uma diminuição na quantidade de clientes particulares e um aumento de clientes possuidores de plano odontológico. Frente à nova demanda, há a necessidade de ferramentas gerenciais para o melhor controle de custos, gestão de pessoas e planejamento estratégico do negócio. Contudo, as decisões na área odontológica são essencialmente intuitivas e reativas, uma vez que não existe formação específica em Administração de Empresas nem Marketing para esses profissionais. Logo, os dentistas não têm o discernimento para adotar uma estratégia de economia de custos ou diferenciação, de acordo com o mercado atendido, o que representa uma clara vantagem competitiva das empresas operadoras de planos odontológicos, que contam com profissionais especializados. Por consequência, os dentistas atribuem a causa do insucesso também às operadoras de planos odontológicos. Segundo o CFO<sup>4</sup> (2007), numa pesquisa feita junto a 23.688 dentistas pelo Conselho Federal de Odontologia, 91,54% dos respondentes consideram sua relação com as prestadoras como insatisfatória.

Para que o poder da classe odontológica se restabeleça, são necessárias modificações na estrutura relacional da mesma, o que pode ocorrer através da formação de parcerias e alianças estratégicas, aumentando a capacidade de competir dos consultórios. O ramo odontológico é caracterizado pela não existência de contratos de exclusividade, o que diminui sua estabilidade e por grande rivalidade, uma vez que o escopo de muitas das empresas integrantes se sobrepõe, i.e., muitos consultórios e clínicas oferecem a mesma especialidade. Para Khanna et al.<sup>19</sup> (1998), isso estimula a concorrência e diminui a estabilidade de eventuais parcerias. Os tratamentos multidisciplinares, por sua vez, caracterizam a complexidade de soluções ao cliente e atuam como mecanismo integrador, pois costuma-se indicar pacientes para colegas.

Logo, a importância de seleção de parceiros como meio de fornecer uma solução adequada ao cliente é de especial relevância para que o tratamento em um dentista indicado possa seguir a mesma qualidade prestada pelo dentista no qual o cliente foi atendido primeiramente.

Por esse motivo, esse artigo foca a qualidade, enquanto um dos critérios de seleção de parceiros mais relevantes, conforme sugerem Arrègle et al.<sup>1</sup> (2003), Juhantila e Virolainen<sup>17</sup> (2004), Fitzsimmons e Fitzsimmons<sup>10</sup> (2003) e Koza e Lewin<sup>20</sup> (1999). Contudo, Corrêa e Caon<sup>5</sup> (2002), Fitzsimmons e Fitzsimmons<sup>10</sup> (2003), File et al.<sup>9</sup> (1992) argumentam que a qualidade é de difícil operacionalização, por conter em si aspectos intangíveis. Os clientes não conseguem ver ou enxergar os serviços. Os clientes tentam tornar o serviço tangível para tornar mais fácil avaliá-lo. As instalações, os equipamentos, os funcionários, os materiais de comunicação, outros clientes, preços e tecnologia disponível são elementos tangíveis que fornecem indícios ao cliente sobre a parcela intangível do serviço, principalmente no início da relação.

Sabe-se que a troca de informações e a constituição de opiniões pessoais acerca de determinado tema são processos dinâmicos e evolutivos. Através de interações, as informações fluem em redes sociais (redes de indivíduos interligados entre si), seguindo regras de comportamento individuais, dependentes do meio no qual os indivíduos se situam. O problema de pesquisa traz a dúvida referente a esse processo evolutivo: os pesos de cada um dos critérios referentes à qualidade que os dentistas utilizam para selecionar seus parceiros permanecem estáveis ao longo de sua vida profissional? Para isso, procurou-se entender primeiramente quais são os critérios de seleção de parceiros em Odontologia.

A seguir será apresentada a revisão de literatura. Em seguida, serão apresentados os materiais e métodos utilizados na pesquisa, finalizando com a análise dos resultados, as conclusões e limitações do estudo.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Co-opetição**

Segundo Nalebuff e Brandenburger<sup>21</sup> (1996), o mundo dos negócios pode ser melhor compreendido caso o mesmo seja analisado por meio de cada um de seus elementos constituintes: jogadores, valor adicional, regras, táticas e um escopo definido. Jogadores são as empresas que criam a rede de valor do negócio, estabelecendo seus relacionamentos. Essa rede de valor é composta por clientes, fornecedores, complementadores e concorrentes. No caso odontológico, fornecedores são os negócios

de venda de material dental, laboratórios de prótese, gráficas e farmácias de manipulação. Os concorrentes são não apenas os outros dentistas e empresas operadoras de planos odontológicos, mas também pastas dentais clareadoras e clareadores vendidos em farmácias e todo negócio que eventualmente venha a competir pelos recursos dos clientes odontológicos, como agências de viagens, lojas de celulares, roupas, eletroeletrônicos, entre outros. Complementadores são aqueles que fornecem soluções adicionais ao serviço odontológico, seja na prevenção de problemas futuros, como por exemplo indústrias de escovas de dente, pastas e fios dentais, seja na melhoria de aspectos estéticos, como indústrias de cosméticos e clínicas de estética. Há uma grande oportunidade para com os complementadores, pois como seus produtos não concorrem diretamente com os dos dentistas, é possível a formação de parcerias com ganha-ganha para ambas as partes.

Cada jogador tem um valor adicional neste “jogo”. Um jogador tem alto valor adicional quando o jogo mudaria muito sem ele. Na Odontologia, dada a saturação do mercado, cada dentista tem valor adicional muito pequeno. Os laboratórios de prótese são poderosos pois a concorrência é relativamente pequena e o custo de mudança é alto, pois a qualidade oferecida pelo laboratório influencia a durabilidade final do produto entregue ao cliente. Ao mesmo tempo, existem relativamente poucos fornecedores de materiais dentais, o que faz com que o valor adicional de cada uma deles seja grande, pois o dentista depende de prazos para um adequado atendimento de seu cliente. Existe também o fato da logística desses fornecedores de materiais dentais ser algumas vezes ineficiente, e a falta de material associada à não programação de compras fazem com que o dentista compre de um outro fornecedor a qualquer preço para satisfazer seu cliente, pois seu poder de barganha está diminuído.

No “jogo” da Odontologia, as regras são tácitas. Não há contratos entre dentistas e fornecedores. Alguns dentistas criam contratos apenas com seus clientes, para prevenir problemas futuros, como insatisfação com o tratamento provido e uma eventual disputa judicial. Em casos onde o tratamento é breve, além da criação de um laço de relacionamento fraco, o contrato é temporário e com isso o poder de barganha do dentista diminui, pois o cliente pode desistir do tratamento durante o mesmo. O custo de troca é pequeno e laço do relacionamento é fraco, pois segundo Granovetter<sup>12</sup> (1973) há pouco dinheiro envolvido, pouca intensidade emocional envolvida e pouco tempo de

relação. Essa fraca força do laço também parece ocorrer entre dentistas, dada a acirrada competição no ramo odontológico, o que justificaria seu pequeno poder de barganha. Assumindo essa posição, apresenta-se a primeira hipótese, como justificativa do argumento apresentado em relação à importância das parcerias:

**H<sub>1</sub>** – A classe odontológica é permeada por laços fracos de relacionamento.

A mensuração da força dos laços entre os dentistas foi feita segundo a seguinte equação: tempo em que o dentista recebe indicações de clientes de parceiros × número de pacientes recebidos + tempo em que o dentista indica clientes ao parceiro × número de pacientes indicados + grau de envolvimento na relação.

O desenvolvimento de relacionamentos com os participantes da rede de valor poderia vir a aumentar o poder da classe odontológica. A formação de parcerias entre dentistas surge como uma opção à classe para que a mesma aumente seu poder de barganha junto a fornecedores e clientes. Através de parcerias, poderia haver economia de custos de publicidade e de insumos, dado que o volume de compra seria maior, o que pode fazer com que os fornecedores estejam mais dispostos a negociar seus preços, dada a magnitude do pedido. Isso fortaleceria o poder de negociação dos dentistas, aumentando seu valor adicional e estimulando a competição entre os fornecedores, o que é suportado por Hamel et al.<sup>14</sup> (1989).

Essa mudança relacional alteraria o escopo do jogo. A formação de grupos de dentistas pode vir a fortalecer o poder de barganha da classe odontológica. Isso permitiria compartilhar custos de marketing, pois o custo de uma campanha publicitária de R\$ 20.000,00 num grupo de 40 dentistas ficaria reduzido a R\$ 500,00 por dentista. Soma-se a isso um contrato de longo prazo com um fornecedor de material dental com pedidos anuais de R\$ 192.000,00 (40 dentistas gastando R\$ 400,00 por mês durante o ano). Desta maneira, os consultórios se tornariam mais visíveis, receberiam mais clientes, teriam menos horários disponíveis, aumentariam seu poder de barganha, diminuindo o poder do cliente na negociação e melhorando a percepção sobre a imagem dos consultórios do grupo.

## **2.2 Seleção de Parceiros**

No processo de seleção de parceiros, Kelly et al.<sup>18</sup> (2002) e George e Farris<sup>11</sup> (1999) argumentam que as empresas tendem a realizar a seleção de parceiros baseadas em critérios técnicos facilmente observáveis, como habilidades técnicas e capacidade financeira, ignorando ou subestimando os critérios de compatibilidade pessoal, reconhecidamente importantes, principalmente nos estágios iniciais de formação e estabilização da aliança. Há portanto uma preferência por critérios quantitativos em relação aos qualitativos e subjetivos, sendo os últimos estudados por Cullen et al.<sup>8</sup> (2000), que exploram os conceitos de capital de relacionamento, confiança e comprometimento.

Juhantila e Virolainen<sup>17</sup> (2004) e Kelly et al.<sup>18</sup> (2002) argumentam que existe um subjetivismo na escolha, e classificam os critérios envolvidos na seleção de parceiros como qualitativos e quantitativos. São considerados critérios qualitativos: qualidade, flexibilidade, reputação, confiança, ética, competência, atendimento, *know-how*, complementaridade, suporte técnico, facilidades, recursos e experiência passada. São considerados critérios quantitativos: custo, prazo de entrega, desempenho, proximidade e formas de financiamento. Após estudo da literatura, percebeu-se que alguns autores citam os critérios, mas não os desenvolvem. Por isto, procurou-se referências para embasar a operacionalização dos critérios de decisão para efeito da pesquisa de campo deste estudo.

Segundo Arrègle et al.<sup>1</sup> (2003), Juhantila e Virolainen<sup>17</sup> (2004) e Fitzsimmons e Fitzsimmons<sup>10</sup> (2003), a qualidade é fator relevante na seleção de parceiros, especialmente para Koza e Lewin<sup>20</sup> (1999), que pesquisaram serviços profissionais, apesar dos últimos não a terem mensurado. Ou seja, a literatura existente carece de estudos aprofundados referentes à importância da qualidade na seleção de parceiros em serviços profissionais.

### **2.3 Qualidade**

Segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons<sup>10</sup> (2003), Parasuraman et al.<sup>22</sup> (1988), a avaliação da qualidade de um serviço é baseada nas expectativas e nas percepções do consumidor e estas são sujeitas a influências externas. Duas dessas influências são a propaganda boca a boca (Chandon et al.<sup>3</sup> 1997; Corrêa e Caon<sup>5</sup> 2002) e as interações

peçoais, pois são fatores significantes na geração de novos negócios para serviços complexos e difíceis de serem avaliados, como é o caso de cirurgias estéticas e tratamentos odontológicos. Segundo File et al.<sup>9</sup> (1992) esses tipos de serviço envolvem alta intangibilidade, alto risco e alto envolvimento.

O presente estudo pretende mensurar a qualidade diferentemente da escala SERVQUAL, proposta por Parasuraman et al.<sup>22</sup> (1988) e SERVPERF, proposta por Cronin e Taylor<sup>7</sup> (1992), que são escalas usuais quando se trata de qualidade na área de marketing, pois a seleção de parceiros não se baseia apenas na qualidade percebida, mas também na qualidade esperada pelo mercado, ou seja, os requisitos esperados do parceiro.

Após qualificar as empresas fornecedoras, o consumidor irá avaliar o valor agregado ao produto por meio da análise de fatores como prazo de entrega, atributos técnicos, extensão da linha de produtos, *design* do produto, suporte pós-venda, treinamento, nome da marca, customização da distribuição, fabricação, montagem, entrega e *design*, conforme dispõem Fitzsimmons e Fitzsimmons<sup>10</sup> (2003).

Seguindo-se o disposto acima, a variável expectativa de qualidade do parceiro foi obtida mensurando-se a importância dada pelo dentista ao preço, equipamentos, instalações, aparência da equipe, disposição em ajudar, personalização do serviço, atenção individual e grau de utilização da tecnologia. Dado que a percepção de qualidade é influenciada por propaganda boca a boca e interações pessoais, e que tais mecanismos de difusão de informação podem variar de acordo com o indivíduo e seu ambiente pessoal, apresenta-se a segunda hipótese:

**H<sub>2</sub>** – Os critérios de seleção de parceiros referentes à qualidade não permanecem estáveis no tempo.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

Neste estudo, essencialmente quantitativo, o universo em questão foi composto por 17.571 profissionais, tendo como unidade de análise a empresa. O sistema de referência utilizado foi o do banco de dados do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP).

A unidade amostral, unidade básica que contém os elementos da população a ser submetida à amostragem, foi composta por clínicas odontológicas localizadas na Grande São Paulo, cujos dados foram coletados entre os meses de outubro e novembro de 2005.

Foi realizado um pré teste com 30 indivíduos, através do qual se localizou as variáveis mais relevantes para a construção do questionário final. Tais indivíduos foram removidos da pesquisa final para não afetarem a validade interna da pesquisa devido ao efeito teste, conforme sugere Seakaran<sup>24</sup> (1992).

O processo de amostra foi executado em duas fases, sendo que na primeira os questionários foram enviados por carta a 2200 dentistas e por mensagens eletrônicas a 959. Nessas cartas, se forneceu um sítio de Internet para que o respondente pudesse acessar o questionário. Foram enviadas mensagens eletrônicas de agradecimento a todos os respondentes, nas quais se pediram indicações de conhecidos para aumentar a taxa de resposta. Pode-se associar o processo de amostragem conduzido ao método de bola de neve de processo amostral. Com essa conduta obteve-se 313 respondentes, sendo 240 diretamente contatados e 73 contatados por indicação.

No instrumento de coleta foram elaboradas perguntas de caracterização psicológica e demográfica do respondente. Os indicadores foram estruturados com alternativas de respostas de múltipla escolha, utilizando-se escala de Likert de 1 a 5, de muito pouco importante a muito importante. Tomou-se o especial cuidado de se evitar a tendenciosidade de ordem pela alteração da ordem de graduação das respostas, ou seja, a ordem das respostas foi variada para que ao longo de sucessivas respostas o respondente não fosse induzido a pensar que a resposta seguinte estaria localizada na mesma região do questionário que a da resposta anterior.

Dado que a área de administração não é de domínio dos dentistas, foram elaboradas questões utilizando-se vocabulário comum, tendo-se tido o cuidado de elucidar tópicos no início de cada bloco de perguntas. Assertivas negativas foram incluídas para diminuir a probabilidade de respostas tendenciosas, conforme argumenta Schwab<sup>23</sup> (2005).

#### **4 RESULTADOS**

Do total de 313 questionários respondidos, onze foram excluídos da análise pelo excesso de dados faltantes, o que comprometeria a análise estatística. Dezoito questionários continham pequena quantidade de respostas incompletas. Como ocorreram devido a um erro randômico e não sistemático, os mesmos foram preenchidos pela média dos escores da amostra, conforme sugere Schwab<sup>23</sup> (2005). Como *outliers* foram considerados todos os indivíduos cuja média de resposta foi localizada a mais de três desvios padrão da média da amostra, num total de 20 indivíduos. Destes indivíduos, apenas um não considerou a qualidade como relevante na seleção de seu parceiro, o qual foi definitivamente removido da análise estatística. Ou seja, contou-se com 301 respostas válidas, incluindo os *outliers*. A amostra foi constituída por clínicas odontológicas da Grande São Paulo contendo as seguintes características: 72,61% dos respondentes são formados há mais de 10 anos, 55,12% estão no consultório atual há mais de 10 anos, 63,33% têm até dois funcionários, 72,33% atendem de 6 a 12 pacientes por dia, 66,34% recebem apenas um paciente indicado por semana, 57,10% indicam apenas um paciente por semana. Com relação à força dos laços, a média de força dos mesmos foi de 13,24 numa escala de 0 a 38. Isso significa que a classe odontológica possui grande dispersão e pouca união, o que pode justificar seu baixo poder de negociação em relação a clientes e fornecedores, dado que os dentistas, por seu espírito empreendedor e pela grande concorrência, possuam um grande componente individualista, o que suporta  $H_1$ .

Quanto à confiabilidade da mensuração da qualidade, enquanto fator relevante para a seleção de parceiros, o Alpha Cronbach obtido foi de 0,864. Dado que os dados são não paramétricos, utilizou-se a correlação de Spearman. Os coeficientes de correlação são apresentados na Tabela 2 e percebe-se que pela baixa correlação, não houve problema de multicolinearidade na escala de mensuração.

**Tabela 2 – Correlações entre as variáveis.**

	Preço	Equipam	Instala	Aparência	Tecnologia	Disposição	Personaliz.	Atenção
Preço	1.000							
Equipam	.155*	1.000						
Instala	.120*	.623*	1.000					
Aparência	.105	.495*	.570*	1.000				
Tecnologia	.078	.583*	.490*	.459*	1.000			
Disposição	.057	.183*	.244*	.257*	.203*	1.000		
Personaliz.	.024	.275*	.320*	.307*	.370*	.369*	1.000	
Atenção	.076	.258*	.249*	.277*	.399*	.352*	.695*	1.000

\* significante a .001

A análise fatorial foi realizada por meio da extração dos componentes principais, rotação Varimax. Após a análise fatorial, obteve-se dois fatores, uma Medida de Adequação de Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin de .766, o resultado para o Teste de Esfericidade de Bartlett foi de 907.82, significante a .000 e o modelo explicou 72,9% da variância. A Tabela 3 mostra a matriz de componentes rotacionada e os componentes com maior carga sinalizados com asterisco. A inclusão dos *outliers* na análise fatorial não modificou o número de fatores obtidos, não alterando portanto a validade interna da pesquisa.

**Tabela 3 – Resultado da análise fatorial.**

	Componente	
	1	2
Preço	.323*	-.029
Equipamentos	.826*	.167
Instalações	.802*	.204
Aparência funcionários	.725*	.269
Tecnologia	.631*	.412
Disposição em ajudar	.194	.589*
Atenção individual	.093	.862*
Personalização atendimento	.127	.861*

Percebe-se que, na amostra, o construto qualidade é composto por dois fatores, uma parcela tangível (preço, equipamentos, instalações, aparência e tecnologia) e outra parcela intangível (disposição em ajudar, atenção individual e personalização do atendimento). Tanto os resultados da análise fatorial quanto da análise de consistência interna, i.e., das correlações, permitem inferir que o estudo possui validade de construto.

Foi realizada uma análise discriminante, tendo como variável de agrupamento o tempo de formado do profissional e variável independente os aspectos de qualidade envolvidos na seleção de parceiros. A variável de seleção escolhida foi a quantidade de tempo, em anos, durante a qual o profissional indica seus pacientes a outro colega. Os resultados são ilustrados no Quadro 1.

#### **Quadro 1 – Resultados da análise discriminante.**

<b>Tempo de formado</b>	<b>Grupos de critérios de decisão</b>	<b>Grupos</b>
0 a 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aparência</li> <li>• atenção, equipamentos, tecnologia e instalações</li> <li>• preço, personalização e disposição em ajudar</li> </ul>	3
3 a 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disposição em ajudar e atenção</li> <li>• preço, equipamentos, tecnologia</li> <li>• instalações, personalização e aparência</li> </ul>	3
6 a 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• preço, instalações e personalização</li> <li>• aparência, equipamentos, tecnologia, disposição em ajudar e atenção</li> </ul>	2
mais de 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• atenção, equipamentos, tecnologia e disposição em ajudar, instalações, personalização e aparência</li> </ul>	1

Percebe-se que no início de sua vida profissional, os dentistas se dividem em três grupos, um que considera três aspectos tangíveis (equipamentos, tecnologia e instalações) e outro intangível (atenção), outro que considera apenas a aparência da clínica do eventual parceiro e o último que considera dois aspectos intangíveis (personalização do atendimento e disposição em ajudar) e um tangível (preço). Não há, portanto, um equilíbrio entre aspectos tangíveis e intangíveis na seleção do parceiro considerando-se a qualidade como fator de escolha do parceiro. Acima de seis anos de formados, passam a se formar dois grupos, que consideram tanto aspectos tangíveis como aspectos intangíveis. Finalmente, após dez anos de formados, há uma clara fusão

dos componentes tangíveis e intangíveis, sendo que esse grupo considera todos os aspectos tangíveis e intangíveis referentes à qualidade como importantes na seleção de parceiros, provavelmente devido à sua maior capacidade de análise e experiência. Essa dinâmica evolutiva ao longo do tempo confirma H<sub>2</sub>, pois os critérios de seleção de parceiros relacionados ao construto qualidade não permaneceram estáveis ao longo do tempo de formado dos profissionais.

## **5 CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

O objetivo do estudo foi avaliar se os pesos de cada um dos critérios referentes à qualidade que os dentistas utilizam para selecionar seus parceiros permanecem estáveis ao longo de sua vida profissional. Os resultados mostram que esses critérios se modificam com o passar dos anos. A pesquisa oferece oportunidades de estudos longitudinais subsequentes, para que possa entender não somente as condições iniciais e finais do sistema, mas também o processo de interação entre os dentistas, numa tentativa de se compreender melhor as regras de comportamento que regem a conduta da classe. Pode-se também inferir que o baixo poder de barganha da classe odontológica se deva aos laços fracos que permeiam a classe, conforme propõe a primeira hipótese, confirmada.

Quanto maior a força dos relacionamentos entre dois dentistas, mais fácil seria o consenso entre eles. Sendo assim, quanto maior a troca de informação, envolvimento pessoal e serviços prestados mutuamente entre dois dentistas, mais facilmente o entendimento aparecerá entre eles, facilitando a comunicação e o sucesso de empreendimentos conjuntos. Logo, devemos selecionar parceiros que possuam características que são importantes para o sucesso de nosso negócio e o sucesso do relacionamento. Não basta o dentista ser um bom profissional no aspecto técnico mas não possuir, por exemplo, ética, pois tal indivíduo pode se beneficiar da parceria unilateralmente, ao desviar clientes ou propor tratamentos que são executados pelo dentista de origem, sem que o mesmo saiba.

O estudo contribui para a teoria, pois permitiu saber quais são os critérios de qualidade utilizados pelos dentistas quando da escolha de seus parceiros. Permitiu também o entendimento de como critérios de qualidade na seleção de parceiros são

dinâmicos e mutáveis. Há também uma contribuição para a prática, pois o conhecimento da dinâmica temporal do construto qualidade permitirá aos dentistas selecionarem seus parceiros segundo critérios evolutivos, em vez de considerarem o critério qualidade como um conceito fixo e estático, independente do ambiente externo e do tempo.

Uma limitação do estudo foi a limitação financeira e de tempo, que influenciou na escolha da amostra. A área selecionada para amostragem pode não representar fielmente as condições gerais do universo odontológico no nível nacional. Conseqüentemente, as conclusões deste estudo não podem ser generalizadas para todas as empresas do setor odontológico brasileiro, uma vez que o resultado retrata apenas a amostra estudada.

## **AGRADECIMENTOS**

O autor agradece a todos os 313 dentistas que responderam a pesquisa, à banca examinadora da dissertação composta pela Profa. Dra. Eliane Pereira Zamith Brito (Administração de Empresas - Mackenzie), Prof. Dr. Pedro Paulo Balbi de Oliveira (Engenharia - Mackenzie), Prof. Dr. Eleutério Fernando da Silva Prado (FEA-USP), à CAPES, à comissão de fundos do MackPesquisa e ao CROSP, que viabilizaram a execução do presente trabalho.

## **REFERÊNCIAS**

1. Arrègle JL, Dacin MT, Hitt MA, Borza A. Les modèles de sélection des partenaires dans le cadre d'une alliance internationale: perspectives de France et d'Europe centrale. *Manage Int.* 2003;7(2):1-18.
2. Berry WL, Hill TJ, Klompmaker, JE. Customer-driven manufacturing. *Int J Oper Prod Manage.* 1995;15(3):4-15.
3. Chandon JL, Leo PY, Philippe J. Service encounter dimensions – a dyadic perspective: Measuring the dimensions of service encounters as perceived by customers and personnel. *Int J Serv Ind Manage.* 1997;8(1): 65-86.
4. Conselho Federal de Odontologia. Enquete: como você, cirurgião-dentista, avalia sua relação com as operadoras de planos odontológicos? [Internet].

- Brasília: CFO; 2007 [citado em 12 jan. 2007]. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/enquete/result.cfm>.
5. Corrêa HL, Caon M. Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e satisfação dos clientes. São Paulo: Atlas; 2002.
  6. Covre E, Alves SL. Regulação & saúde: planos odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2003. [citado em 23 jul. 2006]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/Planos\\_Odontologicos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/Planos_Odontologicos.pdf)
  7. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring service quality: A reexamination and extension. *J Mark.* 1992;56(3):55-68.
  8. Cullen JB, Johnson JL, Sakano T. Success through commitment and trust: The soft side of strategic alliance management. *J World Bus.* 2000;35(3):223-41.
  9. File KM, Judd BB, Prince RA. Interactive marketing: the influence of participation in positive word-of-mouth and referrals. *J Serv Mark.* 1992;6(4):5-14.
  10. Fitzsimmons, JA, Fitzsimmons, MJ. Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação. Porto Alegre: Bookman; 2003.
  11. George VP, Farris G. Performance of alliances: formative stages and changing organizational and environmental influences. *R&D Manage.* 1999;29(4):379-90.
  12. Granovetter MS. The strength of weak ties. *Am J Sociol.* 1973;78(6):1360-80.
  13. Haddad AE, Pierantoni CR, Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva LB (Org.). A Trajetória dos cursos de graduação na saúde 1991-2004 [Internet]. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006. Livrão 5, Odontologia; [citado em 15 Jul. 2006]; p. 381-409. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/livrao5.pdf>
  14. Hamel G, Doz YL, Prahalad CK. Collaborate with your competitors - and win. *Harvard Bus Rev.* 1989;67(1):133-9.
  15. Invertia [Internet]. [s.l.]: Invertia; [citado em 12 fev 2006]. Planos odontológicos podem crescer 100% ao ano. Disponível em: [http://br.invertia.com/noticias/noticia.aspx?idNoticia=200305302002\\_IVN\\_49682](http://br.invertia.com/noticias/noticia.aspx?idNoticia=200305302002_IVN_49682).

16. Journal, v. 43, n. 6, Dec 2000.
17. Juhantila OP, Virolainen VM. Buyer's expectations from their suppliers [Internet]. IMP Group [acesso em 25 set. 2004]. Disponível em: <http://www.impgroup.org/papers.php?viewPaper=4361>.
18. Kelly MJ, Schaan JL, Joncas H. Managing alliance relationships: Key challenges in the early stages of collaboration. *R&D Manage.* 2002;32(1):11-22.
19. Khanna T, Gulati R, Nohria N. The dynamics of learning alliances: Competition, cooperation, and relative scope. *Strateg Manage J.* 1998;19(3):193-210.
20. Koza MP, Lewin AY. The coevolution of network alliances: A longitudinal analysis of an international professional service network. *Organ Sci.* 1999;10(5):638-53.
21. Nalebuff BJ, Brandenburger AM. *Co-opetição: um conceito revolucionário que combina competição e cooperação.* São Paulo: Rocco; 1996.
22. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry LL. A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retail.* 1988;64(1):12-40.
23. Schwab DP. *Research methods for organizational studies.* Mahwah: L. Erlbaum Associates; 2005.
24. Seakaran U. *Research methods for business: a skill building approach.* New York: Wiley; 1992.