

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

WALTER CINTRA FERREIRA JUNIOR

**AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES PRIVADOS
NA CIDADE DE SÃO PAULO**
Uma estratégia ou uma aposta?

SÃO PAULO

2011

WALTER CINTRA FERREIRA JUNIOR

**AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES PRIVADOS
NA CIDADE DE SÃO PAULO**
Uma estratégia ou uma aposta?

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas

Campo do conhecimento:
Administração em Saúde

Orientador: Prof^a Dr^a Ana Maria Malik

SÃO PAULO
2011

Ferreira Junior, Walter Cintra.

Ampliação dos serviços hospitalares privados na cidade de São Paulo: uma estratégia ou uma aposta? / Walter Cintra Ferreira Junior. - 2011. 215 f.

Orientador: Ana Maria Malik

Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Saúde – Administração – São Paulo (SP). 2. Hospitais – São Paulo (SP). 3. Assistência médica – São Paulo (SP). 4. Planejamento estratégico. I. Malik, Ana Maria. II. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.2(816.11)

WALTER CINTRA FERREIRA JUNIOR

**AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES PRIVADOS
NA CIDADE DE SÃO PAULO**
Uma estratégia ou uma aposta?

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas

Campo do conhecimento:
Administração em Saúde

Data de aprovação:

__/__/____

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Ana Maria Malik (Orientadora)
FGV EAESP

Prof. Dr. Flávio Carvalho de Vasconcelos
FGV-EBAPE

Prof. Dr. Luiz Artur Ledur Brito
FGV-EAESP

Prof. Dr. José Henrique Germann Ferreira
Centro de Estudos Hospital São Lucas –
Ribeirão Preto

Prof. Dr. José da Silva Guedes
FCM – Santa Casa de São Paulo

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado:

À memória de minha mãe Rose.

Ao meu pai, Walther, com todo meu carinho.

À Simone, amada esposa e companheira.

À Gabriela, Elisa e Daniel filhos amados.

AGRADECIMENTOS

À Ana Maria, minha amiga e protetora.

À Leila D' Allaqua, mais uma vez por toda ajuda.

Ao Fernando Abrucio por toda ajuda e apoio.

Ao Wilson Rezende pela disponibilidade e apoio.

RESUMO

A presente tese teve por objetivo investigar o que tem levado hospitais privados, no segmento da assistência médica suplementar no município de São Paulo, a ampliar sua capacidade de atendimento, especificamente sua oferta de leitos de internação, quando aparentemente a tendência mundial do setor hospitalar é de diminuição da necessidade de internação para a população e os dados oficiais brasileiros indicam redução no número de leitos privados. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa dirigida por um roteiro de entrevista com executivos de uma amostra de dez hospitais atuantes no mercado de saúde suplementar. Foram analisados os processos de elaboração de estratégias de negócio destes hospitais, que tipo de serviços e especialidades foram oferecidas e quais as evidências justificaram estas decisões. Também se procurou identificar qual o modelo de planejamento adotado por estas organizações. Na revisão bibliográfica, foram buscados textos em livros, periódicos e trabalhos acadêmicos, que tratassem de estratégia e de estratégia em saúde. Além disso, foram estudadas bases de dados nacionais com estatísticas de saúde. Os resultados indicaram que a ampliação de leitos e serviços é decorrente de aumento da demanda do mercado de saúde e de reposicionamento dos hospitais em relação ao mercado; a estratégia de crescimento tem por objetivo: 1) obter escala econômica para viabilizar a incorporação tecnológica necessária para a manutenção da competitividade; 2) ter maior poder de barganha junto às operadoras de planos de saúde. O modelo de planejamento é orçamentário e de análise SWOT, com a utilização do BSC.

Palavras-chaves: hospitais privados; leitos hospitalares; assistência médica suplementar; estratégia, planejamento estratégico; BSC

ABSTRACT

This thesis aims to investigate what has led private hospitals in the segment of supplementary health care in São Paulo City to expand its service capacity, specifically its range of hospital beds, apparently when the global trend is the decrease in the population need for hospitalization and the official Brazilian figures indicate a reduction in the number of private beds. This study conducted a qualitative research guided by a list of interview with executives from a sample of ten hospitals operating in the private health market. We analyzed the process of developing business strategies of these hospitals, what kind of services and specialties were offered and what the evidence justified these decisions. It also sought to identify the planning model adopted by these organizations. The results indicated that the expansion of beds and services is due to increased market demand for health and a repositioning of the hospitals in relation to the market where the growth strategy aims to: 1) get the economic scale to enable the incorporation of technology necessary to maintain competitiveness, 2) have greater bargaining power with the operators of health plans. The model is budget planning and SWOT analysis using the BSC.

Keywords: private hospitals, hospital beds, medical supplement, strategy, strategic planning, BSC

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AMS	Assistência Médico Sanitária
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BNDES	Banco Nacional do Desenvolvimento
BSC	Balanced Score Card
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CC	Centro Cirúrgico
CCHSA	Canadian Council on Health Services Accreditation
CD	Centro de Diagnósticos
CDI	Centro de Diagnóstico por Imagens
CEAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEO	Chief Executive Officer
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CPN	Centro de Parto Normal
CSLL	Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido
CT	Tomografia Computadorizada (o mesmo que TC)
DRG	Diagnostic Related Groups
EBIT	Earnings Before Interest and Taxes (lucro antes dos encargos financeiros)
EBITDA	Earnings Before Interest, Depreciation and Amortization
FENASEG	Federação Nacional de Seguros
FINAME	Agência Especial de Financiamento Industrial, órgão subsidiário do BNDES
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogêneos
GEAP	Grupo Executivo de Assistência Patronal
GRI	Global Reporting Initiative
GRI-G3	Terceira versão do Sustainability Reporting Guidelines

HD	Hospital-dia
HE	Hospital de Especialidade
HG	Hospital Geral
HGE	Hospital Geral com Especialidades
HHI	Índice de Herfindahl - Hirschmann
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPI	Instituto de Aposentaria e Pensões dos Industriários
IBGC	Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores
IR	Imposto de Renda
ITBCM	Imposto sobre Transmissão de Bens Causa Mortis
ITBI	Imposto sobre Transição de Bens Imóveis
ITR	Imposto sobre Propriedade Territorial Rural
JCI	Joint Commission International
MN	Medicina Nuclear
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG	Organização não Governamental
OPS	Operadoras de Plano de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PE	Planejamento Estratégico
PET	Positron Emission Tomography (Tomografia de Emissão de Pósitrons)
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Incentivo Social
PROAHSA	Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde

PS	Pronto-Socorro
QT	Quimioterapia
RH	Recursos Humanos
RNM	Ressonância Nuclear Magnética
RT	Radioterapia
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (Pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças)
TC	Tomografia Computadorizada (o mesmo que CT)
TI	Tecnologia da Informação
TMO	Transplante de Medula Óssea
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
US	Ultrassom ou Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 O que está acontecendo em São Paulo?.....	20
1.2 Alguma coisa está fora da ordem?	23
1.3 E os planos de saúde?	27
1.4 O que será que estes hospitais estão pensando?	28
1.5 Que tal perguntar para eles?.....	30
2 OBJETIVOS	32
2.1 Objetivos gerais.....	32
2.2 Objetivos específicos.....	32
2.3 Justificativa para o tema	33
3 REFERENCIAL TEÓRICO	34
3.1 Definição de saúde	34
3.2 A cadeia de valor em saúde	35
3.3 Complexo médico-industrial	38
3.4 Análise estrutural das indústrias	41
3.4.1 O modelo das cinco forças de Porter	41
3.4.1.1 Ameaça à entrada de novos concorrentes.....	42
3.4.1.2 Poder dos fornecedores	44
3.4.1.3 Poder dos compradores	45
3.4.1.4 Ameaça dos substitutos	46
3.4.1.5 Rivalidade entre os atuais concorrentes	46
3.4.1.6 Produtos e serviços complementares	48
3.4.1.7 Implicações para a estratégia.....	49
3.4.1.8 O uso da teoria dos jogos para formar a estratégia	50
3.4.2 Um contexto referencial para a estratégia.....	52
3.4.2.1 Fronteiras da empresa	53
3.4.2.2 Análise de mercados e da concorrência	53
3.4.2.3 Posicionamento e dinâmica.....	53
3.4.2.4 Organização interna	54
3.5 Teoria do crescimento da firma	54
3.5.1 Edith Eleura Tilton: vida contribuição e influência.	55

3.5.2 Contribuição.	55
3.5.4 A firma Penreosiana e o mercado.	56
3.5.5 Do crescimento da firma à organização da indústria e política de competição.	60
3.5.6 A corporação multinacional e a economia política das relações industriais.	60
3.5.7 Penrose e a teoria neoclássica	61
3.5.8 Penrose e a perspectiva baseada em recursos/conhecimento	61
3.6 Vantagem competitiva e a perspectiva baseada em recursos - RBV	62
3.6.1 Vantagem competitiva e vantagem competitiva sustentável e os recursos.	64
3.6. 2 O mercado de fatores estratégicos	65
3.6.3 Competição no mercado de fatores estratégicos	66
3.6.4 Desenvolvendo <i>insights</i> para o valor estratégico	67
3.6.5 Recursos complementares heterogêneos e o mercado de fatores estratégicos.	68
3.7 Características atuais da assistência hospitalar	69
3.7.1 Perfil epidemiológico da população	69
3.7.2 Recursos humanos.....	70
3.7.3 Tecnologia	70
3.7.4 Custo	71
3.7.5 Financiamento	72
3.7.6 Desospitalização	74
3.8 As operadoras de planos de assistência médica.	75
3.8.1 Histórico.....	75
3.8.2 Modalidades de operadoras de planos de saúde.....	77
3.8.3 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	78
3.9 Análise da concorrência no setor de saúde suplementar.....	79
3.10 Estratégia	83
3.10.1 O que é estratégia	83
3.10.2 Como classificar as estratégias?	85
3.10.3 Tem que existir uma estratégia?	86
3.10.4 Como se formam as estratégias?.....	86
3.11 Estratégia na saúde.....	87
4 METODOLOGIA.....	90
4.1 Área de interesse	90

4.2 Definição dos objetivos da tese	91
4.3 O tipo de investigação	92
4.4 Levantamento bibliográfico	92
4.5 Definição da amostra	93
4.5.1 Definição dos hospitais	93
4.5.2 Definição dos entrevistados	95
4.6 Pesquisa de campo	95
4.6.1 Caderno de campo	96
4.6.2 Roteiro de entrevistas	96
4.6.2.1 <i>Caracterização do entrevistado</i>	96
4.6.2.2 <i>Caracterização do hospital</i>	97
4.6.2.3 <i>Finalidade</i>	97
4.6.2.4 <i>Caracterização da estrutura física</i>	97
4.6.2.5 <i>Ampliações (executadas, em andamento e planejadas)</i>	98
4.6.2.6 <i>Estrutura organizacional</i>	98
4.6.2.7 <i>Processo decisório</i>	98
4.6.2.8 <i>Comunicação</i>	99
4.6.2.9 <i>Planejamento</i>	99
4.6.2.10 <i>Estratégias</i>	99
4.6.2.11 <i>Uma definição de estratégia</i>	100
5 RESULTADOS	101
5.1 Hospital A	101
5.1.1 <i>Caracterização do entrevistado</i>	101
5.1.2 <i>Caracterização do hospital</i>	102
5.1.3 <i>Estrutura física atual</i>	102
5.1.4 <i>Ampliações</i>	103
5.1.4.1 <i>Ampliações ocorridas nos últimos dez anos</i>	103
5.1.4.2 <i>Ampliações em andamento</i>	103
5.1.5 <i>Estrutura organizacional</i>	105
5.1.6 <i>Processo de decisão da ampliação</i>	106
5.1.7 <i>Comunicação</i>	108
5.1.8 <i>Planejamento</i>	108
5.1.9 <i>Estratégias da organização</i>	109
5.1.10 <i>Definição de estratégia</i>	110

5.2 Hospital B	110
5.2.1 Caracterização do entrevistado	111
5.2.2 Caracterização do hospital	111
5.2.3 Estrutura física atual	111
5.2.4 Ampliações	112
5.2.4.1 <i>Ampliações nos últimos dez anos</i>	112
5.2.4.2 <i>Ampliações em andamento</i>	113
5.2.4.3 <i>Ampliações aprovadas</i>	113
5.2.5 Estrutura organizacional	114
5.2.6 Processo decisório	114
5.2.7 Comunicação	115
5.2.8 Planejamento	116
5.2.9 Estratégias	116
5.2.10 Definição de estratégia	117
5.3 Hospital C	117
5.3.1 Caracterização do entrevistado	117
5.3.2 Caracterização do hospital	117
5.3.3 Estrutura física atual	118
5.3.4 Ampliações	118
5.3.4.1 <i>Ampliações ocorridas nos últimos dez anos</i>	118
5.3.4.2 <i>Ampliações em andamento</i>	119
5.3.5 Estrutura organizacional	119
5.3.6 Processo decisório	120
5.3.7 Comunicação	121
5.3.8 Planejamento estratégico	121
5.3.9 Estratégias principais do hospital	122
5.3.10 Definição de estratégia	123
5.4 Hospital D	123
5.4.1 Caracterização do entrevistado	123
5.4.2 Caracterização do hospital	123
5.4.3 Estrutura física atual	124
5.4.4 Ampliações	124
5.4.4.1 <i>Ampliações nos últimos dez anos</i>	124
5.4.4.2 <i>Ampliações em andamento</i>	124

5.4.5 Estrutura organizacional	126
5.4.6 Processo decisório	126
5.4.7 Comunicação	127
5.4.8 Planejamento	128
5.4.9 Estratégias	128
5.4.10 Definição de estratégia	128
5.5 Hospital E	129
5.5.1 Caracterização do entrevistado	129
5.5.2 Caracterização do hospital	129
5.5.3 Estrutura física atual	129
5.5.4 Ampliações	130
5.5.4.1 <i>Ampliações nos últimos dez anos</i>	130
5.5.4.2 <i>Ampliações aprovadas ou em estudo</i>	131
5.5.5 Estrutura organizacional	131
5.5.6 Processo decisório	132
5.5.7 Comunicação	134
5.5.8 Planejamento	134
5.5.9 Estratégias da organização	134
5.5.10 Definição de estratégia	135
5.6 Hospital F	136
5.6.1 Caracterização do entrevistado	136
5.6.2 Caracterização do hospital	136
5.6.3 Estrutura física atual	136
5.6.4 Ampliações	137
5.6.5 Estrutura organizacional	137
5.6.6 Processo decisório	138
5.6.7 Comunicação	139
5.6.8 Planejamento	139
5.6.9 Estratégia da organização	139
5.6.10 Definição de estratégia	140
5.7 Hospital G	140
5.7.1 Caracterização do entrevistado	140
5.7.2 Caracterização do hospital	141
5.7.3 Estrutura física atual	141

5.7.4	Ampliações nos últimos dez anos	141
5.7.5	Estrutura organizacional	142
5.7.6	Processo decisório	142
5.7.8	Comunicação	144
5.7.9	Estratégias	144
5.7.10	Definição de estratégia	145
5.8	Hospital H	145
5.8.1	Caracterização do entrevistado	145
5.8.2	Caracterização do hospital	145
5.8.3	Estrutura física atual	146
5.8.4	Ampliações nos últimos dez anos	146
5.8.5	Estrutura organizacional	147
5.8.6	Processo decisório	148
5.8.7	Comunicação	149
5.8.8	Planejamento estratégico	149
5.8.9	Estratégias da organização	150
5.8.10	Definição de estratégia	150
5.9	Hospital I	150
5.9.1	Caracterização do entrevistado	151
5.9.2	Caracterização do hospital	151
5.9.3	Estrutura física atual	151
5.9.4	Ampliações	152
5.9.5	Estrutura organizacional	152
5.9.6	Processo decisório	152
5.9.7	Comunicação	154
5.9.8	Planejamento estratégico	155
5.9.9	Estratégias da organização	155
5.9.10	Definição de estratégia	156
5.10	Hospital J	156
5.10.1	Caracterização do entrevistado	157
5.10.2	Caracterização do hospital	157
5.10.3	Estrutura física atual	158
5.10.4	Ampliações	158
5.10.4.1	<i>Ampliações nos últimos dez anos</i>	<i>158</i>

5.10.4.2 Ampliações em andamento	159
5.10.4.3 Ampliações aprovadas	159
5.10.5 Estrutura organizacional	159
5.10.6 Processo decisório	160
5.10.7 Comunicação	162
5.10.8 Planejamento estratégico	162
5.10.9 Estratégias	163
5.10.10 Uma definição de estratégia	164
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	165
6.1 Entrevistados	165
6.1 Hospitais	165
6.2 Filantropia como vantagem competitiva?	167
6.3 Por que ampliaram?	169
6.3.1 A demanda bate à porta	170
6.3.2 Quem acredita em estudo de mercado?	170
6.3.3 Quem tem medo das operadoras?	173
6.3.4 Quem tem medo dos concorrentes?	175
6.3.5 Ser maior é ser melhor?	177
6.4 O que os hospitais estão oferecendo?	178
6.4.1 Tipo de instalação	178
6.4.2 Especialidades	179
6.4.3 Para quem?	179
6.5 De onde vem o dinheiro?	180
6.6 Planejamento	181
6.6.1 O que veio primeiro? O planejamento estratégico, o BSC ou a acreditação?	181
6.6.2 Quem acredita em acreditação?	182
6.7 As estratégias	184
6.8 Definições de estratégia pelos entrevistados	187
7 CONCLUSÕES	190
7.1 Por que estão ampliando?	190
7.2 Quais modalidades de serviços e quais especialidades?	193
7.3 Como é o processo de elaboração de estratégia dos hospitais?	195
7.4 As estratégias são deliberadas ou emergentes?	195
7.5 Que tipo de evidência tem respaldado o processo de decisão?	197

7.6 O planejamento é uma prática incorporada nessas organizações	198
7.7 Considerações finais	199
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	201
APÊNDICE A.....	209
APÊNDICE B.....	214

1 INTRODUÇÃO

1.1 O que está acontecendo em São Paulo?

Um observador do setor da saúde não poderia deixar de notar que, nos últimos quatro a cinco anos, na cidade de São Paulo, vários hospitais privados, principalmente aqueles voltados para o segmento econômico mais favorecido, têm promovido ampliações em suas estruturas de atendimento e de internação, aumentando a oferta de leitos no mercado. Exatamente este fato foi noticiado pelo jornal *Folha de S. Paulo* em 4 de abril de 2010, em matéria publicada no caderno Cotidiano, cuja chamada, na primeira página do periódico, proclamava: "Hospitais da rede privada gastam mais de R\$ 3 bi em novas torres." Ainda na primeira página, o diário informava:

Em um cenário inédito, praticamente todos os hospitais privados de São Paulo investem em novas torres. Quase duas dezenas deles estão ou estiveram em obras. Em 2012, quando os prédios estiverem prontos, os seus 3.000 leitos de internação vão saltar para 5.300. Os gastos chegam a R\$ 3,4 bilhões, em parte financiados pelo BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social). O aporte do banco estatal varia de 20% a 80%. (WESTIN, 2010, C1).

Na matéria, estas obras dos hospitais paulistanos são caracterizadas como "movimento sem precedentes" e se prevê que "darão a São Paulo um considerável incremento de centros cirúrgicos, consultórios e centros de exames".

O autor da reportagem apresenta explicações para tal crescimento. A primeira seria o envelhecimento da população: a expectativa de vida ao nascer do brasileiro em 1991 era de 67 anos e que em 2006 passara a 72,3 anos. Também se informa que, em razão do aumento da "procura" [sic], os hospitais trabalhavam no limite de sua capacidade e que, nos dias de semana, pela manhã, era difícil encontrar um centro cirúrgico vazio.

Em relação aos prontos-socorros, o periodista destaca que, em 2009, no auge da epidemia de gripe suína, a espera pelo atendimento arrastava-se por horas. Outra explicação remetia ao notório crescimento dos planos de saúde na cidade de São Paulo, onde mais da metade dos moradores teriam "convênio" [sic].

O avanço da tecnologia também foi referido como fator da expansão, citando-se o caso da tomografia computadorizada (TC), que não substituiu o velho equipamento de raios-x e passou a ocupar uma sala inteira, o que obrigou o hospital a procurar novos espaços. A aquisição de novos equipamentos acabaria por atrair pessoas que, segundo o artigo, de outra maneira não iriam ao hospital.

O progresso tecnológico, ao mudar a forma e a razão por que o paciente procura o hospital, é outro motivo que aparece nas declarações do presidente do Hospital Israelita Albert Einstein, Claudio Lottemberg: "Antes, o paciente com câncer ia ao hospital para morrer. Hoje ele vai para se prevenir, fazer detecção precoce e se tratar. Há 25 anos o paciente procurava o oftalmologista para mudar de óculos. Hoje também vai para se livrar dos óculos."

A professora Ana Maria Malik, coordenadora do GV Saúde da Fundação Getúlio Vargas, também foi procurada pela reportagem e contribuiu com mais um esclarecimento sobre a expansão observada pelo repórter: "A pessoa não quer cruzar a cidade, atravessar a marginal nem ficar no trânsito. Na lógica do mercado, o hospital precisa ficar mais próximo do consumidor." E seria por estas razões que hospitais inauguravam filiais pela cidade, sendo destacadamente citados o Hospital Sírio-Libanês, com uma unidade no bairro da Bela Vista e outra no Itaim Bibi, e o Hospital Israelita Albert Einstein, que cruzou o rio Pinheiros e foi instalar uma nova filial no bairro de Perdizes.

Outro especialista foi procurado pela reportagem: José Manoel Camargo Teixeira, na época da publicação da matéria superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que falou sobre o "impacto positivo" [sic] da expansão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS): "Na medida em que a rede privada ajusta suas instalações e incorpora tecnologia para atender às exigências do mercado que se abrem, os leitos públicos de hospitais como o Hospital das Clínicas se tornam praticamente exclusivos dos pacientes SUS."

As ampliações apontadas pela reportagem, segundo bairro e hospital, foram as discriminadas a seguir.

- **Na Liberdade**

Hospital Bandeirantes: um prédio de seis andares a ser entregue em fevereiro de 2011.

- **Na Bela Vista**

Hospital Sírio-Libanês: até 2012, constrói quatro torres para internação, diagnóstico e reabilitação.

Hospital Alemão Oswaldo Cruz: inaugura, em abril ou maio de 2010, uma unidade de câncer de mama na maternidade Pro Matre.

Hospital Nove de Julho: uma torre de 12 andares será concluída em 2012.

Maternidade Pro Matre: conclui, no final de 2011, a construção de leitos extras.

- **Em Higienópolis**

Hospital Infantil Sabará: muda para um novo prédio localizado na av. Angélica em junho de 2010.

Hospital Samaritano: edifício de 19 andares com salas de cirurgia e leitos, a ser concluído em 2011.

- **Em Santa Cecília**

Hospital Santa Isabel: transferência para um prédio de 22 andares, prevista para julho de 2010.

- **Em Pompéia**

Hospital São Camilo: inaugurou um prédio de oito andares; outro será inaugurado até 2013.

- **Em Itaim Bibi**

Hospital Sírio-Libanês: abre uma unidade com hospital-dia, ambulatórios e quimioterapia até junho de 2011.

- **No Paraíso**

Hospital do Coração: uma torre de 13 andares será inaugurada em 2011.

Hospital e Maternidade Santa Joana: conclui ampliação de leitos em 2011.

Hospital Alemão Oswaldo Cruz: uma torre a ser concluída em 2011.

Hospital Santa Catarina: ainda em 2010, um prédio seria demolido e daria lugar a uma torre de dez pisos.

- **Em Campo Belo**

Hospital Alemão Oswaldo Cruz: inauguração de uma unidade de hospital-dia programada em junho de 2010.

- **No Morumbi**

Hospital Israelita Albert Einstein: inaugurou nova torre; mais três prédios estão previstos até 2012.

Hospital Leforte (do mesmo grupo do Hospital Bandeirantes): inaugurado em agosto de 2009.

- **No Jabaquara**

Hospital Nossa Senhora de Lourdes: prevê-se um prédio novo, que abrigará quartos, sala de cirurgia e centro de oncologia.

- **No Jardim Anália Franco**

Hospital Vitória (pertencente a Amil, operadora de planos de saúde): inaugurado com serviço de maternidade, centro de diagnósticos e pronto-socorro.

1.2 Alguma coisa está fora da ordem?

Com efeito, a reportagem não exagera quando fala de um "movimento sem precedentes, praticamente todos os complexos hospitalares estão ganhando torres". Outros exemplos não citados na reportagem, porque já em funcionamento, são o Hospital Vila Lobos, do grupo Cema, inaugurado em 2007 na Mooca, e unidade Anália Franco do Hospital São Luiz, inaugurada em 2008. Aparentemente todas estas organizações hospitalares adotaram uma estratégia de negócios muito semelhante, sempre com grandes investimentos na expansão de suas estruturas físicas de prestação de serviços.

Entretanto, o mesmo observador hipotético do setor da saúde citado no início deste capítulo poderia indagar: Será que as explicações apresentadas na matéria do periódico paulistano são suficientes para explicar um movimento tão intenso de investimentos por parte dessas organizações? E mais: parece que esta expansão de leitos na capital paulista vai de encontro à tendência revelada pela pesquisa feita em 2005 pela Assistência Médico-Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de novo evidente na pesquisa similar realizada pelo mesmo órgão em 2009 (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006, 2010).

Os resultados da primeira pesquisa apontam tendência de queda no número de estabelecimentos de saúde que realizam internação, bem como no número de leitos hospitalares. Este decréscimo ocorreu especificadamente com a diminuição de leitos e estabelecimentos privados. Entre os levantamentos desta pesquisa realizados em 2002 e 2005, houve aumento de 19,7% no número total dos estabelecimentos de saúde em atividade ou parcialmente ativados, que passaram de 64.343 para 77.004 em todo o território nacional. Em compensação, no mesmo período, o número de estabelecimentos de saúde que realizam internação diminuiu de 7.398 para 7.155 (3,3%).

Ainda no mesmo período, o número de leitos acompanhou a tendência de queda apresentada nos estabelecimentos com internação. É interessante observar a evolução da oferta de leitos hospitalares, considerando um período mais longo: o número de leitos, em 1976, era de 443.888; em 1992, passou para 544.357, o que significa aumento de 22,6% — ou 1,5% ao ano —, e declinou para 443.210, em 2005, com uma redução de 18,6%, ou 1,6% ao ano, praticamente retornando ao valor inicial.

Entre 2002 e 2005, houve uma redução de 5,9% no total de leitos no País, à custa dos leitos privados, que diminuíram 3,2%, enquanto os leitos públicos aumentaram 1,8%, taxa inferior ao crescimento populacional. Apesar da redução do número total de leitos, a pesquisa da AMS-IBGE indicou que, entre 2002 e 2005, houve aumento de 16,3% no número de internações hospitalares, o que demonstraria uso mais eficiente dos leitos hospitalares (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

A pesquisa da AMS em 2009 constatou que os estabelecimentos com internação no território brasileiro somaram 6.875, o que corresponde a 7,3% do total de estabelecimentos de saúde pesquisados. Destes, 58,7% são privados e 41,3%, públicos. Esta pesquisa observou a manutenção da tendência, detectada a partir de 1999, de que o número dos estabelecimentos com internação vem diminuindo em decorrência da desativação de estabelecimentos privados com internação. No período de 2005 a 2009, foram desativados 392 estabelecimentos com internação em todo o Brasil. Por outro lado, o setor público, no mesmo período, registrou um aumento de 112 estabelecimentos com internação. O resultado total foi a perda de

280 estabelecimentos (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A redução do número de estabelecimentos com internação, decorrente da diminuição dos estabelecimentos privados, foi observada em todas as grandes regiões do País, com exceção da Região Norte, que apresentou um crescimento de 2,3% em relação à pesquisa anterior. As maiores reduções de estabelecimentos com internação ocorreram nas regiões Centro-Oeste (-7,8%) e Nordeste (-5,6%). Em compensação, no setor público, os maiores aumentos foram registrados nas regiões Norte (9,3%) e Sudeste (7,3%).

Também em relação ao número de leitos em estabelecimentos com internação, foi observada na pesquisa da AMS em 2009 a manutenção da tendência de redução. Entre 2005 e 2009, os leitos ofertados pelos estabelecimentos com internação sofreram redução de 11.214, com uma queda de 2,53% do total. Isto foi decorrente da redução dos leitos privados, já que, no período considerado, os leitos públicos aumentaram a uma taxa de 0,6% ao ano, somando um total de 3.926 leitos no País. A única região que apresentou decréscimo de leitos públicos foi a Sul, com uma perda de 398 leitos (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Em relação às internações, ao contrário do que fora registrado pela pesquisa da AMS em 2005, foi observada uma redução de 0,2% nas internações do País, comparando-se o número de internações de 2008 em relação a 2004. Entretanto, o comportamento das internações foi diferente nas diversas regiões do País. Enquanto a variação da quantidade de internações foi negativa nas Regiões Sudeste (-8,5%) e Norte (-4,4%), foi positiva nas regiões Nordeste (6,5%), Sul (10,2%) e Centro-Oeste (12,7%).

Considerando apenas o setor privado, no acumulado do período de 2004 a 2008, a queda das internações foi observada nas Regiões Sul (12,4%), Centro-Oeste (23,1%) e Sudeste (18,3%)!

No Brasil, o número médio de internações por leito foi de 52, em 2005, e de 54, em 2009. Este aumento deu-se graças ao desempenho do setor público, que apresentou crescimento 3,1% neste índice, enquanto no mesmo período, no setor privado, houve queda de 0,6%, que, se não representa uma redução significativa, ao menos sugere uma estagnação no crescimento.

O número de internações por 100 habitantes no Brasil, em 2005, era de 12,8; em 2009, esta taxa foi de 12,2. Entre 2004 e 2008, na Região Sudeste, a queda foi de 11,7% no número de internações por 100 habitantes (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A pesquisa da AMS não desagrega as informações até o nível de município. Mas dados da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de São Paulo mostram uma série histórica de 2003 a 2009, considerando os leitos públicos e privados disponíveis na cidade, a partir dos quais foram elaborados os Gráficos 1 e 2, mostrados a seguir.

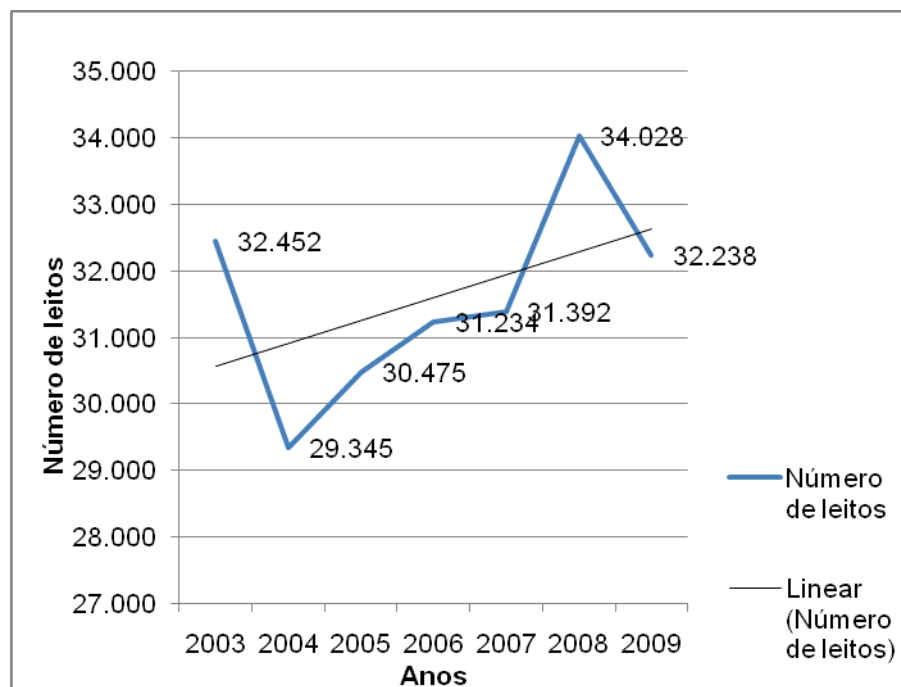


Gráfico 1 — Número de leitos hospitalares públicos e privados disponíveis na cidade de São Paulo entre 2003 e 2009.

Fonte: SMS. Acesso 15 jan. 2011, em

<http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/indicadores.php?tema=10>.

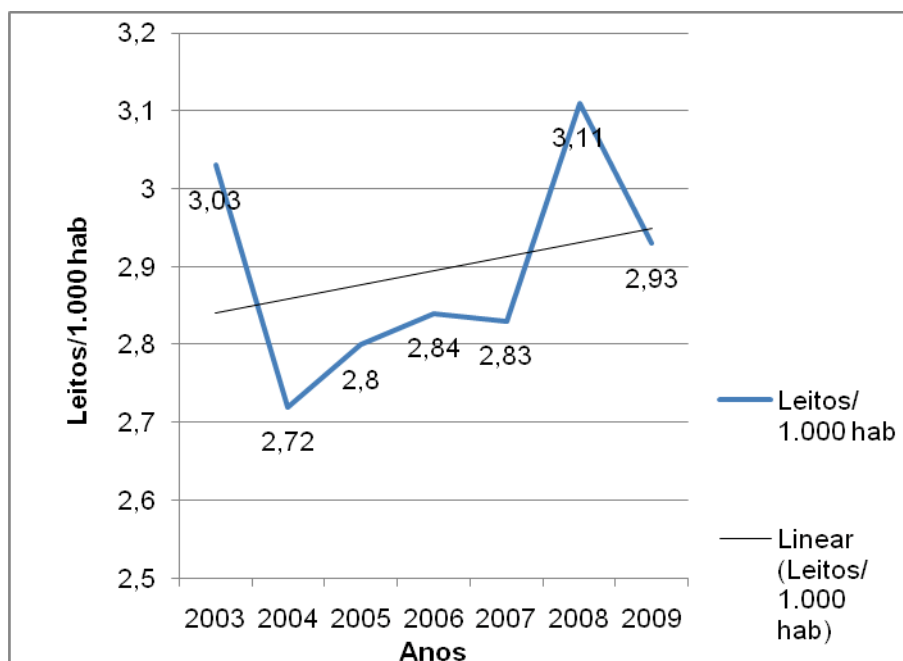


Gráfico 2 — Leitos hospitalares públicos e privados por mil habitantes da cidade de São Paulo entre 2003 e 2009.

Fonte: SMS. Acesso 15 jan. 2011, em

<http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/indicadores.php?tema=10>.

Ao observar-se a linha de tendência no período de 2003 a 2009, contrariamente à tendência nacional de redução da oferta de leitos hospitalares, a oferta aumenta na cidade de São Paulo — embora, os números de 2009 ainda sejam inferiores aos de 2003. Também é difícil compreender a variação entre os anos de 2007 e 2009.

1.3 E os planos de saúde?

No Brasil, segundo os dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), o número de beneficiários de planos privados de assistência médica saltou de 30,7 milhões, em dezembro de 2000, para 44 milhões, em junho de 2010. Isto representa uma taxa de cobertura por planos de assistência médica de 23% (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR,

2010a). São Paulo é a capital com a maior cobertura, 58%, e o maior número de beneficiários, 6,4 milhões, ainda segundo a ANS.

Por outro lado, no mesmo período, dezembro de 2000 a junho de 2010, o número de beneficiários de planos privados de assistência médica cresceu 43,3% no Brasil e 6,9% na capital paulista. Portanto, o jornalista da *Folha de S. Paulo* tinha razão ao afirmar que os planos de saúde cresciam. Mas, se isso é particularmente notável na cidade de São Paulo, certamente não o é por conta do crescimento local do número de beneficiários, mas talvez pelo aumento de pacientes oriundos de outras localidades.

Albuquerque et al. (2008) apontam certas tendências do mercado de saúde suplementar, tais como a concentração de beneficiários em poucas operadoras, a expansão de planos coletivos e a redução de planos individuais. Além disso, entre as operadoras de planos de saúde (OPS), as que têm apresentado maior crescimento são as "cooperativas médicas" e as "medicinas de grupo". Estes dois tipos de OPS têm adotado, no discurso e na prática, a verticalização de seus serviços, ou seja, a constituição de serviços próprios, incluindo hospitais, para atender a sua população, em detrimento da contratação ou credenciamento de provedores de serviços de saúde.

Também deve ser analisado o impacto das mudanças no uso dos leitos hospitalares. Os recursos tecnológicos disponíveis e os custos assistenciais têm permitido internações hospitalares mais curtas e a possibilidade de realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em outros tipos de estabelecimentos de saúde que não o hospital. É o que tem sido chamado de "desospitalização" da assistência médica.

Albuquerque et al. (2008) advogam a necessidade de mais estudos para melhor conhecer a dinâmica dos planos privados de saúde. O mesmo pode-se dizer em relação às estratégias adotadas pelos hospitais que atuam neste mercado.

1.4 O que será que estes hospitais estão pensando?

O movimento é sem precedentes... Os investimentos "enormes", bem como a oferta de novos leitos que estes hospitais pretendem colocar no mercado. Aparentemente, todos estão tendo a mesma ideia: crescer!

O que será que está motivando e justificando estas decisões estratégicas?

A primeira resposta que vem à cabeça é que estas organizações estão buscando ajustar a oferta à demanda no setor da saúde suplementar na cidade de São Paulo. É claro que será um equívoco acreditar que haja uma tendência de aumento da demanda porque se observa que os prontos-socorros estão lotados em época de epidemia de gripe suína. Mas é muito comum ouvir entre médicos, em particular os cirurgiões que operam nestes hospitais, reclamações de que estão tendo dificuldades para internar seus pacientes. Mas isto é necessidade de quem? Isto pode significar apenas que, às quartas-feiras, o centro cirúrgico esteja com a agenda lotada, mas haja vários horários nos demais dias da semana ("— Mas o meu dia cirúrgico sempre foi quarta-feira!").

Talvez se pudesse imaginar que os hospitais estejam planejando ampliar sua capacidade operacional para conseguir certa ociosidade e certa disponibilidade que permitissem um rápido atendimento — por exemplo, a rápida admissão de um paciente. A prática da gestão de hospitais nos ensina que taxas de ocupação superiores a 85% são geradoras de problemas de atendimento: provocam filas de pacientes e, por consequência, insatisfação que se refletirá em queixas de médicos e operadoras. A mesma prática também nos ensina que taxas de ocupação inferiores a 75% fazem acender vários tipos de alarmes em relação ao fluxo de caixa. Com certeza, quem está implantando novos leitos vai querer vê-los ocupados e gerando receita o mais rápido possível.

Por outro lado, este movimento de crescimento pode ser uma resposta ao movimento de verticalização das operadoras, cuja competência central não é fazer a gestão de serviços de saúde. E mais: a maior capacidade operacional pode colocar uma instituição em melhor condição de barganha na hora da negociação com as operadoras.

Aumentar a oferta também pode ser uma forma de gerar demanda. Wennberg e Gittelsohn* (1973, apud BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2010b) mostram que certos aspectos dos serviços de saúde — como disponibilidade de leitos hospitalares, profissionais de saúde, tecnologias e recursos diagnósticos — exercem importante influência sobre a

* Wennberg, J., & Gittelsohn A. (1973). Small area variations in health care delivery. *Science*, 182, 1.102-1.109.

utilização de serviços de saúde em diferentes áreas e subgrupos populacionais, o que se convencionou chamar de demanda induzida pela oferta. Mas, se a disponibilização de tecnologia também pode induzir demanda, Vecina e Malik (2007) corroboram o exemplo do jornalista da *Folha*, que ilustra uma característica da incorporação tecnológica em saúde, a de muitas vezes não ocorrer um processo de substituição, mas de incremento. A tomografia computadorizada não tomou o lugar do ultrassom, assim como este não o fez com a radiologia convencional. A incorporação e a disponibilização de novas tecnologias podem induzir a demanda, mas também é preciso conseguir dar a adequada continência ao incremento de demanda, para viabilizar a própria incorporação tecnológica.

Será que estamos testemunhando um "estouro da manada"? Será que o simples fato de observar que o vizinho está ampliando sua casa provoca uma reação em cadeia? Caldas e Wood Jr. (2000) discutiram o caso da "onda" dos sistemas integrados de gestão (SIG), que foram promovidos a panaceias gerenciais, levando a altíssimos investimentos em empresas de todo o mundo. No caso dos hospitais, porém, talvez não seja uma questão de "entrar na onda", mas se preparar para um enfrentamento quando se percebe que os concorrentes estão ganhando músculos. Não ter condições de fazer frente aos concorrentes pode significar perder parte de sua fatia do mercado ou mesmo desaparecer.

Também cabe perguntar se estes movimentos já estavam na agenda dessas organizações. Quando e por que foram tomadas estas decisões? Afinal de contas, não são decisões tomadas por impulso... Será que alguém decidiu assim? Imagina-se que tais procedimentos tenham sido adotados após meticulosos estudos de mercado e de estimativas de retorno sobre o investimento. Será que foi assim?

1.5 Que tal perguntar para eles?

Esta é a proposta deste trabalho. A partir das questões levantadas, buscar saber junto a diferentes protagonistas qual a motivação que os leva a adotar estratégias muito semelhantes, pelo menos aos olhos do observador externo. Procurar saber se existe uma estratégia consciente e preestabelecida. Procurar

entender como tal estratégia surgiu na organização e como foi o processo de decisão que levou a ela.

Para isso, elaboramos um estudo exploratório junto a dez hospitais privados da cidade de São Paulo que apresentaram expansão de seus serviços nos últimos dez anos. A investigação procurou obter as informações junto ao principal executivo estratégico da organização, com o pressuposto de que este tenha participado do processo de definição da estratégia, além de ser o principal responsável por pô-la em prática.

2 OBJETIVOS

No estabelecimento da definição dos objetivos, procurou-se delimitar o foco de intervenção da pesquisa, considerando os elementos necessários para responder às questões formuladas, bem como a exequibilidade da investigação.

2.1 Objetivos gerais

- Analisar e compreender a o processo de elaboração das estratégias de negócio adotadas pelos hospitais que atuam no segmento de mercado de saúde suplementar da cidade de São Paulo e suas tendências.
- Avaliar se as estratégias adotadas são deliberadas ou emergentes e que tipo de evidência tem respaldado o processo de decisão.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as modalidades de serviços que estão sendo oferecidas.
- Identificar quais a especialidades médicas mais ofertadas.
- Verificar se o planejamento é uma prática incorporada nestas organizações, qual o modelo adotado e qual o impacto na gestão.
- Conhecer qual o conceito que os executivos destes hospitais possuem sobre estratégia.

2.3 Justificativa para o tema

No século XXI, o gasto em saúde continua crescendo, frente ao aumento da complexidade das novas tecnologias (inclusive as construtivas, que buscam a sustentabilidade), à maior necessidade de serviços por parte da população idosa, crescente em todo o mundo, à exceção da África, e, de maneira simplificada, à maior quantidade de serviços e de produtos existentes. Não se trata de tentar encontrar o limite para isso, mas de saber o que impulsiona o crescimento dessa oferta. Imagina-se que decisões de investimento sejam precedidas de estudos de viabilidade econômico-financeira, mercadológicos e que tais. Aumenta o número de empresas de consultorias especializadas em saúde, que apregoam poder realizar este tipo de análises.

No Brasil, nas últimas décadas o setor saúde tem passado por importantes mudanças, no setor público com a implantação do Sistema Único de Saúde que além da universalização do acesso ao cidadão, promoveu uma integral reorganização do setor; e no o setor privado, campo deste trabalho, importantes principalmente com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a regulamentação dos planos privados de assistência à saúde. Muitos hospitais que atendiam ao sistema público voltaram-se para a assistência médica suplementar, outros simplesmente fecharam as portas. Várias operadoras de planos de saúde deixaram de existir após a regulamentação do setor com suas carteiras sendo absorvidas por outras OPS. As estatísticas nacionais revelam uma diminuição global dos leitos hospitalares às custas dos leitos privados, indicando um possível uso mais racional destes recursos. Por outro lado, os hospitais privados da cidade de São Paulo vêm conduzindo um forte movimento de expansão de sua capacidade de atendimento seja em níveis de internação, ou de atenção ambulatorial, através de ampliação física de unidades existentes ou abertura de novas unidades. Este aparente paradoxo provocou a inquietação para este estudo. Entender no que se basearam as decisões dessas organizações. Decisões estas certamente revestidas de importância estratégica e por conseqüência, nos interessou conhecer como as decisões estratégicas são tomadas nestas organizações.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Definição de saúde

Assim como no caso da estratégia, existem várias definições para a saúde: Pedroso (2011), em recente trabalho de doutoramento na Universidade de São Paulo, lembrou algumas. No entanto, ficaremos apenas com duas, porque são como marcos sócio-político-legais na história da cidadania no mundo e no Brasil: a da Organização Mundial da Saúde (OMS) — em vigor até o presente e definida no final da primeira metade do século passado, quando foi constituída a OMS — e a da Constituição brasileira de 1988, designada pelo saudoso Ulisses Guimarães como "Constituição cidadã", coroamento de importante etapa do processo, ainda em curso, de democratização do nosso País, após um triste período de regime ditatorial.

A definição que consta do preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde — redigida na Conferência de Saúde Internacional realizada em Nova York de 19 a 22 de julho de 1946, que foi assinada por 61 países e entrou em vigor em 7 de abril de 1948, com suas últimas emendas acrescentadas em 2005 — esclarece que a saúde "é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" (WHO, 2005; tradução nossa). Esta é uma afirmação sempre lembrada quando se aborda o tema da saúde.

No mesmo preâmbulo onde se encontra esta definição, há outros princípios considerados "basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a segurança", que é importante apresentar neste trabalho.

O gozo do melhor estado de saúde possível de atingir é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para se conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação entre indivíduos e entre Estados. Os resultados conseguidos por qualquer Estado na promoção e na proteção da saúde têm valor para todos. O desenvolvimento desigual, em diferentes países, na promoção de saúde e no controle de doenças, especialmente as transmissíveis, é uma ameaça generalizada. (WHO, 2005).

A Constituição do Brasil, no artigo 196, estabelece:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, CASA CIVIL, 2011).

O artigo 198 estabelece a constituição do Sistema Único de Saúde organizado de acordo com as diretrizes: "I — descentralização, com direção em cada esfera de governo; II — atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III — participação da comunidade." O artigo 199, por sua vez, determina que "a assistência à saúde é livre à iniciativa privada", mas estabelece, no parágrafo 1º, que "as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos".

Ainda no mesmo artigo 199, o parágrafo 3º veda "a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei".

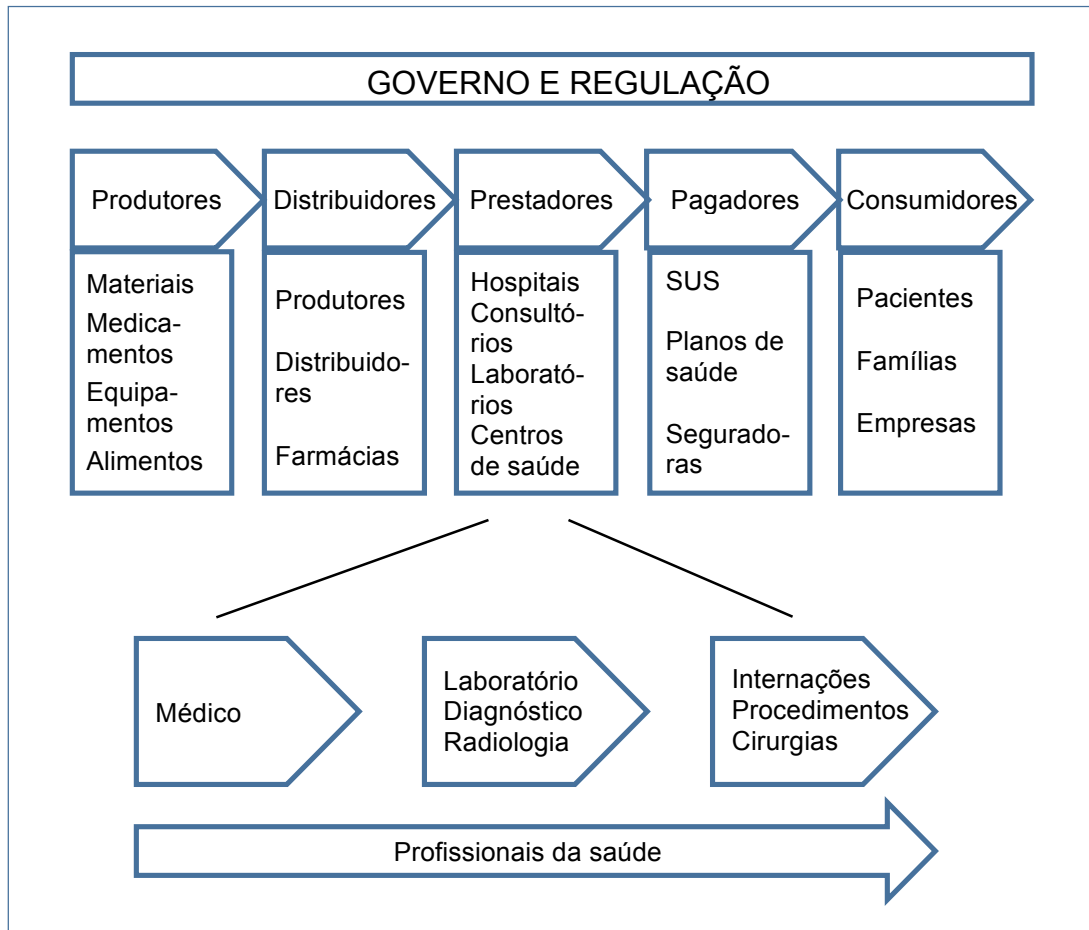
3.2 A cadeia de valor em saúde

Uma cadeia de valor básica de atenção à saúde é composta por produtores, distribuidores, prestadores de serviços, fontes pagadoras e consumidores (PAES, 2011).

Os produtores são as indústrias que fornecem os insumos para a prestação de serviços de saúde. Como exemplos, temos as empresas farmacêuticas, produtoras de medicamentos, soros, etc.; as empresas produtoras de materiais hospitalares, tais como agulhas, seringas, equipamentos de soro; as empresas produtoras de alimentos, fórmulas láteas, dietas enterais. Também fazem parte do elo produtor as empresas que fabricam equipamentos médicos, microscópios, estetoscópios, equipamentos de diagnóstico por imagem, equipamentos cirúrgicos, (focos, mesas, carrinhos de anestesia, etc.). Para Paes (2011), a compreensão de

que, para a assistência à saúde (como no caso da assistência hospitalar ou em um centro de diagnóstico) é necessário um conjunto produto-serviço, revela a importância da gestão de operações no mercado da saúde.

Na Figura 1, podemos ver os componentes da cadeia de valor da saúde.



Esquema 1 — Cadeia de valor do mercado da saúde.

Fonte: adaptado de PAES, 2011, p. 10.

No segundo bloco, temos os distribuidores. Deles fazem parte as empresas de distribuição de materiais, medicamentos e demais insumos, que são intermediários entre os fabricantes e os prestadores de atendimento médico. O próximo elo da cadeia é o dos prestadores, ou seja, os que realizam a assistência ao paciente. Estes são a peça central do sistema de saúde e os responsáveis pela maior parte do valor entregue ao cliente. Na Figura 1, os prestadores estão representados numa subcadeia de valor. O elo dos prestadores, ou provedores de

serviços de saúde, é nuclear e também muito complexo. O médico é a figura-chave — ou, como gostam de dizer alguns, a caneta do médico é o maior gerador de despesa no setor saúde. São vários os tipos de estabelecimentos de assistência à saúde que fazem parte desta subcadeia, vários tipos de profissionais e tecnologias.

No Quadro 1, temos a relação dos principais estabelecimentos onde atuam os profissionais de saúde, conforme a classificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Tabela 1 — Principais tipos de estabelecimentos de saúde no Brasil

Código	Descrição	Total
1	Posto de saúde	11 988
2	Centro de saúde/unidade básica	31 009
4	Policlínica	4 737
5	Hospital geral	5 349
7	Hospital especializado	1 237
15	Unidade mista	870
20	Pronto-socorro geral	555
21	Pronto-socorro especializado	146
22	Consultório isolado	111 667
36	Clínica especializada/ambulatório de especialidade	32 144
39	Unidade de apoio, diagnose e terapia (SADT isolado)	17 239
50	Unidade de vigilância em saúde	2 310
62	Hospital-dia isolado	394
67	Laboratório central de saúde pública (Lacen)	71
69	Centro de atenção, hemoterapia e ou hematológica	138
70	Centro de atenção psicossocial	1 816
71	Centro de apoio à saúde da família	281
72	Unidade de atenção à saúde indígena	74
73	Pronto atendimento	263
Total		222 288

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Acesso 15 jan. 2011, em <http://cnes.datasus.gov.br>

Como discutiremos mais adiante, os prestadores ou provedores de serviços de saúde podem atuar de várias maneiras: em estabelecimentos individuais, com serviços totalmente próprios, ou de forma associada, através de contratos, etc. É muito comum, em um hospital, haver vários serviços prestados através de contratos de terceiros; por exemplo, equipe médica de terapia intensiva, equipe de fisioterapeutas, serviço de diagnóstico. Aliás, a maioria dos hospitais do segmento econômico diferenciado tem terceirizado vários dos seus serviços de

diagnóstico para laboratórios, que, por sua vez, possuem unidades em vários hospitais, além de usar rede própria.

No elo seguinte da cadeia de valor da saúde, temos os pagadores. No Brasil, os principais pagadores de serviços de saúde são o Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito público, e as operadoras de planos de saúde (OPS), no âmbito privado. Segundo Paes (2011), 47,4% do total de gastos em saúde no Brasil foram efetuados pelo governo, nas três esferas administrativas (federal, estadual e municipal); dos 52,6% restantes, 18% foram despendidos pelo próprio usuário no pagamentos de serviços de saúde e 30% em compra de medicamentos.

No último elo da cadeia de valor da saúde, estão os consumidores. Como já mencionado, 23% da população brasileira possuem algum plano privado de assistência à saúde, segundo dados da ANS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2010a).

Paes (2011) chama a atenção para o fato de que 15% do total dos gastos em saúde são realizados diretamente do consumidor aos distribuidores, sem passar pelos provedores e pagadores.

3.3 Complexo médico-industrial

Para realizar uma análise crítica das estratégias de negócios dos hospitais privados, é preciso conhecer o espaço econômico e institucional em que estas empresas estão envolvidas. O setor de saúde brasileiro está em constante transformação, o que reflete as mudanças políticas e econômicas por que o Brasil vem passando.

A Constituição de 1988 consagra a saúde como direito de todo cidadão e como dever do Estado. Tal fato é extremamente significativo, em especial considerando-se o momento histórico em que ocorre. Vive-se a hegemonia das políticas neoliberais e de intensificação do processo de globalização, que preconizam a lógica de mercado como alocador de recursos, com redução da interferência do Estado, inclusive do seu aparato, através de privatizações.

Desde então, o setor de saúde no Brasil vive transformações segundo dois tipos de lógicas: a lógica econômica de inovação e desenvolvimento e a lógica

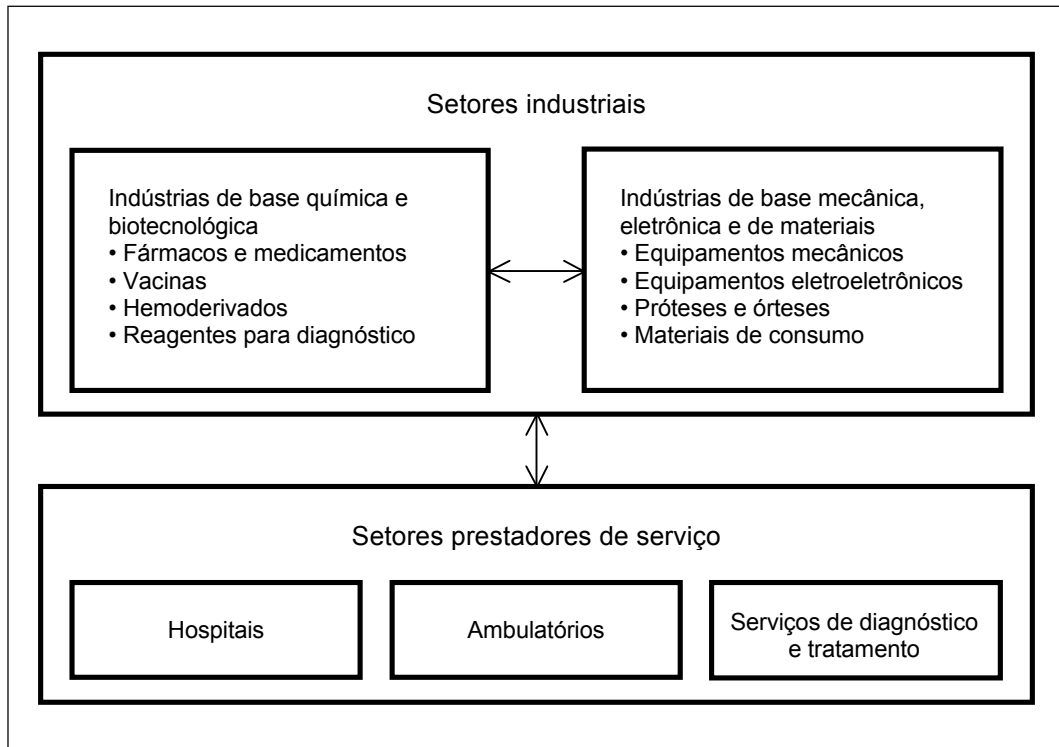
sanitária. As duas afetam tanto o setor privado, como o público da saúde. A primeira reflete a lógica empresarial capitalista em todos os setores produtivos, conformando no setor da saúde o complexo médico-industrial. A lógica empresarial capitalista vem penetrando até nos serviços públicos de saúde: atente-se para os modelos que são adotados, desde o fim dos anos 90, de estruturas de quase mercado e as chamadas "contratualizações", com a criação de novos modelos organizacionais públicos não estatais, que efetivam a terceirização da administração de equipamentos estatais para entidades privadas (FERREIRA JR., 2004).

Por outro lado, a lógica sanitária associada ao desenvolvimento do exercício da cidadania, incluindo o que se refere aos direitos do consumidor, tem efeitos sobre o mercado de saúde em duas frentes: 1) reorganizando o setor público, com a implantação do SUS, e 2) promovendo um forte processo de regulação que afeta sobremaneira o setor privado através das ações das agências reguladoras — a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde (ANS), esta última encarregada especificamente do mercado de saúde suplementar.

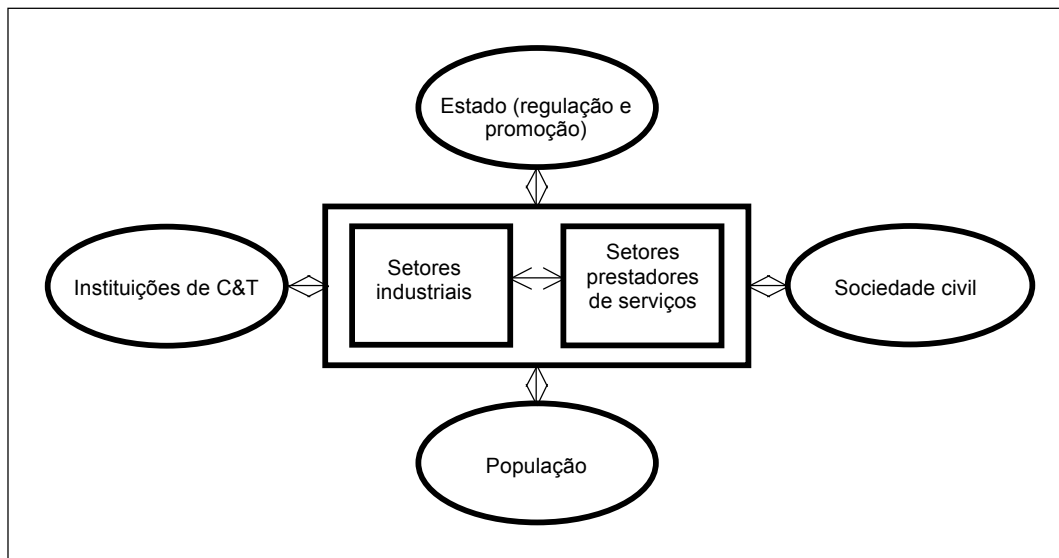
Gadelha (2003) caracteriza o complexo industrial da saúde como um conjunto de indústrias que produzem bens de consumo e equipamentos especializados e um conjunto de organizações prestadoras de serviços de saúde consumidoras dos produtos manufaturados pelo primeiro, constituindo-se uma relação de interdependência setorial. Nesta concepção, são considerados três grupos de atividades (ver Esquema 2, a seguir).

O primeiro é constituído de indústrias de base química e biotecnológica e inclui as indústrias farmacêuticas, de vacinas, de hemoderivados e de reagentes para diagnóstico. O segundo é um grupo heterogêneo de base física, mecânica e de materiais, envolvendo indústrias de equipamentos e instrumentos mecânicos e eletrônicos, órteses e próteses e materiais de consumo em geral. O terceiro grupo é formado pelos setores envolvidos com os prestadores de serviços de saúde, envolvendo hospitais, ambulatórios e serviços de diagnóstico e tratamento. Este grupo organiza a cadeia de suprimentos dos produtos industriais em saúde, articulando o consumo pelos usuários, tanto no setor público como no privado.

Gadelha (2003) descreve também o contexto político e institucional em que o complexo da saúde está imerso (ver Esquema 3, a seguir).



Esquema 2 — Complexo médico industrial.
Fonte: GADELHA, 2003.



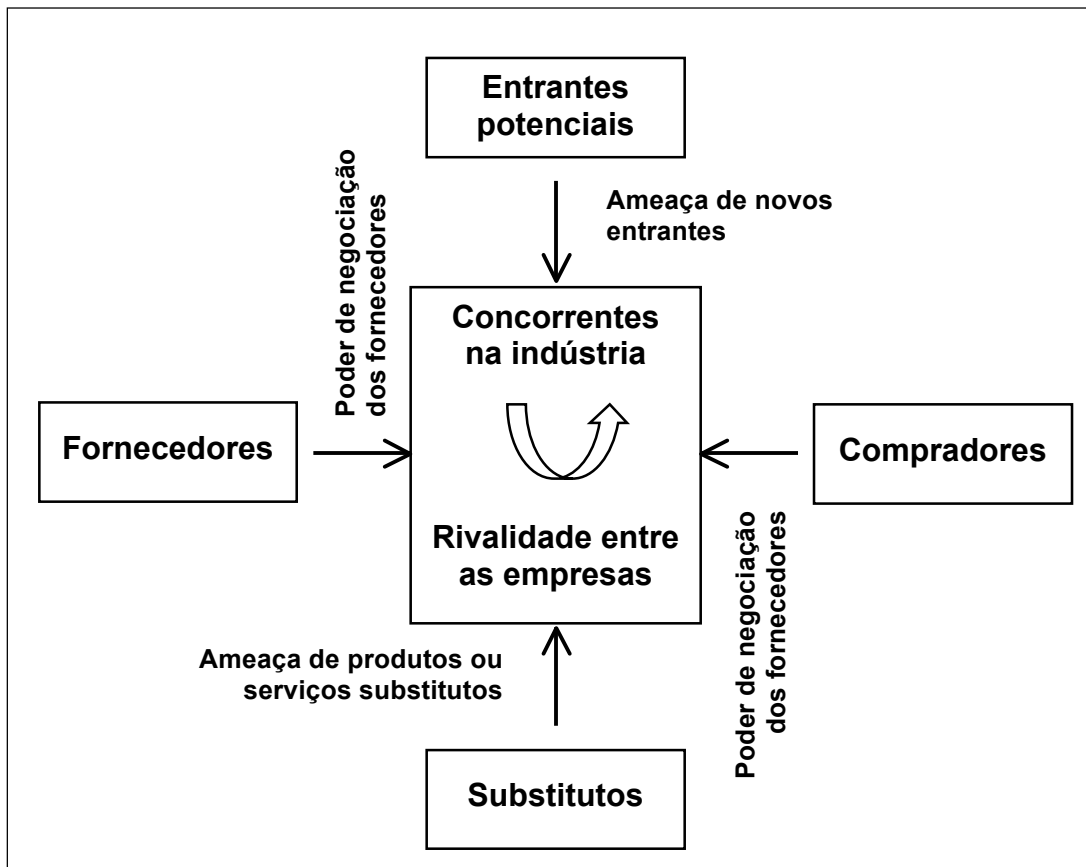
Esquema 3 — Contexto político e institucional do complexo da saúde.
Fonte: GADELHA, 2003.

A relação com as instituições de ciência e tecnologia (C&T) é considerada chave, em razão da intensidade de conhecimento e tecnologia que caracteriza todas as atividades da saúde, além de ser uma fonte essencial de inovação. Com efeito, inovação é um dos principais fatores de competitividade concorrentes do complexo industrial da saúde. Outros componentes que se destacam neste modelo são a sociedade civil organizada e a população. Isto decorre da repercussão social que tem a produção dos serviços de saúde. A indústria da saúde é uma das atividades econômicas em que os grupos de interesse e as políticas públicas incidem de modo mais acentuado. O Estado tem papel determinante na dinâmica industrial do complexo, por seu elevado poder de compra de bens e serviços, pelo poder de indução e pelas atividades regulatórias que desempenha, numa forte interação com a sociedade civil organizada.

3.4 Análise estrutural das indústrias

3.4.1 O modelo das cinco forças de Porter

Em 1979 Porter na *Harvard Business Review* o artigo “How Competitive Forces Shape Strategy” propôs um modelo para a elaboração da estratégia a partir da compreensão da estrutura da indústria. Este artigo e a teoria proposta tornaram-se um marco no campo da estratégia e desde então este modelo das cinco forças vem sendo estudado e desenvolvido por geração de acadêmicos no campo da economia e estratégia. Porter (1991) afirma que a essência da formulação de uma estratégia é relacionar uma companhia ao seu meio ambiente. O mesmo autor (2008) afirma que a essência do trabalho do estrategista é entender e lidar com a competição. No entanto, com frequência a competição é analisada sobre uma visão estreita considerando apenas as empresas concorrentes. No modelo das cinco forças a competição por lucros vai além da concorrência entre as empresas de determinada indústria abrangendo outras forças competitivas: consumidores, fornecedores, potenciais empresas entrantes e produtos substitutos.



Esquema 4 — Forças que definem a concorrência na indústria.
 Fonte: PORTER, 1991, p. 23.

Num ambiente onde estas forças são muito fortes a lucratividade das empresas será baixa. Ao contrário, quando estas forças são mais benignas, há maiores condições de lucratividade. Portanto, estas cinco forças é que vão definir a competição em uma determinada indústria, e como consequência, são elas que o estrategista deve analisar para definir a estratégia da empresa.

3.4.1.1 Ameaça à entrada de novos concorrentes

Novas empresas entrando em uma indústria vão provocar pressões sobre preços, custos e taxas de investimentos necessários para competir. A consequência é a limitação da lucratividade. As empresas terão que responder baixando os seus preços ou aumentando os seus investimentos.

A intensidade da ameaça de novas entradas vai depender da existência de barreiras e sua intensidade bem como, da expectativa de reação das empresas estabelecidas em termos de retaliação. Porter (2008) cita sete principais fontes de barreiras de entradas:

- Economia de escala do lado da oferta: Este tipo de economia ocorre quando a empresa produz grandes volumes e tem um baixo custo por unidade produzida, com isto podendo ratear os custos fixos em um número maior de unidades. Este tipo de barreira vai obrigar empresas entrantes ingressarem em grande escala, sendo necessário desalojar as empresas já estabelecidas, ou então, aceitar a desvantagem de custo.
- Benefício de escala do lado da demanda: quando os consumidores de produtos de uma determinada empresa formam uma rede de compradores que beneficia esta empresa, em decorrência, por exemplo, da confiança dos consumidores na marca. Isto vai desencorajar potenciais entrantes, que terão que operar com preços mais baixos até conseguirem formar a sua clientela.
- Custo de troca de fornecedor: Ocorre quando a troca de um fornecedor implicar em altos custos para empresa, seja em decorrência da necessidade de retrainar os funcionários, ou por necessidades de adaptações no processo de produção.
- Necessidade de capital: Uma grande necessidade de investimentos de capital para entrar em uma determinada indústria pode limitar a o número de novos entrantes. Entretanto, este tipo de barreira vai depender de quanto o negócio é considerado rentável. Quanto mais rentável ele for considerado, mais provável será a disponibilidade de investidores.
- Vantagens adquiridas pelas empresas estabelecidas independentemente de seus tamanhos: As empresas já estabelecidas numa indústria podem possuir vantagens difíceis de serem superadas pelas potenciais concorrentes, tais como localização geográfica favorável, acesso preferencial para matéria-prima, detenção de patente, identidade marca estabelecida, etc.
- Acesso desigual a canais de distribuição: Quando novas empresas não conseguem distribuir os seus serviços ou produtos pelos canais existentes, uma vez que eles estão ocupados pelas empresas estabelecidas. Isto pode implicar que as empresas entrantes tenham que adquirir ou criar os seus próprios canais de distribuição.

- Políticas governamentais restritivas: Na verdade, as políticas governamentais traduzidas em leis, normas e regulamentações podem criar barreiras, ou ao contrário, estimular a entrada de novas empresas em uma indústria. São exemplos destes tipos de barreiras os alvarás, licenças ambientais para instalação de empresas, legislação sanitária, etc.

A decisão de entrar como um novo concorrente em uma indústria será influenciada pela expectativa que se tem da reação das empresas já estabelecidas em relação a este novo competidor. Uma expectativa muito forte de retaliação vai desestimular um movimento de entrada. A avaliação sobre a possibilidade de haver retaliação e de que intensidade vai se basear em alguns elementos como a história do comportamento pregresso das empresas em relação aos novos entrantes. Empresas com excesso de recursos financeiros ou produtivos poderão mais provavelmente usá-los para retaliar as empresas entrantes. A avaliação das barreiras de entrada e da reação das empresas concorrentes é fundamental para uma empresa que deseje entrar em uma indústria.

3.4.1.2 Poder dos fornecedores

Fornecedores poderosos podem ficar com mais valor cobrando preços altos, limitando qualidade e serviços ou, deslocando custos para outros participantes da indústria. Fornecedores poderosos, incluindo entre eles os fornecedores da força de trabalho podem reduzir a lucratividade da indústria que seja incapaz de repassar os custos para os seus preços. Os fornecedores são considerados poderosos quando:

- O grupo de fornecedores é muito pequeno quando comparado com o grupo de empresas compradoras.
- Quando o fornecedor fornece para várias indústrias, sendo que suas receitas dependem pouco de uma determinada indústria.
- Quando há um custo elevado para proceder a troca de fornecedor.
- Quando não existem substitutos.
- Quando os produtos dos fornecedores são muito diferenciados.

- Quando a indústria é geradora de grandes valores para os fornecedores pode haver uma ameaça de integração para frente e o fornecedor se tornar um novo entrante.

3.4.1.3 Poder dos compradores

Compradores poderosos vão forçar preços menores, demandar alto nível de qualidade de produtos e serviços, reduzindo desta forma a lucratividade da indústria. Os compradores serão poderosos:

- Se forem em menor grupo que os vendedores, ou se forem capazes de realizar compras em volumes muito altos, fazendo o vendedor seu dependente.
- Se os produtos da indústria são muito indiferenciados e padronizados e os compradores acreditam que é fácil encontrar alternativas.
- Quando o custo de troca do vendedor é baixa.
- Quando os fornecedores potencialmente podem fazer uma integração para trás.
- Quando os compradores são muito sensíveis aos preços dos produtos.

Os compradores serão sensíveis aos preços dos produtos de uma indústria quando:

- Quando estes produtos representam uma parcela importante dos seus custos.
- Quando a atividade dos compradores apresentar baixa lucratividade.
- Quando a qualidade dos serviços e produtos produzidos pelos compradores é pouco afetada pelos produtos da indústria, favorecendo buscar alternativas.
- Quando os produtos da indústria têm pouco efeito para os demais custos do comprador. Quando o produto pode potencializar o

desempenho do comprador este tenderá a ser menos sensível ao preço.

3.4.1.4 Ameaça dos substitutos

Um substituto desempenha função similar ou igual a um produto da indústria por diferentes meios. Substitutos sempre estão presentes, mas muitas vezes passam despercebidos, Porter, (2008) apresenta um interessante exemplo, no qual para uma pessoa procurando um presente para o dia dos pais, uma gravata pode ser um substituto de uma caixa de ferramentas.

A ameaça dos produtos substitutos acaba por estabelecer teto para os preços de uma indústria reduzindo a lucratividade.

A ameaça dos produtos substitutos será alta em casos que:

- A troca pelo substituto pode oferecer vantagens em termos de custo e desempenho. Porter cita o exemplo da substituição dos telefones fixos por celulares, ou dos interurbanos por comunicações através da internet.
- O custo do comprador para trocar para o substituto é baixa. O exemplo citado aqui é substituição dos medicamentos de marca por medicamentos similares ou genéricos.

3.4.1.5 Rivalidade entre os atuais concorrentes

Uma rivalidade muito grande entre os concorrentes reduz a lucratividade de uma indústria. O impacto sobre a lucratividade vai depender, além da intensidade da rivalidade entre as empresas, das bases em que esta rivalidade vai ocorrer.

São fatores que favorecem uma rivalidade intensa na indústria:

- Quando os concorrentes são numerosos e têm tamanho e poder similares.

- Quando a indústria cresce devagar a tendência é intensificar a briga por fatias do mercado.
- Quando as barreiras de saída são fortes, obrigando empresas mesmo com rendimentos negativos permanecer no negócio. Porter cita o exemplo de empresas onde há devoção da administração para um negócio particular. Um exemplo que nos ocorre são os hospitais que se mantêm em operação, mesmo em condições de rendimento negativo para não deixar de atender ao pacientes. Nesta condição há um excesso de capacidade produtiva que vai provocar a redução da lucratividade das empresas saudáveis financeiramente.
- Quando os rivais perseguem objetivos além de desempenho econômico tais como, liderança, prestígio, imagem, ou mesmo por confronto de egos.
- Quando as firmas são incapazes de lerem os sinais uma das outras por falta de familiaridade entre elas, diferentes abordagens de concorrência, ou por diferentes objetivos.

Como citado anteriormente a força da rivalidade reflete não apenas a força da competição mas também as bases e as dimensões em que ela ocorre. A rivalidade será particularmente destrutiva se ela for apenas por preço, pois a competição por preço destrói a lucratividade da indústria transferindo os ganhos para o consumidor.

A competição por preço tende a ocorrer quando:

- Os serviços e produtos dos rivais são quase idênticos e o custo de troca de fornecedor é baixo.
- Quando os custos fixos são elevados e os custos marginais são baixos. Isto aumenta pressão para os concorrentes cortem os preços abaixo dos seus custos médios, próximo ao seu custo marginal, tentando obter um aumento de clientes, enquanto é possível fazer alguma contribuição para cobrir os custos fixos.
- Quando há necessidade e grande incremento na capacidade para ser eficiente.
- Quando o produto é perecível criando uma forte pressão para vendê-lo enquanto ele ainda tem valor. É o caso de gêneros

alimentícios. Aqui Porter ainda enquadra serviços como acomodações em hotéis, uma vez que, capacidade não utilizada nunca poderá ser recuperada. O mesmo raciocínio é válido para hospitais.

Competição em outras dimensões que não por preço são menos prováveis de destruírem a lucratividade da indústria do que a competição por preços. Ao contrário elas podem gerar mais valor para o consumidor e preços maiores. Por exemplo, quando a competição se dá por serviços de suporte, tempo de entrega, imagem da marca. Quando a maioria dos concorrentes compete nas mesmas dimensões, a competição tende a ser de soma zero, é dizer, o ganho de uma empresa representa a perda de outra. Entretanto, a rivalidade pode ter soma positiva e aumentar a lucratividade média de uma indústria e promover o crescimento da indústria. Se as empresas procurarem atender diferentes segmentos de consumidores, concorrendo por outras dimensões que não preço uma competição de soma positiva pode ser obtida. Os estrategistas devem compreender a estrutura da indústria e procurar desenvolver as estratégias que busquem competição com soma positiva.

3.4.1.6 Produtos e serviços complementares

Quando produtos ou serviços são usados juntos com um produto ou serviço de uma indústria eles são considerados como complementos. Eles surgem quando a sua utilização em conjunto é capaz de gerar mais valor para o consumidor do que quando usados separadamente. O exemplo que Porter cita é o de computadores e programas aplicativos, que têm valor quando usados em conjunto, mas são sem valor quando usados separadamente. No caso da indústria da saúde no Brasil podemos citar os hospitais e os planos de saúde, que para uma grande parte dos consumidores só é possível ter acesso aos primeiros através dos últimos.

Porter destaca que tanto as políticas governamentais como os produtos complementares não devem ser considerados como forças determinando a lucratividade da indústria. Isto porque a presença de forte influência governamental ou fortes produtos e serviços complementares não é necessariamente bom ou ruim

para a lucratividade da indústria. Estes componentes afetam a lucratividade através da maneira com que eles afetam as cinco forças. Cabe ao estrategista identificar a influência dos fatores complementares sobre as cinco forças e avaliar o seu impacto sobre a lucratividade da indústria.

3.4.1.7 Implicações para a estratégia

Compreender as forças que definem a competição na indústria é o ponto de partida para desenvolver estratégia. Deveria ser do conhecimento de todas as empresas qual e a lucratividade média nas indústrias que ela atua e como esta média tem se comportado ao longo do tempo. Para Porter (2008) a partir do seu modelo das cinco forças o estrategista pode compreender a estrutura da indústria e identificar possibilidades de ações estratégicas para: posicionar a empresa para lidar melhor com as forças competitivas, antecipar e explorar mudanças nas forças e atuar no equilíbrio das forças para modificar a estrutura da indústria para uma conformação que seja mais favorável para sua empresa.

A estratégia deve busca posicionar a empresa construindo defesas contra as forças competitivas ou ao menos buscando uma situação estas forças sejam mais fracas. Aqui podemos citar o exemplo que discutiremos adiante dos hospitais que buscam se posicionar para atender a clientela de uma determinada área geográfica na cidade de São Paulo e poder aquisitivo intermediário, evitando entrar em confronto com os grandes hospitais que buscam a clientela diferenciada independentemente de seu local de residência.

As mudanças na indústria trazem oportunidades para buscar novos posicionamentos da empresa em busca de aumento da lucratividade, desde que o estrategista tenha uma sofisticada compreensão da estrutura da indústria a partir das análises das forças competitivas.

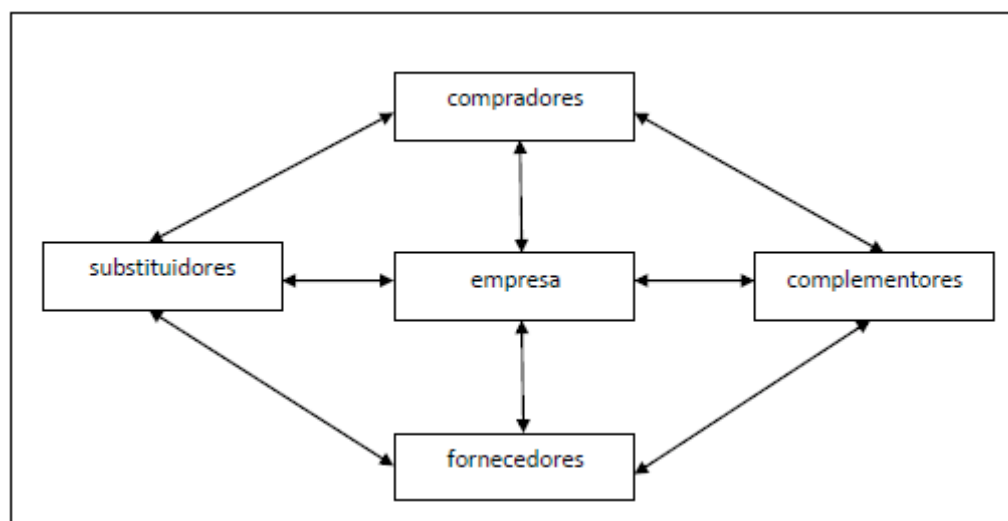
Segundo Porter, a estrutura da indústria pode ser modificada de dois modos: redistribuindo a lucratividade em favor das empresas estabelecidas em detrimento dos demais (compradores, fornecedores, substitutos e entrantes) ou, expandindo a lucratividade para todos.

3.4.1.8 O uso da teoria dos jogos para formar a estratégia

Brandenburger e Nalebuff, (1995) em artigo publicado na *Harvard Business Review* apresentaram um modelo para a utilização da teoria dos jogos na formação das estratégias. Para estes autores o ambiente de negócios é um jogo de altas apostas. E a essência do sucesso nos negócios recai em se ter certeza de estar jogando o jogo certo. Como saber se você está jogando o jogo certo e o que fazer quando se está jogando o jogo errado, são as perguntas que este modelo pretende ajudar a responder esquematizando os *insights* da teoria dos jogos.

A teoria dos jogos ganhou evidencia em 1994, mas tem a sua origem no livro *A teoria dos jogos e o comportamento econômico* de John Von Neumann e Oskar Morgenstern, publicado em 1944. Esta teoria apresenta um modelo sistemático para o entender o comportamento de jogadores em situações em que os seus sucessos são interdependentes.

O jogo dos negócios trata de criar e capturar valor. Os participantes deste jogo as interdependências entre eles são descritas no mapa esquemático elaborado por Brandenburger e Nalebuff e que eles denominaram de Rede de Valor.



Esquema 5 – Rede de valor
Fonte: Brandenburger e Nalebuff, (1995).

Como se pode notar, este esquema é claramente inspirado nas cinco forças de Porter. Neste esquema as interações ocorrem em duas dimensões: vertical e horizontal. Na vertical têm-se os fornecedores e compradores da empresa. Os recursos, materiais, força de trabalho, etc. fluem dos fornecedores para a empresa e os produtos e serviços fluem da empresa para os compradores. O fluxo do dinheiro ocorre no sentido inverso. Na dimensão horizontal estão o que os autores chamaram de “substituidores” e os “complementadores”.

Os substituidores são jogadores alternativos de quem os compradores podem comprar produtos e serviços e para quem os fornecedores podem vender seus recursos.

Complementadores são jogadores de quem os compradores podem adquirir produtos e serviços complementares e para quem os fornecedores podem vender recursos complementares.

Este modelo pretende ajudar aos administradores através dos *insights* da teoria dos jogos. Os administradores bem sucedidos interagem com o jogo que ele joga e não apenas o jogo que ele encontra, ou seja, ele deve modificar o jogo. Para isso a rede de valor é utilizada como um mapa para explorar todas as interdependências do jogo. Desenhar a rede de valor do negócio é o primeiro passo para modificar o jogo. O segundo passo é identificar todos os elementos do jogo, que de acordo com a teoria dos jogos são cinco:

- Jogadores – estão identificados na rede de valor, são os compradores (consumidores), os fornecedores, os complementadores e os substituidores. Nenhum deles são fixos e podem trocar de papel.
- Valores adicionados – são os que cada jogador traz para o jogo. Há maneiras de se tornar um jogador mais valioso, ou seja, aumentar o seu valor adicionado. Também há maneira de diminuir o valor adicionado dos demais jogadores.
- Regras do jogo – em negócios não existe um conjunto de regras universais. As regras têm origem em leis, contratos, acordos, costumes, etc. Ao fazer uso das regras em seu favor os jogadores podem revisá-las ou criar novas regras.

- Táticas – são movimentos usados para configurar o modo como os jogadores percebem o jogo e, portanto, como eles jogam. Algumas vezes as táticas são desenhadas pra corrigir erros de percepção, e outras vezes para manter ou criar incertezas.
- Escopo – descreve as fronteiras do jogo que podem ser expandidas ou reduzidas pelos jogadores.

O jogo pode ser modificado mudando cada uma das partes na busca de desenhar estratégias ganha - ganha ou ganha-perde. Brandenburger e Nalebuff afirmam que buscar estratégias ganha – ganha apresenta várias vantagens. Em primeiro lugar porque este é um tipo de abordagem relativamente inexplorada, portanto com maior potencial de achar novas oportunidades. Em segundo lugar por que os concorrentes podem oferecer menor resistência as estes tipos de movimentos, o que os torna mais fáceis de implementar. Além disso, uma vez que estratégias ganha – ganha não forçam os jogadores a retaliar, o novo jogo se torna mais sustentável. Finalmente a imitação de uma estratégia ganha – ganha é benéfica e inofensiva. Ao estimular maneiras competitivas e cooperativas de mudar o jogo, Brandenburger e Nalebuff sugerem o termo “coopetition” que significa buscar oportunidades ganha - ganha e ganha – perde. Manter a perspectiva das duas possibilidades é importante porque frequentemente as estratégias ganha – perde saem pela culatra.

3.4.2 Um contexto referencial para a estratégia

Segundo Besanko et al. (2006), para ter êxito na formulação na e implementação de sua estratégia, uma empresa deve considerar quatro classes de questões de grande abrangência.

- Fronteira da empresa: o que deve fazer, produzir e fornecer; que porte deve ter; e em que negócios deve se envolver.
- Análise dos mercados e da concorrência: qual a natureza dos mercados nos quais a empresa compete e a natureza das interações competitivas entre as empresas nesses mercados.

- Posicionamento e dinâmica: como a empresa deve se posicionar para competir, no que deve se basear sua vantagem competitiva e como deverá ajustar-se ao longo do tempo.
- Organização interna: como a empresa deve organizar internamente sua estrutura e seus sistemas.

3.4.2.1 Fronteiras da empresa

Dentro do que a empresa faz, suas fronteiras podem se estender em três direções: horizontal, vertical e corporativa.

A fronteira horizontal remete à dimensão do mercado. As fronteiras verticais dizem respeito ao conjunto de atividades realizadas internamente na empresa e às que compra de outras empresas especializadas. As fronteiras corporativas, enfim, referem-se aos diferentes negócios nos quais a empresa compete.

3.4.2.2 Análise de mercados e da concorrência

Para formular e executar estratégias bem-sucedidas, as empresas devem compreender a natureza dos mercados em que competem. Porter (1991) afirma que o desempenho dos diferentes setores, ou entre as diferentes indústrias, não é uma questão aleatória, mas dependente, como já vimos, da estrutura básica da indústria.

3.4.2.3 Posicionamento e dinâmica

Como e com que base a empresa compete; quais recursos e competências subjacentes às vantagens de custo ou diferenciação que uma empresa pode ter: isso diz respeito ao seu posicionamento. A dinâmica, por outro

lado, diz respeito à forma como estes recursos e competências são acumulados e como a empresa ajusta-se às circunstâncias mutáveis ao longo do tempo; trata de como a empresa, em busca do lucro, cria novas bases de vantagem competitiva.

3.4.2.4 *Organização interna*

Uma vez que tenha definido o que vai produzir, analisado a estrutura de seu mercado, para definir como e baseada no que vai competir, a empresa deve se organizar internamente para executar as estratégias. Isto diz respeito a sua estrutura organizacional e a sistemas formais de incentivos e de comunicação, para garantir que as metas individuais das pessoas estejam alinhadas com as metas da empresa.

3.5 Teoria do crescimento da firma

O movimento dos hospitais objeto deste estudo diz respeito ao crescimento destas organizações. Em 1959 uma economista estadunidense publicou um trabalho que procurou estabelecer uma teoria para explicar o que ocorre com as firmas que crescem. Trata-se da economista Edith Penrose. O seu trabalho, embora ganhe reconhecimento muitos anos depois de sua publicação, tornou-se seminal na medida em que estabeleceu um contra ponto com a teoria econômica neoclássica e desenvolveu conceitos que, anos depois, foram retomados pela teoria de estratégia da perspectiva baseada em recurso.

Os conceitos apresentados a seguir têm como referências o trabalho de Penrose de 1959, *A teoria do crescimento da firma*, traduzido para o português e publicado pela editora da Unicamp em 2006, o livro, editado por Christos Pitelis de 2002 – Oxford Press e o artigo de Brito e Vasconcelos, *The variance composition of firm growth rates*, 2009.

3.5.1 Edith Eleura Tilton: vida contribuição e influência.

Edith Eleura Tilton, nasceu em 15 de novembro de 1914, em Los Angeles. Estudou Economia na Universidade da Califórnia, em Berkeley, onde graduou-se em 1936. Edith se torna assistente de E. F. Penrose, (Pen) um professor de Economia em Berkeley com quem se casa em 1945. Após um período na Suíça e no Canadá, trabalhando para Escritório da Internacional do Trabalho (ILO). Pen assume a cadeira de Geografia Humana na Johns Hopkins e Edith começa os seus estudos de mestrado e doutorado, que completa em 1951. Edith se torna professora e pesquisadora associada na Johns Hopkins, sob a supervisão de Fritz Machlup, que era codiretor de um projeto de pesquisa sobre o crescimento da firma. Seu trabalho de campo foi desenvolvido na Companhia de Pólvora Hercules, e este foi o início de sua pesquisa que conduziu para *A Teoria do Crescimento da Firma*, publicado em 1959. Somente após a sua aposentadoria o seu trabalho ganha reconhecimento passando a receber honrarias de universidades estadunidenses, britânicas e européias. Em outubro de 1996 Edith Penrose falece de falência cardíaca, durante o sono, um pouco antes de completar 82 anos.

3.5.2 Contribuição.

A contribuição de Edith Penrose para a Economia tem um amplo espectro, do controle de alimentos através do sistema de patentes à teoria do crescimento da firma, o empreendimento multinacional, a teoria da organização da indústria, a indústria internacional do petróleo, a economia dos países árabes, as relações econômicas internacionais entre outros. Dentro deste contexto, ela propôs teorias sobre competição, inovação, fusões e aquisições, políticas de competição de formação de redes de pequenas firmas, etc. O principal trabalho pelo qual ela é lembrada é *A teoria do crescimento da firma*, publicado em 1959. O resultado do seu trabalho na Companhia de Pólvora Hércules foi concluído em 1956 e publicado em 1960 e não foi incluído na trabalho de 1959 para mantê-lo num tamanho menor. Entretanto, os dois trabalhos fazem parte de um mesmo todo integrado.

Em várias ocasiões Edith Penrose descreveu a sua busca por uma base teórica para a questão do seu interesse, o crescimento da firma. Segundo ela, na teoria neoclássica da firma não era possível encontrar a firma! Ela afirmava que, para os teóricos econômicos, a firma nada mais era do que um arranjo de funções de oferta e demanda e um dos pilares desta teoria era dirigido, quase que exclusivamente, para a análise econômica da determinação dos preços e da alocação de recursos e o equilíbrio da firma, sob este ponto de vista, era o equilíbrio da produção de um determinado produto. Nesta teoria o crescimento da firma nada mais é que o aumento da produção de determinados produtos, e o tamanho ótimo é o ponto mais baixo da curva de custo médio destes produtos. Penrose conclui que esta teoria não é capaz de explicar o crescimento e a inovação das organizações reais que os homens de negócio chamam de firmas.

3.5.4 A firma Penrosiana e o mercado.

Para Penrose a firma é uma coleção de recursos humanos e não humanos, coordenados administrativamente para a produção de bens e serviços, a serem vendidos no mercado com o objetivo de obter lucro. A coordenação administrativa e a “comunicação de autoridade” definem as fronteiras da firma. No seu trabalho de 1959, Penrose esclarece que:

A “comunicação de autoridade” pode consistir em um de seus extremos, na transmissão real de informações detalhadas através de uma hierarquia de funcionários, e no outro, na mera existência, concentrada em algumas pessoas, de políticas obedecidas e aceitas, de objetivos e procedimentos administrativos estabelecidos em algum momento do passado. (Penrose, 2006, p. 56).

A diferença entre as atividades econômicas dentro e fora da firma é que as primeiras ocorrem dentro de uma organização administrativa. Dos recursos internos da firma, dois são os mais importantes: os recursos humanos e os recursos gerenciais. Qualquer expansão requer planejamento que pode ser realizado pelo gerenciamento próprio que é específico da firma, e não está disponível no mercado.

Há dois tipos de causas para o crescimento das firmas: as causas internas e as causas externas. Penrose sugere que as causas externas, tais como aumento de capital, e condições de demanda, não podem ser completamente compreendidas sem uma análise da natureza da firma propriamente dita. O problema que ela foca são os incentivos e limites internos ao crescimento da firma e não o crescimento decorrente de eventos externos fortuitos.

Para Penrose há duas razões básicas para explicar porque a firma tem incentivos endógenos para expandir. A primeira é a afirmação que a execução de um plano requer recursos além dos estritamente necessários para a sua execução. A segunda é que, quando o plano é finalizado, recursos gerenciais são liberados e se tornam disponíveis. Principalmente, os serviços que a firma é capaz de prestar vão aumentar no período entre a elaboração do plano e o momento em que a sua execução é completada.

Numa condição idealizada, poderíamos imaginar que os recursos adquiridos ou gerados pela firma pudessem ser utilizados plenamente numa condição de equilíbrio produtivo ótimo, no qual não haveria um estímulo endógeno de crescimento. No entanto, essa condição de utilização é muito difícil de ser alcançada por vários motivos. O primeiro deles é que muito destes recursos são indivisíveis. O outro motivo é o fato de haver inúmeras formas de utilizar um recurso em diferentes circunstâncias. E por último que o desenvolvimento de um novo processo produtivo gera novos serviços. Penrose, (2006, p. 121)

Para ilustrar estas afirmações de Penrose, podemos tomar o caso da necessidade de implantação de uma unidade de terapia intensiva, (UTI) num hospital cirúrgico especializado em ortopedia. A maioria dos pacientes são adultos e um parte deles necessita de ficar na UTI por um período curto de tempo, digamos 2 a 3 dias. No entanto, uma parte menor dos pacientes são crianças e destas algumas também vão demandar realizar o pós-operatório numa unidade de cuidados intensivos com capacidade de cuidar de crianças, ou seja, uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Vamos imaginar que este hospital necessitasse de três leitos de UTI pediátrica. Ocorre que as unidades de terapia intensiva são equipamentos muito caros e concentradores de recursos especializados e de alta tecnologia. É conhecido que no dimensionamento da equipe médica para uma UTI geral, adulto ou infantil, considera-se que um médico intensivista, plantonista dá conta do cuidado de dez leitos, ou dez pacientes. Montar uma unidade de três leitos para atender a

necessidade presente do hospital vai significar “desperdiçar” equipe médica para sete leitos. Montar a unidade com dez leitos, vai significar utilizar espaço físico, adquirir equipamentos e recursos, para uma oferta de serviços para qual a demanda não é suficiente para utilizá-la plenamente. O hospital terá que decidir o que fazer. Pode parar de realizar cirurgia em crianças, ou pode, ao contrário tentar aumentar este tipo de cirurgia para usar plenamente a UTI pediátrica. Ou então, oferecer este serviço a outros hospitais que encaminhariam estas crianças, mas isso levaria a desenvolver outros recursos, como o de enfermagem especializada, serviço de transportes, (unidade móvel de terapia inintensiva) etc.

Em relação ao tamanho ótimo da estrutura produtiva, Penrose lembra da aplicação do princípio do “mínimo múltiplo comum”.

Se um conjunto de recursos produtivos indivisíveis tiver que ser plenamente usado, o nível mínimo que uma firma deva alcançar corresponde ao mínimo múltiplo comum dos produtos obtíveis da menor unidade de aquisição de cada tipo de recurso. Esse princípio tem sido usualmente aplicado a máquinas e, mesmo nesse caso, tem sido ressaltada a necessidade de planejar a produção numa escala muito mais ampla para poder usar todas as máquinas disponíveis em seus mais eficientes níveis operacionais. (Penrose, 2006, p 122).

Os serviços gerenciais são muito importantes neste contexto porque eles existem em quantidades limitadas nas firmas. Quando há execução dos planos, estes recursos se tornam disponíveis, na medida em que todo o pessoal envolvido na execução do plano se tornou mais experiente, mais eficiente e capaz de produzir serviços especializados. Este é um recurso único da firma na medida em que nem todo conhecimento é passível de ser transmitido, uma vez que ele é obtido através da experiência.

Para Penrose o crescimento é governado pela interação dinâmica e criativa entre os recursos da firma e as oportunidades de mercado. Os recursos disponíveis limitam o crescimento da firma, enquanto que os recursos não utilizados estimulam e determinam o crescimento da expansão.

Pitelis apresenta alguns pontos com as principais idéias de Penrose, alertando que tal empreitada reducionista não é fácil.

- Firms são agrupamentos de recursos, sob direção interna, para o uso de bem e serviços vendidos no mercado com o objetivo de

lucro. As fronteiras da firma são definidas pela área sob coordenação e de comunicação de autoridade.

- As firmas se diferenciam dos mercados porque nestes as transações não ocorrem sob coordenação administrativa.
- Recursos geram múltiplos serviços. A heterogeneidade dos serviços é que vai definir o caráter único de cada firma. O uso efetivo dos recursos ocorre quando eles são combinados com outros recursos.
- Os recursos humanos e os gerenciais são essenciais porque expansão requer planejamento e gerenciamento. Estes recursos são específicos da firma e não podem ser adquiridos no mercado.
- A estrutura integrada da firma ajuda a criar conhecimento, que pode ser objetivo, portanto, transmissível ou, pode ser experiência que é difícil de transmitir. Experiência gera recursos gerenciais específicos da firma.
- Recursos não utilizados sempre existem e são liberados sempre que um processo de expansão é concluído. Estes recursos são criados através da experiência e do novo conhecimento. Os recursos não utilizados vão estimular o crescimento e a inovação e influenciarão a direção do crescimento.
- As firmas não são definidas em termos de produtos, mas em termos de recursos e a diversificação é o tema da expansão.
- Existem economias de crescimento, muito diferentes de economias de tamanho.
- Existem limites de crescimento, mas não de tamanho e eles são determinados pela capacidade da equipe gerencial experiente de elaborar os planos e implementá-los.
- O ambiente externo é uma imagem na mente do empreendedor. As atividades da firma são governadas pela oportunidade produtiva, ou seja, todas as possibilidades produtivas que o empreendedor pode enxergar e obter e vantagem.
- Empreendedores buscam o lucro. As firmas desejam aumentar o lucro total no longo prazo em seu próprio benefício e para obter mais lucro através da expansão.

- Existe uma interação dinâmica entre o ambiente externo e interno, que cria oportunidades de diversificação.
- Especializações dentro da firma conduzem a múltiplos comuns mais altos, portanto maior especialização.

3.5.5 Do crescimento da firma à organização da indústria e política de competição.

Para Penrose, as firmas realizam integração vertical porque são capazes de produzir mais barato para suas próprias necessidades. No entanto, isto deve levar em consideração o desvio de recursos que poderiam estar sendo utilizados em atividades mais lucrativas.

Fusões e aquisições podem ocorrer em parte pela necessidade de se adquirir serviços produtivos. Concentração em uma economia em crescimento ocorre quando as firmas grandes crescem mais rapidamente que a economia como um todo. As firmas grandes e mais antigas têm vantagem competitiva sobre as firmas menores e mais novas. Entretanto, em uma economia em crescimento, dificilmente estas firmas irão conseguir aproveitar todas as oportunidades, o que permite a firmas menores também aproveitar algumas oportunidades lucrativas. Os limites na taxa de crescimento das firmas grandes e a competição em grandes negócios tendem a conduzir a um declínio na concentração das grandes firmas, mas não no seu tamanho. A competição induz inovação e o desenvolvimento de novos produtos e tecnologias. Mas também é ao mesmo tempo o “bem” e o “mal”, na medida em que a nova estrutura consequente do crescimento da firma passa a limitar este mesmo crescimento Este ficou conhecido como “efeito Penrose”.

3.5.6 A corporação multinacional e a economia política das relações industriais.

Para Penrose, as multinacionais são a consequência natural das muitas pressões do crescimento das firmas. No entanto, na análise do crescimento das multinacionais além das variáveis observadas nas nacionais é preciso considerar as

oportunidades e obstáculos que surgem neste ambiente e que não aparecem para a firmas que restringem as suas atividades a um país. As fronteiras internacionais são motivo suficiente para tratar diferentemente as multinacionais. As diferenças vêm das vantagens e obstáculos adicionais relacionadas à cultura, língua e outras variáveis.

3.5.7 Penrose e a teoria neoclássica

Penrose nunca buscou o confronto com a teoria neoclássica. Ela afirmava que esta tinha os seus usos, mas não era aplicável aos seus objetos de estudo. A perspectiva da teoria neoclássica foca a alocação eficiente de recursos escassos num contexto de informação perfeita. Na teoria de Penrose, o conhecimento, que surge da experiência, não pode ser transmitido nem é passível de ser conhecido previamente, já que ele surge num processo evolutivo. Tampouco, para ela, o conhecimento é escasso, no sentido convencional e o seu uso por alguém não necessariamente impede outra pessoas de obtê-lo. Ao contrario, a troca de conhecimentos leva a que ele seja aumentado. Uma teoria que assume a existência de um completo conhecimento pré-existente é claramente incompatível com as questões propostas por Penrose.

3.5.8 Penrose e a perspectiva baseada em recursos/conhecimento

Pitellis destaca que a partir dos anos 1980 há um renascimento das idéias de Penrose em outros campos, em particular na economia da organização e administração estratégica. Nestes campos, a teoria da firma baseada em recursos, competência ou conhecimento revisitou todos os principais pontos da teoria de Penrose, com ou sem um explícito reconhecimento do seu trabalho.

Também Brito e Vasconcelos, em estudo publicado em 2009, chamam a atenção do papel do trabalho de Penrose destacando o “crescimento como uma dimensão esquecida da perspectiva baseada em recurso de estratégia”, RBV

(resource-based view). Neste trabalho estes autores demonstram que na análise dos recursos superiores da firma, o crescimento pode ser usado como alternativa aos resultados financeiros e como uma dimensão complementar da vantagem competitiva. Para chegar a esta conclusão realizaram trabalho utilizando a mesma técnica de variação de componentes usada na decomposição da variação da performance financeira das firmas. E os resultados encontrados mostraram que a principal fonte na variação na taxa de crescimentos das firmas foram os seus aspectos individuais e idiossincráticos, correspondendo a 40% da variação total, prevalecendo sobre outras variáveis, como a indústria, o país, ou condições macroeconômicas prevalentes em anos específicos. Outro aspecto interessante levantado no trabalho de Brito e Vasconcelos foi a constatação de uma distribuição quase simétrica entre as firmas que apresentaram crescimento acima do padrão e as firmas abaixo do padrão e, além disso, a estagnação e o encolhimento apareceram como fenômenos comuns. Estes autores lembram que para Penrose o crescimento é visto como um processo natural, resultante da subutilização de recursos disponibilizados e liberados após um processo de crescimento e que esta teoria é capaz de explicar taxas positivas de crescimento, mas não taxas negativas. Penrose, como Brito e Vasconcelos mesmo citam, apenas aborda esta questão de maneira superficial, apontando algumas possíveis causas para o não crescimento, tais como, uma direção não empreendedora, gerenciamento ineficiente, incapacidade de adaptação a mudanças ambientais. O fato é que Penrose em vários momentos em seu trabalho de 1959 deixa claro que a sua preocupação foi focada nas firmas que apresentaram crescimento. Brito e Vasconcelos destacam a necessidade de mais pesquisa e um desenvolvimento teórico mais forte que possa dar conta dos temas não aprofundados por Penrose.

3.6 Vantagem competitiva e a perspectiva baseada em recursos - RBV

A expansão como a observada nos hospitais escopo deste trabalho, com certeza foram estabelecidas através de algum tipo processo que levou a definição de decisões estratégicas. Este tipo de processo ocorre em toda empresa. Em algumas empresas pode ocorrer através de um processo formal, com ampla

participação, ou ao menos comunicação, aos diversos níveis da organização, e em outras empresas estas decisões podem estar mais restritas à cúpula ou ao dono de empresa. Seja qual for a forma, o objetivo deste processo é que a organização escolha e implemente uma estratégia que lhe permita obter vantagem competitiva.

Para Barney e Hesterly, (2008) uma empresa possui vantagem competitiva quando é capaz de obter maior valor econômico que as empresas concorrentes. Valor econômico é a diferença entre os benefícios ganhos por um cliente que compra um produto ou serviço e o custo econômico total deste produto ou serviço. A vantagem competitiva é medida comparando-se o valor econômico que a empresa consegue criar com o valor econômico criado por suas concorrentes.

Barney (1991), afirma que entender a origem da vantagem competitiva sustentada se tornou uma área importante no campo da administração estratégica e desde os anos 1960 o modelo utilizado é o da análise ambiental das ameaças e oportunidades e da identificação dos pontos fortes e fracos internos à empresa. Por este modelo, a vantagem competitiva sustentável é obtida pela implementação de estratégias que exploram os pontos fortes da empresa buscando as oportunidades presentes no ambiente, ao mesmo tempo em que busca neutralizar as ameaças externas e evitar as fraquezas internas. Muitos estudos sobre vantagem competitiva focaram os seus esforços nas condições do ambiente em que a empresa se encontra, relegando a uma posição secundária o impacto dos recursos idiossincráticos da firma na obtenção da vantagem competitiva. Isto se deu porque nestas abordagens foram dados como pressupostos a inexistência de heterogeneidades internas de relevância entre as firmas de uma determinada indústria ou setor e a mobilidade dos recursos entre as empresas, portanto nenhuma destas duas características foram consideradas de importância para a obtenção de vantagem competitiva. A perspectiva baseada em recursos assume pressupostos opostos: as firmas possuem sim heterogeneidades significativas entre elas e a mobilidade dos recursos entre elas pode não ocorrer.

Recursos da firma: são todos os ativos, as capacidades, estruturas e processos organizacionais, tecnologias, conhecimentos, experiências, que são controlados pela firma e que permitem que ela implemente estratégias que a faça mais eficiente e efetiva. (Barney, 1991).

Capacidades da firma: Barney e Hesterly (2008) definem capacidade como um subconjunto dos recursos de uma empresa. Capacidades sozinhas não

possibilitam que uma empresa crie e implemente suas estratégias, mas permitem utilizar por completo outros recursos para criar e implementar as estratégias. Um exemplo de capacidade de uma empresa é a cooperação entre as áreas técnica e comercial.

Os recursos que a empresa utiliza para implementar suas estratégias podem ser classificados em quatro categorias:

- *Recursos financeiros*: diz respeito ao dinheiro que a firma tem para implementar as suas estratégias e que pode ser de várias origens, tais como, de acionistas, reservas, empréstimos, etc.
- *Recursos físicos*: diz respeito a equipamentos, terrenos, prédios, localização geográfica, etc.
- *Recursos humanos ou recursos individuais*: a força de trabalho, gerentes, a experiência, treinamento e capacitação dos quadros da empresa, etc.
- *Recursos organizacionais*: diz respeito a estrutura organizacional da empresa, os sistemas hierárquicos, de comunicação, os processos, sistemas formais e informais, etc.

3.6.1 Vantagem competitiva e vantagem competitiva sustentável e os recursos.

Barney, (1991) define como vantagem competitiva a condição em que uma empresa consegue gerar valor implementando estratégias que não podem ser implementadas ao mesmo tempo por empresas concorrentes. Esta vantagem competitiva será sustentável se as empresas concorrentes além de não conseguirem implementar a estratégia geradora de valor, tampouco puder duplicar ou mimetizar os benefícios obtidos por esta estratégia.

Os recursos que interessam são exatamente aqueles que são capazes de implementar estratégias geradoras de vantagem competitiva sustentável. Para ter este potencial estes recursos devem possuir quatro características:

- Devem ser valiosos: é dizer que estes recursos permitem que a empresa explore oportunidades e ou neutralizes ameaças do ambiente externo.

- Devem ser raros: portanto devem ser difícil de serem obtidos pelas empresas concorrentes atuais, bem como pelas potenciais concorrentes.
- Devem ser impossíveis de imitar perfeitamente pelas atuais e potenciais empresas concorrentes.
- Devem ser impossíveis de serem substituídos por outros recursos obtidos pela concorrência.

3.6. 2 O mercado de fatores estratégicos

Barney (1986) introduziu o conceito de mercado de fatores estratégicos, ou seja, o mercado onde são adquiridos os recursos necessários para a implementação das estratégias da empresa. Para o autor “[...] *sempre que a implementação de uma estratégia necessitar da aquisição de recursos, um mercado de fatores estratégicos se desenvolve.*” Alguns exemplos deste tipo de mercado citados pelo autor: - para uma estratégia de ser um produtor de bens a baixo custo o recurso necessário pode ser uma grande participação de mercado e portanto, o relevante mercado de fatores estratégicos será o mercados de participações de mercado. Já para uma estratégia de baixo de volume de produção e altas margens nas vendas o recurso necessário pode ser reputação de qualidade, o mercado de fatores estratégicos será o mercado de reputação corporativa. Nesta tese, uma estratégia que se apresenta aos hospitais é o de prestar serviços com alta tecnologia médica incorporada. Portanto, neste caso o mercado de fatores estratégicos será o mercado de equipamentos médicos de alta tecnologia e o mercado de trabalho de médicos e técnicos especializados.

Em condições de competitividade perfeitas uma empresa irá adquirir os recursos necessários para a implementação das suas estratégias por um valor equivalente ao ganho econômico que ele irá gerar quando a estratégia for implementada. No entanto, há condições em que este mercado de fatores se torna imperfeito o que pode permitir que uma empresa adquira recursos por valor inferior ao seu valor futuro, após a implementação da estratégia. Isto acontece quando a

empresa cria ou explora imperfeições competitivas no mercado de fatores estratégicos, auferindo assim ganhos maiores do que o normal.

As empresas que pretendem obter rendimentos acima do normal a partir da implementação de estratégias de mercado devem possuir informações melhores sobre o futuro valor destas estratégias, do que as demais empresas atuantes no mesmo mercado de fatores. Outras fontes de vantagem segundo Barney são *insights* que permitem vislumbrar um valor futuro da estratégia implementada ou então, um golpe de sorte da empresa ao eleger e implementar uma determinada estratégia. Barney destaca dois caminhos para as firmas estarem melhor informados sobre o valor futuro das estratégias que estão implementando. O primeiro é através da análise do ambiente competitivo da empresa e o segundo através da análise das capacidades e habilidades próprias e exclusivas da firma. No entanto para este autor apenas a análise das habilidades e capacidades internas é capaz de gerar *insights* sobre o valor futuro das estratégias em implementação.

3.6.3 Competição no mercado de fatores estratégicos

Como já citado acima, em condições perfeitas as firmas compradoras de recursos estratégicos e as firmas vendedoras ou controladoras destes recursos terão a mesma expectativa sobre o valor das estratégias de mercado antes mesmo delas serem implementadas. Isto fará com que o valor de aquisição dos recursos seja muito próximo do valor futuro após a implementação da estratégia. Esta é uma condição onde as expectativas das empresas em relação ao valor das estratégias em implementação são iguais, o que não é muito de provável de ocorrer com frequência no mercado de fatores estratégicos. Normalmente as empresas têm diferentes avaliações e expectativas sobre os valores das estratégias com decorrência de diferentes avaliações e incertezas sobre o ambiente competitivo em que estão inseridas. Quando diferentes firmas têm expectativas diferentes sobre o valor das estratégias esta criada a condição para que uma firma estrategista consiga obter ganhos acima do normal, ou seja, consiga uma vantagem competitiva. Portanto, estas empresas vão buscar adquirir recursos necessários para suas estratégias antes que eles adquiram o seu valor pleno. As empresas que possuem

uma capacidade mais acurada de expectativa sobre o valor das estratégias tendem a ter uma melhor performance sobre as firmas com uma capacidade menor de estimar o valor das estratégias. Isto por que as firmas com melhor capacidade de avaliação vão evitar comprar recursos estratégicos com valores superiores à expectativa de valor futuro, evitando assim perdas econômicas. Por outro lado, quando o preço do recurso estiver sendo subestimado no mercado de fatores a tendência é que todas as empresas adquiram o fator estratégico por um valor presente inferior, levando a que todas ganhem. Neste caso, as firmas que subestimaram o valor do recurso estratégico auferiram ganhos econômicos inesperados, fruto não de sua capacidade de avaliação ou de qualquer *insight* mas de pura sorte. Quanto mais acurada a capacidade da empresa de estimar o retorno de suas estratégias, menor será o papel da sorte em seus resultados econômicos superiores.

Do discutido acima, pode-se depreender que as diferenças nas expectativas das empresas constituem uma imperfeição competitiva no mercado de fatores estratégicos e constituem uma variável central na obtenção de ganhos acima do normal. Embora outras diferenças sejam apontadas entre as firmas que poderiam justificar que diferenças na adoção de estratégias, na verdade é a expectativa da firma sobre o valor da estratégia é que vai definir que ela seja adotada ou não.

3.6.4 Desenvolvendo *insights* para o valor estratégico

Para que seja possível *insights* mais precisos para determinar o valor das estratégias, Barney aponta duas possíveis fontes de vantagens de informação: a análise do ambiente competitivo da firma e a análise das capacidades e habilidades organizacionais já existentes na firma.

Uma vez que as metodologias de análise do ambiente são de domínio público, este provavelmente é método menos provável de se obter as informações necessárias para definir expectativas precisas sobre as estratégias a serem adotadas. Os modelos disponíveis de análise ambiental, via de regra, vão coletar os mesmos dados e vão chegar às mesmas conclusões sobre as estratégias potenciais.

Por outro lado, se a análise sistemática do ambiente de competição não é capaz de trazer diferencial na avaliação das estratégias, sob certas circunstâncias a análise organizacional, dos recursos e ativos já disponíveis na empresa pode cumprir este papel. A informação sobre estes recursos das firmas normalmente não estão disponíveis para as empresas concorrentes. Quando estes recursos podem ser utilizados de maneiras diferentes das habituais, ou em associação com outros recursos para gerar valor, e se estes recursos não estão disponíveis para as empresas concorrentes, então eles podem ser fonte de vantagem competitiva. São exemplo deste tipo de recursos, experiência em negócios, conhecimento tecnológico, capacidade gerencial e de trabalho em equipe, etc. Habilidades e capacidades organizacionais deste tipo permitem que a firma tenha informações consistentes que lhe permitam avaliar e de maneira mais precisa o real valor futuro das estratégias escolhidas, tomando decisões melhores que os concorrentes.

3.6.5 Recursos complementares heterogêneos e o mercado de fatores estratégicos.

Adegbesan, (2008) introduz o conceito de recursos complementares que quando combinados com os recursos estratégicos alvo são capazes de gerar um ganho excedente superior aos ganhos que seriam obtidos por estes recursos individualmente. Desta maneira Adegbesan questiona o conceito exposto acima por Barney, em que num mercado de fatores estratégicos a empresa só poderia obter um ganho acima do normal por sorte ou, caso pudesse ter uma expectativa mais acurada que os concorrentes, sobre o valor das estratégias que pretende implementar. Adegbesan afirma que as firmas que apresentam maior complementariedade tem mais chances de adquirir os recursos alvo, do que as firmas com baixa complementariedade, mesmo quando todos os participantes do mercado de fatores têm pleno conhecimento do valor que será criado. Ou seja, as empresas podem lucrar quando apresentam complementariedade superior para recursos alvos, mesmo na ausência de expectativas assimétricas. Adegbesan cita também outros dois direcionadores para a obtenção de ganhos no mercado de fatores, além de superior complementariedades: a escassez de oferta dos recursos alvos e capacidade individual de barganha dos compradores. Para este autor, uma

capacidade de expectativa acurada superior é uma condição suficiente mas não necessária para a obtenção de ganhos acima do normal.

3.7 Características atuais da assistência hospitalar

3.7.1 Perfil epidemiológico da população

Vecina e Malik (2007) chamam a atenção para o fato de que todos os estudos (como, por exemplo, os censos populacionais) têm constatado o processo de envelhecimento da população brasileira como característica central desde o último terço do século XX. Observa-se, também, queda na mortalidade infantil e redução da fecundidade. Além disso, na segunda metade do século XX, houve forte concentração da população nos centros urbanos. Uma população mais idosa utiliza os serviços de saúde com mais frequência e por períodos de tempo maiores.

Desde o século passado, observa-se maior prevalência das doenças crônico-degenerativas e das causas externas (a "nova agenda"), sendo estas últimas a principal causa de mortalidade de adultos jovens. Por outro lado, as moléstias infecciosas (a "velha agenda") recusam-se a deixar o cenário, ainda que a mortalidade por este tipo de doença tenha caído. Vecina e Malik (2007) lembram do reaparecimento de enfermidades transmissíveis, como a tuberculose, a dengue e a cólera (denominadas "reemergentes").

Existe ainda a "novíssima agenda", constituída pelas doenças infectocontagiosas emergentes, como no caso da Aids, das hantaviroses e da doença espongiforme humana, além das provocadas por bactérias resistentes a antibióticos. O novo perfil de morbidade e mortalidade exige maior utilização de ações e serviços de saúde, de complexidade cada vez maior.

Neste aspecto observado por Vecina e Malik (2007), vale lembrar da recente pandemia ocorrida em 2009 em razão da disseminação de vírus de influenza AH1N1, que causou verdadeiro transtorno nos serviços de emergência e internação das redes pública e privada. Esta situação foi presenciada no Hospital

das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, mas a epidemia durou menos tempo do que foi estimado pelos técnicos.

Também cremos ser interessante citar aqui que o próprio desenvolvimento da tecnologia médica provoca impactos na morbidade e na mortalidade no ambiente hospitalar, como é o caso do uso pouco parcimonioso de antibióticos que leva ao surgimento de micro-organismos multirresistentes, cada vez mais frequentes em ambientes como o das unidades de terapia intensiva.

3.7.2 Recursos humanos

O aspecto focado por Vecina e Malik (2007) remete às consequências presentes do surgimento e reconhecimento de diversos profissionais, tais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fonoaudiólogos, biomédicos e diversas funções técnicas desde os anos 50. A proliferação de centros formadores e o conseqüente aumento exponencial do número de egressos criaram um campo de batalhas para redimensionar o espaço de cada categoria profissional na atenção ao paciente. Os conselhos profissionais têm impactado este processo através de exigências, procurando garantir emprego para os membros de suas categorias. A ausência do Estado na regulação — tanto da oferta destes técnicos, como do regramento do exercício profissional — tem levado ao surgimento de vínculos de trabalho diferentes dos habituais, com redução do número de trabalhadores contratados como pessoa física e surgimento de contratações de cooperativas e empresas criadas para a prestação de serviços a clínicas e hospitais. A proliferação não controlada destes profissionais ou empresas é apontada como uma das causadoras da queda da qualidade na formação e, por consequência, na assistência, levando também a desperdícios por procedimentos mal executados ou executados sem necessidade.

3.7.3 Tecnologia

Vecina e Malik (2007) registram importante característica da tecnologia em serviços de saúde: o fato de que as novidades não vêm em substituição ao que estava sendo usado; pelo contrário, incorporam-se e geram sua própria demanda. Isto ocorre ou porque existe inovação real, permitindo tratamento e ou diagnóstico que antes não se podia fazer, ou porque há melhora real nos tratamentos e diagnósticos que já vinham sendo realizados, ou ainda porque geram receita. No caso da indústria farmacêutica, os autores avaliam que o custo de lançamento de um novo medicamento é de US\$ 800 milhões. Algumas tentativas de utilização racional da tecnologia voltada para atender a necessidade de saúde e não apenas a demandas e oportunidades de negócio têm sido propostas — mas são pouco utilizadas —, tais como o emprego da medicina baseada em evidências.

Não existe política de incorporação tecnológica que sirva como parâmetro para o setor. Mas o governo federal exerce importante papel regulador através das agências como a Anvisa e a ANS.

Estes órgãos, vinculados ao Ministério da Saúde, são respectivamente responsáveis pelo registro e pela autorização do uso de novos equipamentos e medicamentos e pela definição do rol de procedimentos que as OPS são obrigadas a dar cobertura para os seus beneficiários.

3.7.4 Custo

Vecina e Malik (2007) lembram que, a despeito dos custos de todos os insumos diretos e indiretos envolvidos na assistência médica, ainda existe a inflação intrínseca do setor saúde, fenômeno este bem conhecido: os preços do setor crescem mais que os da economia em geral. Os autores sugerem que a causa seria a demanda crescente, frente a uma oferta que não acompanha este crescimento. Existe ainda a pressão pelo uso da tecnologia, cujo investimento precisa ser amortizado pelo mercado e nele viabilizado. É também reconhecido que a tecnologia em saúde, por sua rápida inovação e característica incremental, e a rápida obsolescência dos equipamentos explicam parte desta inflação do setor saúde.

3.7.5 Financiamento

Segundo Vecina e Malik (2007), a Emenda Constitucional nº 29, que trata do financiamento do setor da saúde, trouxe, a partir de 2000, uma nova perspectiva ao setor saúde (esfera pública), estabilizando o aporte de recursos federais e estabelecendo o aumento dos recursos municipais e estaduais. A esfera federal, que até 1998 respondia com 85% do financiamento do SUS, passou a responder por 50%; as esferas estaduais e municipais, com 25% cada uma. Com estas medidas muitos municípios passaram a gerenciar seus hospitais. Entretanto o modelo de financiamento através do repasse da produção apurada em termos de valores (defasados) da Tabela SUS acabou por anular os efeitos da EC 29.

Os autores lembram ainda que a regulamentação da assistência médica suplementar, mais exigente para autorizar o funcionamento de planos de saúde aliada a um crescente desemprego aumentando a demanda pelos serviços públicos contribuiu para a crise assistencial no SUS, em particular dos hospitais privados filantrópicos de médio porte do interior. A opinião manifestada dos autores é que a rede hospitalar brasileira ainda não dispunha de um sistema de financiamento adequado. Observam que, no setor privado da assistência médica suplementar, a capacidade de compra do hospital torna-se mais importante que a de prestação de serviços, enquanto item de receita. O interesse das operadoras em controlar este item é uma ameaça para a rede. Isto porque os hospitais não estão preparados para uma mudança de modelo, pois mal conhecem seus custos.

Os hospitais universitários, que respondem por 3% do total de leitos, realizam 12% dos procedimentos de alta complexidade. Este importante componente do sistema público na busca de novas fontes de financiamento passou a contratar com as OPS, levando ao que se passou a chamar de "segunda porta" e trazendo mais distorções ao acesso do usuário.

Identificamos nesta entrada dos hospitais que usualmente prestavam exclusivamente serviços ao SUS uma potencial ameaça e acirramento da concorrência com os hospitais privados ligados à assistência médica suplementar. Esta concorrência pode ser considerada desleal, na medida em que hospitais universitários públicos — os quais, em tese, possuem recursos orçamentários que

garantem os seus custos fixos — podem ofertar serviços a preços bem mais competitivos que os concorrentes privados.

No setor público, há uma tentativa de mudança da forma de financiamento, que, segundo Vecina e Malik (2007), apresenta algumas evidências de sucesso: a contratualização. Este é o caso dos hospitais estaduais paulistas administrados pelas organizações sociais da saúde (OSS) através de um contrato de gestão com a Secretaria Estadual da Saúde. O contrato estabelece metas de produção e de desempenho contra o qual é pago um valor fixo suficiente para cobrir os custos, podendo haver pagamento adicional quando determinadas metas de desempenho são superadas. Sobre o modelo de contrato de gestão com as OSS paulistas, ver Ferreira Jr. (2003 e 2004).

No setor privado, uma das fontes de lucro dos hospitais é a comercialização de materiais e medicamentos junto às OPS ou diretamente ao paciente. Vecina e Malik (2007) afirmam que, neste caso, o que se diz é que o modelo está esgotado e que os hospitais terão que ter capacidade de cobrar pela assistência, seguindo um modelo já existente há décadas nos Estados Unidos e há menos tempo em alguns países europeus. Trata-se dos Diagnostic Related Groups (DRG) ou, como são denominados em Portugal, Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH). Esta modalidade prevê o pagamento aos hospitais na forma de pacotes médios por procedimentos, nos quais também são considerados a idade do paciente e outros fatores de gravidade. Este modelo implica certo grau de compartilhamento de risco entre hospital e operadora de planos de saúde.

Desde a década de 80, discutem-se alternativas ao modelo *fee-for-service*, internacionalmente considerado como inadequado, mas que continua a ser utilizado no Brasil. Vecina e Malik (2007) afirmam que se deveria buscar um modelo de contratualização, mas entendem que, no setor da assistência médica suplementar, todos se sentem competindo com todos, apesar de operarem negócios diferentes — uma vez que gerir serviços de saúde não é o mesmo que lidar com seguros ou planos de saúde. Os autores referem que a cadeia de valor do setor apresenta comportamento autofágico, decorrente de uma carência de visão, de um modelo de gestão imediatista e da falta de compreensão ou mesmo desconhecimento dos custos do setor. Nesta lógica, as OPS tratam os prestadores de serviços de saúde como criminosos ou partem para movimentos de verticalização. Por sua vez, os prestadores buscam extrair o máximo de quem os

contrata. Os médicos, principalmente aqueles envolvidos com medicamentos e materiais especiais como órteses e próteses, com frequência associam seus honorários ao comércio destes bens.

3.7.6 Desospitalização

Segundo Vecina e Malik (2007), a literatura sobre o futuro da gestão hospitalar fala em redução da necessidade por leitos hospitalares e sugere que no Brasil estas mudanças ainda são muito relativas. Talvez o termo desospitalização se refira mais a tratamentos em regimes ambulatoriais do que a redução do uso dos equipamentos hospitalares.

O que se pode notar é a diversificação dos serviços hospitalares no sentido de atender a pacientes fora do hospital. Este é o caso das cirurgias ambulatoriais e das unidades de hospital-dia, onde o paciente se interna por um período curto, geralmente inferior a 12 horas, para realizar determinado procedimento sem a necessidade de pernoitar no hospital.

Isto é decorrente principalmente do desenvolvimento tecnológico de equipamentos e medicamentos. Um exemplo é a existência de drogas anestésicas que permitem anestésias com períodos de recuperação mais rápidos e mais seguros. Os tratamentos oncológicos também têm se valido de estruturas do tipo hospital-dia. A existência destas estruturas dentro de um hospital é vista, pelos médicos principalmente, como garantia para os casos em que o paciente pode ter alguma complicação e vir a necessitar de atendimento de urgência. É o caso do centro de parto normal (CPN) de alguns hospitais privados. O CPN é inspirado nas casas de parto, unidades externas aos hospitais, destinadas às gestantes cujo prognóstico é de que o parto seja normal, onde não existe médico presente e os atendimentos são feitos por enfermeiras com especialização em obstetrícia. Os críticos às casas de parto alegam exatamente o risco de que uma complicação não poder ser atendida a tempo, pois este tipo de unidade não conta com os recursos de centro cirúrgico e cuidados intensivos, que estariam garantidos a um CPN dentro de um hospital.

Outra tendência no campo da desospitalização é a assistência e internação domiciliares. Este é um procedimento coberto pelas operadoras como liberalidade da parte delas. Embora haja vários casos de ações judiciais obrigando a operadora a pagar por este tipo de serviço, a assistência domiciliar ainda não está incluída no rol de procedimentos estabelecido pela ANS.

Até que ponto a internação e a assistência domiciliar trazem benefícios e são menos onerosas que uma internação hospitalar é motivo de muita discussão. Parece razoável considerar que este tipo de recurso deve ser indicado a partir da análise de cada caso através de um diálogo que envolva o paciente, a equipe assistencial e a OPS, sempre que possível, a partir de protocolos assistenciais baseados em evidência médica. Alguns hospitais estabelecem parcerias com empresas de assistência domiciliar. Do ponto de vista do hospital, uma internação clínica crônica poder ser um transtorno: ocupa um leito que poderia "girar" para procedimentos cirúrgicos.

Para evitar a hospitalização, preconizam-se programas de medicina preventiva, gerenciamento de casos (*case management*) e de doenças (*disease management*). Do ponto de vista do impacto da assistência, não existe evidência que estes programas reduzam o custo final da assistência a estes pacientes.

3.8 As operadoras de planos de assistência médica.

3.8.1 Histórico

No Brasil, desde a estruturação da saúde previdenciária, prevalecia o modelo do seguro social organizado em torno dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estes institutos eram representantes de várias categorias de trabalhadores urbanos. Para a oferta de serviços de saúde aos seus beneficiários, os IAPs compravam serviços de consultórios médicos e de hospitais.

Na década de 40, surgem as caixas de assistência, que beneficiavam empregados de algumas empresas. Estas caixas reembolsavam as despesas médicas realizadas pelos seus beneficiários. É desta época o surgimento da Caixa

de Assistência dos funcionários do Banco do Brasil, a Cassi (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Nos anos 50, surgem os sistemas assistenciais próprios de empresas, a partir da chegada das empresas multinacionais. Esses sistemas prestavam assistência diretamente aos seus funcionários. Nesta época, é criado o Grupo Executivo de Assistência Patronal (Geap) pelos funcionários do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI). A fusão dos IAPs em 1967, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), promoveu expansão e uniformização dos benefícios, o que desagradou às categorias de trabalhadores de maior poder aquisitivo, os quais passaram a se queixar, entre outras dificuldades, da dificuldade de acesso. Como consequência, a Previdência Social ampliou o credenciamento de prestadores de serviços privados, organizando uma rede de serviços próprios e credenciados em dois subsistemas, um para atendimento dos trabalhadores urbanos e outro para o atendimento dos trabalhadores rurais.

O aumento simultâneo da oferta de serviços de assistência dos sistemas patronais e das caixas de assistência, criando uma demanda de credenciamento de serviços médicos, teve como consequência o surgimento de duas vertentes de organização de prestadores médicos. Uma vertente, de ideologia voltada para a prática liberal dos médicos que atendem nos consultórios e que se organizaram nas cooperativas médicas. A outra, composta principalmente por médicos que montaram hospitais e que acabaram por dar origem às medicinas de grupo.

Portanto, à época, coexistiam várias modalidades de assistência médica. A rede do INPS, formada por serviços próprios e credenciados; os serviços credenciados para o atendimento dos trabalhadores rurais; os serviços credenciados das empresas médicas; e os serviços próprios de empresas — as autogestões. Enquanto nestas empresas o benefício saúde — ou seja, a cobertura — era uniforme, independentemente do nível hierárquico do funcionário, os planos das cooperativas médicas e das medicinas de grupo variavam segundo o nível hierárquico. Isto caracterizou uma mudança dos planos e o caráter mutualista das caixas de assistência (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

3.8.2 Modalidades de operadoras de planos de saúde

Conforme classificação da ANS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2010b), são oito as modalidades de operadoras de planos de saúde: medicinas de grupo, cooperativas médicas, seguradoras, autogestões, cooperativas odontológicas, odontologia de grupo e instituições filantrópicas.

Medicinas de grupo: muitas são formadas por proprietários de hospitais. Os serviços são prestados em unidades próprias ou contratadas. Seus clientes são empresas ou indivíduos. A entidade representante deste segmento é a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge).

Cooperativas médicas: assim como no caso das medicinas de grupo, existe uma organização que administra os planos. Neste caso, a empresa é formada por médicos cooperados. Este é um dos segmentos que mais crescem, e muitas possuem hospitais próprios. Os clientes são empresas e indivíduos. A principal representante destas empresas é a Unimed do Brasil.

Seguradoras especializadas em saúde: O modelo de funcionamento previsto no marco legal, o Decreto-Lei nº 73 de 1966, previa apenas o reembolso dos beneficiários por despesas com serviços de saúde, sem que houvesse rede credenciada. Este modelo foi sendo modificado e de objeto das apólices passou a ser garantia de assistência médica e não mais indenização, ou seja, o reembolso aos beneficiários dos seus gastos com assistência médica. Segundo as próprias seguradoras, hoje mais de 90% dos pagamentos referentes a despesas médico-hospitalares são pagas diretamente à rede de prestadores de serviços de saúde. Sua principal representante é a Federação Nacional de Seguros (Fenaseg).

Autogestões: desde 2006, são divididas em três categorias — autogestão de RH, vinculada ao departamento de recursos humanos ou área similar; autogestão com mantenedor, vinculada a uma entidade pública ou privada que garantirá os riscos da operação; e autogestão sem mantenedor, onde a própria autogestão garante os riscos da operação através de constituição de garantias financeiras próprias estabelecidas pela legislação. São serviços voltados para os empregados de empresas, podendo incluir os seus familiares. Podem ser patrocinadas, quando existe participação da empresa no financiamento, ou não

patrocinadas, associações ou fundações cujos sócios criam uma entidade sem fins econômicos para prestação da assistência à saúde ao grupo. Estas organizações não comercializam planos, e é necessário ter vínculo com a entidade para ser um beneficiário. Os prestadores de serviços geralmente são credenciados. A entidade representante deste segmento atualmente é a Unidas.

Cooperativas odontológicas: tal como as cooperativas médicas, são entidades sem fins lucrativos, que operam exclusivamente planos odontológicos.

Odontologias de grupo: são empresas como as medicinas de grupo que operam exclusivamente planos odontológicos.

Instituições filantrópicas: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou a outros órgãos governamentais estaduais e municipais.

Existem ainda as *administradoras*, empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos, não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e não possuem beneficiários.

3.8.3 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Foi criada em novembro de 1999, pela Medida Provisória nº 1.928, aprovada pelo Congresso Nacional e convertida na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2001. Foi constituída como autarquia de regime especial com foro e sede na cidade do Rio de Janeiro (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Segundo Bahia (2002), dois processos desencadearam o processo de regulamentação da assistência médica suplementar: o aumento da concorrência com a entrada no mercado de duas grandes seguradoras para disputar os clientes, exigindo regras de competição mais claras que permitissem a entrada de empresas de capital estrangeiro; e a pressão de consumidores, entidades médicas e governamentais da saúde, para o fim das restrições existentes em contratos, para o

atendimento de pacientes portadores de HIV, idosos e daqueles necessitados de internações hospitalares mais prolongadas.

A luta pela regulamentação do setor de saúde suplementar representou um embate entre duas esferas do governo representadas pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda. Ainda segundo Bahia (2002), a criação da ANS favoreceu o Ministério da Saúde, "em um contexto no qual a imagem de ministério combalido e 'pedinte' de recursos se transmuta, perante os meios de comunicação e opinião pública, em algo capaz de poderosas empresas de planos e seguros saúde."

Conforme Noronha, Lima e Machado (2004), a Lei nº 9.656/98 foi seguida por uma série de medidas provisórias que lhe adicionaram elementos e pela Lei nº 9.961/2000. Este conjunto normativo, em síntese,

- estabeleceu normas para constituição de operadoras de planos e seguros de saúde;
- obrigou ao registro de "produtos", isto é, as características dos planos comercializados;
- estabeleceu planos de referência hospitalar, ambulatorial e odontológica, com garantias de cobertura a todos as doenças e problemas de saúde incluídos na Classificação Internacional de Doenças (CID);
- definiu regras para períodos de carência de cobertura, doenças preexistentes, limitação de tempos de internação, aumento de preços entre outros aspectos;
- criou a ANS, vinculada ao Ministério da Saúde, para supervisionar e expedir normas complementares para a regulação do setor; e
- criou o Conselho de Saúde Suplementar (Consu), integrado pelos ministros da Saúde, da Justiça (que o preside), da Fazenda e por autoridades da Fazenda e da Saúde.

3.9 Análise da concorrência no setor de saúde suplementar

Silva e Martins (2009) realizaram uma análise da concorrência do mercado da saúde suplementar que abrangeu o período de entre 2003 a 2008 a partir dos dados da ANS contidos no Atlas de Econômico Financeiro da Saúde

Suplementar. Foi abordada a concentração do mercado no âmbito nacional, estadual e das regiões metropolitanas.

No âmbito nacional, os autores, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o trabalho concluíram que o mercado é competitivo, mas, em um movimento de consolidação de mercado, está ocorrendo diminuição do número de operadoras de médio e grande porte e expansão do número de beneficiários.

A Tabela 2, abaixo, foi obtida do Atlas Econômico Financeiro da Saúde Suplementar, ano-base 2009, que traz informações do Brasil no período 2007-2009.

Tabela 2 — Dados do setor suplementar de saúde, 2007-2009

Dados	Anos			Variação 2007/2009 (%)
	2007	2008	2009	
Número de operadoras	1 376	1 269	1 218	- 11,48
Beneficiários (milhares)	40 659	43 816	45 241	11,27
População (milhares)	183 990	189 613	191 481	4,07
Cobertura (%)	22,10	23,11	23,63	6,92
Contraprestação média (R\$)	106,73	117,26	119,39	11,86
DM (%)	81,08	78,91	79,69	-1,72
DC (%)	2,71	3,15	3,49	28,64
DA (%)	17,32	15,81	16,04	-7,38
Combinado (%)	101,11	97,87	99,22	-1,87
HHI (%)	1,28	1,27	1,35	5,55
C4 (%)	17,98	16,70	17,72	-1,43

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010 c.

Notas: DM — eventos indenizáveis

DC — despesas de comercialização líquidas

DA — despesas administrativas

Combinado — DM + DC + DA

HHI — índice de Herfindahl-Hirschmann

C4 — participação de mercado das 4 maiores operadoras

Corroborando o estudo de Silva e Martins (2009), em 2009 manteve-se a tendência de queda do número de operadoras e de expansão do número de beneficiários em taxa superior ao crescimento populacional, o que leva, por consequência, ao aumento da taxa de cobertura. Note-se a informação do valor da contraprestação média, que se refere ao valor que o beneficiário paga por seu plano de saúde.

O índice C4 é a participação de mercado das quatro maiores operadoras; o mercado é considerado concentrado quando C4 é maior a 75%. O índice HHI, que considera todas as empresas e seu tamanho relativo, é obtido mediante a soma dos quadrados das participações de mercado (*market share*) das empresas que ofertam no mercado; quanto menor o índice, menos concentrado é o mercado. Mercados com HHI inferior a 10% são considerados altamente competitivos; entre 10% e 18%, moderadamente concentrados; maior que 18% e menor que 100%, altamente concentrados; quando o HHI é igual a 100%, trata-se de monopólio. Portanto, os dados revelam um mercado altamente competitivo no Brasil.

O trabalho de Silva e Martins (2009) indicou a diversidade regional na concentração do mercado da saúde suplementar.

No Quadro 1, podemos constatar a diferença de concentração de mercado nos diversos estados brasileiros. O estado de São Paulo aparece como o mercado mais competitivo pelos dois índices. O Acre apresenta-se um mercado mais concentrado pelo HHI, e o Amapá é o mais concentrado pelo C4.

Intervalos	Unidades da Federação
HHI	
HHI ≤ 10%	BA, MA, PE, PI, DF, SP ¹ , RJ, MG, ES, RS, PR, SC
10% < HHI ≤ 18%	RO, RR, AM, To, AL, PB, RN, SE, MT, MS, GO
18% < HHI < 100%	AC ² , PA, AP, CE
HHI = 100%	
C4	
0% < C4 < 50%	BA, MA, PE, DF, SP ³ , RJ, MG, ES, RS, PR, SC, GO
50% < C4 < 75%	PI, RO, RR, AM, TO, AL, PB, RN, SE, MT, MS, AC, PA, CE
75% ≤ C4 < 100%	AP ⁴

Quadro 1 — Índices de concentração do mercado de saúde complementar nas unidades da Federação.

Fonte: SILVA e MARTINS, 2009.

Notas: ^{1, 2} — Valores mínimo e máximo de HHI, respectivamente.

^{3, 4} — Valores mínimo e máximo de C4, respectivamente.

Silva e Martins (2009) também analisaram as regiões metropolitanas (ver Tabela 3, a seguir). As regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Recife e Salvador aparecem como altamente competitivas, conforme o HHI. A região metropolitana de Belo Horizonte, com um HHI de 14,5%, revela-se moderadamente concentrada. O índice C4 mostra que as quatro maiores operadoras detêm 51% dos beneficiários.

Tabela 3 — Indicadores para seis regiões metropolitanas brasileiras, 2009

Região metropolitana	Número de operadoras	Número de beneficiários (mil)	C4	HHI
São Paulo	761	9 745	36,1	4,9
Rio de Janeiro	599	4 429	38,7	5,2
Belo Horizonte	449	1 729	50,7	14,5
Porto Alegre	355	1 170	42,7	6,9
Recife	295	988	33,2	4,8
Salvador	349	872	34,5	5,3
Total		18 934		

Fonte: extraído de SILVA e MARTINS, 2009.

Como conclusão de seu trabalho, Silva e Martin (2009) apontam que os indicadores de concentração do mercado de saúde suplementar acompanham o movimento de consolidação do mercado, mas estão longe de uma situação que pudesse ser caracterizada não concorrencial. Entretanto, em alguns locais afastados dos grandes centros urbanizados e industrializados, o mercado mostra-se concentrado. Entre as regiões metropolitanas, a de Belo Horizonte é a que apresenta o maior grau de concentração e a de São Paulo, a menor. É exatamente nessas regiões que se concentra a maior parte do mercado de planos de saúde e se apresentam altamente competitivos.

3.10 Estratégia

3.10.1 O que é estratégia

Henry Mintzberg, no início de seu clássico artigo "The strategy concept I: five Ps for strategy", afirma que a natureza humana insiste em uma definição para todo conceito, e que não pode contar com uma simples definição de estratégia (MINTZBERG, 1987, p. 11). O autor apresenta cinco definições para estratégia, os "cinco pés": plano, padrão, posição, perspectiva e manobra (*p/oy*).

Plano: Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2006) afirmam que esta é a resposta que provavelmente será obtida quando se pergunta a alguém o que é estratégia, ou algo muito semelhante, como uma guia, uma direção, um curso de ação no futuro. Os autores propõem que se pergunte em seguida qual a estratégia da empresa da pessoa e do seu concorrente e apostam que a nova resposta dada será muito diferente da resposta à primeira pergunta. A explicação é que "estratégia" é uma dessas palavras que definimos de uma forma e usamos de outra.

Padrão: a estratégia também é um padrão, na medida em que representa consistência de comportamento ao longo do tempo. O plano diz respeito a olhar para frente, enquanto o padrão representa o tipo de estratégia que a empresa tem utilizado ao longo de sua existência.

Posição: para algumas pessoas, estratégia é uma posição, como a definição de Porter apresentada mais adiante.

Perspectiva: diz respeito à maneira como a empresa faz as coisas. Enquanto a estratégia como posição olha para "baixo", para o ponto onde o produto encontra o cliente e para "fora" — o mercado —, a perspectiva olha para "dentro" da organização, "dentro" das cabeças dos estrategistas, mas também para "cima" — a grande visão da empresa.

Manobra (ploy): ou seja, uma manobra para enganar um oponente ou concorrente. O exemplo empregado é o de uma empresa que, para desencorajar concorrentes, compra terras para dar a impressão de que vai expandir sua capacidade. O plano aqui, de fato, é a ameaça.

Em *What is strategy?*, Porter (1996) declara de maneira polêmica que efetividade operacional não é estratégia. Isto nos dá uma ideia da dinâmica e intensidade do debate sobre o tema nos meio acadêmicos e executivos.

Posicionamento — que já foi considerado o coração da estratégia — é rejeitado como estático demais, para os mercados dinâmicos de hoje e as tecnologias em transformação. De acordo com o novo dogma, rivais podem rapidamente reproduzir qualquer posição de mercado [...] Mas estas crenças são perigosas meias verdades [...] (PORTER, 1996, p. 61).

Vasconcelos (2001) afirma que a Estratégia Empresarial só se constitui como disciplina acadêmica a partir da segunda metade do século XX, o que é bem tardio em comparação com o que aconteceu com as disciplinas mais tradicionais, como a Economia e a Sociologia. Uma das razões para isso foi a forte influência sobre o ambiente acadêmico da economia neoclássica, na qual a ideia de mercado como um sistema autorregulado implica transitoriedade, ou mesmo irrelevância das estratégias das firmas. Dada a fluidez dos recursos no mercado, o comportamento das firmas tende a ser simplesmente uma aplicação mecânica das informações disponíveis no mercado e das curvas de utilidade dos tomadores de decisão. A noção de estratégia é estranha aos preceitos da economia neoclássica, onde as decisões das firmas concentram-se na alocação de recursos fungíveis entre alternativas finitas e conhecidas. A tecnologia e o *know-how* são dados e sua difusão se faz de uma maneira perfeitamente fluida. Vasconcelos (2001) afirma ainda que, nesta concepção, as ideias de estratégia, de antecipação e de

planejamento são desnecessárias e até disfuncionais dentro deste quadro teórico e que a noção de imperfeição do mercado é fundamental.

Para Teece, Pisano e Schuen (1997), a questão, no campo da administração estratégica, é a forma como as firmas conseguem obter e manter vantagem competitiva. Para Porter (1996), os três princípios a seguir embasam o posicionamento estratégico.

- 1) Estratégia é a criação de uma única e valiosa posição, envolvendo um diferente conjunto de atividades. Uma posição estratégica advém de três tipos diferentes de condições: atender a poucas necessidades de muitos clientes, atender a muitas necessidades de poucos clientes, ou atender a muitas necessidades de muitos clientes em um mercado restrito.
- 2) Estratégia requer um processo de escolha e decisão do que não fazer. Algumas atividades competitivas são incompatíveis entre si.
- 3) Estratégia acarreta interação entre as atividades da empresa, de modo que entre estas haja um reforço recíproco.

A noção de estratégia implica o reconhecimento de imperfeições no mercado, que devem ser identificadas pela empresa para criar uma vantagem competitiva sustentável.

3.10.2 Como classificar as estratégias?

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2006) procuraram apresentar a formulação da estratégia através da descrição de dez escolas de pensamento. Esta abordagem parece ter mais validade acadêmica do que prática. Vasconcelos (2001), em trabalho realizado com executivos, demonstra que, confrontados com as escolas de pensamento propostas nessa obra, eles concordam parcialmente com todas. E parecem adotar uma postura pragmática e combinar parte dos diversos modelos das diversas escolas, conforme a situação com a qual se defrontam.

É muito provável que resultado semelhante fosse encontrado se o trabalho realizado por Vasconcelos (2001) fosse repetido com os executivos dos hospitais da nossa pesquisa. Talvez seja interessante nosso trabalho de campo, numa abordagem menos acadêmica e mais pragmática, perguntar aos executivos

dos hospitais o que, nas suas próprias palavras, são as estratégias de suas organizações e qual sua definição de estratégia.

3.10.3 Tem que existir uma estratégia?

Inkpen e Choudhury* (1995, apud MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2006) afirmam que a ausência de estratégia não precisa ser associada ao fracasso organizacional. A ausência deliberada de estratégia pode promover flexibilidade em uma organização. A empresa pode usar a ausência de estratégia para sinalizar aos interessados internos e externos seu desinteresse em cerimônias e processos formais, consumidores de recursos que acabam por criar receitas redutoras da flexibilidade da empresa e bloquear o aprendizado e a adaptação.

3.10.4 Como se formam as estratégias?

Mintzberg e Waters (1985), a partir da análise da estratégia deliberada, do plano e da estratégia efetivamente realizada, ou não realizada de maneira alguma, mostram que existe um processo contínuo de tomadas de decisão e escolhas, do qual várias estratégias não estabelecidas previamente podem emergir.

Uma das escolas descritas no *Safári de Estratégia* é exatamente a Escola Cognitiva, a qual estuda a estratégia como processo mental que, apesar de ser considerada menos uma escola e mais uma coleção solta de pesquisas, tem apresentado crescimento nas últimas duas décadas.

Porac e Thomas (2006), por sua vez, identificam três vertentes de pesquisa a partir da literatura.

- Primeira: literatura cognitiva em teoria de decisão comportamental, cujo foco são vieses cognitivos, heurística e limitações inerentes ao processo de julgamento e escolha.

* Inkpen, A., & Choudhury, N. (1995). The seeking of where it is not: toward a theory of strategy absence. *Strategic Management Journal*, 1(6), 313-323.

- Segunda: literatura metodológica extensa, especifica técnicas para extrair dos indivíduos as estruturas e os mapas cognitivos.
- Terceira: literatura em constante crescimento, examina os vínculos entre estruturas cognitivas e processos de decisão em administração estratégica, quanto a formulação e implementação da estratégia.

Já Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2006) indicam que, para esta escola, os estrategistas são autodidatas que desenvolvem seu conhecimento e pensamento, principalmente das experiências que vivem. Esta experiência vai dar forma ao que sabem, o que, por sua vez, dá forma ao que fazem. A experiência no fazer vai moldar o conhecimento e a forma do que farão subsequentemente.

Estes autores identificam duas alas nesta escola. Para uma, considerada mais *positivista*, o pensamento e o conhecimento se dão como um esforço para produzir um filme objetivo do mundo. Os olhos e a mente são vistos como um tipo de câmera que varre o mundo, captando imagens conforme a vontade da pessoa. Estas imagens captadas são consideradas distorcidas, nesta escola. A outra ala vê tudo isso como subjetivo, sendo a estratégia uma espécie de interpretação do mundo. Aqui, o foco é a forma como a mente faz a tomada sobre aquilo que vê lá fora, sobre clientes, símbolos, eventos, etc. "Assim, enquanto a outra ala procura entender a cognição como uma espécie de recriação do mundo, esta ala acredita que a cognição cria o mundo" (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2006, p. 116).

Ainda segundo Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2006), os pesquisadores gerenciais desta escola foram especialmente estimulados pela brilhante obra do prêmio Nobel de Economia Herbert Simon,^{*} o qual popularizou a noção de que o mundo é grande e complexo, ao passo que, em comparação, o cérebro humano e sua capacidade de processamento de informações são altamente limitados. Assim, a tomada de decisões torna-se menos racional e mais um esforço vão para ser racional.

3.11 Estratégia na saúde

^{*} Simon, H. (1947, 1967). *Administrative behavior*. New York: Macmillan.

O trabalho realizado por dois pesquisadores da área de gestão de saúde, Ana Maria Malik, da FGV-EAESP, e Fábio Patrus M. Pena, do Hospital Sírio-Libanês, relaciona-se a esta tese (MALIK; PENA, 2006). Essa pesquisa teve como objetivo principal analisar, a partir da percepção dos executivos hospitalares, a utilização da administração estratégica no período de 2001 a 2002. Foi realizada com 23 executivos de hospitais estadunidenses, da região metropolitana de Atlanta, no estado da Geórgia, e 17 executivos de hospitais brasileiros da região metropolitana de São Paulo.

O resultado da pesquisa apontou diferenças significativas nos dois países em relação a variáveis como formação dos administradores de saúde, tipo de prioridade do gestor do negócio, clareza sobre propriedade do negócio e influência de questões políticas nas definições estratégicas do hospital.

Enquanto entre os estadunidenses predominavam executivos com formação em administração e contabilidade, no Brasil eram mais numerosos os médicos. Segundo os pesquisadores, a predominância de médicos entre os gestores de hospitais brasileiros fazia com que a administração fosse pouco valorizada e considerada atividade menor, de pouca profissionalização.

Em relação à gestão no mercado brasileiro, foi percebida uma perspectiva mais assistencial do que focada no negócio. Os estadunidenses, que, com frequência, apresentavam formação na área de negócios, demonstraram ter muito mais claros os objetivos em busca de resultados.

Também ficou evidenciada diferença na percepção dos dois grupos de quem é o "dono" do negócio. No caso brasileiro, esta percepção revelou-se reduzida, o que impacta nos processos de planejamento, já que não fica claro a quem se deve prestar contas. Isto pode ser decorrente da falta de estruturas de controle, como um conselho atuante, acionistas ou mesmo mecanismos reais de controle social. Na cultura dos EUA, a questão da *accountability* faz parte do cenário (ou, pelo menos, do discurso).

Um último fator analisado foi a influência de jogos de poder nas definições dos planos estratégicos dos hospitais. No Brasil, evidenciou-se pouca comunicação dos planos ou projetos de negócio, por inexistência, falta de clareza ou falta de interesse na sua divulgação pelos grupos que os definem e controlam. Como consequência, a disseminação de uma visão comum do hospital ressentia-se do

distanciamento entre gestão e execução, e entre o que é visto pelos gestores e o que é visto pelos técnicos.

Os autores concluem o trabalho, afirmando que, apesar das diferenças evidenciadas na pesquisa, desde os anos 90, estava havendo no Brasil um movimento de qualificação de gestores de hospitais, tanto no setor público, como no privado. Este movimento se refletia não apenas na adoção de técnicas de gestão e capacitação dos executivos, como também na vinda de executivos de outros setores que não o da saúde. Malik e Pena (2006) fazem importante consideração: o modelo estadunidense não é necessariamente o nosso futuro, haja vista que financiadores bem-sucedidos nos EUA e que entraram no Brasil já estavam saindo do mercado ou saíram. Por fim, alertam que os bons indicadores financeiros não necessariamente significavam bons resultados assistenciais. Estas questões devem ser consideradas para a definição do perfil próprio do executivo hospitalar brasileiro.

4 METODOLOGIA

4.1 Área de interesse

Esta tese aborda o problema da tomada de decisões estratégicas em organizações complexas, num ambiente de incerteza macroeconômica e rápidas mudanças tecnológicas. Em particular, a ampliação da capacidade instalada de hospitais privados com sede na cidade de São Paulo. Estas organizações são hospitais terciários, ou seja, possuem e fazem uso intensivo de tecnologia de alto custo, e são voltadas para a realização de procedimentos especializados de alta complexidade. A indústria em que atuam é a da saúde, ou setor da saúde (como é mais comumente chamado por nós, profissionais da saúde). A atuação principal destas organizações hospitalares é na área que se convencionou chamar de assistência médica suplementar (ou, simplesmente, medicina suplementar): atendem pacientes que pagam diretamente pelos serviços recebidos (*out of pocket*) ou, na maioria dos casos, por meio de alguma operadora de planos de saúde ou alguma seguradora especializada em saúde.

O ambiente da assistência médica suplementar tem passado por importantes mudanças desde os anos 90, tanto do ponto de vista das condições macroeconômicas, como das condições setoriais da saúde. A organização do Sistema Único de Saúde, de caráter nacional, público e de acesso universal, tem intensificado dilemas na relação entre os setores público e privado, ainda que, em anos mais recentes, tenham surgido vários projetos de parceria entre os gestores estatais do SUS e um segmento de hospitais privados filantrópicos que tradicionalmente atuavam apenas na medicina suplementar. Estas iniciativas de atuação conjunta têm conseguido trazer soluções para necessidades específicas de ambas as partes, mas ainda estão longe de representar o estabelecimento de uma base de relacionamento estável entre o setor público e o privado da saúde.

A forte presença do Estado como ente regulador da assistência médica suplementar, principalmente após a promulgação da Lei nº 9.656, de 1998, e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2000, vêm provocando mudanças importantes neste setor, refletidas, por exemplo, no processo incipiente,

mas perceptível, de concentração do mercado das operadoras de planos de saúde. Também perceptível é que as operadoras que mais crescem, segundo dados da ANS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2010c), são aquelas que têm optado por adquirir ou mesmo construir hospitais para o atendimento de seus beneficiários, num processo de integração "para trás", ou de verticalização como é corriqueiramente chamado pelos profissionais da área de gestão em saúde. Além disso, os dados publicados pelo IBGE (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006, 2010a) apontam diminuição de leitos hospitalares no território nacional, à custa da redução de leitos dos hospitais privados.

Apesar de um cenário aparentemente instável, tem sido notório o movimento dos hospitais privados da cidade de São Paulo, que realizam grandes ampliações de instalações, em particular aumentando suas capacidades de internação, ou abrem unidades filiais com internação ou apenas serviços ditos ambulatoriais, tais como consultas, exames diagnósticos ou procedimentos de menor complexidade.

Por que os hospitais tomaram estas decisões, baseados em que e de qual forma esta estratégia surge nessas organizações — esta é a área de interesse que norteou a realização deste trabalho.

4.2 Definição dos objetivos da tese

Para a definição do objeto de tese, foi elaborada a seguinte pergunta: o que tem levado hospitais privados no segmento da assistência médica suplementar no município de São Paulo a ampliar sua capacidade de atendimento, especificamente sua oferta de leitos de internação, quando aparentemente a tendência mundial do setor hospitalar é diminuir a necessidade de internação para a população e os dados oficiais brasileiros indicam redução no número de leitos privados?

De fato, o interesse aqui é menos saber se a decisão tomada foi correta ou não — só com o tempo será possível verificar os resultados obtidos — e mais entender no que foi baseada, qual evidência lhe deu sustentação (se é que houve

alguma evidência, ou ao menos alguma foi procurada) e de que forma e por quem a decisão foi tomada.

4.3 O tipo de investigação

O contexto descrito acima situa o problema ou objeto de investigação no que Minayo (1993, p. 10) descreve como o "campo das relações e das estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento, como na sua transformação, como construções humanas". Este reconhecimento levou à opção metodológica de eleger a pesquisa qualitativa como a mais apropriada para a realização desta investigação.

Esta opção remete-nos às considerações de Denzin e Lincoln (2006) sobre a contraposição entre a pesquisa qualitativa e a quantitativa.

A palavra *qualitativa* implica ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente (se é que são medidos de alguma forma) em termos de quantidade, de volume, intensidade ou frequência. Os pesquisadores qualitativos ressaltam a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as limitações situacionais que limitam a investigação. Esses pesquisadores enfatizam a natureza repleta de valores da investigação. Buscam soluções para as questões que realçam o *modo* como a experiência social é criada e adquire significado. Já os estudos quantitativos enfatizam o ato de medir e analisar as relações causais entre variáveis, e não processos. Aqueles que propõem estes estudos alegam que seu trabalho é feito a partir de um esquema livre de valores. (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 23).

Neste contexto, entre as possibilidades de pesquisa qualitativa, foi escolhida a investigação de caráter exploratório, realizada por meio de entrevistas, executadas pelo pesquisador com o principal executivo estratégico de cada hospital ou alguém por este indicado. As entrevistas foram orientadas por um roteiro semiestruturado, desenhado a partir da revisão bibliográfica efetuada.

4.4 Levantamento bibliográfico

Na revisão bibliográfica, a partir de bases de dados especializadas, foram buscados textos em livros, periódicos e trabalhos acadêmicos que tratassem de estratégia e de estratégia em saúde. Além disso, foram estudadas as bases de dados nacionais com estatísticas de saúde e referências que eventualmente documentassem a variação no número de leitos na realidade internacional, usando como palavras-chave, em português e inglês, "estratégia", "estratégia em saúde", "leitos hospitalares" e "alternativas assistenciais".

4.5 Definição da amostra

4.5.1 Definição dos hospitais

Segundo Minayo (1993), a amostragem em pesquisa qualitativa envolve problemas do grupo de escolha para observação e para comunicação direta, levantando questões tais como: quem entrevistar? Quem observar e o que observar? O que discutir e com quem discutir?

Numa pesquisa qualitativa, preocupa menos a generalização e mais o aprofundamento e a abrangência da compreensão, seja de um grupo social, seja de uma organização de uma instituição, seja ainda de uma política ou de uma representação.

A amostra qualitativa:

- a) privilegia os sujeitos que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer;
- b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta;
- c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhança e diferenças;
- d) esforça-se para que a escolha do lócus e do grupo de observação e informação contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa. (MINAYO, 1993, p, 102).

Nessas condições, este trabalho refere-se a hospitais privados que atuam na indústria da saúde, no segmento da assistência médica suplementar.

A seleção dos hospitais a estudar foi realizada a partir de já citada matéria do diário *Folha de S. Paulo* (WESTIN, 2010, p. C1). Com efeito, não se trata de critério científico de amostragem; mas a notícia em pauta documentou a expansão de hospitais privados no município de São Paulo já de domínio público.

Foram citadas as seguintes entidades: Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Hospital Bandeirantes; Hospital do Coração; Hospital Infantil Sabará; Hospital Israelita Albert Einstein; Hospital Leforte; Hospital e Maternidade Santa Joana; Hospital Nove de Julho; Hospital Nossa Senhora de Lourdes; Maternidade Pro Matre; Hospital Samaritano; Hospital Santa Catarina; Hospital Santa Isabel; Hospital Vitória; Hospital São Camilo; e Hospital Sírio-Libanês.

Desta relação, excluiu-se o Hospital Santa Isabel, pelo fato de ter uma característica diferenciada dos demais hospitais: é vinculado a uma instituição de ensino e hospital universitário, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Também foi descartado o Hospital Vitória, por pertencer a uma operadora de planos de saúde, tratando-se, portanto, de um caso de ampliação de escopo de outro tipo de empresa, ainda que do setor da saúde suplementar. O Hospital Leforte é um hospital do Grupo Bandeirante, assim como a Maternidade Pro Matre pertence ao mesmo grupo do Hospital e Maternidade Santa Joana.

O Hospital São Luiz, não diretamente mencionado na matéria, foi incluído neste estudo por ser tratar de tradicional hospital privado com finalidade econômica que, além de implantar duas novas unidades hospitalares na cidade (uma delas há menos de cinco anos), recentemente promoveu importantes alterações em sua governança corporativa, tendo sido adquirido por um grupo de hospitais.

Definida a amostra pretendida, foram convidadas para participar da pesquisa 13 instituições. Duas destas, embora tenham concordado em participar, não puderam fazê-lo no prazo estabelecido para o trabalho de campo. Apenas uma instituição não respondeu à solicitação. A amostra, portanto, foi constituída por dez organizações hospitalares, cuja sede principal está na cidade de São Paulo.

Tendo em vista a confidencialidade comprometida, os hospitais não são identificados na apresentação dos resultados.

4.5.2 Definição dos entrevistados

Para a realização das entrevistas, buscou-se o principal executivo da organização ou outro executivo designado pelo primeiro, com a indicação de que tomasse parte do processo de formulação e implementação das estratégias da organização. Estas características do entrevistado foram explicadas às entidades no momento em que se fez o convite para participação na pesquisa.

4.6 Pesquisa de campo

No primeiro momento, para compreender a dimensão do assunto tratado, foram realizadas entrevistas livres, sem roteiro definido, com três especialistas da área: um com experiência na área da assistência suplementar (operadoras de saúde); outro com experiência em setor público e setor privado; e um terceiro com experiência em hospitais privados com e sem finalidade lucrativa.

Em seguida, foi aplicado um roteiro semiestruturado de entrevistas (disponível no Apêndice A), feito com base na revisão de literatura. Com a finalidade de validar o instrumento, a primeira versão do roteiro foi submetida a especialista em estratégia familiarizado com a indústria da saúde.

As entrevistas foram realizadas com os tomadores de decisão estratégica dos hospitais considerados ou com os gestores por eles indicados para prestar informações estratégicas sobre os serviços em questão. Para todos, foi solicitada assinatura em documento de consentimento informado (disponível no Apêndice B), no qual o pesquisador e sua orientadora comprometiam-se com a confidencialidade na identificação dos hospitais estudados, bem como na dos entrevistados.

As entrevistas, sempre agendadas, foram realizadas pelo pesquisador e gravadas. Estas gravações, feitas sempre com a anuência dos entrevistados, teve a finalidade de auxiliar a compreensão das respostas, agilizar a entrevista e facilitar a análise dos resultados. Embora sem o objetivo de fazer a degravação das entrevistas, no processo de preparação do material o pesquisador compilou uma transcrição livre a partir da audição das gravações e das anotações do caderno de campo.

Ofereceu-se a todos os entrevistados a possibilidade de receber o roteiro geral de perguntas com antecedência. As entrevistas foram efetuadas no período mais curto possível, durante o mesmo mês, para garantir que a situação ambiental fosse a mesma, independente da percepção dos entrevistados.

Antes de cada visita, consultou-se o site do hospital cujo dirigente seria entrevistado, de maneira a direcionar algumas das perguntas à realidade específica da instituição, além de não tomar o tempo do tomador de decisões com perguntas cujas respostas poderiam ser obtidas de outra forma.

As entrevistas foram planejadas para ter a duração de uma hora, para facilitar a adesão de executivo ao convite de participar da pesquisa.

4.6.1 Caderno de campo

Embora fosse intenção do pesquisador fazer uso de caderno de campo, a extensão das variáveis do roteiro e a exiguidade do tempo compromissado fizeram com que, na prática, poucas anotações pudessem ser feitas durante as entrevistas, ficando como material de análise principal aquele registrado nas gravações.

4.6.2 Roteiro de entrevistas

A versão final do roteiro semiestruturado elaborado para a realização do trabalho de campo foi composto por 11 partes, expostas nos itens a seguir.

4.6.2.1 Caracterização do entrevistado

Nome, cargo, tempo no cargo e na organização e formação profissional.

O objetivo deste item é caracterizar o executivo, segundo sua posição na organização e formação profissional. No caso de se tratar de um profissional da

saúde, foi indagado se tinham algum curso formal de administração de empresas ou específica em serviços de saúde. Ao contrário, quando o entrevistado fosse oriundo de formação em um campo que não o da saúde, a informação que se deveria buscar foi se tinha algum curso de gestão em saúde.

4.6.2.2 Caracterização do hospital

A informação buscada aqui diz respeito à identificação da unidade e da entidade mantenedora, seu nome e ano de fundação. Boa parte dos dados deste item era encontrada no site da instituição e apenas confirmada com o entrevistado.

4.6.2.3 Finalidade

Aqui, interessou saber se o hospital era uma entidade filantrópica ou com fins econômicos; na primeira situação, se era detentora de certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social. Este certificado traz várias vantagens ao hospital em termos de isenção de impostos e contribuições sociais; por outro lado, obriga-o a destinar o recurso equivalente ao obtido em decorrência dessas isenções para ações de assistência social e à saúde.

4.6.2.4 Caracterização da estrutura física

Esta parte do roteiro buscou conhecer, por intermédio das palavras do entrevistado, a estrutura atual da sua organização para a operação dos serviços finais. Não se trata de obter informações precisas, mas de perceber o grau de familiaridade do entrevistado com sua própria estrutura de atendimento. Também

aqui o objetivo foi estabelecer uma referência para o próximo bloco de informações, que diz respeito às ampliações da instituição.

4.6.2.5 Ampliações (executadas, em andamento e planejadas)

Neste bloco, também se buscou informação sobre ampliações da instituição: aquelas já concluídas, aquelas em execução e aquelas planejadas e aprovadas para serem implementadas. Foi estabelecido um marco arbitrário de dez anos para as ampliações já executadas. Em relação a essas ampliações, o entrevistado deveria ser consultado sobre tipo de ampliação, localização, tamanho, especialidade de atendimento, valor do investimento, tempo estimado para o retorno do investimento. Também aqui a preocupação não foi com a precisão da resposta, mas com a familiaridade do executivo com o processo de ampliação.

4.6.2.6 Estrutura organizacional

A intenção foi obter informações sobre as estruturas deliberativas, de fato, da organização, ou seja, onde se localizam as decisões estratégicas, não importando se, do ponto de vista formal, possa haver outra configuração. Os itens deste bloco do roteiro incluem a identificação da instância deliberativa máxima, sua composição e estrutura, a discriminação dos principais executivos da organização e a existência de outras instâncias de deliberação.

4.6.2.7 Processo decisório

Esta parte da entrevista tinha início com uma pergunta: por que seu hospital resolveu ampliar a capacidade operacional?

A partir desta questão, deveria se identificar o processo da tomada de decisão, sua origem, o responsável ou os responsáveis, se a decisão fora baseada em algum tipo de estudo interno ou assessoria externa, se houvera participação ou consulta de grupos de interesse, e de que forma essas consultas teriam ocorrido.

O entrevistado era perguntado especificamente sobre que tipo de influência os movimentos da ampliação de hospitais concorrentes haviam tido sobre a decisão da entidade do entrevistado.

4.6.2.8 Comunicação

Aqui, o enfoque do roteiro diz respeito à comunicação das decisões estratégicas da organização, tomando como mote a decisão de ampliação. As respostas que se pretendia obter é como as comunicações foram ou são feitas na organização, quais os canais utilizados, para o público interno e externo, se houve algum tipo de seletividade, seja de conteúdo, seja de público, seja ainda de aprazamento da divulgação.

4.6.2.9 Planejamento

Esta parte da entrevista — na qual a pretensão do pesquisador é tentar perceber o quanto a prática está realmente incorporada na empresa — deveria identificar os processos formais de planejamento existentes na empresa e se é adotado algum modelo específico, há quanto tempo a prática estava em uso, quem são os responsáveis, os participantes. O entrevistado era solicitado a descrever sumariamente o processo de planejamento.

4.6.2.10 Estratégias

Esta parte do roteiro foi desenhada para obter a percepção do entrevistado sobre o que são as estratégias de sua organização, como surgiram, quem são seus responsáveis e como são comunicadas para os colaboradores.

Além disso, o entrevistado era questionado sobre como a decisão de ampliação se encaixa nas estratégias da organização.

4.6.2.11 Uma definição de estratégia

Como última pergunta, solicitava-se ao entrevistado que exprimisse sua definição de estratégia, de sua autoria ou por ele adotada.

5 RESULTADOS

Foram convidadas a participar da pesquisa 13 instituições selecionadas para a amostra. Destas apenas uma não deu qualquer retorno ao convite. Dois dirigentes prontificaram-se a participar, mas não puderam receber o pesquisador no período estipulado para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas entre 5 e 28 de janeiro de 2011 e concedidas ou pelo executivo principal ou pela pessoa por ele indicada. O roteiro de entrevista foi oferecido com antecedência a todos os entrevistados como forma de dar ciência sobre o tema da pesquisa, entretanto nem todos tiveram interesse de recebê-lo. Todas as questões quantitativas, de qualquer espécie — número de leitos, de atendimentos, valor de investimento, etc. —, foram apresentadas aos entrevistados como forma de contextualização do processo de decisão sobre a ampliação do hospital. Não foram solicitados números precisos, tampouco foi feita qualquer conferência sobre as respostas dadas. Portanto, as informações quantitativas apresentadas aqui visaram apenas fazer uma caracterização da organização e dar uma dimensão do movimento que a empresa está fazendo ou já fez.

A seguir, são apresentados os resultados colhidos a partir das entrevistas. Os resultados foram compilados em anotações do caderno de campo e material gravado em arquivo digital. A apresentação dos resultados procurou obedecer a sequência estabelecida no roteiro previamente estabelecido; contudo, no campo, várias das entrevistas seguiram uma sequência estabelecida pelo entrevistado, respeitada pelo pesquisador que posteriormente procurou inseri-las na ordem do roteiro. Quando entendido como pertinente pelo pesquisador, foram também incluídas informações obtidas nas páginas institucionais dos hospitais na internet.

5.1 Hospital A

5.1.1 Caracterização do entrevistado

Médico com formação em saúde pública, com especialização em gestão de serviços de saúde e pós-graduação em administração de empresas. Trabalha na organização há mais de cinco anos e exerce a atual função há mais de três anos.

É o principal executivo corporativo, ao qual se subordinam todas as unidades de negócios.

5.1.2 Caracterização do hospital

Hospital privado sem finalidade lucrativa; portanto, fica isento de pagamento de imposto de renda e imposto sobre importações. Detém certificado de entidade beneficente de assistência social, o que lhe garante isenção de PIS, Cofins e cota patronal do INSS. Tem mais de 40 anos de funcionamento e foi fundado por uma associação comunitária. Como parte das atividades filantrópicas, vem participando de projetos junto ao poder público, inclusive assumindo a gestão de algumas unidades assistenciais.

5.1.3 Estrutura física atual

A estrutura atual conta com um hospital geral, de 80 mil m² com cerca de 350 leitos em funcionamento. De alta complexidade, envolve recursos diagnósticos e de pronto-socorro (PS), além de atendimento ambulatorial para exames e procedimentos tais como quimioterapia (QT) e radioterapia (RT). Em 2010, foi inaugurada uma unidade satélite em outro bairro paulistano (em um prédio alugado), que oferece serviços de hospital-dia (HD), com dez leitos, centro cirúrgico com quatro salas e centro diagnóstico com serviços de ressonância nuclear magnética (RNM), tomografia computadorizada (TC) e exames cardiológicos, entre outros, além de oferta de tratamentos tipo quimioterapia ambulatorial.

5.1.4 Ampliações

5.1.4.1 Ampliações ocorridas nos últimos dez anos

As ampliações descritas a seguir foram referidas como tendo ocorrido nos últimos quatro anos.

Na unidade sede, a unidade de terapia intensiva, UTI teve sua capacidade duplicada para 40 leitos. O centro cirúrgico foi ampliado em oito salas, ficando com um total de 19. O centro de diagnóstico por imagem foi quase triplicado; conta com serviços de ressonância, tomografia computadorizada, medicina nuclear, angiografia, ultrassom, colonoscopia e tomografia por emissão de pósitrons (PET). Destaca-se o número de equipamentos de RNM e de TC A radioterapia foi modernizada. No caso do centro de diagnóstico, os serviços foram no mínimo duplicados em termos de capacidade operacional. O entrevistado também referiu que um bloco de internação que estava desocupado, foi completamente ativado, com exceção de um andar. O pronto-socorro também foi reformado no período em questão, com modernização das instalações e duplicação da capacidade de atendimento.

Nessas condições, nos últimos três anos, a média do investimento anual foi de R\$ 110 milhões. A maioria destes recursos é própria, embora o entrevistado faça referência a empréstimos tomados junto ao BNDES/Finame, empréstimos estes pequenos em relação ao caixa do hospital, "mais para aproveitar a oportunidade do custo do dinheiro".

Cada investimento teve um estudo específico de *payback*. O investimento na unidade satélite inaugurada em 2010 foi da ordem de R\$ 36 milhões; o *payback* estimado foi de quatro anos, considerando-se uma taxa de ocupação de 20% no primeiro e atingindo 80% em três anos. A estimativa de EBIT foi de 6,4% médio.

Perguntado sobre a estimativa do volume de atendimento, o entrevistado respondeu que se espera um volume compatível com a capacidade instalada.

5.1.4.2 Ampliações em andamento

Na unidade sede, está sendo reformado o último andar que ainda não está em funcionamento onde será localizada uma unidade de transplante de medula óssea (TMO).

Uma segunda unidade satélite, localizada em outro bairro, está sendo construída e deve ser inaugurada em abril de 2011, dedicada à saúde da mulher, com mamografia, ultrassom (US), densitometria óssea, colposcopia e medicina fetal. O terreno é alugado. O investimento será de R\$ 5 milhões, basicamente com recursos próprios.

Uma terceira unidade satélite, dedicada a oncologia clínica, está em construção, também em instalações alugadas e localizadas fora do estado de São Paulo. Terá oito boxes, uma farmácia e consultórios. O apoio diagnóstico é terceirizado, e está em estudo a possibilidade de instalação de radioterapia, prevista para 2011. O investimento é da ordem de R\$ 2 milhões, também próprios.

Construção de novo prédio na sede, que deverá quase duplicar o hospital e cujas obras já se iniciaram. Este prédio terá 16 andares, com um novo centro cirúrgico (CC), 200 novos leitos de internação e ampliação do centro diagnóstico (CD) e do centro de reabilitação.

Construção de prédio em terreno próximo ao hospital, onde haverá uma unidade de *Hospice* com 60 leitos, velório e uma garagem com 1.200 vagas (exigência do governo municipal para permitir a ampliação da capacidade do hospital).

Para dar conta destas ampliações, foi elaborado um plano de investimento da ordem de R\$ 750 milhões. Já foram obtidos U\$ 40 milhões junto a dois bancos de fomento europeus. Junto a uma agência financiadora brasileira, estão sendo pleiteados R\$ 430 milhões. O restante (algo em torno de R\$ 250 milhões) virá de geração de caixa próprio.

O novo prédio está planejado para entrar em operação de maneira gradativa a partir de 2013. O *payback* foi estimado em seis anos.

Embora a maior parte dos recursos do plano de financiamento decorra de empréstimo junto a agência fomentadora brasileira, ainda não aprovado, as obras das fundações do novo prédio já foram iniciadas e o prédio deve começar a ser levantado no primeiro semestre de 2011.

5.1.5 Estrutura organizacional

A assembleia da associação é a instância deliberativa máxima. A assembleia elege um conselho deliberativo composto por 60 membros. O conselho deliberativo elege uma diretoria com 18 componentes. A diretoria elege um conselho de administração composto por quatro membros da diretoria, incluindo o presidente, quatro empresários da comunidade e quatro médicos do corpo clínico do hospital. O conselho de administração escolhe a diretoria profissional do hospital.

São dois os executivos principais, aqui denominados do seguinte modo: um executivo corporativo e um executivo de estratégia corporativa, no mesmo nível hierárquico. Ao executivo corporativo subordinam-se gerentes e diretores de diversas áreas, num total de 13 áreas principais, além do diretor clínico, eleito pelo corpo clínico. O executivo de estratégia corporativa tem subordinada a ele apenas a gerência de comunicação institucional, gerência esta que também responde ao executivo corporativo.

Previstos formalmente nos manuais de organização, existem dois comitês, comitê executivo e comitê executivo ampliado, que fazem reuniões semanais alternadas. O primeiro é composto por diretores e gerentes diretamente subordinados ao executivo corporativo, num total de 13 componentes, incluindo o diretor clínico. O comitê executivo ampliado é composto pelos membros do comitê executivo e pelos seus subordinados diretos, num total de aproximadamente 70 membros. A cada dois meses, há uma reunião de lideranças, que congrega por volta de 250 pessoas de toda a estrutura de comando do hospital.

Os dois comitês executivos tratam de questões gerenciais operacionais. As questões de cunho mais estratégico são discutidas pelo conselho de administração, que também se reúne semanalmente com a presença apenas dos quatro empresários e dos quatro médicos. Uma vez por mês, o conselho administrativo reúne seus 12 membros. O executivo corporativo e o de estratégia corporativa participam, sem direito a voto, da reunião do conselho administrativo.

Grandes decisões estratégicas, como a criação de novas unidades, são submetidas ao conselho deliberativo da associação.

5.1.6 Processo de decisão da ampliação

Até 2007, o hospital adotava uma conduta expectante.

A ideia de crescer começa a surgir a partir do momento em que surge a percepção de que a economia do País começa a se aquecer. Decisões deste tipo são tomadas no âmbito do conselho de administração. Entretanto, a decisão foi construída pelos representantes dos empresários e dos médicos (os oito membros do conselho de administração que se reúnem semanalmente).

A proposta de ampliação do hospital foi fruto de um processo que começou com a contratação de uma primeira consultoria, a qual propôs mudanças na organização do hospital, criando núcleos de especialidades médicas. A partir desta consultoria, surgiu a ideia de contratar a elaboração de um plano diretor que previa o crescimento do hospital. Para a elaboração deste plano diretor, foi contratada outra empresa de consultoria. Nessas circunstâncias, o conselho de administração decidiu contratar uma pesquisa de mercado, e para isso foi contratada uma terceira empresa. A partir daí, decidiu-se elaborar um plano de expansão, concluído em maio de 2008.

Assim, o primeiro motivo para tais decisões foi a necessidade de se sentir melhor. "E para isso vamos crescer para ter escala para ser melhor. Vamos crescer porque nossos vizinhos estão crescendo. Um argumento que foi apresentado no conselho é que todos os concorrentes estão crescendo, e o hospital, não. É preciso crescer para ter condições de absorver estas tecnologias que estão surgindo. Aumentar a capacidade de escala para pagar a tecnologia."

A segunda razão para crescer foi a de dar uma resposta para o mercado: a economia crescia, a demanda também. Começaram a ser chamados a várias cidades, tais como Rio de Janeiro, Florianópolis e Brasília, entre outras.

A terceira causa para crescer é o reposicionamento do hospital.

"O hospital precisa se reposicionar. Algumas áreas cresceram, principalmente a cardiologia. A percepção é que o hospital precisa equilibrar suas áreas de atuação. Ampliar a reabilitação, o atendimento ao crônico. Um hospital forte em apenas uma especialidade é um hospital de perna quebrada. Precisa ter outras especialidades fortes: cardiologia, ortopedia, reabilitação, etc., ter uma cardiologia forte e outras especialidades."

Perguntado se as especialidades que estavam sendo fortalecidas eram as apontadas pela pesquisa de mercado, o entrevistado respondeu que sim. Mas que "[...] esse negócio de estudo de mercado é também uma masturbação... Eu acho que um projeto como esse precisa de um monte de intuição e um pouquinho de indução. Porque o futuro a Deus pertence, e esse negócio de mercado na área privada é muito diferente de você pensar um projeto de um hospital para atender a área pública, que atende a 85% da população...". A indução, segundo o entrevistado, é "o tal estudo de mercado". Em sua opinião, um estudo de mercado pode dar indicações, mas não é de fato capaz de levantar, por exemplo, qual será a demanda de oncologia do segmento AAA da população. No entanto, ele afirma que o estudo de mercado foi determinante para convencer o nível político da organização, mas não para a construção da visão; esta foi construída de outro jeito, que é a percepção dos especialistas. Por isso, afirma que a intuição é importante e que "[...] é difícil de confessar isso... Eu acho que ninguém mais... Vai dizer eu acho, só que o que eu acho, acho baseado no que eu sei [...]".

Portanto, a intuição é importante no processo decisório, e "intuir é pensar com pensamentos esquecidos". Afirma também que é muito mais complicado fazer um estudo de mercado para um hospital do que, por exemplo, para um supermercado. Ainda mais para um hospital de um público diferenciado.

Voltando às especialidades que são alvo da ampliação, estas refletem a questão do reposicionamento, ou seja, a diversificação. Entende-se que, para ter, por exemplo, uma boa oncologia, é preciso ter outras especialidades de qualidade. "Não dá para ser especialista em uma única coisa." A ideia é ter um bom grupo de especialistas em todas as áreas. "A única coisa que nós temos certeza de que não precisamos ter é maternidade."

Um aspecto que afetou a decisão de ampliar os leitos foi também decorrente da demanda por internação, que o hospital não vinha conseguindo atender a contento. O entrevistado relata que, no estudo de mercado, foram consultadas as principais operadoras de planos de saúde e que estas se manifestaram positivamente quanto à ampliação, sem, entretanto se comprometer com o credenciamento de novas unidades. Embora não tenham interesse em credenciar novos serviços, as operadoras também têm dificuldades de atender aos seus pacientes. E querem oferecer a seus pacientes diferenciados um hospital diferenciado. "O mercado brasileiro está muito aquecido economicamente."

Foram consultados as operadoras e os médicos. A empresa de consultoria realizou entrevistas com médicos indicados. O hospital tem reuniões mensais com clínicos e com cirurgiões, às quais vai quem quer, entre esses profissionais. Ao longo desses anos esta questão foi abordada nas reuniões e também num boletim especificamente voltado para os médicos.

5.1.7 Comunicação

Uma vez tomada a decisão, esta passou a ser divulgada internamente, sem qualquer seletividade. O entrevistado refere que o hospital tem um plano de divulgação interna. Cita as reuniões com as lideranças como canal importante de divulgação. Também foram utilizados os eventos e reuniões clínicas para comunicação.

A divulgação pública ocorreu de maneira natural, já que o hospital é muito procurado pela imprensa em busca de notícias relativas à saúde. Só quando há uma inauguração é feito um plano de divulgação pública pela área de *marketing*.

5.1.8 Planejamento

O hospital tem um processo formal de planejamento. Procura-se ter o orçamento do exercício seguinte pronto para ser apresentado na última reunião do ano do conselho de administração. A partir de 2010, foi apresentado o mapa estratégico, juntamente com o orçamento de 2011. O cruzamento do mapa estratégico com o orçamento delinea o plano. E há um plano de 15 anos, que é a engenharia financeira deste conjunto de investimentos e do conjunto de resultados. Este plano de 15 anos foi elaborado por uma consultoria especializada em buscar financiamentos, que prestou assessoria na busca dos financiamentos europeus e do BNDES e ainda assessora o hospital. A primeira versão do plano foi feita em 2008; anualmente, é atualizada. O hospital não tem uma equipe focada exclusivamente no planejamento. O planejamento é contínuo e realizado por todos, e o principal

coordenador é o *controller* financeiro do hospital — diretor de finanças e controladoria.

O modelo de planejamento é basicamente um planejamento orçamentário. Análise SWOT foi realizada quando definiram missão, visão e valores. Quando realizaram o BSC, foi revisitada a análise SWOT.

A cada dois meses, há uma reunião para acompanhamento dos indicadores do BSC e dos planos de melhoria. O hospital é acreditado pela Joint Commission International, o que implica acompanhamento de vários indicadores de desempenho. Todos os indicadores da Joint Commission estão encampados pelos indicadores do BSC. O BSC tem 26 objetivos, e cada objetivo tem no máximo dois indicadores. O entrevistado considera a certificação como um importante instrumento de garantia de qualidade. Também cabe lembrar que vários hospitais têm utilizado processos de certificação como forma de propaganda junto às operadoras e ao público em geral.

Quem opera o planejamento são os 13 membros do comitê executivo, quem o executa são as 250 lideranças. O planejamento é acompanhado pelo conselho de administração nas reuniões mensais. No quinto dia útil do mês, é fechado o balancete mensal. Na primeira terça-feira seguinte ao quinto dia útil, este balancete é apresentado aos 13 superintendentes; na quinta-feira seguinte, o balancete e os resultados operacionais e produção são apresentados no conselho de administração. A cada dois meses, são apresentados os 52 indicadores do BSC. Todo projeto tem um plano acompanhado pelo gestor do projeto.

5.1.9 Estratégias da organização

Hoje, a organização tem três estratégias. A primeira é crescer; a segunda, diversificar; a terceira, criar um clima de transparência em relação ao que chamam de sustentabilidade.

A sustentabilidade tem um pilar dedicado para os trabalhadores do hospital, para reconhecer continuamente a importância desses colaboradores. O segundo pilar é dedicado para uma agenda ambiental: reciclagem, economia de energia, atividades que não têm retorno financeiro — por exemplo, compostagem de

restos de alimentos, que custa R\$ 120 mil, muito mais do que mandar para o aterro sanitário. Instalou-se bomba de calor no ar condicionado. Há políticas de economia de eletricidade, de água, de incentivo ao uso de materiais recicláveis. O terceiro pilar é servir a comunidade. E o quarto componente é que o hospital tem que apresentar resultado positivo para ser sustentável.

Assim, são quatro pernas da sustentabilidade: o colaborador, o meio ambiente, a comunidade e o resultado.

O hospital está apresentando o terceiro relatório de sustentabilidade e o segundo com a metodologia da GRI-G3, que permite comparação e que o hospital possa ser auditado. As obras realizadas utilizam o conceito *green building*.

A estratégia surge na organização a partir de um processo. O grande desafio da gestão da organização moderna é a comunicação e a construção de um processo decisório envolvendo o maior número de pessoas possível. Líder foi feito para criar objetivos, metas e fazer com que as pessoas atinjam estas metas. As metas não surgem do nada, nascem do líder. "Nasceu aqui. Hoje não é mais aqui, está em toda a organização. O que foi feito aqui foi através da liderança."

A comunicação é feita mediante um processo intensivo de comunicação, no qual a gestão de pessoas é fundamental, e passa pelas reuniões com as lideranças e outros canais, incluindo a "rádio peão".

A decisão de ampliação se encaixa na estratégia de crescer, na medida em que isto significa criar escala para ser melhor.

5.1.10 Definição de estratégia

"Estratégia para mim é o caminho para alcançar a visão. Visão e estratégia são tão importantes, uma quanto a outra. Mas a visão é mais. Estratégia, muito sinteticamente é o 'como'. Visão é o 'o quê'. Não existe 'como' bom para quem não sabe o que fazer. Agora um 'o quê' sem um 'como' é insuficiente."

5.2 Hospital B

5.2.1 Caracterização do entrevistado

Graduado em administração hospitalar, com pós-graduação em finanças. Está na organização desde 1992 e exerce a função de diretor de três unidades hospitalares desde 1999.

5.2.2 Caracterização do hospital

São três hospitais administrados na forma de rede, localizados em diferentes bairros paulistanos. O primeiro surgiu no final da década de 20, como policlínica, e se transformou em um hospital e maternidade no começo da década de 60. O segundo hospital foi inaugurado no começo da década de 70 e o terceiro, embora fundado nos anos 1940, foi incorporado à rede em 1999. Tratava-se de uma instituição hospitalar tradicional que estava insolvente e foi incorporada com propósitos mais sociais tendo sido submetida a uma reestruturação.

A mantenedora é uma instituição privada sem finalidade lucrativa, detentora do certificado de entidade beneficente de assistência social. Administra uma rede de hospitais pelo Brasil, sendo que estes três são os que trabalham exclusivamente com pacientes particulares e da medicina suplementar (beneficiários de planos de saúde). A receita gerada nestes três hospitais é aplicada nos outros hospitais da rede que trabalham quase que exclusivamente para o SUS.

A gestão destes três hospitais é separada dos demais hospitais em decorrência do tipo de clientela.

5.2.3 Estrutura física atual

No total, as três unidades têm 617 leitos: o primeiro hospital, 270 leitos; o segundo, 232; e o terceiro, 115. Os três são hospitais gerais com maternidade,

exceto a unidade incorporada em 1999, cujo serviço de atendimento materno-infantil foi fechado. As três unidades hospitalares contam com centro diagnóstico para atendimento a pacientes ambulatoriais com TC, RNM e outros.

Considerando as três unidades, o volume de atendimento anual é de 38 mil internações, 25 mil cirurgias e 109 mil consultas ambulatoriais. O atendimento de porta de pronto-socorro está em torno de 680 mil atendimentos.

5.2.4 Ampliações

5.2.4.1 Ampliações nos últimos dez anos

O grande foco foi na unidade 1, que tinha 150 leitos até 2005, quando foi ampliada em 80 leitos e, em 2010, recebeu 77 leitos. Portanto, de 2005 para cá a capacidade instalada dobrou, o que permitiu a reforma concomitante das instalações de internação. Na unidade 2, embora não tenha ocorrido ampliação de área física, de 2005 para cá foi reformada e colocada em funcionamento uma ala de internação que estava fechada. A terceira unidade passou por um processo diferente: de início, houve reestruturação do hospital, com grande redução de leitos e fechamento do atendimento materno-infantil; agora, mais recentemente, está sendo retomado o crescimento do hospital.

Só no primeiro hospital houve construção de um prédio novo. As ampliações, nas três unidades, mantiveram o modelo de atendimento estabelecido: hospital geral clínico-cirúrgico com ênfase no atendimento de emergência, em neurocirurgia, urologia e cardiologia. Intencionalmente não houve ampliação do atendimento materno-infantil.

O centro cirúrgico da unidade 1 foi ampliado de seis para 15 salas, o que revela ênfase na oferta de especialidades cirúrgicas. O ambulatório desta unidade também foi ampliado, passando de 15 para 25 consultórios.

Nas três unidades, o valor de investimento foi da ordem de R\$ 120 milhões, sendo R\$ 85 milhões na unidade 1.

Consultado sobre a estimativa de retorno sobre investimento, o entrevistado relata que foi feito estudo de *payback* apenas para as ampliações na unidade 1. Neste caso, o *payback* estimado foi de dez anos, mas, devido à ocupação dos leitos muito mais rápida que a esperada, a estimativa de retorno sobre o investimento foi revisada para sete anos.

O financiamento do investimento foi feito com recursos próprios e com empréstimo junto ao BNDES, aplicado na unidade 1, onde houve construção de novo prédio. A justificativa do uso do recurso ao BNDES foi por este ser um dinheiro barato. Nas unidades onde houve apenas reforma, o investimento foi feito exclusivamente com recurso próprio.

5.2.4.2 Ampliações em andamento

Na unidade 1, encontram-se 130 leitos que estão em reforma e que deverão entrar em funcionamento em 2011.

5.2.4.3 Ampliações aprovadas

Para a unidade 3, há um projeto de reforma do prédio, um *retrofit* geral de toda a fachada. Com isto, haverá um aumento de apenas 20 leitos. Esta reforma está estimada em R\$ 20 milhões de recursos próprios, mas se está pleiteando nova linha de crédito junto ao BNDES.

A unidade 2 também tem aprovada uma reforma da sua estrutura: embora não haja ampliação de leitos, haverá melhora da estrutura do pronto-socorro. A estimativa de investimento é de R\$ 15 milhões de recursos próprios. Neste caso, também será buscada uma linha de crédito junto ao BNDES.

O entrevistado revela que já se está fazendo um estudo a ser apresentado à mantenedora para a construção de novo prédio em terreno próximo à unidade 1. Ainda não há definição sobre os serviços que serão ofertados. Perguntado sobre o retorno do investimento na reforma das unidades 2 e 3, o

entrevistado explicou que, por se tratar de investimentos necessários para se manter no mercado, não houve avaliação do retorno sobre o investimento. "Os hospitais que não vem se modernizando não se mantêm." Lembra que houve críticas quando se começou a investir na ampliação da unidade 1, em 2004 e 2005, pois a situação econômica apresentava-se instável.

5.2.5 Estrutura organizacional

A entidade mantenedora cuida de todas as unidades hospitalares. Possui conselho deliberativo. Qualquer investimento acima de um milhão de dólares é submetido à aprovação deste conselho.

Cada unidade tem um diretor administrativo, um diretor médico, um diretor de enfermagem e um diretor de apoio logístico. Em nível corporativo, além do diretor geral, há quatro diretores corporativos: práticas assistenciais, comercial, recursos humanos e financeiro. Mensalmente, em cada hospital, há uma reunião dos diretores corporativos na qual são avaliados os resultados e os indicadores do BSC.

5.2.6 Processo decisório

A ideia de ampliação foi levantada pelos executivos que perceberam uma pressão de demanda de porta. Foi encaminhada a mantenedora uma proposta de ampliação e modernização da unidade 1. Segundo o entrevistado, haveria uma alternativa ao crescimento, que seria selecionar a clientela por preço, mas, ainda assim, haveria necessidade de investimento em modernização das instalações. Outro aspecto considerado foi o fato de que no bairro onde está localizada a unidade 1, os empreendimentos imobiliários verticalizados crescem, o que leva ao aumento da população. A inexistência de outros serviços hospitalares na região foi percebida como ameaça de surgimento de concorrentes. O corpo clínico, por sua vez, queixava-se com frequência de que havia dificuldades para internar seus pacientes por falta de vagas. O entrevistado relata que a proposta de ampliação não foi

aprovada pelo conselho da entidade mantenedora na primeira vez que foi encaminhada, porque haveria interesse de investimento no braço educacional da entidade e não nos hospitais. Com a mudança da composição do conselho, o projeto de ampliação foi reencaminhado e aprovado.

Na unidade 1, nos últimos 15 anos, gradativamente passou-se a atender apenas os planos de saúde que dão direito a acomodação em apartamento. Na unidade 2, vem ocorrendo o mesmo processo. No entanto, o entrevistado refere que, nesta unidade, é obrigado a manter o atendimento a planos tipo enfermaria por uma questão de parceria com as operadoras.

Não foi contratado estudo de mercado. A decisão foi baseada apenas na percepção dos executivos. Houve uma pesquisa contratada apenas para identificar as características e a origem da população atendida.

Houve reposicionamento na unidade 1, buscando-se planos melhores e hoje está recusando novos credenciamentos para atendimento de urgência, aceitando-se apenas procedimentos eletivos. Não houve consulta formal ao corpo clínico, embora este estivesse pressionando para que o hospital aumentasse sua capacidade de internação. Tampouco as operadoras foram consultadas. Não houve influência de ampliação pelos concorrentes locais, que só ocorreu mais tarde.

Em relação aos pacientes, estes percebem que muitas vezes o hospital deixa de atender um plano básico de uma operadora, mas retornam com um plano melhor da mesma ou de outra operadora, fato este que é visto como decorrente da melhora do poder aquisitivo da população.

5.2.7 Comunicação

A elaboração do projeto de ampliação teve grande participação de gerentes, enfermeiros e médicos. Após a aprovação do projeto, a divulgação foi imediata a todos, através de boletins e outros meios. A comunicação interna é uma preocupação da administração. A comunicação externa também foi imediata.

Os projetos de ampliação são compartilhados internamente com os colaboradores como "o sonho que estão buscando".

5.2.8 Planejamento

Em final de 2007, fez-se o planejamento até 2012 com consultoria externa, com implantação do BSC. Todos os executivos foram entrevistados individualmente e todos participaram de um *workshop*. Antes de 2007, realizavam-se planos de ação mais focados em projetos administrativos e financeiros; a partir de 2007, passou-se a adotar o BSC.

Anualmente, o planejamento é refeito e o orçamento é fechado até 25 de novembro, quando é feito um balanço do que foi realizado ou não e por quê.

Houve assessoria externa até 2009. Em 2010, refizeram o planejamento sozinhos. Os diretores das unidades, juntamente com o diretor geral e o diretor financeiro, fazem um *workshop* de balanço e avaliação do cumprimento das metas do BSC. Posteriormente, são estabelecidas novas metas, negociadas com os diretores, as quais, uma vez definidas, são divulgadas para as lideranças.

5.2.9 Estratégias

Visão de rede, referência da emergência e estar entre os cinco hospitais em termos de referência para cirurgia eletiva: estas estratégias surgiram nos *workshops* de planejamento. O entrevistado considera que estas estratégias surgiram na organização. Os responsáveis são os executivos, sendo o diretor geral o responsável principal pela estratégia.

A comunicação das estratégias é feita por mural e intranet; a tela de abertura dos computadores é usada para comunicação.

Periodicamente, o entrevistado faz pesquisa com os colaboradores para saber se conhecem as estratégias, a missão e os valores do hospital. Na última pesquisa, 90% demonstraram conhecimento dos indicadores do BSC.

"É preciso crescer para atender a comunidade local, para não desaparecer no mercado. Se não se ocupar o espaço, alguém ocupará."

Neste caso, ficou claro que a entidade mantenedora tem uma postura historicamente conservadora e que o projeto de ampliação surge através dos executivos dos hospitais.

5.2.10 Definição de estratégia

"A estratégia é aquilo que você estabelece como caminhos, como projetos para atingir a visão e o objetivo final da organização."

5.3 Hospital C

5.3.1 Caracterização do entrevistado

O entrevistado trabalha na instituição desde 1995 e exerce uma das superintendências não assistenciais do hospital há pouco mais de um ano. A sua formação profissional é em engenharia, e refere curso de especialização em administração de empresas em instituição tradicional de São Paulo.

5.3.2 Caracterização do hospital

A entidade mantenedora foi criada na segunda década do século XX, como entidade de comunidade. Entidade filantrópica sem finalidade lucrativa, detentora de certificado de entidade beneficente de assistência social.

O hospital foi inaugurado nos anos 1970, como hospital geral: entretanto, acabou assumindo uma marca de hospital de especialidade única em decorrência de em decorrência de uma forte liderança médica na condução da direção da instituição.

5.3.3 Estrutura física atual

Em 2011, conta com 44 mil m² de área construída, com um total de 214 leitos, 10 salas de cirurgia para procedimentos de alta complexidade, pronto-socorro interligado com heliporto, centro cirúrgico, unidade coronária, laboratórios e centros de hemodinâmica.

O entrevistado informa que o hospital é composto por cinco prédios, sendo o mais velho da década de 70, com internação (51 apartamentos e 32 leitos de terapia intensiva), centro cirúrgico, laboratório e serviço de nutrição e dietética. No começo dos anos 1990, foi inaugurado novo prédio para centro de diagnósticos, que hoje concentra todas as áreas de diagnóstico do hospital (RNM, TC, PET, raios-X, ultrassom, medicina nuclear, mamografia, ecocardiograma). Em 1996, surgiu o terceiro prédio, com pronto-socorro, 111 apartamentos e 29 leitos de emergência, sendo 21 de terapia intensiva, além de uma unidade de hemodinâmica.

5.3.4 Ampliações

5.3.4.1 Ampliações ocorridas nos últimos dez anos

O plano de expansão do hospital teve início em 2007 com a aquisição de um prédio vizinho de aproximadamente 6 mil metros quadrados, onde foram instalados 50 consultórios, além de um centro de ensino e pesquisa e as áreas administrativas. Os investimentos foram da ordem de 17 milhões de reais em aquisição e reforma.

Em 2009 foi inaugurado um novo edifício onde foram instalados 31 apartamentos de hospital-dia, com pouco mais de 5 mil metros quadrados de área construída e um investimento de 25 milhões de reais. Os principais serviços foram os de hemodinâmica, arritmia e especialidades, centro ortopédico, cardiologia e gastroenterologia.

5.3.4.2 Ampliações em andamento

Segundo o entrevistado, o hospital tem necessidade de leitos de cardiologia com foco em cirurgias híbridas, onde a sala cirúrgica tenha recursos para a realização de procedimentos hemodinâmicos, como a colocação de *stents*. A estrutura atual, com 10 salas cirúrgicas, não comporta os equipamentos de hemodinâmica.

Um novo prédio está em fase de construção que deverá ser concluída até o final de 2011 e contará com 13 mil metros quadrados com 45-50 leitos. Haverá mais duas salas cirúrgicas, uma para procedimentos cardiológicos e outra para procedimentos neurovasculares. Este prédio deve ficar pronto no final de 2011 e também contará com ampliação do estacionamento, que hoje é um problema para o hospital: serão cinco subsolos para essa destinação.

Também haverá um centro de convenções, com auditório para cerca de 350 pessoas, para complementar a estrutura do atual complexo. Assim, o projeto do novo prédio tem quatro focos: estacionamento, centro de convenções, sala cirúrgica híbrida e apartamentos diferenciados.

Clientela-alvo: pacientes da classe A, mas, no principal, pacientes da classe B e também da classe C.

O entrevistado refere que não atendem planos que não dão direito a apartamento. Volume de investimento: primeiro prédio, 25 milhões; novo prédio, 12 milhões para compra e 5 milhões de reforma. Os recursos foram todos próprios.

Para o prédio em construção, estão pleiteando empréstimo do BNDES, por conta do custo baixo do dinheiro. O investimento estimado é de 80 milhões, sendo que estão sendo pleiteados 50 milhões junto ao BNDES, embora o entrevistado não tenha certeza deste último número.

5.3.5 Estrutura organizacional

A instância deliberativa máxima referida pelo entrevistado foi o comitê de estratégia composto, além do CEO, pelo diretor geral do hospital, pelo diretor clínico,

pelo diretor médico, pelo superintendente médico, pelo gerente médico, pelo superintendente de operações e pelo superintendente assistencial. A associação elege o diretor geral e indica o CEO.

5.3.6 Processo decisório

Por que se resolveu ampliar a capacidade? Em 2000-2001, perceberam que estavam perdendo parte do mercado da especialidade, que apresenta alto valor agregado, e que começava a haver outros hospitais que desenvolviam a mesma especialidade. Isto levou a certa ociosidade da capacidade instalada. Perceberam também que os pacientes com mais de um tipo de doença começavam a preferir hospitais com oferta de várias especialidades. Por esta razão, resolveram desenvolver outras especialidades, objetivando atender o paciente mais integralmente, garantindo a sua fidelização. A ampliação da oferta de especialidades levou a um aumento da demanda de internação. A decisão de ampliar a oferta de especialidades, como gastroenterologia, neurologia, etc., levou ao uso de áreas de internação para a criação de consultórios. Portanto, no primeiro momento, o movimento foi de redução da capacidade instalada de leitos, que foram convertidos em serviços ambulatoriais. Este aumento de demanda começou a ser sentido também no centro de diagnósticos. Com isso, algumas áreas de internação do primeiro prédio começaram a ser ocupadas para ampliação dos serviços diagnósticos.

As decisões foram tomadas com base na percepção interna em relação à demanda. Não houve pesquisa de mercado para balizar estas medidas. O principal fator foi a demanda do pronto-socorro, que começou a apresentar grande quantidade de pacientes com queixas de outras especialidades.

O aumento de demanda de pacientes ambulatoriais foi seguido de aumento de demanda de internação, introduzindo-se a necessidade de reativar as áreas de internação que tinham sido convertidas em consultórios e serviços diagnósticos. Com isso, coloca-se em pauta a construção de um novo prédio que pudesse abrigar consultórios e a área administrativa, o qual, com efeito, foi adquirido em 2006 e depois reformado e colocado para funcionar em 2007. Permaneceram no primeiro prédio os serviços de hospital-dia, ambulatório de ortopedia e alguns

serviços diagnósticos. Decidiram então construir um novo prédio em terreno que já possuíam próximo ao hospital e que foi inaugurado em 2009, onde passaram a funcionar o hospital-dia, com 31 leitos, consultórios de ortopedia e reabilitação, além dos serviços de diagnósticos de arritmias e endoscopia.

Não houve consulta as operadoras de planos de saúde no processo de definição das especialidades a serem desenvolvidas. O entrevistado afirma que o fato de outros hospitais estarem crescendo não teve influência na decisão de ampliação. Afirma que nunca olharam para os concorrentes, porque percebiam uma demanda na porta. "Não foram atrás do mercado... Está na porta..."

5.3.7 Comunicação

O processo foi centralizado e, depois de tomada, a decisão foi divulgada para a organização. O entrevistado refere que aproveitou o processo de acreditação para desenvolver um projeto de *endomarketing* com material de divulgação para o público interno das decisões do planejamento estratégico. Faz-se um trabalho de divulgação para o público externo em veículos de comunicação tais como revistas de companhias aéreas.

Refere ainda que o processo de comunicação foi feito de maneira escalonada, primeiramente para os gerentes e depois para os outros colaboradores.

5.3.8 Planejamento estratégico

Em 2003, o hospital começou um processo de acreditação pela Joint Commission International, o que induziu o hospital a ingressar em um processo de planejamento estratégico, implantado em 2005. Em 2006, o hospital foi acreditado. O planejamento estratégico foi um subproduto de acreditação. A assessoria externa serviu apenas para o processo de planejamento, mas não houve pesquisa de mercado.

Consultado sobre as diretrizes estratégicas, o entrevistado passou a fazer a leitura da missão. O grupo que discutiu o planejamento estratégico contou com representantes da entidade mantenedora, do corpo clínico e do corpo administrativo.

O planejamento estratégico começou por conta da acreditação. Nas palavras do entrevistado, o planejamento estratégico foi um subproduto da acreditação. O comitê estratégico reúne-se semanalmente para discutir questões de longo prazo e projetos de curto prazo estruturados pelos gerentes e submetidos ao comitê. Está programada, para 2011, uma grande mobilização para revisão do planejamento estratégico de cinco anos. A assessoria externa foi concentrada na acreditação.

O comitê diretor geral inclui CEO, diretor clínico e vice-diretor clínico, três superintendentes (operações, relações institucionais e assistencial), gerente médico, gerente de inovação e consultor econômico financeiro. Também participam alguns convidados, dependendo do tema.

Usam BSC desde 2005, com foco em pessoas, processo, cliente e resultado financeiro. Os indicadores BSC são acompanhados pelo comitê e nas reuniões dos grupos gerenciais.

5.3.9 Estratégias principais do hospital

Novos desafios: aprenderam a lidar com especialidades que não eram o *core business* do hospital. Desde 2010 passaram a divulgar a associação da especialidade principal com outras complementares.

Reforço da marca: nome do hospital, não como de uma especialidade única, e a acreditação, a qualidade de atendimento, os processos de segurança.

A estratégia vem da cabeça destas lideranças principais (diretor geral, CEO), ouvindo as demandas de mercado.

O entrevistado relata que existe um gerente de inovação, cuja função é procurar estimular e ouvir dentro da instituição quais as tendências de novas terapias, consultando médicos que fazem viagens ao exterior para congressos. As estratégias, uma vez aprovadas no comitê estratégico, são divulgadas e comunicadas para o grupo gerencial e então para os outros colaboradores. Embora

não haja mais o mesmo processo de *endomarketing* que ocorreu em 2005, são utilizados murais e boletins.

O entrevistado menciona que, em 2009, foi feita uma pesquisa com um grupo de médicos do corpo clínico, a qual indicou a necessidade de atender outras especialidades além da principal.

5.3.10 Definição de estratégia

"Estratégia é o exercício de tradução das suas necessidades — ou, pelo menos, das necessidades que você percebe — para a realidade. É o exercício de transformar o que existe de demanda, de problemas que te afligem em solução real."

5.4 Hospital D

5.4.1 Caracterização do entrevistado

Superintendente corporativo há dez anos no cargo e há 30 anos no hospital. Formação profissional: médico. Fez curso de especialização em gestão de serviços de saúde e hospitalar.

5.4.2 Caracterização do hospital

Mantenedora: entidade filantrópica sem fins lucrativos, com certificado de entidade beneficente de assistência social, formada com apoio de comunidade, sendo uma das mais antigas. O hospital mantém e projetos de parceria com o SUS.

5.4.3 Estrutura física atual

O hospital (hospital geral com maternidade) conta com 212 leitos. Possui um ambulatório pequeno para transplantes e procedimentos de otorrinolaringologia, além de centro de diagnósticos e prontos-socorros adulto e infantil.

Possui 11 salas de CC e ocupa 30 mil m² de área construída. Realiza aproximadamente 11 mil a 12 mil internações, 140 mil consultas e um milhão de exames por ano.

5.4.4 Ampliações

5.4.4.1 Ampliações nos últimos dez anos

Foi realizado *retrofit* de várias áreas de internação. Entre 2002 e 2004, houve transformação de unidades de enfermaria para apartamentos. A UTI para adultos passou de 16 para 23 leitos. De fato, houve mudança na oferta de serviço, reduzindo-se leitos (de 232 para 188) e elevando o padrão. A construção era antiga; e os banheiros não eram privativos e os clientes não os aceitavam. Foi criada unidade de cuidados cardiológicos com 11 leitos, que começou a funcionar em 2008. Ainda em 2008, foram ampliados (de quatro para oito) os leitos da UTI neonatal. No final de 2010, foi criada uma unidade de cuidados especiais com oito leitos, voltada para o atendimento de pacientes críticos.

Nos dois primeiros projetos de ampliação, já houve retorno do investimento, em tempo mais rápido que o previsto, pois a ocupação ocorreu de maneira mais rápida. A última reforma teve investimento da ordem de R\$ 1,2 milhão.

A construção de prédio de garage com 250 vagas terminou em 2002.

5.4.4.2 Ampliações em andamento

Prédio de 15 andares com 32 mil m², com consultórios, centro de medicina diagnóstica, centro de medicina da mulher, centro de reabilitação, hospital-dia, além de 80 leitos de unidade de internação de alto padrão, UTI para adultos com 23 leitos, semi-intensiva, acoplada, localizada no prédio antigo, 10 novas salas de CC; o CC antigo virou CC ambulatorial, reduzindo-se as salas de 11 para seis (uma das salas terá angiografia digital).

Reforma do PS: haverá nova estrutura de alimentação para pacientes e colaboradores. Será criada grande área de logística, totalmente automatizada. Também está prevista a construção de auditório e quatro salas de aula.

A área passa para 62 mil m². O número de leitos aumenta em 50%. Não dobra a área assistencial, porque vai ampliar a infraestrutura. Também haverá mais 400 vagas de garage. O hospital ressentia-se de infraestrutura mais adequada.

Sem equipamentos, o investimento é de R\$ 123 milhões; com equipamentos, R\$ 180 milhões. Pouco mais de 30% serão financiados pelo BNDES.

Questionado sobre o *payback*, o entrevistado respondeu que tem uma estimativa de fluxo de caixa para sete a dez anos. Esclarece que trabalha com EBITDA e caixa.

Tudo começou em 1996-97, com a avaliação de uma consultoria contratada. O hospital teve um revés no início da década de 90, que atrasou o hospital em relação aos concorrentes. Em 1996, foi contratada uma consultoria para reposicionamento de mercado. A consultoria indicou alguns pontos de atenção: o primeiro era o de rever toda a governança corporativa, buscando agilidade e profissionalização nas áreas assistenciais; o segundo, acelerar a adequação da ferramenta de TI (tecnologia de informação); o terceiro, investir na modernização e ampliação das instalações existentes. Também foram revistos o foco de especialidades, tendo sido definidas as especialidades (oncologia, ortopedia, neurologia e cardiologia). A direção do hospital queria priorizar sua ampliação; no entanto, os médicos posicionaram-se no sentido de que se procedesse inicialmente à reorganização operacional da área médica e da enfermagem. Naquela época, havia um projeto grande de ampliação, suspenso por pressão do corpo clínico para que o hospital primeiro se reorganizasse. Com isso, apenas a parte referente à garage teve andamento. Também nessa época foi decidido buscar-se a acreditação pela Joint Commission. O projeto de ampliação era muito maior que o atual.

Em novembro 2010, com assessoria externa e buscando uma avaliação do mercado para um novo posicionamento no mercado, iniciou-se um plano diretor de negócio para os próximos dez anos. Está em discussão o que se quer ser. Este estudo, que deverá propor novas ampliações e deve terminar em fevereiro.

5.4.5 Estrutura organizacional

A instância deliberativa máxima é a assembleia geral dos associados contribuintes, com aproximadamente 70 membros. O conselho consultivo tem até nove membros. O conselho de administração, com até 14 membros voluntários, escolhe o superintendente corporativo.

As superintendências, com a diretoria executiva da associação (voluntários), realizam anualmente o planejamento estratégico, o orçamento e um plano de ação. Isto é aprovado na diretoria executiva e remetido para o conselho consultivo e para a assembleia dos associados. A cada dois anos são eleitos nova diretoria executiva e novo conselho consultivo.

Foram citados oito executivos principais que são o superintendente corporativo, o de operações, de finanças, de planejamento, de recursos humanos, o médico e o de filantropia.

Foram criadas três instâncias principais: G1, o grupo dos superintendentes que se reúnem semanalmente; G2, formado pelas gerencias de TI, enfermagem, hospitalidade, financeira, controladoria; G1 e G2 reúnem-se mensalmente, para discutir a avaliação de desempenho, usando o BSC como ferramenta; G3, com cerca de 100 lideranças, que se reúnem trimestralmente com G1 e G2, para discutir resultados assistenciais, financeiros e de qualidade.

5.4.6 Processo decisório

Por que aumentar a capacidade do hospital? A proposta de ampliação foi baseada na estimativa de que, com o Plano Real, haveria duplicação da população beneficiária de planos de saúde.

O entrevistado refere que a demanda de pronto-socorro é muito grande (10 mil a 11 mil atendimentos por mês), com demanda reprimida. Anualmente, são feitos estudos de mercado. Pesquisou-se junto a clientes, médicos que usam e que não usam o hospital. Constatou-se que, embora não tenha a mesma visibilidade dos hospitais de ponta, quem o usa fideliza. Todos os serviços novos que foram ofertados tiveram procura acima da expectativa.

A pesquisa de mercado, ainda segundo o entrevistado, nunca produz a evidência de que é preciso ampliar e o quanto ampliar. A pesquisa dá um norte: por exemplo, aponta a necessidade de melhoria da hotelaria, de se realizar um *retrofit* para a melhora. A pesquisa de mercado é importante para mostrar a visão dos clientes em relação ao hospital e para indicar o que o mercado está demandando.

Não se pode apenas almejar clientes A, tem que atender os clientes B, e estes estão mais exigentes. O entrevistado observa que a população residente no entorno do hospital é diferenciada. Também há uma perspectiva de trabalhar com uma população mais idosa

Houve consulta a operadoras, as quais, segundo o entrevistado, têm uma boa imagem do hospital, por ser de qualidade sem ter o custo dos concorrentes diferenciados. Busca-se uma relação próxima com as operadoras. Também fazem visitas aos médicos, para avaliar o hospital. Convidam-se pacientes atendidos no hospital para um café da tarde, para avaliação dos serviços.

O fato de que os concorrentes fazem movimentos de ampliação ajudou na decisão. Mas o hospital iria se ampliar de qualquer maneira.

5.4.7 Comunicação

Foi feita divulgação intensa junto aos médicos. Foram utilizadas as reuniões de G1, G2 e G3. Os colaboradores participaram das definições de leiaute. Informa que existe um intenso trabalho de divulgação junto aos colaboradores e incentivo para que eles participem. Em relação ao público externo, houve uma

comunicação especial com os vizinhos, procurando os síndicos dos edifícios próximos para explicar o projeto e pactuar os horários.

5.4.8 Planejamento

O entrevistado explica que o planejamento realizado anualmente tem a seguinte sequência: Primeiro se realiza o planejamento estratégico, onde são determinados os indicadores do BSC e a partir disto se elabora o orçamento. Os responsáveis são o superintendente geral de operações e o de controladoria.

O PE é feito com a participação de assessoria externa; tomam parte G1 e parte de G2 e G3.

5.4.9 Estratégias

Como se perenizar com duas perspectivas importantes: a humanização, que faz parte do *core* da instituição que respeitou muito as pessoas; respeito à governança; a administração, com liberdade de atuar. Os responsáveis são os integrantes do G1. As estratégias são comunicadas pela governança nas reuniões G1, G2 e G3.

5.4.10 Definição de estratégia

"Estratégia é você estar atento continuamente aos acontecimentos internos e externos da sua instituição e trazer as melhores práticas. Em resumo: não inventar. Você pode usar, mas não inventar."

5.5 Hospital E

5.5.1 Caracterização do entrevistado

O entrevistado é superintendente do hospital, está no cargo há seis meses e trabalha na organização desde 2005. É médico e professor universitário em curso de Medicina. Não possui curso de administração em saúde.

5.5.2 Caracterização do hospital

A mantenedora do hospital é sociedade de comunidade — entidade sem finalidade lucrativa, com certificação de entidade beneficente de assistência social — fundada na década de 50, e o hospital começou a funcionar nos anos 1970. Como entidade filantrópica qualificada como organização social da saúde desenvolve parcerias com o SUS para realização de procedimentos e administração de unidades assistenciais.

5.5.3 Estrutura física atual

O hospital é composto de seis unidades. As unidades 2 a 6 são "avançadas".

A unidade 1 é um hospital geral de alta complexidade, atualmente com 580 leitos, que ocupa 86 mil m², com medicina diagnóstica, pronto-socorro geral (adulto e pediátrico), 32 mil internações por ano, incluindo as do hospital dia, e cerca de 30 mil cirurgias anuais. Conta com prédio com 200 consultórios, onde trabalham 390 médicos, que alugam as salas.

A unidade 2 foi criada há dez anos, com ambulatório de especialidades, centro de imunizações, pronto-socorro adulto e infantil e um centro de reabilitação.

Localiza-se em cidade próxima a São Paulo e já tem uma ampliação programada, com mudança para um local maior, dotado de centro cirúrgico e internação. Possui 12 consultórios. O entrevistado não soube informar a produção. A unidade 3, inaugurada em dezembro de 2007, oferece pronto-socorro adulto e infantil e medicina diagnóstica. A unidade 4 foi inaugurada em 2002, inclui apenas centro diagnóstico e trabalha com *checkup*.

A unidade 5 é a mais recente. Foi inaugurada em agosto de 2010 e tem pronto-socorro, centro cirúrgico com três salas, seis leitos para curta permanência e centro diagnóstico da mulher.

A unidade 6 é antigo residencial para assistir membros da comunidade e agora faz também internação para pacientes de longa permanência e crônicos. Também funciona como retaguarda para os casos de transplantes. São oito leitos para crônicos e 15 para transplantes. Conta com ambulatório de transplantes, realizados para pacientes do SUS. Atualmente, há 140 residentes. Tem ainda ambulatório de tireoide e oftalmologia.

Além dessas unidades também há outra unidade onde funcionam um centro de formação de pessoal e um ambulatório voltado para a comunidade carente com foco em assistência materno-infantil

5.5.4 Ampliações

O plano diretor prevê expansão de 450 leitos, em 2007, para 720 leitos, em 2012. A área construída do hospital passará de 86 mil m² para 229 mil m²; as atuais 28 salas cirúrgicas passarão para 40 salas, e o número de consultórios crescerá de 100 para 200. Os leitos de pronto atendimento aumentarão de 10 para 59; as vagas de estacionamento, de 1.250 para 4.000; os assentos no auditório, de 200 para 500; e as salas de aula, de quatro para 12.

5.5.4.1 Ampliações nos últimos dez anos

Foram criadas as unidades avançadas. O centro ambulatorial foi inaugurado no final de 2009, com cinco andares de consultórios, unidade de internação de centro cirúrgico ambulatorial, 40 leitos e 16 salas cirúrgicas (tem capacidade para 20 salas). Também concentra toda a área diagnóstica ambulatorial. No prédio central, mantiveram-se os procedimentos diagnósticos.

Esta ampliação implicou um investimento de cerca de 500 milhões, sendo 300 milhões de caixa própria e 200 milhões do BNDES. Só no novo prédio de ambulatorios o investimento foi de 120 milhões. A justificativa para o uso do recurso do BNDES foi o baixo valor dos juros. Perguntado sobre o *payback*, o entrevistado disse não conhecer o estudo feito, mas acredita que seja em torno de dez anos, que foi o *payback* estimado para a primeira unidade satélite, cujo retorno realizou-se dentro do estimado. A segunda unidade teve *payback* por volta de seis anos.

5.5.4.2 Ampliações aprovadas ou em estudo

Discute-se a ampliação por meio de novas unidades avançadas na região sul e oeste da cidade de São Paulo. A unidade 2 deve mudar de localização e terá sua capacidade aumentada.

Três novas unidades já estão aprovadas, a primeira para 2011 e as próximas para 2012 e 2013. O entrevistado não sabe dizer se há uma estimativa de recursos, mas acredita que serão todos próprios.

5.5.5 Estrutura organizacional

A instância deliberativa máxima é a assembleia dos associados, que elege o conselho deliberativo, com aproximadamente 200 membros, o qual elege a diretoria com 11 membros, voluntários e não remunerados.

A diretoria remunerada conta com um diretor geral correspondente ao CEO da corporação. Subordinados a este estão as seguintes diretorias ou superintendências: da área hospitalar, da área de medicina diagnóstica e preventiva,

da área de responsabilidade social e da área de ensino e pesquisa; a superintendência de prática médica e a superintendência de prática assistencial; a diretoria comercial, a diretoria de marketing e a diretoria de recursos humanos; o financeiro, a engenharia, os suprimentos e a tecnologia da informação. Estes diretores e superintendentes compõem a diretoria executiva subordinada ao CEO. Abaixo dos diretores, há gerentes em número variado, conforme o tamanho da diretoria.

Os gerentes do hospital e de medicina diagnóstica e preventiva reúnem-se semanalmente. Mensalmente, há uma reunião do grupo de lideranças com participação de aproximadamente 200 pessoas (gerentes e coordenadores) com o CEO, que faz uma apresentação dos indicadores, resultados e questões relevantes. A cada três meses, a reunião deste grupo realiza-se com o presidente da entidade mantenedora. Fazem uso do BSC, avaliado mensalmente.

O CEO coordena o comitê executivo, que se reúne quinzenalmente com os superintendentes. Todos os membros da diretoria executiva ficam instalados numa grande sala, o que permite comunicação e integração muito grandes.

5.5.6 Processo decisório

As reuniões orçamentárias começam a ocorrer em setembro.

Há participação ativa da diretoria eleita da sociedade, que hoje é composta por dois terços de médicos, que exercem sua prática clínica no hospital.

Os diretores estão sempre presentes em reuniões de vários comitês para tratar de assuntos específicos. Há nova organização do funcionamento da diretoria, que busca reservar aos diretores eleitos os assuntos mais estratégicos e deixar para a direção profissional as questões mais operacionais. O entrevistado refere que, embora a participação dos médicos na diretoria administrativa tenha aumentado, pretende-se que interfiram menos no operacional.

O orçamento e o plano de ação são elaborados anualmente pela diretoria executiva para aprovação da diretoria eleita.

A cada três anos, procede-se à revisão do planejamento estratégico, através de *workshops* dos quais participam a diretoria eleita e a diretoria executiva. É desta forma que surgem as ideias e as decisões estratégicas, tais como o tipo de

modelo assistencial que o hospital está desenvolvendo, e as questões sobre o corpo clínico. Este processo conta com assessoria externa. São trazidas informações de mercado, informações epidemiológicas sobre as necessidades da população que ajudam a balizar a localização de novas unidades, bem como o tipo de serviços que estas novas unidades devem oferecer.

A questão da necessidade ou não do crescimento tem gerado muita discussão nas reuniões do conselho. Até quanto crescer tem sido uma questão. O entrevistado afirma que, no passado, a questão do crescimento estava vinculada à visão de ser uma entidade de classe mundial e líder em inovação; hoje, no entanto, a questão do crescimento volta-se para a missão de prestação de serviços demandados pela sociedade. É a visão da comunidade que fundou o hospital, dando a sua contribuição para a sociedade, melhorando a qualidade da medicina do Brasil e a qualidade de vida do brasileiro.

Em 2002, foram estabelecidas especialidades estratégicas, o que se refletiu na criação de uma estrutura para cada especialidade, com um gerente médico e gerente de enfermagem, consistindo em uma linha de produto integrada que tem como objetivo assumir a liderança em cardiologia, oncologia, neurologia e transplantes (especialidades inicialmente selecionadas, por apresentarem demanda crescente na população e fazerem uso intenso de tecnologia). Na mesma lógica, foi incorporada a ortopedia e, recentemente, a cirurgia urológica e de gastroenterologia. Além das necessidades apontadas nos estudos epidemiológicos, a decisão por estas especialidades foi o reflexo da discussão sobre a composição e o modelo de corpo clínico que o hospital gostaria de ter. O hospital continua com a proposta de atender o segmento econômico mais diferenciado da população e com o conceito de "one stop shop". A razão para isso é buscar a fidelização do paciente, atendendo suas necessidades de maneira integral e confiável, para que o cliente não queira buscar o serviço de um concorrente.

Questionado sobre se os médicos haviam sido consultados sobre as ampliações, o entrevistado afirmou que o hospital tem vários canais de comunicação com o corpo clínico, tais como fórum de especialidades, cafés da manhã e almoços com grupos específicos. Nestes encontros, busca-se a opinião sobre vários assuntos, bem como avaliar a satisfação em relação aos serviços do hospital. Nestes processos de consulta, procura-se diferenciar aqueles médicos que geram

mais receitas para o hospital: há uma avaliação de que 20% do corpo clínico geram 80% da receita do hospital.

Quanto às operadoras de planos de saúde, não houve processo de consulta formal, mas o entrevistado faz referência a canais informais de comunicação (entre a alta direção do hospital e seus pares nas operadoras) que possibilitam contínuo processo de diálogo e negociação. Quanto aos concorrentes, refere que este é um fator que, de fato, acaba influenciando, na medida em que existe rivalidade quanto ao reconhecimento da qualidade dos serviços.

5.5.7 Comunicação

O espaço principal de comunicação é a reunião das lideranças. Também são usadas mídias tais como *pendrive* com a fala do presidente, *links*, etc. Há um forte trabalho do RH para comunicação. O trabalho de comunicação procura atingir todos os grupos através de meios específicos, para disseminar ao máximo a informação. Para o público externo, a comunicação fica principalmente a cargo do pessoal de *marketing*.

5.5.8 Planejamento

O processo de planejamento é anual. A cada três anos, é realizada a revisão do planejamento de longo prazo, através de *workshops*, com presença de assessoria externa. O responsável principal é o CEO. O planejamento é organizado pelo CEO, envolvendo todos os diretores executivos. Um documento é apresentado para a diretoria eleita e, uma vez aprovado, é repassado para todos através dos diretores executivos.

5.5.9 Estratégias da organização

Estão voltadas ao segmento A do mercado, buscando atender todas as necessidades desta população e buscando reconhecimento nas especialidades médicas estratégicas e pela tecnologia na área de imagem.

Há também adequação à mudança da prática médica, no que diz respeito a desospitalização e medicina preventiva. Por isso, procura-se associação a unidades resolutivas, onde o paciente faz a consulta e pode realizar procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade e os exames diagnósticos. Isso pode parecer um "tiro no pé", na medida em que leva o paciente para essas unidades, desviando receita da unidade principal.

O principal estrategista citado é o presidente, como o grande visionário da organização. O CEO é o segundo, que tem grande experiência de mercado e em várias indústrias e que rapidamente compreendeu o funcionamento do setor saúde. O ex-presidente é citado como figura importante, principalmente quando faz o contraponto, questionando o porquê de determinadas medidas.

A ampliação está implícita, na medida em que, em alta complexidade, o volume é importante para viabilizá-la economicamente.

5.5.10 Definição de estratégia

"Pensando na prática na vida real, eu me lembro de uma frase que ouvi em um evento de gestão de saúde nos Estados Unidos: *Culture is strategy for lunch*. Então, não adianta maquinar um monte de ideias, se você não conseguir implementar [...] E a cultura às vezes é mais importante. Você pode estabelecer uma estratégia, o chefe vai levar uma organização para um lado — mas, de repente, a organização, pela cultura, pelas pessoas, pelas ideias das pessoas, vai para outro lugar. Então, na prática, hoje, é o mapa mental das pessoas dentro da organização, pensando no rumo que esse mapa mental vai levar a organização [...] Não sei se isso é estratégia ou se é o meio pelo qual a gente tem que executar a estratégia, mas o fato é que isso é mais importante do que qualquer outro conceito: Se você não conseguir que as pessoas estejam pensando igual, orientadas para aquela

direção, por mais que você tenha uma estratégia mirabolante, baseada em fatos, evidências ou na última moda, você não vai conseguir executar."

5.6 Hospital F

5.6.1 Caracterização do entrevistado

Médico com pós-graduação *lato sensu* em economia e gestão da saúde. Exerce a função de presidente do hospital desde 2005, quando passou a adquirir as cotas dos antigos proprietários, já com a intenção de transformar o estabelecimento em uma fundação.

5.6.2 Caracterização do hospital

Criado em nos anos 1960, especializado e voltado para o atendimento de casos clínicos, cirúrgicos e de pronto-socorro. Em novembro de 2010, passou a ser uma fundação sem finalidade lucrativa. Não detém certificado de entidade beneficente de assistência social, mas busca tal certificação. Tem o conceito de ser um hospital geral voltado para um tipo específico de pacientes.

5.6.3 Estrutura física atual

Em agosto de 2010, o hospital mudou para novas instalações com 15 mil m², 104 leitos, sendo 28 de UTI, e sete salas de cirurgia.

5.6.4 Ampliações

Com a mudança, o hospital ampliou seus leitos de internação de 31 para 104, os leitos de UTI de 14 para 28 e as salas cirúrgicas de duas para sete. No momento da pesquisa, funcionava com 45 leitos de internação, 14 de UTI e quatro salas cirúrgicas. Possui CT, ultrassom, raios-X e RNM.

O volume do investimento foi de R\$ 90 milhões, sendo R\$ 5-6 milhões pelo BNDES e R\$ 18-19 milhões de leasing, em torno de R\$ 45 milhões de um banco de investimento que constituiu um fundo imobiliário para a compra do prédio. O restante do investimento está sendo financiado com recursos próprios. A estimativa de *payback* foi inicialmente de três anos. Como o investimento foi ampliado, o *payback* agora está estimado em cinco anos.

O entrevistado relata que estão estudando a possibilidade de criar um ambulatório de especialidades não previsto no projeto original, o qual ocuparia um dos andares projetado para internação. Estava previsto um andar "*vip*", com quartos maiores; no entanto, na negociação com as operadoras, esta proposta não está se mostrando rentável e, por isso, estão analisando a possibilidade de fazer um centro diagnóstico no andar correspondente.

5.6.5 Estrutura organizacional

Além do conselho curador, há a diretoria — que, na prática é exercida pelo presidente, o qual comprou o hospital, e mais um diretor financeiro. Estes são diretores não remunerados, que fazem as vezes de conselho curador. Isto ocorre porque o hospital foi recém-transformado em fundação, que ainda não é sustentável, e há que dar uma garantia para as pessoas.

Na estrutura que está sendo implantada, a fundação tem três unidades de negócios constituídas pelo hospital, um centro de ensino e pesquisa e um fundo patrimonial. O fundo patrimonial ainda não foi implantado. O hospital é o gerador de caixa que vai gerar recurso para o fundo patrimonial. O fundo patrimonial tem por obrigação aplicar parte dos recursos em ensino e pesquisa.

A fundação tem um diretor superintendente, subordinado ao qual está o restante dos administradores profissionais, que constituem diretorias financeira, comercial e técnica.

5.6.6 Processo decisório

A decisão de ampliação é de fato decorrência do processo de aquisição do hospital. O entrevistado tinha experiência com trabalhos voluntários e pretendia criar uma ONG ou fundação para trabalhos sociais. Em 2005, surgiu a possibilidade de aquisição do hospital e, desde o começo, a ideia de transformá-lo em fundação. Em 2006, o hospital teve um ano de grande demanda, com taxa de ocupação na casa de 91%. Ficou claro que, para desenvolver o projeto visionado, seria preciso aumentar a capacidade. A melhoria da qualidade implicava a ampliação. Daí decorreu a ideia de ir para um prédio maior (o prédio antigo não pertencia ao hospital). Para ser rentável, o hospital precisa entrar em pleno funcionamento, o que está programado para 2012.

O entrevistado relata que foi feito um estudo de mercado antes da decisão da ampliação. Entretanto, foi verificado que existe demanda para a especialidade, mas não há interesse dos concorrentes, uma vez que o retorno possível deste tipo de especialidade é muito menor do que o investimento em um hospital geral. O entrevistado afirma claramente que, embora esteja embasado em estudos e números, o projeto tem por trás um sonho.

O hospital foi projetado para um público A e B. No estudo realizado, revelou-se que, para manter o hospital nesta especialidade, seriam necessárias 600 mil vidas, e isto foi o corte estabelecido no estudo do projeto.

Lembra que houve conversas com as operadoras. As empresas de medicina de grupo, apesar de estarem em processo de verticalização, mostraram-se receptivas ao tipo de especialidade do hospital. Os hospitais concorrentes não estão ampliando na especialidade, o que, na verdade, favorece o projeto do hospital. O entrevistado refere que todas as etapas do projeto foram discutidas com as lideranças desde o começo.

O diretor executivo reúne-se semanalmente com os gerentes. Semanalmente, reúne-se a diretoria do hospital. Mensalmente, há uma reunião de que participam todos os que têm cargos de gerência: como é uma reunião grande, as pessoas se manifestam pouco. Mensalmente, o presidente faz um café da manhã sem pauta preestabelecida, do qual participam 15 funcionários.

5.6.7 Comunicação

Com as operadoras, a divulgação ocorreu logo no início do projeto. Para a imprensa, deu-se assim que se formou o fundo imobiliário para a reforma do prédio.

5.6.8 Planejamento

Planejamento orçamentário é anual, com projeção de cinco anos de fluxo de caixa. Está começando o processo de acreditação da Joint Commission.

O planejamento é coordenado pelo diretor executivo. O conselho curador, por sua vez, supervisiona o diretor executivo. As regras são "imperiais", falando de maneira jocosa, pois é o presidente quem dá a garantia financeira para o hospital e quem tomou empréstimos: como foi dito, trata-se da realização de um sonho — mas isso não significa que seja tratado como aventura.

A fundação contratou assessorias externas para questões específicas: por exemplo, a elaboração do *business plan*. Outra assessoria está encarregada da obtenção do certificado de entidade beneficente.

5.6.9 Estratégia da organização

No curto prazo, o entrevistado afirma que é possível sobreviver nos próximos quatro ou cinco anos e pagar os investimentos, focar na excelência da

especialidade e conseguir a filantropia. A estratégia de médio prazo é concretizar a razão de ser da fundação, ajudando o Estado nas políticas de saúde na especialidade. A estratégia de longo prazo é conseguir gerar receita para financiar pesquisas na especialidade.

Para os gerentes, principalmente os médicos, esta visão é compreensível. Os níveis mais baixos têm pouco entendimento do que significa exatamente ser uma fundação, apesar das diversas reuniões com os colaboradores. O entrevistado lembra que chegou a ouvir comentários do tipo "Ele é louco: doou tudo isso para a fundação." Afirma acreditar que é difícil pensar neste momento em novas ampliações, mas que, de fato, este ainda não é o prédio dos seus sonhos. E que hoje sonha em poder ter dinheiro suficiente para construir um novo prédio, daqui a 15 anos, quando se encerrar o compromisso com o banco do fundo imobiliário.

5.6.10 Definição de estratégia

"Estratégia é você usar o que você tem... Transformar os dados que você tem em inteligência na busca de um resultado."

5.7 Hospital G

5.7.1 Caracterização do entrevistado

É diretor técnico do hospital, que faz parte de uma rede de quatro, sendo que dois trabalham com o sistema público de saúde e dois trabalham com pacientes da medicina suplementar. O entrevistado é diretor técnico de um dos hospitais do setor privado e diretor executivo para as unidades que trabalham com o sistema público de saúde. Também ocupa a função de presidente do conselho de administração da sociedade mantenedora.

É médico de formação. Fez curso de especialização em gestão em serviços de saúde. Trabalha há 27 anos na organização e ocupa cargos de direção há 23 anos.

5.7.2 Caracterização do hospital

O hospital foi criado na década de 1940 e nos anos 1960 e 1970 passou por mudanças, inclusive de nome. No começo dos anos 1980 passou a ser uma entidade filantrópica.

A entidade possui certificado de entidade beneficente de assistência social. Também foi qualificada como organização social pelo estado de São Paulo e pela Prefeitura paulistana, fazendo gestão de equipamentos do SUS através do mecanismo de contratos de gestão.

5.7.3 Estrutura física atual

A primeira unidade hospitalar é um hospital geral com 285 leitos, sendo 69 de terapia intensiva. Atualmente, tem 30 mil m² de área total. Possui um centro de oncologia e centro de diagnóstico com medicina nuclear, ressonância nuclear magnética, tomografia, PET *scan*, radioterapia e centro cirúrgico com 14 salas. Realiza em torno de 1.100 internações. Tem pronto-socorro para adultos e ambulatório com 7 mil atendimentos por mês.

5.7.4 Ampliações nos últimos dez anos

Reforma com ampliação de 16 mil m² no bloco A da unidade hospitalar 1. Este bloco tem a característica de um hospital geral de alta complexidade com 30 mil m² de área construída. Com esta reforma o hospital passou de 170 a 280 leitos.

Construção de nova unidade hospitalar na Zona Oeste paulistana.

Em 2008, em cidade da região metropolitana da Capital paulista, abriram um hospital com 280 leitos especializados em psiquiatria. Este último trabalha apenas com o SUS e, por isso, não será considerado neste estudo. Entretanto, é digno de nota que esta unidade é importante, na medida em que sua produção é considerada para fins da cota mínima de atendimento ao SUS, obrigatória para a obtenção da certificação de entidade beneficente de assistência social e a consequente isenção de impostos decorrente desta certificação.

No investimento no bloco A, houve 50% de financiamento do BNDES e 50% de recursos próprios, totalizando algo em torno de R\$ 50 milhões. Na nova unidade, inaugurada em meados de 2009, investiram-se R\$ 20 milhões de recursos próprios; o prédio foi adquirido e reformado por um grupo de investidores, para o qual se paga aluguel. Para a reforma do bloco A não foi estimado retorno sobre o investimento, o que foi justificado por se tratar de uma reforma. Para o novo hospital foi feito estudo que previu um retorno sobre o investimento mais rápido do que realmente está ocorrendo. Apenas recentemente atingiram o ponto de equilíbrio. Refere que na verdade faz o controle de despesas e receitas e que a resposta do investimento no hospital sede foi muita mais rápida.

A nova unidade é um hospital geral e possui pediatria, porque é um hospital de bairro. A justificativa para ter uma unidade satélite é que vê como necessário crescer para ter maior poder de barganha junto às operadoras de planos de saúde.

5.7.5 Estrutura organizacional

Na prática, o grupo funciona com o diretor geral e os dois diretores executivos. Estes três executivos levam as questões para o conselho de administração do qual o entrevistado é o presidente.

5.7.6 Processo decisório

Por que hospital resolveu crescer? O diretor geral afirma que quem não cresce, desaparece. É preciso crescer para fazer frente ao movimento de verticalização das medicinas de grupo; é preciso crescer para fazer mais barato. A ideia é ter uma unidade sede e várias unidades satélites porque isto também é importante para negociar com as operadoras e para ganhar em economia de escala. Por esta razão que se qualificaram como OSS e ganham em escala: por terem porte maior, compram melhor, por exemplo. Estão pensando em construir mais uma unidade hospitalar, mas ainda não têm nada definido. Acreditam que, para se consolidar no mercado, é importante aumentar. A lucratividade vem das unidades privadas, o "primo rico" que vai dar alguma coisa para o "primo pobre". E qual a vantagem? "Eu tenho imunidade fiscal, imunidade tributária de uma série de coisas. O que eu gasto, o que eu tiro e passo para lá, ainda é menos do que se eu pagasse o imposto. O dia em que isso ficar igual, nós vamos ter que repensar a nossa missão."

Decidiram fazer a ampliação em final de 2004 e início de 2005, antes da crise. Se a crise viesse antes, talvez não tivessem feito a ampliação. A ampliação do bloco A foi feita sem suporte de estudo de mercado. Começaram a perceber que estavam com demanda reprimida. Estavam com uma taxa de ocupação de 95%, o que causava problema. Com isso, passaram de 170 leitos para 285 leitos.

A decisão de construção do novo hospital em outra região da cidade foi amparada em estudo de viabilidade contratado, que levantou a viabilidade econômica do negócio, a região da cidade, a população-alvo, os acessos viários e de transporte público, etc. Para este projeto, também foram consultadas dez operadoras de planos de saúde, que avaliaram o projeto positivamente. Esta nova unidade tem 105 leitos, sendo 26 de terapia intensiva, está 50% implantada e em 2011 atinge o *break-even*.

Inicialmente, a nova unidade visava a uma população "*premium*", mas, com a conclusão do projeto, acabou ficando com o mesmo tipo de clientela do hospital central. Na nova unidade, por demanda das operadoras, acabou-se mantendo até instalações tipo enfermaria, como opção, já que os concorrentes não oferecem este tipo de acomodação.

Embora o entrevistado refira boa relação com o corpo clínico, este não foi essencial no processo de decisão pela ampliação do hospital. As operadoras foram consultadas segundo um critério de importância de participação no faturamento. A

questão da concorrência não foi fator importante na decisão. De fato, o hospital central precisava se modernizar e para isso era preciso ampliar sua capacidade.

5.7.8 Comunicação

O entrevistado refere que houve importante participação da enfermagem na definição da estrutura das utilidades. As especialidades: cardiologia (porque já era uma atividade importante no hospital) e oncologia clínica (em face da sua alta rentabilidade).

A comunicação utilizou a estrutura do planejamento estratégico. Desde 2004, o planejamento estratégico adota o BSC. Também adotaram a acreditação da ONA, e hoje estão em nível três. Observa que deverão buscar acreditação pela Joint Commission. Acredita que a acreditação poderá implicar um tratamento diferenciado pelas OPS. O planejamento estratégico ocorre anualmente ou bianualmente; o orçamento, anualmente. Relata que estão em fase de refinamento do processo de planejamento. Uma nova entidade faz assessoria no planejamento estratégico.

O planejamento estratégico é coordenado pelos três executivos e envolve até o nível de gerentes. Os diretores corporativos são das áreas de: RH, comercial e financeira. Cada hospital tem um diretor administrativo e um diretor técnico.

5.7.9 Estratégias

Foram citadas, como estratégias da entidade, crescimento e responsabilidade socioambiental.

Um instituto, que é o braço social da organização, desenvolve trabalho com catadores de papel na coleta de óleo de cozinha. Os responsáveis são os executivos e deles emanam as estratégias.

Hoje referem que têm procurado melhorar a comunicação que muitas vezes é falha. Têm procurado melhorar a comunicação com um trabalho de *endomarketing*.

5.7.10 Definição de estratégia

"A estratégia está vinculada a planejamento... Planejamento estratégico é uma interferência deliberada sobre a realidade... Você vai lá e muda as coisas pela vontade. Isso para mim é estratégia; na verdade, é o planejamento estratégico. É aquilo que você faz, interfere e muda." O entrevistado acredita que o grande sucesso de sua organização é devido à maneira como "você trata o profissional mais importante do hospital que é o médico, a pessoa mais importante do hospital depois do paciente. O médico gosta de respeito. Você, respeitando o médico, dizendo por que não faz aquilo que ele quer e mostrando para ele, creio que isso tenha sido o grande fator do nosso sucesso".

5.8 Hospital H

5.8.1 Caracterização do entrevistado

Vice-presidente do conselho de administração do grupo, que é privado, com fins lucrativos, sociedade anônima. Trabalha há 30 anos na organização. É um dos sócios; exercia função executiva e agora está no conselho de administração.

É administrador de formação, com curso de especialização em saúde e tem especialização em marketing e finanças.

5.8.2 Caracterização do hospital

O hospital foi criado nos anos 1950 e é uma das dez empresas do grupo. As outras nove empresas foram criadas no final do século XX com o objetivo de conseguir novos sócios e obter um desenvolvimento mais rápido.

5.8.3 Estrutura física atual

A unidade 1 é um hospital geral com 220 leitos, com todas as especialidades. Encerrou a maternidade há três anos. Possui centro diagnóstico com ressonância, tomografia, etc. Também possui pronto-socorro. A unidade 2 é um hospital com especialidades pediátricas, com 110 leitos instalados e 80 em funcionamento, além de pronto-socorro.

A unidade 4 ocupa um prédio onde está localizado um centro diagnóstico ambulatorial, na mesma rua do hospital principal (unidade 1). A unidade 5 é um prédio de consultórios onde se fazem cerca de 15 mil atendimentos por mês. Existem duas unidades de tratamento especializadas localizadas no prédio do hospital geral: são empresas independentes criadas para possibilitar a participação de novos sócios.

Outra empresa é a de *home care*. Também fazem parte do grupo uma empresa de planos de saúde, com 46 mil vidas, uma empresa de lavanderia hospitalar e uma instituição de ensino técnico e superior.

5.8.4 Ampliações nos últimos dez anos

Houve duas fases de desenvolvimento e crescimento. Nos anos 90, foram criadas diversas empresas coligadas para permitir a vinda de novos sócios e capital. Na segunda fase, adotaram a estratégia de formação de fundos imobiliários: em 2000, formaram o primeiro fundo imobiliário para liquidar as dívidas de investimentos da segunda unidade hospitalar; em 2006, criaram novo fundo imobiliário, para ampliação da primeira unidade hospitalar. Os dois fundos geraram recursos da ordem de R\$ 174 milhões, sendo R\$ 20 milhões destinados à construção da

segunda unidade hospitalar e o restante investido na ampliação do primeiro hospital. As demais unidades (centro de diagnósticos, prédio do ambulatório) foram anteriores a dez anos.

Não houve captação junto ao BNDES. Optaram por fundos imobiliários porque é mais rápido, tem menos burocracia e é um canal aberto com os cotistas para novas captações. Os investidores têm como rentabilidade o aluguel do prédio, que é atraente. O fundo imobiliário foi criado com três grandes objetivos: primeiro, liquidar a dívida bancária da construção do segundo hospital; segundo, construir o novo prédio do primeiro hospital; e terceiro, comprar equipamentos para este prédio. Esta captação ocorreu de 2006 a 2011.

O novo prédio dobrou a capacidade instalada de 110 para 220 leitos e passou de 11 mil para 23 mil m². O centro cirúrgico que vai ser inaugurado este ano terá 15 salas. Um pavimento será destinado a oncologia, quimioterapia e radioterapia. O pronto-socorro foi reformado. Também se investiu em áreas de suporte, como lanchonete e farmácia. Novas ampliações ainda estão em estudo, mas não há nada aprovado ainda.

O plano diretor prevê a ampliação do hospital 2 de 110 para 180 leitos. Outros projetos são a construção de prédio voltado para prevenção, promoção e diagnósticos e para a ampliação do hospital, dobrando a atual capacidade instalada. Estes projetos não têm data definida.

O retorno de investimento previsto para as captações feitas é de dez anos, e avalia-se que os resultados estão correspondendo. Neste momento, o que está na ordem do dia é a completa ocupação dos prédios novos.

5.8.5 Estrutura organizacional

No final de 2010, foi concluído o processo de governança e profissionalização do grupo. Na esfera societária, há um conselho composto de todos os sócios, em que são definidas as principais estratégias e aquisições.

No hospital, há um conselho consultivo composto por nove membros independentes, seguindo o modelo do IBGC, que ajudam no direcionamento e nas

diretrizes. O hospital funciona como *holding*, porque tem participação acionária em todas as empresas do grupo.

Abaixo do conselho consultivo, há o presidente executivo do grupo, responsável pelas 10 empresas, sendo diretor executivo dos dois hospitais; as outras empresas têm estruturas próprias que se reportam a ele. Abaixo do presidente, nos dois hospitais, há diretores executivos das áreas econômico-financeira, comercial e de *marketing*, área técnica e diretoria operacional (suporte e hotelaria).

5.8.6 Processo decisório

Uma decisão de ampliação é analisada no conselho consultivo e então vai ao conselho societário. O conselho consultivo faz as vezes de conselho de administração, que se reúne mensalmente. Os diretores executivos e financeiros são indicados pelo conselho consultivo e aprovados pelo conselho societário.

A razão da ampliação foi, em primeiro lugar, atender uma demanda e, em segundo, renovar e modernizar o hospital. O segundo hospital foi primeiramente pensado para ser uma maternidade. Consultadas, as operadoras manifestaram-se contra a criação da maternidade e orientaram para a criação de serviço pediátrico (hoje, esta unidade é a que apresenta a melhor rentabilidade).

Todas as decisões de ampliação foram precedidas de *benchmarking*, que consiste em realizar visitas a instituições brasileiras e depois no exterior. Só então o projeto é elaborado, a partir das tendências observadas. As pesquisas de mercado que têm sido feitas são basicamente de satisfação de clientes. Como se percebia uma demanda reprimida, o trabalho de pesquisa foi basicamente consultar as operadoras que já trabalham com o hospital. Não foi contratada assessoria externa.

O público-alvo do hospital foi e continua sendo o público B. A classificação de público, A, B, C, etc., de fato é feita com o plano das operadoras. Trabalham com os planos intermediários dos convênios, o que significa atendimento em apartamento. A acomodação em enfermarias caminha para a extinção. Mantêm-se algumas unidades de enfermaria, para atender ao plano próprio. Mantêm ainda

um caráter de hospital geral, com todas as especialidades, em decorrência da demanda local.

Corpo clínico: em várias empresas os sócios são médicos que participam do processo de decisão. No processo de planejamento, os médicos são chamados a participar. O corpo clínico é organizado em equipes de especialidades. O hospital tem corpo clínico aberto. O médico é visto tanto como captador de pacientes para o hospital, como prestador de serviço para o paciente que procura a instituição, por exemplo, pelo pronto-socorro.

O fato de outros hospitais estarem se ampliando acaba tendo forte influência no processo de ampliação: por exemplo, nos investimentos em tecnologia e em hotelaria. Não obstante, as ampliações feitas até agora foram voltadas mais para a demanda, já que têm uma realidade mais local.

5.8.7 Comunicação

No planejamento estratégico, procura-se ouvir todos os colaboradores, médicos, fornecedores. Os resultados obtidos são divulgados com transparência.

Há boletins voltados para a divulgação interna e externa (por exemplo, para as operadoras), além de *releases* produzidos para a imprensa.

5.8.8 Planejamento estratégico

Há dez anos realizam planejamento estratégico para cinco anos, com revisão anual. O acompanhamento é feito através do BSC, reuniões trimestrais, para acompanhamento dos objetivos, e mensais, dos indicadores. O orçamento é anual, revisado semestralmente e acompanhado pelo conselho mensalmente.

O coordenador do planejamento estratégico é o presidente e há assessoria externa contratada. Todas as esferas participam do planejamento estratégico, que tem duração de aproximadamente três meses.

5.8.9 Estratégias da organização

O grupo, que é privado e tem sido certificado em qualidade, desenvolveu-se muito nos últimos dez anos, consolidou-se em tecnologia e como hospital de primeira linha na cidade de São Paulo, e profissionalizou a gestão e a governança. O processo de profissionalização visou à perspectiva de crescimento, pois será muito mais fácil se lançar no mercado para novos parceiros e captações, na medida em que têm uma empresa organizada.

O entrevistado acha provável que o grupo permaneça independente e não acredita que seja comprado por uma rede. Julga que vá crescer, até para fazer frente ao processo de verticalização que ocorre no setor, e, por isso, terá que crescer para outras regiões da cidade e buscar novos parceiros.

Segundo o entrevistado, esta é a discussão travada no momento: para ser competitivo, o grupo terá que crescer e buscar novos parceiros.

As estratégias surgem em parte dos anseios da família dos sócios, mas também são fruto das pressões de mercado, das operadoras e dos fornecedores. O entrevistado acredita que as macroestratégias são concebidas pelos conselhos, mas também há pressões de demanda feitas, por exemplo, pelas equipes médicas que trazem reivindicações.

5.8.10 Definição de estratégia

"Estratégia é justamente o caminho pelo qual a gente chega aos nossos objetivos. Você define os objetivos, e depois define o caminho que vai percorrer."

5.9 Hospital I

5.9.1 Caracterização do entrevistado

É o diretor geral estatutário da entidade desde 2010. Está na organização há quatro anos como executivo.

É engenheiro e administrador. Trabalhou por muitos anos na área de equipamentos voltados para a indústria da saúde. Tem experiência como consultor e executivo em organizações hospitalares. Com formação em engenharia e administração, não fez cursos específicos na área de saúde.

A vinda do entrevistado para a instituição fez parte de um contexto em que os proprietários se afastavam da administração e traziam um profissional do mercado, com o objetivo de aumentar a eficiência do hospital, para torná-lo mais atrativo para eventual aporte de capital, que acabou por ocorrer num processo que levou à mudança do controle societário.

5.9.2 Caracterização do hospital

Fundado nos anos 1950, foi adquirido recentemente por uma *holding* dona de outras empresas do setor saúde. É um hospital privado com finalidade lucrativa.

5.9.3 Estrutura física atual

Hospital geral com aproximadamente 27 mil m², 284 leitos (sendo 60 de unidade de terapia intensiva) e 14 salas cirúrgicas. O hospital oferece SADT e pronto-socorro. Realiza cerca de oito mil atendimentos por mês no pronto-socorro e 1.400 cirurgias por mês.

5.9.4 Ampliações

Antes de 2007, não houve expansões significativas. O projeto de expansão começa a ser planejado após a mudança do controle societário, no início de 2008.

O plano de investimento começou efetivamente ao longo de 2009, com investimentos em tecnologia, hotelaria, saída da área administrativa de dentro do hospital, com grande aporte nos próximos três anos, devido à construção da nova torre. O total deste plano de investimento é de R\$ 180 milhões, sendo 50% financiados pelo BNDES, por conta do baixo custo do dinheiro, e 50% oriundos de recursos próprios, apesar de ser o recurso mais caro. O entrevistado acredita que recorrer a fundo imobiliário apresenta um custo muito alto.

No curto prazo, terá mais dez leitos de UTI. A emergência será ampliada em 2011, dobrando sua área de atendimento e incluindo 16 leitos.

A 200 metros do bloco principal, será implantado um prédio de 13 andares onde se instalará um centro de medicina especializada, com ambulatório para as especialidades já existentes (oncologia, neurologia, gastroenterologia, ortopedia) e outras complementares (medicina de saúde da mulher, centro de diabetes, centro de medicina do esporte). Com a implantação deste novo prédio, será desocupado o prédio onde hoje se localiza o ambulatório para instalação de leitos. Além disso, está programada nova torre contígua ao hospital, com mais de 120 leitos.

5.9.5 Estrutura organizacional

A assembleia de sócios é a instância deliberativa máxima. O conselho de administração tem quatro membros, todos executivos do grupo.

5.9.6 Processo decisório

O hospital é uma unidade de negócios. A decisão de ampliá-lo deveu-se à existência de um déficit de leitos no setor de saúde suplementar. Houve conversas com empresas de tecnologia em saúde, em que se fez referência a este déficit. Também se conversou com áreas acadêmicas de economia da saúde. A epidemiologia indica o envelhecimento da população, o que vai implicar demanda de serviços de saúde. A cronificação de doenças leva a mais longa permanência no hospital, demandas para assistências domiciliares e até mesmo para outros tipos de equipamentos de assistência médica, que hoje não estão disponíveis.

Não foram contratados estudos de mercado, mas procurou-se discutir com experts. A discussão sobre a ampliação foi desenvolvida no conselho de administração.

O público predominante é um público A- e B, e há contratos que são B-. O hospital não oferece nem pretende oferecer acomodação tipo enfermaria.

O entrevistado refere que o setor da saúde está trabalhando com a segmentação das especialidades, daí o foco pautado por competências já estabelecidas: neurologia, gastroenterologia, urologia, ortopedia, embora não fosse um foco do hospital, tem forte apelo mercadológico. Uma competência que estão procurando desenvolver é a de trauma, trazendo profissional de referência e treinando os funcionários. Não se consultaram as operadoras, mas o trauma foi percebido de maneira intuitiva como oportunidade. Hoje, no mercado privado, não há ninguém que seja referência em trauma.

Embora se mantenha bom canal de conversa com as operadoras, não houve consultas para estabelecer as especialidades. O entrevistado refere que a operadora só credencia um novo serviço quando percebe nova competência estabelecida para a qual tem demanda ou, senão, quando tem um déficit. Acredita que seja mais fácil estabelecer parcerias com autogestões, na medida em que consegue entender suas necessidades. No caso das seguradoras, acredita que estas procuram sempre evitar novos credenciamentos.

O movimento de crescimento dos concorrentes não foi um fator de incentivo à expansão do hospital, pois, segundo o entrevistado, isto seria um fator com influência negativa. Se o objetivo fosse apenas a maximização do resultado, o que chamou de "uma visão executiva", o caminho seria buscar um nicho de maior rentabilidade no mercado, não expandir serviços. Mas afirma que não se pode ter

uma visão apenas executiva, pois as condições ambientais, econômicas, epidemiológicas, etc., favorecem a visão empreendedora de expansão. No entanto, a ocupação não acompanha o crescimento, na mesma velocidade. Entende que o crescimento é importante para posicionar o hospital frente à concorrência.

Em relação à demanda de porta, o entrevistado entende que esta, por si só, não pode ser o fator para decisão de expansão. Mas acredita que o modelo de atendimento da saúde suplementar tem levado um segmento de pacientes a deixar de procurar o médico credenciado do seu plano para buscar atendimento nas instituições, que transmitem segurança, qualidade e capacidade de resolver o problema. Esta é uma demanda institucional que, acredita, está aumentando. Por esta razão, estão investindo no ambulatório de especialidades.

5.9.7 Comunicação

A instituição tem vários meios de comunicação. O principal é um jornal composto de duas partes, um caderno institucional e um caderno de RH, que circulam internamente para os colaboradores. Este mesmo jornal é distribuído para as operadoras, sem o caderno de RH. Além disso, existem atividades tais como: o café com o gestor, voltado para os colaboradores e que ocorre mensalmente, com dois gerentes. Para o grupo de médicos, há os lanches clínicos, nos quais são apresentados os projetos e os resultados do hospital. Esta reunião ocorre pelo menos duas vezes por ano: numa apresentam-se os projetos; na outra, os resultados. As definições de ampliação e segmentação de especialidades foram discutidas, ao longo do processo, com o corpo clínico.

Em relação às operadoras, algumas foram chamadas para reuniões individuais ao longo de 2010, para explicar em detalhe o projeto do hospital, a evolução da gestão e os investimentos, e para visitar as áreas em reforma. Isto traz proximidade com as operadoras, e esta ação é feita com as principais operadoras atendidas pelo hospital.

A comunicação dos projetos de ampliação não teve qualquer restrição, seja para o público interno, seja para o público externo.

5.9.8 Planejamento estratégico

Trabalham mais a gestão através dos indicadores de *performance*, que são dinâmicos. Na opinião do entrevistado, o plano de negócios, a análise SWOT, são feitos quando se está abrindo uma nova unidade, Depois, isso vai sendo monitorado pelos indicadores de *performance*.

O planejamento orçamentário é feito anualmente, iniciando-se os estudos em agosto, para serem apresentados em novembro ao conselho de administração. Nada se gasta se não estiver no orçamento ou houver uma boa explicação sobre o aporte do investimento. Não contratam assessoria externa para realização de planejamento estratégico. Utilizam o BSC como instrumento de gestão.

Semanalmente, reúne-se um grupo gestor, não necessariamente composto por gerentes, que discute os resultados de produção da semana e os coteja com a previsão orçamentária do mês.

5.9.9 Estratégias da organização

As principais estratégias são resumidas a seguir.

- Segmentação: o entrevistado considera que trabalhar competência e desenvolvimento de gestão não é estratégia; na verdade, seria um recurso que, no entanto, é importante realizar. Trabalhar o desenvolvimento de competências, tanto dos colaboradores médicos, como dos não médicos, é uma demanda da gestão. "A estratégia está no modelo da dinâmica do negócio do mercado. Do ponto de vista da governança corporativa, a estratégia é aprovada no conselho, ela é definida no corpo diretivo, e passa para aprovação no conselho de administração. O corpo diretivo é uma coisa dinâmica entre o mercado, entre os gestores, para ser apresentado para o conselho. O acompanhamento dos indicadores ocorre diariamente, semanalmente, mensalmente pelo grupo gestor: o diretor geral, o superintendente de operações, a diretoria técnica, a diretoria clínica, o superintendente médico (que cuida da produção). As estratégias são discutidas

neste grupo, surgem aí, e são compartilhadas com os gerentes de uma maneira dinâmica."

- Focos de complexidade como emergência e terapia intensiva é uma estratégia de mercado.

- Segmentação por especialidades: trata-se de um hospital com uma dominância cirúrgica, embora tenha uma clínica forte por conta dos serviços de emergência e UTI. O entrevistado comenta que a rentabilidade maior não vem das internações cirúrgicas; o que se percebe é que as doenças mais complexas são as mais rentáveis, porque têm um aporte de recursos tecnológicos e medicamentos que são bem remunerados. Este modelo pode mudar — com a introdução de diárias globais, por exemplo. Neste caso, embora o hospital não esteja preparado para esta mudança no curto prazo, o entrevistado afirma que há conhecimento e informação suficientes para fazê-lo, porque vêm discutindo este tipo de cenário.

A ampliação do hospital é muito mais intuitiva. O entrevistado acredita que não é possível saber ao certo ou estabelecer o retorno sobre o investimento. "Ninguém pode saber qual vai ser o resultado no primeiro mês." No entanto, refere que, para ter um EBITDA de 15%, é preciso ter escala ou atuar em nicho. De outra forma, não é possível atingir este resultado se não for uma entidade filantrópica.

5.9.10 Definição de estratégia

"Uma coisa são recursos, outra coisa é mercado. Estratégia é alocação dos meus recursos, por uma demanda de mercado, olhando como isso vai ser absorvido e olhando como a concorrência reage em relação a isso... Recurso, mercado e concorrência, se você não abordar isso, você não está falando de estratégia."

5.10 Hospital J

Esta entrevista abordou o processo de decisão estratégica anterior à reorganização societária e as decisões em que o entrevistado passou a atuar a partir do momento em que assumiu a direção regional da rede. Portanto, não se discutirá a aquisição de dois hospitais fora de São Paulo, de cujo processo de decisão o entrevistado não participou.

5.10.1 Caracterização do entrevistado

Diretor presidente do hospital. Está no cargo e na organização desde março de 2009. Formação em engenharia com dois MBA, um no Brasil e outro no exterior. Hoje é o executivo regional de uma rede nacional de hospitais. Não tinha experiência anterior na área de saúde: tinha atuado no varejo, na indústria, etc.

5.10.2 Caracterização do hospital

O hospital foi fundado na quarta década do século XX e é uma entidade privada com fins lucrativos. No início dos anos 2000 foi realizada a aquisição de um hospital em outra região da cidade. Mais tarde, foi inaugurada a terceira unidade da rede, a partir da construção de um prédio novo em uma terceira região da cidade de São Paulo. Os três hospitais exibem a mesma marca ou nome. Recentemente incorporou uma rede de hospitais distribuídos no território brasileiro.

Hoje, a rede esta organizada em três regionais pelo País. A regional de São Paulo administra cinco unidades hospitalares, três na cidade de São Paulo e mais dois hospitais adquiridos na região do ABC, que mantiveram as suas marcas originais.

Uma sexta unidade hospitalar está em construção, também na região do ABC, e ostentará a mesma marca da rede paulistana.

5.10.3 Estrutura física atual

A primeira unidade, criada na terceira década do século passado, é um hospital geral com maternidade. Tem 35,5 mil m² de área construída, 348 leitos (sendo 164 de maternidade, 68 de UTI e 33 de terapia semi-intensiva) e centro cirúrgico com 28 salas (18 para cirurgia e 10 para obstetrícia). Possui pronto-socorro adulto, mas não tem ambulatório.

A unidade 2, incorporada em 2000 é um hospital geral sem maternidade, com pronto-socorro adulto e infantil. Tem 21.2 mil m² de área construída, 176 leitos, com 32 leitos de UTI para adultos e crianças e 16 leitos de unidade de terapia semi-intensiva. Um centro cirúrgico com 13 salas.

A unidade 3 é um hospital geral e maternidade com pronto-socorro adulto e infantil, área construída de 46 mil m², 279 leitos e 180 apartamentos, 36 leitos de UTI e 37 leitos de UTI neonatal, centro cirúrgico com 27 salas, sendo nove para maternidade. Esta unidade foi inaugurada em anos mais recentes.

Nas três unidades, os centros diagnósticos são terceirizados e abertos para atendimento ambulatorial. As três unidades estão instaladas em prédios alugados, inclusive a unidade 1, pois, quando da transferência societária, o prédio permaneceu de propriedade dos antigos sócios, que o alugaram aos novos proprietários.

As unidades 4 e 5 foram adquiridas em 2010, no mesmo processo que incorporou as três unidades paulistanas. Este estudo vai considerar a perspectiva a partir das três unidades paulistanas. Como já explicitado, não serão analisados os casos das unidades 4 e 5.

5.10.4 Ampliações

5.10.4.1 Ampliações nos últimos dez anos

Nos últimos dez anos, foi adquirida a unidade 2 descrita acima. A unidade 3 foi construída com um investimento da ordem de R\$ 130 milhões, parte com recursos próprios e parte com endividamento junto a um banco norte-americano.

5.10.4.2 Ampliações em andamento

Em 2010, começou-se uma reforma do pronto-socorro e de 26 leitos na unidade 1, com um investimento da ordem de R\$ 40 milhões, dos quais cerca de R\$ 28 milhões obtidos junto ao BNDES. A opção de tomar empréstimo junto ao BNDES foi decorrente do baixo custo, ou seja, os juros, do dinheiro.

Em dezembro, foi comprado um terreno para a construção de novo hospital, localizado na região do ABC, cujas fundações já estão em obras e deve ser inaugurado em 36 meses. Será um hospital geral, provavelmente sem maternidade e com investimento estimado em 70 a 80 milhões. O dimensionamento do hospital ainda não está concluído, mas deve ter em torno de 150 a 170 leitos com retorno de estimado de sete a dez anos.

5.10.4.3 Ampliações aprovadas

Na unidade 2, está sendo revisado o plano diretor, buscando-se ampliar a área assistencial, uma vez que o hospital ressentia-se de disponibilidade de áreas para ampliação do atendimento. Por esta razão, discute-se a saída das áreas administrativas do prédio principal para serem utilizadas para atividades fins.

5.10.5 Estrutura organizacional

No passado, havia um conselho de administração e uma diretoria executiva.

Os hospitais, que agora são cinco, são unidades de negócio. Em nível corporativo, há as diretorias de recursos humanos, finanças, comercial e *marketing*, uma diretoria médica corporativa e uma diretoria de operações (suprimentos, TI, hotelaria). A diretoria de enfermagem fica subordinada ao diretor de cada unidade, e em nível corporativo, há uma comissão de enfermagem subordinada ao diretor médico corporativo.

5.10.6 Processo decisório

O entrevistado refere que quando chegou à instituição esta já estava passando por um processo de reestruturação da governança e profissionalização da gestão. Com sua chegada, desenhou três focos estratégicos. No primeiro ano, 2009, trabalhar uma mobilização interna, fixando os conceitos de governança e gestão com um trabalho junto às lideranças, definindo competências e implantando uma diretoria de recursos humanos. Em 2010, foram trabalhadas carreiras e desenvolvimento, bem como a questão da experiência do cliente, preparando a empresa para a terceira onda, que era a de expansão a partir de 2011, embora não se soubesse exatamente o que seria tal expansão. Havia clareza dos acionistas de que, apesar de ser uma rede com três hospitais, o movimento de verticalização percebido no setor saúde colocava a questão do crescimento como mandatória. Estacionar poderia significar a perda do valor de ativo da empresa, pois há muito investimento no setor, principalmente em São Paulo, onde os concorrentes diretos são filantrópicos, uma concorrência diferenciada. A decisão estratégica foi que são competentes e bons para fazer gestão hospitalar e não fazer gestão de saúde, apesar de possuírem um plano de saúde próprio, no qual não pretendem investir. Acreditam que são duas competências distintas e, portanto, não entendem a verticalização das operadoras de planos de saúde como um modelo de sucesso. Embora a organização já estivesse em processo de expansão, com a criação das duas unidades, a avaliação foi que este processo precisava ser mais rápido e, portanto, passaram a buscar por investidores, em vez de tentar se expandir com recursos próprios. Uma alternativa considerada para esta expansão foi a abertura de capital. Quando passaram a buscar investidores, foi percebida no mercado a

existência de interesse por uma aquisição do ativo inteiro. A expansão teria que vir de alguma forma, através de endividamento, de novos sócios, de abertura de capital ou de uma venda, como acabou acontecendo (embora não fosse uma alternativa colocada inicialmente).

Em 2010, foi contratada uma agência de avaliação de mercado para estudar várias praças para onde poderia haver projetos de expansão. Para isso, no ano passado foi instalada uma área de inteligência de mercado e, do ponto vista de governança, foi criado um comitê de estratégia para discutir a expansão e avaliar se seria realmente possível, se haveria espaço; este comitê se reportava ao conselho de administração.

Estes estudos de mercado estão sendo usados até agora. O objetivo foi ter informações consistentes que não fossem apenas "*feeling*". Segundo o entrevistado, o "acho que" só de vez em quando dá certo. Refere o fato de que o estudo de mercado que antecedeu a implantação da unidade 3 fora superficial, trazendo vários problemas para o hospital.

Em relação ao público, este se concentra nos segmentos A e B. Não obstante, há uma discussão de segmentação de marca para diversas clientelas.

O fato de estar com os hospitais superlotados é referido como um fator de motivação para o crescimento. No entanto, o entrevistado refere a importância do estudo de mercado que avaliou as praças e também os "*stakeholders*" dessas praças, tais como médicos, população, concorrentes, relação e influência das operadoras. Embora acredite que a intuição seja importante no processo de decisão, esta precisa ser colocada em bases racionais. Relata que, no caso da unidade 2, houve falha no levantamento das informações e nos dados. O crescimento é visto como necessário para poder sobreviver no mercado. O entrevistado acredita que no futuro será liberado o investimento de capital estrangeiro, o que deve acarretar um aporte muito grande de investimentos no setor e será preciso ter escala para enfrentar esta nova realidade. Acredita também que, no futuro, deverá acirrar-se a disputa pelos pacientes e que hoje é importante entender a forma com que o paciente e o acompanhante chegam, por exemplo, no pronto atendimento, que necessidades se colocam. Há uma parcela importante de pacientes que procuram o hospital sem que tenha havido um encaminhamento do médico.

As operadoras têm sido chamadas para serem parceiras no negócio, principalmente em praças fora de São Paulo, onde há predominância da Unimed, que vem fazendo um forte movimento de verticalização.

5.10.7 Comunicação

Internamente, tem vários meios de comunicação. Em 2009, implantaram o ciclo de planejamento, que termina com a elaboração do mapa estratégico que é uma "folhinha" que serve para comunicar a base da população inteira através das lideranças. No processo de governança, faz reuniões semanais com a diretoria que, por sua vez, faz reuniões semanais com suas equipes. A cada dois meses há reunião do diretor presidente com o nível de supervisores até diretores, que é o grupo G100, onde participam 120 pessoas, onde se faz comunicação das estratégias e dos resultados.

Todos na organização recebem a mesma informação, transmitida para o público interno e externo através das lideranças e outros meios de comunicação.

5.10.8 Planejamento estratégico

No processo de planejamento estratégico obrigatoriamente há participação de todos os gerentes da empresa. Também há participação do pessoal da base, por exemplo, em um capítulo chamado fatores críticos de sucesso, onde são feitos "*workshops*" com o pessoal que está na linha de frente, pessoas que são instadas a opinar sobre os fatores críticos de sucesso na relação com os pacientes, médicos e operadoras.

As estratégias devem ser divulgadas para todos. Não há problema que os outros conheçam a sua estratégia, mas como serão administrados os recursos que estão dentro de casa para implementar as estratégias.

A introdução do conceito de planejamento estratégico ocorreu na organização pela chegada do entrevistado, assim como a incorporação do ciclo

orçamentário dentro do ciclo estratégico, olhando para o orçamento como curto prazo e o foco da estratégia de longo prazo. Antes havia apenas planejamento orçamentário.

O planejamento estratégico é anual, o orçamento é acompanhado mensalmente, e se pretende fazer a revisão do planejamento estratégico trimestralmente, mas ainda não conseguiram. Tiveram assessoria externa no primeiro ano e no segundo ciclo fizeram com o pessoal interno de *marketing*.

Anualmente, em agosto, é divulgado um cronograma do ciclo orçamentário e estratégico que é elaborado pelo pessoal de *marketing* e financeiro e aprovado pela diretoria. O cronograma vai de setembro a novembro. Começa com uma reunião com o G30, que são todos os gerentes, onde são estabelecidas as premissas macro, tipo estimativa de inflação, de reajustes, custos fixos. Em cima disso, trabalha-se com as estimativas de receita. Intercalados com a elaboração do orçamento são realizados *workshops* de estratégia, que vão estabelecendo como o orçamento será atingido onde há participação.

Possuem acreditação da ONA em nível 3 e pretendem iniciar acreditação da Joint Commission este ano na unidade 1.

5.10.9 Estratégias

O entrevistado cita três pilares estratégicos: o primeiro é geração de valor em termos de posicionamento de marcas, entendendo que serão uma rede que podem ter mais que uma marca. Isto é importante para o crescimento; cita o modelo da rede Accord, que tem várias bandeiras. O cliente recebe um padrão de atendimento, sendo a referência na região em que estiverem atuando, e isto não significa ter tudo em todas as bandeiras.

O segundo pilar é diferenciação por serviço, em particular a questão hospitalidade, para a qual estão criando estrutura específica, e o terceiro é expansão.

Outros são critérios comuns, como a diferenciação pela excelência operacional, cuidar das relações entre médicos, pacientes e operadoras.

A comunicação tem sido trabalhada com a criação, dentro de RH, de uma área de comunicação interna. Esta é a única área ligada matricialmente com o diretor presidente. Esta é uma pessoa em nível de supervisão. Criaram uma rede de

correspondentes, 70 a 80 pessoas treinadas para fazer a divulgação. Esta supervisora participa das reuniões de diretoria onde alguns assuntos são definidos para as pautas dos diversos canais de comunicação, boletim, jornal. É a única pessoa que não é diretor que participa da reunião de diretoria.

5.10.10 Uma definição de estratégia

"Bem simploriamente falando, que vale para qualquer concepção de negócio e inclusive de vida, é conseguir idealizar aonde que você quer chegar e desenhar o caminho para tal. [...] a construção do caminho é a estratégia."

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Entrevistados

Foram entrevistados dez executivos: cinco médicos, três engenheiros, um administrador de empresas e um administrador hospitalar. Entre os médicos, apenas um tem formação voltada exclusivamente para a área de gestão; os demais assumiram funções executivas no decorrer de sua vida profissional. Apenas um não teve qualquer formação em administração hospitalar ou de empresas. Entre os engenheiros, um tinha especialização em administração hospitalar, um tinha MBA e o terceiro, além de engenheiro, é administrador. Dois dos entrevistados, além de atuar como executivos são sócios proprietários do hospital que dirigem. Dos dez executivos entrevistados, apenas um é do sexo feminino.

No planejamento da parte de campo da presente tese, pretendeu-se que as entrevistas fossem realizadas com o principal executivo das organizações hospitalares selecionadas ou com aqueles por eles designados, desde que fossem participantes do processo de elaboração e implementação das estratégias da empresa. Oito deles atenderam diretamente a solicitação e dois foram designados pelos executivos originalmente convidados. Em ambos os casos, a percepção foi de que, embora tivessem condições de responder às questões, demonstraram um papel mais executivo operacional na efetivação das estratégias da organização do que na sua elaboração.

6.1 Hospitais

Dos dez hospitais, três têm finalidade lucrativa. Nos três casos, os executivos, em 2011, são profissionais não oriundos do setor saúde. Os demais hospitais não têm finalidade lucrativa: seis possuem certificado de entidade beneficente de assistência social (Ceas), concedido pelo CNAS do Ministério da

Justiça; um não possui esta certificação (é um hospital que apenas recentemente se converteu em uma fundação).

No quadro abaixo apresentamos uma caracterização dos hospitais e dos executivos entrevistados, bem como uma avaliação subjetiva da força da estrutura organizacional do hospital, (ou seja, percebida a partir da entrevista) no processo de elaboração das estratégias com referência ao dirigente principal da organização. A estrutura organizacional foi considerada fraca quando a percepção do pesquisador foi que, as aprovações das decisões estratégicas dos dirigentes nos órgãos colegiados das entidades se revestiram apenas de um caráter formal. Ao contrário, quando as estruturas colegiadas, formais ou não, foram percebidas como verdadeiras instâncias de deliberação estratégica, a estrutura organizacional foi classificada como forte.

Hospital	Finalidade	Executivo	Estr/Op	Est. Org.
A	Não lucrativa	Médico	Estratégico	Forte
B	Não lucrativa	Não médico	Estratégico	Forte
C	Não lucrativa	Não médico	Operacional	Fraca
D	Não lucrativa	Médico	Estratégico	Forte
E	Não lucrativa	Médico	Operacional	Forte
F	Não lucrativa	Médico	Estratégico	Fraca
G	Não lucrativa	Médico	Estratégico	Fraca
H	Lucrativa	Não médico	Estratégico	Forte
I	Lucrativa	Não médico	Estratégico	Forte
J	Lucrativa	Não médico	Estratégico	Forte

Quadro 2 – Caracterização dos hospitais e executivos entrevistados

6.2 Filantropia como vantagem competitiva?

As entidades filantrópicas detentoras do Ceas ficam isentas da contribuição da cota patronal ao INSS (que corresponde a 20% da folha de pagamentos), das contribuições sociais, tais como Cofins, PIS/Pasep, CPMF e CSLL, e de algumas tarifas municipais, dependendo da legislação local. Também ficam isentas de impostos, como imposto sobre importação, ITR, ITBI, IPVA, IPTU, ITBCM, IR, ISS, ICMS e IPI.*

A Lei federal nº 12.101, em vigor desde 30 de novembro de 2009, que dispõe sobre a certificação de entidades beneficentes de assistência social, estabelece que as entidades da saúde devam ofertar serviços ao SUS no percentual mínimo de 60%, comprovados anualmente, com base no somatório de internações e atendimentos ambulatoriais realizados. Entretanto, o artigo 11 desta lei permite a entidades de saúde de reconhecida excelência, alternativamente a esse cumprimento, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional ao SUS, celebrando ajuste com a União Federal por meio do Ministério da Saúde. Talvez por esta razão os seis hospitais do estudo que possuem Ceas referiram manter projetos juntos ao SUS. Quatro desses hospitais foram qualificados como organização social da saúde, condição que lhes permite fazer a gestão de estabelecimentos de saúde do SUS, estaduais ou municipais, incluindo unidades hospitalares.

Esta condição é de importância central na estratégia de negócios destes hospitais, consistindo em vantagem competitiva, entendendo vantagem competitiva como definida por Barney e Hesterly, (2008): a condição em que uma empresa consegue obter maior valor econômico que as concorrentes. Não se trata apenas de isenção tributária que desonera gastos com folha de pagamentos, imposto de importação, etc.: ao assumir a gestão de unidades assistenciais do SUS, os hospitais ganham em economia de escala, pois passam a ter melhor condição de barganha junto aos fornecedores, de materiais, equipamentos. Isto foi verbalizado, por exemplo, por um executivo de hospital, ao comentar seus gastos com a gestão de unidades assistenciais do SUS: "Eu tenho imunidade fiscal, imunidade tributária

* Cf. informações obtidas na página na internet do Ministério da Previdência Social, em <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=349>.

de uma série de coisas. O que eu gasto, o que eu tiro e passo para lá, ainda é menos do que se eu pagasse o imposto. O dia em que isso ficar igual, nós vamos ter que repensar a nossa missão."

O executivo do hospital A, ao comentar o reposicionamento do hospital em relação a seu portfólio de serviços e especialidades e sua estratégia de crescimento, refere que a questão da filantropia foi reconstruída de dentro do hospital: "[...] o hospital hoje está realmente investindo, em ações junto à comunidade, a renúncia que ele tem. É verdade que eu uso parte deste investimento para 'sinergizar' ações dentro do hospital. Eu faço transplante de fígado intervivos de graça. Para a fila do SUS. [...] E eu não cobro nada por estes transplantes. Eu gasto o custo, não o meu preço. Eu deduzo o preço [...] Agora, o meu programa de transplantes me permite manter uma unidade pediátrica aberta para uma unidade pediátrica que tem sete leitos. Eu jamais teria uma UTI pediátrica se eu não tivesse o programa de transplante."

Este executivo cita também o exemplo da unidade de ensino e pesquisa do seu hospital, que só consegue se viabilizar se mantiver um programa de capacitação de gestores do SUS. Com isto, consegue absorver parte dos custos fixos para realizar outras atividades para públicos diferentes. Esta vantagem competitiva da filantropia corporativa é bem diferente daquela debatida por Porter e Kramer (2002), quando discutem o tema da estratégia de investimento em filantropia pelas empresas que possam, além de gerar benefícios para a comunidade, trazer-lhes vantagens competitivas. No caso brasileiro, não se trata de definir a melhor estratégia de investimento em busca de um retorno ou benefício, com o correspondente risco de não se obter o resultado desejado, mas a melhor estratégia de retornar à comunidade parte de um benefício recebido de antemão e, portanto, sem riscos.

O que estas entidades estão fazendo é a associação de recursos estratégicos e complementares e gerando mais valor para suas empresas aos moldes do que discutido por Penrose, (2006), Barney (1986, 1991), Adegbesan, (2008). Os hospitais filantrópicos e beneficentes ao firmarem contratos para a prestação de serviços ao SUS puderam dispor de recursos complementares que associados aos seus recursos já disponíveis adicionaram valor a estes hospitais. Por outro lado, é interessante notar que as políticas governamentais de gestão dos serviços de saúde através das entidades filantrópicas, as organizações sociais de saúde, acabou por criar um mercado de fatores estratégicos. Quando o governo

paulista, no final dos anos 1990, propôs a algumas das entidades filantrópicas uma parceria para a gestão de equipamentos hospitalares cuja construção estava sendo concluída, houve muita resistência e desconfiança por parte destas entidades. (Ferreira Jr. 2003, 2004). Provavelmente nenhuma delas percebeu naquele momento que esta parceria poderia agregar valor e gerar vantagem competitiva. Entretanto, em pouco tempo, após ficar claro ao mercado que o modelo estava dando certo e que o governo demonstrava credibilidade, logo surgiram várias entidades candidatando-se para fazer a gestão de equipamentos públicos.

6.3 Por que ampliaram?

Esta foi a pergunta que motivou esta pesquisa, conforme apresentado na Metodologia: o que tem levado hospitais privados no segmento da assistência médica suplementar no Município de São Paulo a ampliar a sua capacidade de atendimento, especificamente a sua oferta de leitos de internação, quando aparentemente a tendência mundial do setor hospitalar é a de diminuição da necessidade de internação para a população e os dados oficiais brasileiros indicam redução no número de leitos privados?

Hospital	Principais razões citadas pelo entrevistado
A	Ser melhor, responder à demanda, reposicionamento
B	Atender à demanda, barrar concorrentes
C	Atender à demanda, reposicionamento
D	Atender à demanda
E	Ser melhor, diversificar, atender à comunidade
F	Realização de um sonho
G	Fazer frente à verticalização das OPS, "quem não cresce, desaparece"
H	Atender à demanda, renovar e modernizar o hospital
I	Hospital como UN, percepção de falta de leitos no mercado
J	Fazer frente à verticalização das OPS

Quadro 3 – principais razões citadas para a ampliação.

No quadro 3 acima, apresentamos as principais respostas dos entrevistados quando indagados sobre as razões para ampliação. Nota-se que todas as respostas, com exceção do hospital F, fazem referência ao ambiente externo da empresa, que conforme Pitelis, na visão de Penrose, o ambiente externo é uma imagem na mente do empreendedor e as atividades da firma são governadas pela oportunidade produtiva, ou seja, todas as oportunidades produtivas que o empreendedor pode enxergar e obter vantagem.

A seguir, apresentamos algumas das questões que surgiram a partir desta pergunta.

6.3.1 A demanda bate à porta

Dos dez entrevistados, sete referiram que a demanda foi, senão um fator decisivo, uma forte influência para o investimento em ampliação.

O hospital F tem uma situação completamente diferente dos demais, porque, nas palavras do entrevistado, trata-se da realização de um sonho. Mas mesmo ele descreve que, no processo de aquisição do hospital, houve momento em que a demanda de porta e internação incentivavam a ideia de ampliação das instalações.

Os executivos dos hospitais I e J foram muito assertivos, ao afirmar que a demanda de porta não é evidência suficiente para se tomar uma decisão de ampliação. O executivo do hospital I observa que, com efeito, este fator não teve nenhuma influência no processo de decisão. Por outro lado, reconhece que não é possível ficar indiferente quando todas as suas unidades estão lotadas ou com fila na porta. Ainda assim, afirma o entrevistado, este tipo de decisão tem que ser respaldada em evidência, no caso em estudo de mercado.

6.3.2 Quem acredita em estudo de mercado?

Para tentar saber que evidências embasaram as decisões desses hospitais para ampliação, foi sempre perguntado a eles se haviam feito algum tipo de pesquisa de mercado. E mais: no caso dos que fizeram tal pesquisa, qual a importância que de fato esta teve no processo de tomada de decisões. As respostas obtidas foram muito variadas.

Aparentemente, a pesquisa de mercado tem mais importância quando se busca implantar uma nova unidade, principalmente em uma região diferente da sede da empresa. As ampliações na própria sede, em geral, são decididas para dar resposta a pressão direta de demanda em que, não raro, pesa muito a influência do corpo clínico, a reclamar que não consegue internar ou operar seus pacientes no hospital.

A outra questão é o quanto a pesquisa de mercado realmente é importante para a decisão — ou trata-se apenas de mais um argumento usado pelos "estrategistas" ou executivos para aprovar a sua proposta na instância deliberativa da instituição? Neste aspecto, percebemos "crenças" distintas entre os entrevistados.

Os executivos dos hospitais A e D demonstraram dar importância relativa a estes estudos. O diretor do hospital A afirma que este tipo de decisão é tomado com muita intuição e "um pouquinho" de indução, sendo a intuição a experiência dos especialistas e a indução "o tal estudo de mercado", que vai respaldar o que já se sabe. Este executivo acredita que este tipo de estudo pode dar algumas indicações, mas é incapaz de levantar a real necessidade — por exemplo, de oncologia para o segmento da população de maior poder aquisitivo. No entanto, afirma que o estudo realizado no seu caso foi muito importante para convencer o nível político da organização. Opinião semelhante tem o executivo do hospital D, ao afirmar que nunca a pesquisa de mercado produz a evidência do que e do quanto é preciso ampliar. Ele ainda afirma que as pesquisas ajudam a apontar necessidades, como melhora da hotelaria e a conhecer a visão dos pacientes em relação ao hospital.

O entrevistado do hospital G refere que, para ampliação da unidade sede, não havia necessidade de nenhum estudo, pois estava evidente para eles que precisavam modernizar o hospital e que estavam tendo muitas reclamações do corpo clínico. Semelhante relato foi feito pelo dirigente do hospital B. Porém, voltando ao hospital G, o executivo lembra que, para a implantação da nova unidade, foi feito um estudo aprofundado, para definir a região de implantação, acessos viários, população-alvo. Além disso, realizaram consultas a dez operadoras

de planos de saúde consideradas as mais importante, que se manifestaram favoravelmente; com isso, determinaram que buscariam uma população diferenciada e foi estimado determinado prazo de ponto de equilíbrio. A realidade, entretanto, foi completamente diferente: a ocupação da unidade demorou muito mais que o estimado; conseqüentemente, o prazo para atingir o ponto de equilíbrio também foi muito maior. Ainda, ao contrário do previsto e desejado, o perfil econômico da clientela foi muito semelhante ao da unidade sede, e o hospital anunciado como possuidor de acomodações diferenciadas está até fazendo internações para pacientes com planos que dão direito a enfermaria.

O dirigente do hospital J, ao comentar os problemas enfrentados na implantação da terceira unidade hospitalar de sua rede, remete a responsabilidade a um estudo de mercado malfeito; a unidade teve muita dificuldade de ocupação e principalmente de credenciamento pelas operadoras de planos de saúde. Mas é muito categórico, ao afirmar a importância dos estudos: "Não dá para decidir só no *feeling*."

O dirigente do hospital H refere que, apesar de não terem contratado estudos de mercado, qualquer alteração no negócio é precedida por um levantamento de *benchmark* feito pelos próprios executivos da organização, inclusive com viagens para o exterior, para conhecer o estado da arte no negócio pretendido. Cita o exemplo de sua unidade 2, em que um grupo de executivos do grupo viajou para os Estados Unidos e trouxeram de lá o conceito aplicado no hospital. Em relação a esta unidade, relata que foi importante a consulta feita às operadoras de planos de saúde. A proposta inicial da unidade era para uma maternidade; esta opção foi descartada a partir do diálogo com as operadoras.

O entrevistado do hospital I também referiu que não contrata estudo de mercado para fundamentar seu projeto de ampliação, e que a decisão foi embasada no "fato" (sic) de que existe um déficit de leitos de saúde suplementar; esta percepção veio de informações obtidas junto a empresas de tecnologia em saúde. Refere também que busca fazer consultas a *experts* em epidemiologia e áreas acadêmicas de economia da saúde. Tais consultas indicaram que haverá demanda por novos serviços para atender uma população mais idosa e com necessidades de saúde diferenciadas. Diz que não fez consultas às operadoras, porque estas só credenciam um novo serviço quando percebem nova competência ou necessidades.

6.3.3 Quem tem medo das operadoras?

Também se perguntou aos entrevistados se haviam consultado as operadoras e que efeito esta consulta teve sobre o processo de decisão. Pelas entrevistas, ficamos com a impressão de que, de um modo geral, as operadoras se manifestam positivamente quando consultadas sobre novos projetos; no entanto, isto fica muito distante de qualquer credenciamento do novo serviço. Todos afirmam que buscam manter bom relacionamento com as operadoras — mas tivemos a impressão de que esta relação ainda é muito protocolar. Os entrevistados dos hospitais B e C declararam que não haviam feito qualquer consulta às operadoras, pois a demanda já estava na porta. Este também foi o caso já citado da sede do hospital G.

Os entrevistados dos hospitais A, D e F relatam que fizeram contatos, receberam manifestações favoráveis, mas sem compromissos. O caso do hospital H parece mais uma exceção, talvez porque, neste caso, o hospital é o principal provedor de serviço na região em que está localizado, o que favorece o entendimento entre as partes. O hospital E tem um planejamento muito vinculado à sua visão; talvez por isso a consulta a operadoras tenha uma importância relativa.

É voz corrente, no ambiente dos empreendimentos hospitalares, que as seguradoras são as mais resistentes a credenciar novos serviços, como foi o caso da unidade 3 do Hospital J e de uma unidade satélite do hospital E, que enfrentaram dificuldades na implantação; neste último caso, até com transtornos para os pacientes que tinham plano que lhes dava direito ao hospital, mas não a sua unidade avançada. Por outro lado, também se comenta que as operadoras do tipo autogestão são mais abertas à negociação, por não terem finalidade econômica.

Aparentemente, este ambiente é muito complexo e dificilmente sujeito a generalizações apressadas. Eventualmente, seria possível imaginar que as operadoras e os hospitais têm relações conflituosas, o que não é sempre o caso.

O entrevistado do hospital B relatou que a crescente demanda começou a possibilitar que a instituição deixasse de atender os beneficiários de planos de saúde que não dão direito a internação em apartamento, os quais remuneram menos o hospital. No entanto, na sua unidade hospitalar 2, aceitou atender planos com

acomodação tipo enfermaria a pedido das operadoras, em nome da parceria e do bom relacionamento.

Nestas entrevistas, não se percebeu uma preocupação significativa com o movimento de verticalização das operadoras de planos de saúde, em particular as cooperativas e medicinas de grupo.

Por outro lado, é interessante registrar a manifestação do dirigente do hospital J, que afirma que as OPS não têm competência para gerenciar serviços de saúde, pois esta atividade não é o seu *core business*, e, portanto, não percebe a verticalização como uma ameaça. Por outro lado, o mesmo dirigente refere que, no processo de expansão da sua rede, tem buscado parcerias com operadoras para entrar em praças cujo mercado é muito concentrado, como no caso do interior do estado, onde há situações de quase monopólio das cooperativas médicas.

De novo, parece-nos que é preciso cautela para entender as relações na cadeia de valor dos serviços de saúde.

Aparentemente as estratégias decorrentes do relacionamento entre as operadoras de planos de saúde e os provedores, em particular, os hospitais são hegemonicamente do tipo ganha – perde. Talvez a principal barreira que precisa ser vencida para mudar este jogo é a regra do estabelecida entre estes jogadores, no que diz respeito a forma de remuneração dos provedores pelas OPS, que estabelece a condição ganha – perde. Quanto mais o hospital gastar de material e exames, etc, mais dinheiro ele recebe das OPS. Quanto maior a restrição e as barreiras de utilização que OPS impõe aos provedores menores são os seus gastos. Do ponto de vista do paciente é possível pensar nos hospitais e nas OPS como recursos complementares como conceituado por Porter, (2008). Como já exemplificamos anteriormente o paciente na maioria dos casos, só consegue ter acesso aos serviços do hospital se for beneficiário de um plano de saúde. Ou seja, estes recursos só têm valor juntos para o paciente, separados não têm valor algum. O aumento dos custos da operadora com os hospitais acaba sendo repassado para o paciente, No limite temos uma situação potencial perde – perde – perde. Se a operadora resolver descredenciar o hospital este vai perder fonte de receita, o paciente vai perder qualidade e serviço e a operadora vai perder os clientes para os quais o acesso a este hospital foi um fator decisivo na compra do plano de saúde. Este é um bom exemplo do que Brandenburger e Nalebuff, (1995) chamaram de *backfire*, ou tiro pela culatra. Embora, possamos encontrar alguns exemplos de

competição com cooperação, o que estes autores propuseram chamar de “coopetition”, estes ainda parecem ser mais casos isolados do que uma tendência de mudança nas regras do jogo. Talvez a saída seja estabelecer um novo paradigma de geração de valor como proposto por Porter e Teisberg (2004 e 2006) centrado na saúde do paciente. Paciente mais saudável usa menos hospital, reduz o custo da operadora, que poderá reduzir o preço dos planos de saúde permitindo que mais pacientes comprem os planos, mais pacientes com planos podem usar o hospital aumentando a receita do hospital que pode praticar preços mais baixos para as operadoras, e teríamos assim uma estratégia ganha – ganha – ganha.

6.3.4 Quem tem medo dos concorrentes?

Nas entrevistas, foi perguntado sobre a influência dos concorrentes na decisão sobre a ampliação, ou seja, se o fato de os concorrentes estarem ampliando suas instalações era fator de estímulo para que o hospital também fizesse o mesmo movimento. Neste quesito, não houve homogeneidade de respostas; a mais peculiar talvez tenha vindo do hospital F: o entrevistado afirmou que os concorrentes torcem que ele se viabilize, para que possa receber pacientes de sua especialidade, a qual tem baixa rentabilidade. Este pode ser um exemplo do que Penrose (2006, p 329) chama de interstícios de uma economia em expansão, que ocorre quando as grandes empresas não conseguem dar conta do crescimento da economia abrindo possibilidade para a entrada de novas empresas geralmente menores.

O entrevistado do hospital A afirma que o crescimento dos concorrentes foi um argumento apresentado à esfera política da organização, mas que não é fator importante. Para o hospital E, que possui algumas características de estratégia muito semelhantes às do hospital A, a questão da concorrência foi colocada mais como questão de rivalidade, similar à que existe entre as escolas médicas, mas não como ameaça. Também para o hospital D a questão dos movimentos dos concorrentes foi usada como mais um argumento, porém de importância secundária.

No entanto, os entrevistados dos hospitais B e H afirmaram que o movimento da concorrência não teve importância em suas decisões. Por outro lado, ambos declararam uma preocupação em crescer para consolidar suas posições nos

mercados locais onde estão instalados, como forma de criar barreira de entrada a outros hospitais. O hospital C não considerou a concorrência para ampliação, nas palavras do entrevistado. Mas a história do hospital foi a de estabelecer uma marca muito forte em uma especialidade. Quando começou a perder pacientes para os hospitais que ofereciam um portfólio mais abrangente de serviços, passou a desativar leitos e a destinar áreas de internação para atendimento ambulatorial em outras especialidades. Desta forma, voltaram a ter um aumento de demanda.

No quadro 4 abaixo, estão apresentadas de maneira esquemática as respostas obtidas dos entrevistados em relação a questão da ampliação e as variáveis que foram importantes para esta decisão. Na primeira coluna a relação dos hospitais, na segunda a resposta se a demanda foi considerada um fator importante para a decisão. A coluna seguinte diz respeito se houve estudo de mercado e qual a sua importância. Nos hospitais E, G, e J, o negrito significa que o estudo foi de fato importante para a tomada de decisão. Na coluna Concor. revela o quanto o movimento de crescimento dos concorrentes influenciou na decisão do hospital. A próxima coluna revela se houve ou não consulta às OPS. No caso do hospital J a apesar de não ter havido consulta às operadoras, o hospital está buscando parcerias com estas, para a implantação de unidades hospitalares em outras praças. Por fim a última coluna indica se houve consulta ao corpo clínico.

Hospital	Demanda	E. Merc.	Concor.	OPS	Médicos
A	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
B	Sim	Não	Não	Não	Não
C	Sim	Não	Não	Não	Não
D	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
E	Sim	Sim	Não	Não	Sim
F	Sim	Sim	Não	Sim	Não
G	Sim	Não/ Sim	Não	Não/ Sim	Não
H	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
I	Não imp.	Não	Não	Não	Não
J	Não imp.	Sim	Não	Não	Não

Quadro 4 - Variáveis consideradas na questão da ampliação.

6.3.5 Ser maior é ser melhor?

Esta é uma questão muito em voga na área de gestão de serviços de saúde. Um dos pontos já comentados no item 3 deste trabalho é a escala necessária para garantir a adequada qualidade e sustentabilidade financeira .

O dirigente do hospital A diz que é preciso crescer para se sentir melhor, o que significa, neste caso, ter mais qualidade, ter escala para incorporar a tecnologia, seja na forma de equipamentos, seja na forma de serviços que precisam de um mínimo de demanda para serem ofertados. No caso do hospital E, o entrevistado afirma que a questão do crescimento está vinculada a uma visão de ser um hospital classe mundial, mas dentro da organização há um debate sobre até onde vai este crescimento; refere que também o crescimento é decorrente de missão de servir a comunidade e de ofertar a esta os serviços de que necessita.

O diretor do hospital G afirma que "quem não cresce, desaparece!". Em seguida, observa que, se a crise econômica tivesse ocorrido antes de iniciarem o plano de ampliação, este provavelmente não teria ocorrido. Para ele, seria importante ter mais uma unidade, pois, em sua opinião, uma coisa é negociar com as operadoras com um hospital e outra, muito melhor, é ir para a negociação com vários hospitais na cidade. O dirigente do hospital J, no entanto, já antevê que no futuro haverá disputa por pacientes.

Outro aspecto observado nas entrevistas é que parece haver certo consenso sobre o fato de que os hospitais, para fidelizar seus pacientes, devem ampliar o leque de suas especialidades e de modalidades de serviços, seguindo o conceito já mencionado de *one stop shop*. O exemplo mais marcante é o já citado do hospital C, o qual, apesar de carregar uma marca forte e uma especialidade, está assumindo cada vez mais um perfil mais generalista.

Neste ponto trazemos mais uma vez os ensinamentos de Penrose, para quem as firma grandes e mais antigas têm vantagem competitiva sobre as menores e mais novas. No entanto, com o modelo das cinco forças de Porter aprendemos que o que vai determinar a vantagem competitiva da empresa será a maneira como ela vai se posicionar na indústria, ou ainda, utilizando-se a teoria dos jogos como preconizam Brandeburger e Nalebuff como a empresa vai modificar o jogo. Voltando a Penrose, as firmas não são definidas em termos de produtos, mas de recursos e a

diversificação é o tema da expansão. Por fim não existe limite de tamanho para as firmas, mas limites de crescimento e eles são determinados pela capacidade da equipe gerencial experiente elaborar planos e implementá-los.

6.4 O que os hospitais estão oferecendo?

Na nossa percepção, há certa homogeneidade de tipos de instalação, modalidades de atendimento e especialidades médicas ofertadas pelos hospitais, independentemente do segmento econômico dos clientes que atendem.

6.4.1 Tipo de instalação

Os hospitais de maior porte, como o A e o E, além de grandes ampliações nas suas capacidades de internação e de realização de procedimentos complexos, geralmente cirúrgicos, têm assumido posturas muito incisivas no sentido de criar unidades (chamadas satélites), em geral voltadas para procedimentos ambulatoriais ou com internação de curta permanência (os chamados hospitais-dia). Além disso, tanto nas unidades sede, como nas satélites têm sido muito ampliados os serviços de diagnósticos para pacientes ambulatoriais.

O hospital H adota estratégia similar, porém em nível local, com as unidades externas próximas ao hospital. Hospitais como B e G também seguem semelhante movimento, aumentando suas capacidades de internação, UTI, centro cirúrgico e PS. Alguns hospitais referiram a ativação de unidades que estavam desativadas ou que ainda não haviam sido postas em funcionamento (portanto, aparentemente não se tratava exatamente de novas instalações).

O grupo do hospital J parece trabalhar com foco em rede de hospitais, pois recentemente vendeu uma rede de laboratórios que possuía em outra praça.

Percebeu-se a retração de unidades tipo maternidade e de alas pediátricas. Um dos entrevistados chegou a dizer que "a única certeza que nós temos é que não queremos maternidade".

6.4.2 Especialidades

Aparentemente, está havendo um reposicionamento ou, melhor, uma reformulação do escopo de serviços muito similar entre os hospitais, ainda que com dimensões e abrangência diferentes. De modo geral, há uma convergência para as especialidades que fazem uso intensivo de tecnologia, de procedimentos terapêuticos ou diagnósticos, de materiais especiais e medicamentos de alto custo.

Alguns dos hospitais maiores chegaram a se reestruturar do ponto de vista organizacional para o desenvolvimento destas especialidades. Algumas destas foram recorrentes: oncologia, cardiologia, ortopedia, neurologia e neurocirurgia, gastroenterologia e urologia. No outro extremo, estão a pediatria e obstetrícia. A primeira, talvez pela baixa demanda e por menor frequência de procedimentos. No caso da obstetrícia, provavelmente por efeito da diminuição da taxa de fecundidade da população e também por fazer uso de poucos recursos tecnológicos, quando comparada com outras especialidades. O envelhecimento da população, por outro lado, favorece a demanda por serviços de reabilitação e ortopedia.

6.4.3 Para quem?

O desejo de todos é atender o segmento econômico mais diferenciado da população. Mas os hospitais que hoje são referências como detentores da maior fatia deste segmento parecem estar muito sólidos em suas posições. Essa é a percepção dos demais, que buscam, pelo menos, "beliscar" uma parte destes clientes e, por isso, tratam de diferenciar parte de suas instalações em termos de ambiência, hotelaria e amenidades, mas acabam por atender o mesmo tipo de clientes. Aparentemente, a melhora das condições econômicas tem levado a que mais pessoas possam ter um plano de saúde com direito a apartamento ou que estejam dispostas a pagar essa diferença.

Gradativamente, os hospitais estão reduzindo a oferta de acomodação tipo enfermaria.

6.5 De onde vem o dinheiro?

O BNDES aparece como financiador em maior ou menor proporção nos projetos de ampliação de todos os hospitais pesquisados. Em alguns casos, de fato, a informação que os entrevistados deram é que estão aguardando a liberação do recurso solicitado. Apenas uma exceção: um dos hospitais optou por captar recursos por meio da criação de um fundo imobiliário, o que considera menos burocrático e facilitador para novas captações. O entrevistado dessa instituição relata que, na segunda captação que promoveram, as cotas foram todas compradas pelo próprios membros do fundo.

Sem exceção, todos os que obtiveram ou estão pleiteando recursos junto ao BNDES justificaram esta opção por se tratar de um dinheiro barato. Vários afirmaram que poderiam ter usado apenas recursos próprios, mas que, de novo, o recurso está disponível e está muito barato.

Um dos entrevistados, que está utilizando recursos do BNDES e próprios, descartou a opção por fundo imobiliário, por acreditar que este tipo de mecanismo consome o lucro da operação. Dois hospitais estão fazendo empréstimos junto a bancos estrangeiros, europeus e estadunidense.

Não foi objeto deste estudo, mas eventualmente esta linha de crédito do BNDES Finame Agência Especial de Financiamento Industrial pode estar sendo um dos fatores estimuladores do movimento de ampliação dos hospitais do mercado suplementar de saúde.

O roteiro de entrevista previa indagar se os investimentos tinham estudos de *payback*. O questionamento chegou a ser feito e está registrado nos resultados. No entanto, em nossa avaliação, trouxe pouca possibilidade de interpretação, embora tenham sido frequentes respostas negativas, sob o argumento de que, como se tratava de uma reforma necessária para modernização ou ampliação de área ou unidade, o estudo não fora realizado.

6.6 Planejamento

Conforme apontado nos item relativo a objetivos específicos, esta tese procurou identificar se o planejamento estratégico é uma prática incorporada nestas organizações e qual o impacto no modelo de gestão adotado.

6.6.1 O que veio primeiro? O planejamento estratégico, o BSC ou a acreditação?

Foi possível perceber que o modelo de planejamento dos hospitais é basicamente do tipo orçamentário, usando os termos do dirigente do hospital A. Aliás, durante as entrevistas, alguns dos pontos sobre este assunto externados pelos dirigentes dos hospitais A, D e E foram muito semelhantes. No caso dos hospitais A e D, os respectivos executivos deram a mesma ênfase ao esforço que suas organizações empreendem para ter o projeto orçamentário pronto para submissão ao conselho decisório antes do início do exercício seguinte.

Com exceção do hospital F (que se encontra em fase de implantação de sua nova estrutura organizacional), em todos os outros o BSC apareceu como ferramenta empregada no processo de planejamento estratégico da organização. O hospital A menciona que todos os indicadores solicitados pela JCI estão incorporados no BSC. O diretor do hospital B conta que, até 2007, os planos eram mais administrativos e que, com a introdução do BSC, passaram a fazer um planejamento para cinco anos.

O entrevistado do hospital C revela que o processo de acreditação pela JCI induziu o hospital a realizar o planejamento estratégico implantado em 2005 juntamente com o BSC: "[...] o planejamento estratégico foi um subproduto da acreditação." Embora a associação de planejamento estratégico e BSC com a acreditação não tenha sido explicitada nas entrevistas em todos os casos, notamos que todos os hospitais, com a já mencionada exceção do hospital F, possuem certificação por alguma agência de acreditação de serviços de saúde, quando não por mais de uma.

Aparentemente, a adoção do BSC nos hospitais uniformizou, pelo menos do ponto de vista formal, a maneira como a governança corporativa se organiza no nível gerencial. Chamou nossa atenção, quando na abordagem do tema comunicação — ao perguntar de que maneira as decisões sobre ampliação foram comunicadas internamente, ou ainda, como as estratégias são comunicadas —, que várias das respostas foram muito semelhantes, do tipo "usamos as reuniões com as lideranças para comunicar..." ou "nas reuniões de G1, G2 e G3...", referindo-se a uma forma de organização para acompanhamento dos indicadores do BSC. Em novo contato posterior à entrevista, o dirigente do hospital A revelou que sua organização havia feito a implantação do BSC previamente, mas que a ferramenta só foi incorporada, de fato, com o processo de acreditação. O diretor do hospital I enfatiza a importância da gestão trabalhada pelos indicadores de performance do BSC. Em sua opinião, a análise SWOT deve ser feita quando se abre um novo serviço. O dirigente do hospital J destaca seu papel na introdução do planejamento estratégico e do BSC em sua organização.

6.6.2 Quem acredita em acreditação?

Atualmente as três principais agências de acreditação de serviços de saúde atuantes no mercado brasileiro são a Organização Nacional de Acreditação ONA, criada em 1999, a Joint Commission International - JCI, braço internacional da Joint Commission, agência estadunidense de acreditação de serviços de saúde e a Canadian Council on Health Services Accreditation International braço internacional da Canadian Council on Health Services Accreditation – CCHSA agência canadense. Todos os hospitais entrevistados, com exceção do hospital F, estão certificados por uma ou mais destas agências conforme a listagem abaixo. O executivo do hospital F afirmou que pretende acreditar o seu hospital. Este é um fenômeno interessante porque não existe nenhuma obrigatoriedade legal para que as organizações de saúde brasileiras tenham este tipo de certificação. Tampouco, esta é uma exigência das operadoras de planos de saúde para credenciar os seus prestadores. Apesar disso, muitos dirigentes hospitalares acreditam que este tipo de exigência possa vir a ser imposta seja, pelo governo seja pelas OPS. Este não é um

fenômeno apenas no setor privado. Vários hospitais públicos exibem certificação pela ONA e alguns já divulgam a sua certificação pela CCHSA. Portanto, podemos presumir que os hospitais reconhecem neste recurso um valor presente e que provavelmente será mais se tornará maior caso a certificação passe a ser uma exigência para fins de financiamento ou por regulação governamental. Este tipo de aquisição de recurso é explicado por Barney, (1986) e por Adegbesan, (2008) ao descreverem o mercado de fatores estratégicos.

- Hospital A: acreditado pela JCI
- Hospital B: unidades 1 e 2, pela ONA; unidade 1, pela ONA e pela CCHSA
- Hospital C: acreditado pela JCI
- Hospital D: acreditado pela JCI
- Hospital E: acreditado pela JCI
- Hospital F: o entrevistado refere que vai buscar acreditação pela JCI
- Hospital G: acreditado pela ONA; o entrevistado refere que vai buscar acreditação pela JCI
- Hospital H: acreditado pela ONA
- Hospital I: acreditado pela CCHSA e ONA
- Hospital J: acreditado pela ONA

O hospital A acredita na importância da acreditação para controle de qualidade. Já o dirigente do hospital G revela-nos que a implantação do BSC possibilitou grande melhora no gerenciamento da organização; acha que a acreditação poderá vir a ser uma exigência das operadoras de planos de saúde para credenciar os prestadores.

O quadro 5 abaixo, não deixa dúvida da forte relação entre a ocorrência da acreditação, a prática do planejamento estratégico e o uso de BSC como ferramenta de gestão.

Hospital	Agências Acreditadoras	Planejamento Estratégico	Uso do BSC
A	JCI	Sim	Sim
B	ONA e CCHSA	Sim	Sim
C	JCI	Sim	Sim
D	JCI	Sim	Sim
E	JCI	Sim	Sim
F	Não	Não	Não
G	ONA	Sim	Sim
H	ONA	Sim	Sim
I	ONA e CCHSA	Sim	Sim
J	ONA	Sim	Sim

Quadro 5 – Acreditação, planejamento estratégico e BSC

6.7 As estratégias

Na última parte do roteiro de entrevistas, foi solicitado ao dirigente entrevistado que exprimisse em suas próprias palavras quais eram as estratégias de sua organização, como surgiram, quem eram os responsáveis por tais estratégias, como eram comunicadas aos colaboradores e, por fim, como a decisão de ampliação se encaixa nessas estratégias. A seguir alguns comentários sobre as respostas obtidas:

Hospital A — Três estratégias principais: as duas primeiras, crescer e diversificar, refletiram as abordagens da entrevista; a terceira refere-se a criar um clima de transparência em relação ao que chama de sustentabilidade, esta última com quatro componentes, referentes à valorização dos colaboradores, à agenda ambiental, ao serviço à comunidade e (por último, mas que a nós pareceu muito significativo como item da transparência) o fato de que o hospital deve ter resultado positivo para ser sustentável. No que diz respeito à comunicação, foi citado o papel central da gestão de pessoas. Também se caracterizou a estratégia como a construção de um processo, que começa no líder e se dissemina. A ampliação se encaixa, na medida em que quer crescer para ser melhor.

Hospital B — As estratégias surgem na organização sob responsabilidade dos executivos e o responsável principal. Foram construídas em *workshops*. O entrevistado citou o que nos pareceu também, neste caso, diretrizes e objetivos estratégicos: visão de rede, ser a referência na região para emergência e ser lembrado pelos pacientes entre os cinco principais hospitais para a realização de cirurgias eletivas. Na comunicação, destaca a importância do BSC. A ampliação significa crescer para não desaparecer.

Hospital C — Foram lembradas, como estratégias, trabalhar as especialidades novas e reforçar a marca do hospital como sendo de qualidade em todas as especialidades que oferece. As estratégias vêm das cabeças do CEO e do diretor geral, que ouvem as demandas do mercado. As reuniões gerenciais são os principais meios de comunicação. As reuniões gerenciais citadas remetem ao modelo implantado a partir do processo de acreditação.

Hospital D — Foram citados dois pontos como estratégias: a humanização, refletindo o respeito às pessoas, e o respeito à governança, significando a liberdade que a administração tem para atuar (que, em nossa opinião, parecem ser mais valores do que estratégias propriamente ditas; talvez não tenhamos conseguido apresentar a pergunta adequadamente). O modelo PE – BSC fica patente quando o entrevistado refere que os responsáveis pelas estratégias são os integrantes do G1 e a comunicação é feita pela governança nas reuniões de G1, G2 e G3.

Hospital E — As estratégias estão voltadas para o segmento A do mercado, procurando atender todas as necessidades desta população e buscar reconhecimento pelas responsabilidades médicas estratégicas, e também para a readequação a uma prática médica menos hospitalar, mais voltada para medicina preventiva, em equipamentos de menor complexidade. Com um pouco de esforço, podemos traduzir esta fala como sendo a mesma estratégia citada pelo diretor do hospital A e nominada como "diversificar". Pela posição organizacional do entrevistado, a resposta foi um tanto restrita aos serviços ofertados. O principal estrategista citado é o presidente da entidade mantenedora, referido como o grande visionário. O CEO é o segundo. A ampliação é decorrente da escala necessária para a alta complexidade.

Hospital F — O diretor citou o que nos parece serem mais diretrizes estratégicas que refletem o atual momento do hospital e suas perspectivas de futuro

a médio e longo prazos: sobreviver aos próximos e pagar as dívidas, concretizar a fundação e se tornar um fomentador de pesquisas na especialidade a partir das receitas geradas pelo o hospital. No seu entendimento, este momento de transformação institucional é de difícil compreensão para os colaboradores.

Hospital G — O entrevistado cita como estratégias: crescer e responsabilidade socioambiental. Os três diretores executivos da rede são os responsáveis e deles emanam as ideias. Considerou a comunicação falha algumas vezes; por isso, fazem um trabalho de *endomarketing*. A questão ambiental é exemplificada por um trabalho de coleta de óleo de cozinha com catadores de papel.

Hospital H — O entrevistado remete a questão da estratégia ao processo de profissionalização da gestão e da governança na perspectiva do crescimento do grupo, uma vez que é preciso ter uma imagem de empresa bem organizada para a captação de recursos e parcerias. As estratégias surgem dos anseios das famílias dos sócios, mas também são originadas de pressões das operadoras e dos fornecedores. As estratégias são concebidas nos conselhos, o consultivo e o de administração, mas há demandas como as reivindicações das equipes médicas. A fala do entrevistado parece refletir também o processo de profissionalização da organização, onde a família se afasta da direção executiva.

Hospital I — O foco em atendimento de emergência e de terapia intensiva, bem como a segmentação em especialidades são citados como estratégias de mercado, aprovadas no conselho de administração. A fala deste executivo é fortemente marcada pelo modelo de gestão corporativa. As estratégias são definidas pelo corpo diretivo, numa dinâmica entre mercado e gestores, que fazem o acompanhamento dos indicadores; nas palavras do entrevistado: "Diariamente, semanalmente, mensalmente, pelos gestores!" A partir destes indicadores, o corpo diretivo tem condições de estabelecer as estratégias que darão respostas ao mercado. Em relação ao crescimento, faz interessantes afirmações: a ampliação do hospital depende mais da intuição e não é possível saber ao certo ou estabelecer o retorno sobre o investimento: "Ninguém pode saber qual vai ser o resultado no primeiro mês." Outro ponto que chamou a atenção em sua fala foi afirmar que competência e desenvolvimento de gestão não são estratégias, mas importantes recursos que devem ser trabalhados; isto nos lembra Porter (1996), quando este autor afirma que efetividade operacional é necessária, mas não é estratégia.

Hospital J — O entrevistado, considerando que neste caso está falando em visão de rede e não de hospital isolado, cita três pilares: a geração de valores por posicionamento de marcas, a diferenciação por serviços (em particular, a hotelaria) e a expansão. Quando fala da excelência operacional, ficamos com o entendimento de que tem uma posição semelhante à de seu colega do hospital I, pois tem na sua trajetória pessoal, neste hospital a implantação do modelo de gestão corporativa. A comunicação tem tratamento diferenciado, com a presença de uma pessoa da área de RH encarregada de fazer a comunicação interna na empresa, participando das reuniões de diretoria.

6.8 Definições de estratégia pelos entrevistados

A última parte do roteiro solicitava ao executivo uma definição de estratégia, que reproduzimos novamente a seguir.

Hospital A — "Estratégia para mim é o caminho para alcançar a Visão. Visão e estratégia são tão importantes quanto. Mas a visão é mais. Estratégia, muito sinteticamente é o como. Visão é o 'o-quê'. Não existe como bom para quem não sabe o que fazer. Agora um o quê sem um como é insuficiente."

Hospital B — "A estratégia é aquilo que você estabelece como caminhos, como projetos para atingir a visão e o objetivo final da organização."

Hospital C — "Estratégia é o exercício de tradução das suas necessidades, ou pelo menos das necessidades que você percebe, para a realidade. É o exercício de transformar o que existe de demanda, de problemas que te afligem em solução real."

Hospital D — "Estratégia é você estar atento continuamente, aos acontecimentos internos e externos da sua instituição e trazer as melhores práticas. Em resumo não inventar. Você pode ousar, mas não inventar."

Hospital E — "[...] Pensando na prática na vida real, eu lembro de uma frase que ouvi em um evento de gestão de saúde nos Estados Unidos: '*Culture is strategy for lunch*'. Então, não adianta maquinar um monte de idéias, se você não conseguir implementar... E a cultura às vezes é mais importante. Você pode estabelecer uma estratégia, o chefe vai levar uma organização para um lado, mas

de repente a organização, pela cultura, pelas pessoas, pelas ideias das pessoas, ela vai para outro lugar. Então, na prática hoje, é o mapa mental das pessoas dentro da organização, pensando no rumo que esse mapa mental vai levar a organização... Não sei se isso é estratégia ou, se é o meio pelo qual a gente tem que executar a estratégia, mas o fato é que isso é mais importante do que qualquer outro conceito: Se você não conseguir que as pessoas estejam pensando igual, orientadas para aquela direção, por mais que você tenha uma estratégia mirabolante, baseada em fatos, evidências ou na última moda, você não vai conseguir executar."

Hospital F — "Estratégia é você usar o que você tem... Transformar os dados que você tem em inteligência na busca de um resultado."

Hospital G — "A estratégia está vinculada a planejamento... Planejamento estratégico é uma interferência deliberada sobre a realidade... Você vai lá e muda as coisas pela vontade. Isso para mim é estratégia, na verdade é o planejamento estratégico. É aquilo que você faz, interfere e muda."

Hospital H — "Estratégia é justamente o caminho pelo qual a gente chega nos nossos objetivos. Você define objetivos e depois você define o caminho que você vai percorrer."

Hospital I — "Estratégia é alocação dos meus recursos, por uma demanda de mercado, olhando como isso vai ser absorvido e olhando como a concorrência reage em relação a isso... Recurso, mercado e concorrência, se você não abordar isso, você não está falando de estratégia."

Hospital J — "Bem simploriamente falando, que vale para qualquer concepção de negócio e inclusive de vida, é conseguir idealizar onde que você quer chegar e desenhar o caminho para tal. ...a construção do caminho é a estratégia."

Pareceu-nos interessante colocar esta questão aos dirigentes de organizações num momento em que o mercado em que atuam encontra-se muito agitado. Se compararmos as definições acima com os cinco pés de Mintzberg (1987, 2006), teremos a maioria das definições (as dos entrevistados dos hospitais A, B, C, F, G, H e J) enquadrada no primeiro pé, de plano, "[...] ou algo equivalente — uma direção um guia ou curso de ação para o futuro, um caminho para ir daqui até ali. [...]" (MINTZBERG, 2006, p. 17).

Se conseguirmos traduzir a definição do diretor do hospital E, talvez possamos enquadrá-la também no primeiro pé, "[...] o rumo que este mapa mental vai levar a organização [...]" (MINTZBERG, 2006, p. 17).

A definição do diretor do hospital I e, talvez, a do D podem ser enquadradas no segundo pê, posição: "[...] localização de determinados produtos em determinados mercado [...]" (MINTZBERG, 2006, p. 17).

7 CONCLUSÕES

Para a definição do objeto de pesquisa, foi elaborada a seguinte pergunta: O que tem levado hospitais privados no segmento da assistência médica suplementar no município de São Paulo a ampliar sua capacidade de atendimento, especificamente sua oferta de leitos de internação, quando aparentemente a tendência mundial do setor hospitalar é a de diminuição da necessidade de internação para a população e os dados oficiais brasileiros indicam redução no número de leitos privados? A partir desta questão, foram estabelecidos os objetivos especificados no item 2 ("Objetivos") desta tese e foi realizada investigação, mediante entrevistas com os diretores dos hospitais selecionados na amostra, conforme descrito no item 4 ("Metodologia").

Dos resultados da investigação, chegamos a algumas conclusões que podem ajudar a responder, em parte, à questão formulada.

7.1 Por que estão ampliando?

Há um reconhecimento geral de que a economia do País está aquecida. Isto pode ser demonstrado por indicadores econômicos, como o crescimento do PIB. A assistência médica suplementar, por sua vez, sofre diretamente o impacto das flutuações econômicas. Uma variação no nível de emprego reflete-se no número de beneficiários de planos de saúde. Os dados da ANS têm corroborado o crescimento deste número, e o trabalho de Silva e Martin (2009) demonstra que a cidade de São Paulo possui cobertura populacional de 58% para planos de assistência médica.

Por outro lado, os dados das últimas edições da pesquisa AMS do IBGE têm demonstrado uma diminuição dos leitos hospitalares disponíveis no Brasil, decorrente da redução dos leitos em hospitais privados, pois, no mesmo período, tem havido crescimento do número de leitos hospitalares públicos, embora em níveis inferiores ao crescimento populacional. Entretanto, a metodologia da referida pesquisa não permite saber ao certo o que ocorre com os leitos específicos do

mercado de saúde suplementar. O que a pesquisa indica com clareza é que os leitos privados disponíveis ao SUS estão diminuindo.

Silva e Martin (2009) também mostram que há uma tendência de concentração no mercado das operadoras de planos de saúde. Contudo, este ainda é um mercado pouco concentrado e muito competitivo, em particular no estado de São Paulo e na sua Capital.

De fato, todos os dirigentes entrevistados referiram que precisavam dar uma resposta à demanda, à exceção do hospital F, que é um caso peculiar ("busca de um sonho", nas palavras do próprio diretor). Mas, mesmo neste caso, antes de fazer a mudança para as novas instalações, o entrevistado reconheceu que também estavam tendo dificuldade de atender à demanda.

A primeira hipótese poderia ser então que estaríamos presenciando apenas um ajuste de oferta à demanda. Porém, como contraponto a esta hipótese, coloca-se uma característica do setor da saúde conhecida como "desospitalização", debatida no trabalho de Vecina e Malik (2007), conforme discutido no item "Referencial Teórico". Também como já apresentado no item 1.3 desta tese, quando observamos o crescimento do número de beneficiários de planos de saúde na cidade de São Paulo no período de 2000 a 2010 foi de apenas de 6.9%, apesar de que no Brasil, no mesmo período, este crescimento foi de 43,3%!

Outra hipótese é que estaria em curso um fenômeno de mimetismo no qual todos passam a adotar a mesma estratégia, sem que de fato haja evidências que justifiquem essa atitude, aos moldes do fenômeno descrito no trabalho de Caldas e Wood Jr., (2000), citado anteriormente.

O que pudemos depreender é que a ampliação não é só uma questão de atendimento à demanda. A ampliação está vinculada principalmente à opção pelo crescimento, entendendo-se que este crescimento seja menos uma opção e mais uma necessidade da empresa hospitalar de alta complexidade de ter porte suficiente para viabilizar os investimentos e o custeio dos recursos que precisa dispor para manter um padrão de qualidade que a mantenha competitiva no mercado. Não ter condições de atualizar-se tecnologicamente é mortal neste negócio. Nesta linha poderíamos então dizer que escala é um recurso estratégico que estas empresas precisam incorporar tempestivamente na busca de vantagem competitiva no futuro, ou no mínimo para que, no futuro não se coloquem em uma situação de

desvantagem competitiva. Esta abordagem nos remete aos trabalhos de Barney, (1986, 1991) e de Barney e Hesterly (2008), também já citados anteriormente.

Outra face da questão do crescimento que pôde ser percebida neste estudo foi o das empresas que têm a visão de que precisam fortalecer as posições que detêm, principalmente em mercados locais, contra eventuais ameaças de novos entrantes. E de que crescer também significa maior poder de barganha junto às operadoras de planos de saúde, compradores de serviços, bem como junto a fornecedores. Porter, (2008) ensina que para definir a estratégia da empresa é fundamental compreender a estrutura da indústria ou das indústrias em que ela atua. E que para definir a expectativa dos resultados da empresa deve-se conhecer a lucratividade média da indústria.

Por outro lado para se compreender o processo de crescimento das empresas não se pode olhar apenas para o meio ambiente em que ela se encontra. Na verdade, a teoria do crescimento da firma de Penrose, nos ensina que há dois tipos de causas para o crescimento das empresas, as internas e as externas. As causas externas como aumento de capital, condições de demanda não podem ser compreendidas sem uma análise da natureza da empresa propriamente dita. São os recursos idiossincráticos da firma em especial os recursos gerenciais e que vão determinar a possibilidade da firma aproveitar as oportunidades de crescimento surgidas na interação com o ambiente externo. Esta colocação é bem ilustrada pela trajetória do hospital D. Este hospital decidiu interromper a implementação de um processo de expansão das instalações previsto em um amplo projeto nos anos 1990. E esta decisão foi consequência da intervenção dos representantes do corpo clínico, num momento em que o hospital enfrentava uma crise de governança que culminou com a troca da direção do hospital. A opção da nova direção foi a de primeiro cuidar da governança para depois tratar de crescer. Aqui podemos identificar dois aspectos que são analisados por Penrose. O primeiro é a importância dos recursos administrativos na taxa de crescimento da firma. O entendimento dos tomadores de decisão foi que primeiro era preciso “colocar ordem na casa” para depois retomar o projeto de expansão. Não é possível saber o que teria ocorrido se a expansão não tivesse sido interrompida, ou se ela tivesse apenas sido desacelerada. A nossa sensação é que o hospital perdeu um momento importante no seu processo de crescimento que impactou fortemente no tamanho atual da entidade. Deixar de crescer numa organização hospitalar, significa reduzir sua

capacidade de incorporar tecnologia e inovação. O outro aspecto é a importância da visão do empreendedor em relação às potencialidades de crescimento que ele enxerga na firma, ou seja: “[...] ‘oportunidades produtivas’, que compreendem todas as possibilidades produtivas que vislumbradas como aproveitáveis por seus ‘empresários’.” (Penrose, 2006 p. 72). Neste caso, uma avaliação sobre a condição interna do hospital, o que Penrose chama de recursos administrativos, determinou a suspensão do plano de expansão. Em relação às oportunidades produtivas Penrose afirma: “É claro que estas oportunidades estarão restringidas na medida em que uma firma não perceber oportunidade para expandir-se, não quiser aproveitá-las ou for incapaz de fazê-lo.” (idem).

7.2 Quais modalidades de serviços e quais especialidades?

Outro fator que pudemos perceber na elaboração da estratégia de negócios dos hospitais é um reposicionamento do seu portfólio de serviços, o que foi traduzido por alguns dos entrevistados como diversificação. Isto diz respeito não só a uma mudança das modalidades de atendimento, como também à forma como as especialidades médicas são demandadas pelos clientes.

A tendência da desospitalização, discutida nesta tese, é uma realidade, mas significa apenas que muitos tratamentos, que antes precisavam ocorrer em regime de internação, hoje são feitos em consultórios, hospitais-dia ou na própria casa do paciente. Aparentemente, supor, com base apenas neste fato, que menos leitos hospitalares serão necessários no mercado de saúde suplementar da cidade de São Paulo constitui-se num equívoco. A realidade costuma ser um pouco mais complexa do que a nossa capacidade de análise. De fato, é preciso considerar e analisar outras variáveis — tanto epidemiológicas, como da dinâmica da indústria da saúde —, antes de chegar a uma conclusão. Parece inegável que está havendo um aumento de demanda. A questão é saber quanto tempo a demanda vai permanecer crescendo e, quando toda a oferta de leitos que está sendo preparada pelos hospitais for colocada à disposição do mercado, se realmente haverá pacientes para todo mundo. A fala do diretor do hospital J aponta uma estratégia de crescimento, porque prevê que no futuro vai ter que disputar pacientes com seus concorrentes.

A desospitalização não necessariamente significa menos hospitais, mas sinaliza uma nova estruturação da organização hospitalar. Isso é visível no aumento das estruturas ambulatoriais dentro dos próprios hospitais. É o caso dos centros diagnósticos e de tratamento. O hospital é uma estrutura cara, porque é um concentrador de tecnologia de alto custo. Uma das formas de otimização desta tecnologia é compartilhar sua utilização com pacientes ambulatoriais. Para isso, é preciso criar condições que facilitem o acesso e atraiam este paciente: isso significa área física, acesso, ambiência, amenidades, estacionamento, etc. Neste contexto, surgem as unidades satélites, fora do prédio do hospital, mas com muita tecnologia.

Outro aspecto da diversificação diz respeito às especialidades médicas e está modificando o modelo assistencial dos hospitais. O consumo de serviços de saúde está demandando unidades capazes de ofertar um cardápio completo às necessidades dos pacientes. O modelo de hospital de referência em poucas especialidades está dando lugar ao modelo *one stop shop*, já comentado neste trabalho. Talvez o exemplo mais dramático desta tendência que pudemos registrar que seja o do hospital C: especializado e com sua marca vinculada apenas a uma especialidade médica, teve que passar por um período penoso de retração de sua estrutura de atendimento, até conseguir se reposicionar no mercado. Isso se reflete na estratégia exposta por seu representante: buscar reconhecimento como hospital de qualidade em várias especialidades.

Algumas especialidades apareceram citadas como carros-chefes. A cardiologia continua especialidade forte, agora estruturada em hospitais gerais. Na oncologia, o avanço de novos quimioterápicos permite que o paciente faça o tratamento em regime ambulatorial dentro ou fora do hospital.

Além destas duas especialidades, podemos citar a gastroenterologia, a ortopedia, a neurologia e neurocirurgia, e a urologia.

Foi notável a redução da oferta de maternidade. Por outro lado, centros especializados em saúde da mulher estão sendo implantados por várias instituições.

Ao lado dessas estruturas de caráter ambulatorial, dentro e fora dos hospitais, também foi percebido o crescimento das estruturas clássicas de internação, voltadas preferencialmente para pacientes cirúrgicos ou clínicos de alta complexidade — portanto, com aumento dos leitos de UTI e das estruturas de pronto-socorro.

Já discorremos neste trabalho sobre o caráter peculiar da tecnologia em saúde de ter um caráter mais incremental e menos de substituição. Se isto é verdade para a tecnologia, o mesmo não se pode dizer dos serviços prestados. As modalidades ambulatoriais de atendimento claramente substituíram vários procedimentos realizados obrigatoriamente dentro de uma estrutura hospitalar. Aqui podemos citar Porter (2008): “A razão mais comum dos substitutos se tornarem mais ou menos ameaçadores é que os avanços em tecnologia criam novos substitutos ou deslocam as comparações preço-desempenho, em uma direção ou para outra.”

7.3 Como é o processo de elaboração de estratégia dos hospitais?

Nos relatos sobre este tema, foi marcante a importância nuclear do líder no processo de elaboração das estratégias.

O que variou foi a função do líder na organização, podendo ser o presidente da entidade mantenedora, o executivo profissional ou o diretor clínico. Este líder tem que dar o pontapé inicial, e aí vão se incorporando os demais executivos, num movimento de cima para baixo, em termos de níveis hierárquicos da organização. O que pareceu diferente, mas que não seria possível avaliar com apenas uma entrevista, é a capilaridade das estratégias pela organização, até os níveis operacionais as estarem compreendendo.

7.4 As estratégias são deliberadas ou emergentes?

Para Mintzberg, Alhstrand e Lampel (2006), as estratégias pretendidas podem ser realizadas plenamente, parcialmente ou não serem realizadas. Quando é realizada plenamente, a estratégia pretendida é designada como "deliberada". As estratégias emergentes são aquelas que não foram idealizadas, surgem e se constituem num padrão. Segundo os mesmos autores, poucas — ou nenhuma — estratégias são puramente emergentes ou deliberadas.

Com efeito, temos que reconhecer que, para poder classificar as estratégias como deliberadas ou emergentes, seria necessário um estudo muito mais aprofundado, de modo a conhecer a origem das estratégias realizadas. No entanto podemos a partir das entrevistas tentar graduar as estratégias implementadas pelos hospitais, nos limites do que foi visível ao pesquisador.

- Hospital A: a percepção de que a estratégia de crescimento é consistente no tempo lhe dando um caráter predominante como deliberada, entretanto, o deslocamento para uma oferta mais genérica de serviços médicos revela um componente emergente.
- Hospital B: a estratégia de ampliação do hospital foi elaborada e conduzida até ser aprovada nos órgãos colegiados superiores, dentro de uma proposta assistencial e de segmentação que tem se mantido no tempo, portanto, considerada deliberada.
- Hospital C: talvez o caso mais dramático de mudança de rumo, portanto predominantemente emergente.
- Hospital D: Tomando como referência a mudança de foco de crescimento para governança em decorrência de crise nos anos 1990 vamos considerar também este caso como preponderantemente emergente.
- Hospital E pela consistência do processo de planejamento e histórico, consideramos as estratégias preponderantemente deliberadas
- Hospital F: A força da característica empreendedora da história recente do hospital ressalta o caráter deliberado, no entanto, as mudanças de destinação das instalações, inicialmente planejadas para o atendimento de clientes diferenciados, demonstra um componente emergente significativo.
- Hospital G: A estratégia de crescimento e criação de rede se apresenta de forma consistente, porém também aqui temos o caso da unidade nova que previa uma clientela muito diferente da que a realidade revelou. Portanto também vamos considerar uma classificação intermediária entre deliberada e emergente.

- Hospital H: as estratégias de profissionalização e ampliação foram relatadas como seguindo dentro do previsto. A mudança do modelo assistencial da unidade 2 foi realizada antes de sua implementação, e por isso vamos considerar com deliberadas.
- Hospital I: o processo efetivo de profissionalização da gestão e venda do hospital nos leva a considerar a estratégia como deliberada.
- Hospital J: igual ao caso anterior consideramos a estratégia como deliberada.

No caso específico deste trabalho a classificação apresentada acima não tem maior relevância, sendo mais um exercício, que depende, como já dito do ponto no tempo e que se inicia a observação.

7.5 Que tipo de evidência tem respaldado o processo de decisão?

Para a definição das estratégias da empresa Porter propôs o modelo das cinco forças que prevê uma metodologia de análise profunda da estrutura da indústria. Não observamos evidência de que algum dos hospitais da amostra adotasse metodologia de análise com profundidade similar ao modelo de Porter. O hospital E foi o que nos pareceu possuir um processo mais abrangente e perenizado do ambiente.

Para fazer uma aproximação a esta questão, no roteiro de entrevistas foram colocadas questões sobre a existência de estudos de mercado e de retorno sobre o investimento. No caso do estudo de mercado, quando a resposta era afirmativa, foi perguntado adicionalmente se o estudo havia sido decisivo.

Pesquisa de mercado, estudos epidemiológicos, consulta a especialistas, a representantes da indústria de tecnologia da saúde, a operadoras, foram alguns exemplos de respostas. No caso dos estudos de mercados, estes chegaram a ser bastante relativizados. A intuição do executivo aparece como um fator importante, pois é fruto de conhecimento e experiência.

A demanda de porta apareceu se não como evidência, como fator de pressão para a ampliação da oferta.

A inquietação aqui é saber se as decisões são apostas ou estratégias. Teremos que nos retratar pelo menos em parte do título deste trabalho. Num mercado como o da saúde, não dá para imaginar que é possível estabelecer uma previsão com 100% de acerto. O risco é inerente e, portanto, também o componente aposta da estratégia. O que poderia se tentar saber é qual o grau de risco, ou se houve alguma evidência ou exemplo de estratégia claramente errada. Não percebemos isso, nem tampouco tínhamos tal expectativa, uma vez que as organizações do estudo, com efeito, são todas empresas bem-sucedidas. Porém, a nossa opinião é que se no presente contexto e na amostra estudada o BSC resolveu a questão metodológica para a avaliação do desempenho da governança corporativa, o mesmo não ocorre para a avaliação estrutural da indústria, necessária para a definição de estratégias confiáveis.

7.6 O planejamento é uma prática incorporada nessas organizações

Constamos que o processo de planejamento nos hospitais da mostra, é de caráter predominantemente orçamentário. Pudemos verificar também nestes hospitais uma clara associação entre a prática do planejamento estratégico, o uso do BSC e o fato do hospital possuir uma certificação de acreditação. Não resta dúvida da importância da acreditação para a consolidação do processo de planejamento estratégico e principalmente do uso do BSC nestes hospitais, seja promovendo ou reforçando a implantação destas ferramentas. Com isto se constatou um modelo bastante homogêneo de governança corporativa destas organizações.

Portanto, entendemos que o planejamento é uma prática incorporada nos hospitais estudados.

7.7 Considerações finais

Este estudo tratou do processo da formação das estratégias de negócios de um grupo hospitais de uma praça do mercado de saúde suplementar brasileiro, a cidade de São Paulo. A abordagem da pesquisa focou o principal executivo da organização. Procurou identificar processos formais do planejamento e do processo de decisão. Tratou, especificamente, da decisão de ampliação dos serviços.

O enunciado do item 2.1 "Objetivos gerais" — "Analisar e compreender a o processo de elaboração das estratégias de negócio adotadas pelos hospitais que atuam no segmento de mercado de saúde suplementar da cidade de São Paulo e suas tendências" — soa, a nós mesmos, algo pretensioso. Não obstante, cremos que pudemos captar, sim, algumas tendências do mercado. Ficamos com a sensação, ou, melhor, com a certeza, de que ainda há muitas variáveis a explorar, das quais citamos duas.

A primeira: o papel do médico na conformação da estratégia de negócios do hospital. Os velhos livros de administração hospitalar classicamente traziam algum tipo de discussão sobre o conflito de poder entre o corpo clínico e o administrativo dos hospitais, sobre a força e a influência que a corporação médica tem na definição das diretrizes da organização. Nesta tese, um dos aspectos discutidos é a reestruturação das modalidades de atenção dos portfólios de serviço, das especialidades médicas, como consequência de fatores externos ao hospital, da demanda de pacientes e operadoras, das características da tecnologia de saúde. Cremos que esta questão é mais complexa que isso. Mais uma vez lembrando Penrose, para ela a firma trata-se de uma coleção de recursos humanos e não humanos, sendo que os recursos humanos são os principais. Além disso, ela afirma que não é possível compreender as causas do crescimento das firmas avaliando-se os fatores externos, sendo necessário analisar a natureza das mesmas. Neste sentido um dos recursos internos deste tipo de firma, estudado nesta tese, que com certeza merece mais investigação é o papel que o corpo clínico esta tendo nesta nova configuração de prestação de serviços.

A outra variável diz respeito à concorrência entre os hospitais. Esta tese trata deste assunto mais sob o prisma de investigar um possível movimento de mimetismo entre os hospitais, ao adotar todos, a mesma estratégia de ampliação.

Ao encerrar este trabalho, concluímos que esta é uma hipótese muito pouco provável e que o crescimento é mandatório para quem quiser permanecer neste negócio, além de ser um reflexo da natureza destas organizações. Pudemos abordar a questão da concentração de mercado no campo dos pagadores, ou seja, das operadoras de planos de saúde. Encontramos trabalhos que mostraram que, apesar da tendência de redução das operadoras, este é um mercado pulverizado e com alta competitividade. Portanto, o "fantasma" da verticalização pelas operadoras de planos de saúde, montando estruturas próprias de assistência médico-hospitalar, talvez não seja tão assustador, ou ainda não está próximo. Por outro lado, não foi objeto de nosso estudo quantificar leitos e serviços que estão sendo disponibilizados no mercado. Além das ampliações, estão ocorrendo movimentos de aquisição e configuração de redes de hospitais. Com certeza será bem-vinda uma análise das tendências de concentração de mercado no campo dos provedores.

Por fim, no capítulo dedicado à análise e à discussão dos resultados, apresentamos as respostas dadas pelos executivos quando lhes perguntamos qual a sua definição de estratégia, podendo ser de sua própria autoria ou de outra que considerasse a melhor. Ao fechar este trabalho, gostaríamos de apresentar nossa definição ou, melhor, a definição que ouvimos do professor Flavio Vasconcelos, em aula ministrada em 27 de fevereiro de 2007, na disciplina de Estratégia do Curso de Mestrado e Doutorado da EAESP-FGV.

"Estratégia é o que importa!"

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adegbesan, J. A. (2009). On the origins of competitive advantage: strategic factor markets and heterogeneous resource complementary. *Academy of Management Review*, 34(3), 463- 475.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2010). *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro, Brasil: Author. Acesso 15 jan. 2011, em <http://www.ans.gov.br/>
- Aidemark, L-G. (2001). The meaning of balanced scorecard in the health care organization. *Financial Accountability & Management*, 17(1), 23-40.
- Albuquerque, C., Piovesan, M. F., Santos, I. S., Martins, A. C. M., Fonseca, A. L., Sansson, D. et al. (2008). A situação do mercado de saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5): 1.421-1.430.
- Albuquerque, E. M., & Cassiolato, J. E. (2002). As especificidades do sistema de inovação do setor saúde. *Revista de Economia Política*, 22(4), 134-151.
- American Hospital Association. (2006). *Trends affecting hospitals and health systems*. Washington, DC: AHA. Acesso 15 jan. 2011, em <http://www.aha.org/aha/research-and-trends/chartbook/2006chartbook.html>
- Bahia, L. (2002). O mercado de planos e seguros saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In Barjas, N., & Di Giovanni, G., *Brasil: radiografia da saúde*. (325-61). Campinas, Brasil: Unicamp.
- Bahia, L., Simmer, E., & Oliveira, D. C. de. (2004). Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 921-929.
- Bahia, L., & Viana, A. L. (2002). Introdução. In Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, organizadores. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. (7-17). Rio de Janeiro, Brasil. Acesso 15 jan. 2011, em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_saude.pdf

Barney, J. B. (1986) Strategic Factor Markets: expectations, luck and business strategy. *Management Science*, 32(10), 1231- 1241.

Barney, J.B. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99-120.

Barney J. B., & Hesterly, W. S. (2008). *Administração estratégica e vantagem competitiva*. São Paulo, Brasil: Pearson Education do Brasil.

Besanko, D., Dranove, D., Shanley, M., & Schaefer, S. (2006). *A economia da estratégia* (3ª ed., reimp.). Porto Alegre, Brasil: Bookman.

Branderburger, A. M., & Nalebuff, B. J.(1995). The right game: use game theory to shape strategy. *Harvard Business Review*, 73(4), 57- 73.

Brasil. Casa Civil. (2011). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Brasil: Author. Acesso 15 jan. 2011, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde — Conass (2007). *Saúde Suplementar*. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS 234p. Brasília, Brasil: Author.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2006). *Estatísticas da Saúde Assistência Médica Sanitária 2005*. Rio de Janeiro, Brasil: Author.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010). *Estatísticas da Saúde Assistência Médica Sanitária 2009*. Rio de Janeiro, Brasil: Author.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS. (2010a). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. (setembro). Rio de Janeiro, Brasil: Author. Acesso em http://www.ans.gov.br/data/files/FF8080822C378C2E012D52D689D44521/Caderno_2010-09-emb_WEB.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS. (2010b). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários*,

operadoras e planos.(dezembro). Rio de Janeiro, Brasil: Author. Acesso 15 jan. 2011, em http://www.ans.gov.br/data/files/FF8080822C378C2E012D52D689D44521/Caderno_2010-12-emb_WEB.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS. (2010c). *Anuário Estatístico da Saúde Suplementar – 2009*. Rio de Janeiro, Brasil: Author.

Brito, L. A. L., & Vasconcelos, F. C. D.(2009). The variance composition of firm growth rates. *Brazilian Administration Review* 6(2), 118- 136.

Caldas, M. P., & Wood Jr., T. (2000). Fads and fashions in management: the case of erp. *Revista de Administração de Empresas*, 40(3), 8-17.

Carvalho, E. B., & Cecílio, L. C. O. (2007). A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2.167-2.177.

Castro, M. S. M., Travassos, C., & Carvalho, M. S. (2005). Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 39(2), 277-284.

Cohen, W.M., & Levinthal, D. A. (1990). Absorptive capacity: a new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly*, 35(1), 128-152.

Collucci, C. (2010, outubro 24). Hospitais de SP ampliam instalações. *Folha de S. Paulo*. Acesso 24 de out. 2010, em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2410201023.htm>

Conner, K. R. (1991). A historical comparison of resource-based theory and five schools of thought within industrial organization economics: do we have a new theory of the firm? *Journal of Management*, 17(1), 121-154.

Denzin, N. K., Lincoln et al. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teoria e abordagens*. (2ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Dierickx, I., & Cool, K. (1989). Asset stock accumulation and sustainability of competitive advantage. *Management Science*, 35(12), 1.504-1.513.

- Douglas, T. J., & Ryman, J. A. (2003). Understanding competitive advantage in the general hospital industry: evaluating strategic competencies. *Strategic Management Journal*, 24(4), 333-347.
- Drucker, P. (1994). The theory of the business. *Harvard Business Review*, 72(5), 96-104.
- Ferraz, M. B., Miranda, I. C., Padovan, J., Soárez, P. C., & Ciconelli, R. (2008). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(2), 160-166.
- Ferreira Jr., W. C. (2003). Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais da saúde. *Revista de Administração Pública*, 37(2), 243-264.
- Ferreira Jr., W. C. (2004). *Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas: estudo comparativo entre administração direta e as organizações sociais da saúde*. Dissertação de Mestrado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, Brasil.
- Gadelha, C. A. G. (2003). O complexo industrial da saúde e a necessidade de um dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 521-535.
- Gadelha, C. A. G. (2006). Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de Saúde Pública*, 40 (n. esp.), 11-23.
- Ghemawat, P. (2002). Competition and business strategy in historical perspective. *Business History Review*, 76(1), 37-74.
- Kaplan, R. S., & Norton D. P. (1992) The balanced scorecard: measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 70-79.
- Kaplan, R. S., & Norton D. P. (1993). Putting the balanced scorecard to work. *Harvard Business Review* 71(5), 134-139.
- Kaplan, R. S., & Norton D. P. (1996). Using balanced scorecard as strategic management system. *Harvard Business Review*, 74(1), 75-86.

- Macedo, R. A. de. (2007). *Análise das estratégias de entrada de mercado adotadas por uma Organização Privada de Saúde: o caso Fleury*. Dissertação de Mestrado, Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, Brasil.
- Malik, A. M. (2001). Oferta em serviços de saúde. *Revista da USP*, 51, 16-27.
- Malik, A. N., & Pena, F. P. M. (2006) Estratégia na saúde. *GV executivo* 4(4), 51-55.
- Minayo, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), 1993.
- Mintzberg, H. (1987). The strategy concept I: five Ps for strategy. *California Management Review*, 30(1), 11-24.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, Joseph. (2006). *Safári de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre, Brasil: Bookman. (Originalmente publicado em 2000).
- Mintzberg, H., & Waters, J. A. (1985). Of strategies, deliberate and emergent. *Strategy and Management Journal*, 6(3), 257-272.
- Noronha, J. C., Lima, L. D. de., & Machado, C. V. A (2004) Gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In Brasil, Ministério da Saúde *Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa* (41-86). Brasil: Author
- Ohmae, K. (1988). Getting back to strategy. *Harvard Business Review*, 66(6), 149-157.
- Paes, L. R. A., (2011) *Gestão de operações em saúde para hospitais, clínicas, consultórios e serviços de diagnóstico*. (Série gestão em saúde FGV v1) São Paulo. Editora Atheneu
- Pedroso, M. C. (2011) *Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde*. Tese de doutorado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo, Brasil.

- Penrose, E. (2006). *A teoria do crescimento da firma*. São Paulo, Brasil: Editora da Unicamp.
- Penrose, E., & Pitelis, C. (2002). Edith Eleura Tilton Penrose: life, contribution and influence. In: C. Pitelis (org) *The growth of firm*. Oxford: Oxford University Press.
- Pettigrew, A., Thomas, H., & Whittington, R. (2006). *Handbook of Strategy and Management*. London: Sage Publications. (Paperback edition).
- Porac, J. F., & Thomas, H (2006). Managing cognition and strategy: issues, trends, and future directions. In *Handbook of Strategy and Management*. London: Sage Publications. (Paperback edition).
- Porter, M. E. (1991). *Estratégia Competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Campus.
- Porter, M. E. (1996). What is strategy? *Harvard Business Review*, 74(6), 61-78.
- Porter, M. E. (2008) The five competitive forces that shape strategy. *Harvard Business Review*, 86(1), 78-93
- Porter, M. E. (2009). A strategy for health care reform- toward valued-based system. *New England Journal of Medicine*, 361(2), 109-112.
- Porter, M. E., Kramer M. R. (2002) The competitive advantage of corporate philanthropy. *Harvard Business Review*, 80(12), 56-68.
- Porter, M. E., Kramer M. R. (2006). Strategy and society: the link between competitive advantage and corporate social responsibility. *Harvard Business Review*, 84(12), 78-92.
- Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2004). Redefining competition in health care. *Harvard Business Review*, 82(6), 65-76.
- Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating valued-based competition on results*. Boston Harvard Business School Press.

- Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2007). How physicians can change the future of health care. *JAMA*, 297(10), 1103-1111.
- Porter, M. E., (2008) The five competitive forces that shape strategy. *Harvard Business Review*, 86(1), 78- 83.
- Proti, D. (2002). A proposal to use a balanced scorecard to evaluate Information for Health: an information strategy for the modern NHS (1998–2005). *Computers in Biology and Medicine*, 32, 221-236
- Queiroz, A. C. Stal, E., & Malik, A.M. (2008). Panorama brasileiro: Hospital Israelita Alberto Einstein. In Barney, J.B., & Hesterly, W. S. *Administração estratégica e vantagem competitiva*. (pp. 97-96) São Paulo. Pearson Education do Brasil.
- Regnér, P. (2003). Strategy creation in the periphery: inductive versus deductive strategy making. *Journal of Management Studies*, 40(1), 57-82.
- Robson, J. C. (2005). Managed consumerism in health care. *Health Affairs*, 24(6), 1458-1489.
- Rumelt, R.P. (2003). What in the world is competitive advantage? Policy working paper 2003-105. Los Angeles: UCLA Anderson School of Management. http://www.anderson.ucla.edu/faculty/dick.rumelt/Docs/Papers/WhatisCA_03.pdf
- Rumelt, R. P., Schendel, D., et al. (1991). Strategic management and economics. *Strategic Management Journal*, 12(special issue), 5-29.
- Santiago, J. M. (1999). Use of the balanced corecard to improve the quality of behavioral health care. *Psychiatric Services*, 50(12), 1.571-1.576.
- Silva, P. N., & Martins, C. B.(2009). *Considerações sobre a concorrência no setor saúde suplementar. Dezembro 2009* em : www.iess.org.br/html/TDIESS00282009Concorrncia0809.pdf
- Simon, H. (1979). Rational decision making in business organizations. *American Economic Review*, 69(4), 493-513.
- Teece, D. J., Pisano, G., & Shuen, G. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal*, 18(7), 509-533.

- Vasconcelos, F. (2001). Safári de estratégia: questões bizantinas e a síndrome do ornitorrinco — uma análise empírica dos impactos da diversidade teórica em estratégia empresarial sobre a prática dos processos de tomada de decisão estratégica. *Anais do Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (Anpad)* [CD-ROM], Campinas, XXV, 1-15.
- Vasconcelos, F. C., e Cyrino A. B. (2000). Vantagem competitiva: os modelos teóricos atuais e a convergência entre estratégia e teoria organizacional. *Revista de Administração de Empresas*, 40(4), 20-37
- Vecina Neto, G., & Malik, A. M. (2007). Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 825-839.
- Viana, A. L. D. A., & Elias, P. E. M. (2007). Saúde e desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(supl.), 1.765-1.777.
- Westin, R. (2010, abril 5). Hospitais privados ampliam rede em SP. *Folha de S. Paulo*, C1.
- WHO — World Health Organization. (2005). *Constitution of the World Health Organization*. Acesso fev. 2011, em <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- Williamson, O. E. (1991). Strategizing, economizing and economic organization. *Strategic Management Journal*, 12, 75-94.
- Zelman, W. N., Pink, G. H., & Matthias, C. B. (2003). Use of balanced scorecard in health care. *Journal of Health Care Finance*, 29(4), 1-16.
- Zucchi, P., Nero, C. D., & Malik, A. M. (1998). Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e oferta dos serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*, 32(5), 125-147.

APÊNDICE A

Roteiro das entrevistas realizadas

ENTREVISTADO

Nome

Cargo

Tempo no cargo: desde:

Tempo na organização:

Formação profissional

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

Nome do Hospital

Ano de fundação

Entidade proprietária/ mantenedora

FINALIDADE

Com finalidade lucrativa ()

Sem finalidade lucrativa ()

Possui certificação de filantropia:(implica na imunidade de impostos) sim()ou não()

ESTRUTURA FÍSICA

Descrição da estrutura atual do hospital

Número de unidades: (especificar)

Nome da unidade:

Localização (cidade, bairro).

Ano de implantação:

Tipo (hospital, ambulatório, pronto atendimento, centro diagnóstico, etc).

Tamanho: (número de leitos, de consultórios, salas de exames).

Volume de atendimentos: (internações, consultas, exames).

AMPLIAÇÕES

Ampliações realizadas e finalizadas nos últimos dez anos

Nome:

Localização:

Tipo:

Tamanho:

Volume de atendimento:

Valor do Investimento: (ordem de grandeza, próprio, financiado)

Em quanto tempo o investimento se pagou, ou se pagará?

Ampliações em andamento

Nome:

Localização:

Tipo:

Tamanho:

Volume de atendimento:

Valor do investimento: (próprio, financiamento)

Em quanto tempo o investimento deve se pagar?

Ampliações aprovadas

Nome da unidade

Localização

Tipo

Tamanho

Volume estimado de atendimento

Valor do investimento: (próprio, financiamento)

Em quanto tempo o investimento deve se pagar?

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL (confirmar informação levantada)

Instância deliberativa máxima

Denominação

Composição e estrutura

Principais executivos corporativos

Instâncias deliberativas outras

PROCESSO DECISÓRIO

(Obs.: Tentar desenhar um fluxograma do processo de decisão).

Por que a organização resolveu ampliar a sua capacidade operacional (leitos, unidades satélites, outras)?

Quem ou qual instância foi responsável pela decisão?

Quando surgiu a idéia?

De quem ou de onde partiu a idéia?

Foi realizado algum estudo de mercado? Qual?

Caso tenha sido realizado, o estudo foi determinante para a decisão? Se não, o que foi determinante?

Qual foi o público alvo?

Quais tipos serviços e ou especialidades?

Como foi avaliada a demanda para os novos serviços?

Foram consultados grupos de interesse: médicos, operadoras de planos de saúde, pacientes, fornecedores, comunidade, etc?

De que forma ocorreram estas consultas?

O fato de outros hospitais do setor estarem ampliando suas capacidades operacionais influenciou na decisão?

COMUNICAÇÃO

Como se deu a comunicação da decisão de ampliação?

Todo mundo recebeu a mesma informação?

Quando e como se deu a comunicação aos colaboradores?

Como e quando a decisão se tornou pública?

PLANEJAMENTO

A organização realiza processo formal de planejamento?

Qual a periodicidade?

O hospital adota algum modelo de planejamento? Qual? Desde quando?

Descrição sumária do processo de planejamento:

Quem é o responsável?

Há algum tipo de assessoria externa?

Quem toma parte?

ESTRATÉGIA(S)

Na suas palavras, qual ou quais são as estratégias da sua organização?

Como ela(s) surgiu(ram) na organização?

Quem é ou, são os responsáveis pelas estratégias na sua organização?

Como a estratégia ou estratégias são comunicadas aos colaboradores?

Como a decisão de ampliação se encaixa na estratégia da organização?

UMA DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIA

Qual a sua definição de estratégia?

APÊNDICE B

Formulário de consentimento informado

Título: Ampliação dos hospitais privados na cidade de São Paulo: Aposta ou estratégia?

Escola de Administração de Empresas de São – Fundação Getúlio Vargas

Autor: Walter Cintra Ferreira Junior

Orientadora: Professora Ana Maria Malik

Propósito

O senhor está sendo convidado para participar da fase de aplicação do instrumento de coleta de dados de pesquisa de campo integrante de projeto de tese de doutorado em administração de empresas da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas.

O propósito do estudo é compreender o processo de tomada de decisões estratégicas em hospitais privados, sediados na cidade de São Paulo, atuantes no setor da saúde suplementar, através do ponto de vista de seus executivos. Em particular, busca-se estudar os hospitais que, nos últimos dez anos, têm passado por processo de ampliação de sua estrutura física e de oferta de serviços. Sua participação é importante porque, como executivo sênior desta organização, o senhor poderá responder as perguntas relacionadas a questões afetas ao processo de tomada de decisão estratégica de sua organização.

Procedimento

Se concordar em participar, a entrevista será realizada pelo doutorando, utilizando um roteiro. Nossa expectativa é que a entrevista não exceda 60 minutos. Caso isto não seja um empecilho, a entrevista será gravada para dar suporte ao pesquisador quando da compilação das informações. Após isto, as gravações serão apagadas..

Benefícios

Pode ser que esta pesquisa não lhe traga qualquer benefício direto. Quando o estudo for concluído, ser-lhe-á encaminhada cópia eletrônica do trabalho. O resultado do trabalho poderá ser de seu interesse, bem como de outras lideranças na área hospitalar.

Confidencialidade

Toda informação referente à personalização de sua entrevista será mantida em sigilo. Nenhum nome de organização ou de entrevistado será identificado. As gravações das entrevistas serão apagadas imediatamente após a informação ter

sido transcrita, portanto, nada ficará gravado de maneira que sua identidade seja revelada.

Os resultados poderão ser publicados para fins científicos, mais uma vez sem que haja identificação dos indivíduos. Se alguma informação específica for publicada, será escrita de maneira a que o entrevistado não possa ser reconhecido. Além disso, a análise dos resultados e as conclusões não serão apresentadas como um estudo de caso individual.

Participação Voluntária / Exclusão

Sua participação neste estudo é voluntária. Sua participação pode ser retirada a qualquer momento. Caso opte pela exclusão de sua entrevista, por favor entre em contato com o autor da tese ou com a orientadora do trabalho para que sua informação seja omitida do banco de dados da pesquisa.

Contatos

Para perguntas relacionadas com este estudo, contatar o autor, Walter Cintra Ferreira Junior, pelos telefones (11) 9908-5934 ou a orientadora, Profa. Ana Maria Malik, na Fundação Getúlio Vargas, telefone (011)3799-7717

Uma cópia deste formulário de consentimento ser-lhe-á entregue após sua assinatura, concordando em participar do estudo.

Entrevistado

Data

Pessoa que aplicou o consentimento

Data