MARCELO CALDEIRA PEDROSO

**Um modelo de gestão estratégica
para serviços de saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Malik

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Pedroso, Marcelo Caldeira

Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde / Marcelo Caldeira
Pedroso. -- São Paulo, 2010.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Ana Maria Malik.

Descritores: 1.Gestão em saúde 2.Setor de assistência à saúde 3.Gestão de recursos
4.Organização e gestão

USP/FM/DBD-463/10

Ao meu filho Pedro Henrique, com muito amor e carinho.

À minha esposa Adriana, pelo apoio e compreensão.

Aos meus pais, Antonio Carlos e Therezinha,
pelo amor incondicional e princípios que me conduziram até aqui.

AGRADECIMENTOS

À Ana Maria Malik, pela orientação segura e consistente, e por compartilhar comigo seu conhecimento e experiência.

Aos entrevistados na pesquisa de campo, cujas contribuições foram extremamente valiosas.

Aos professores e equipe do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo que, de maneira direta ou indireta, colaboraram para viabilizar a realização deste trabalho.

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. INTRODUÇÃO.....	2
1.2. PARTICULARIDADES DO SETOR DE SAÚDE.....	2
1.3. OBJETIVOS.....	5
1.4. JUSTIFICATIVA PARA O TEMA	7
1.4.1. Importância econômica, social e científica do setor de saúde.....	7
1.4.2. Importância dos modelos de gestão estratégica para os serviços de saúde	10
1.4.3. Alinhamento às linhas de pesquisa do Departamento de Medicina Preventiva.....	11
1.5. ESTRUTURA DO TRABALHO	12
 CAPÍTULO 2. CADEIA DE VALOR DA SAÚDE	14
2.1. INTRODUÇÃO.....	15
2.2. ABRANGÊNCIA DA SAÚDE	15
2.3. REVISÃO DA LITERATURA: CADEIA DE VALOR DA SAÚDE.....	19
2.3.1. Burns et al. (2002)	20
2.3.2. Gadelha (2003).....	24
2.3.3. Pisano (2006a)	28
2.3.4. Porter e Teisberg (2006).....	30
2.3.5. Herzlinger (2007)	33
2.3.6. Campos et al. (2009)	35
2.3.7. Christensen et al. (2009).....	37
2.4. COMENTÁRIOS	40
 CAPÍTULO 3. GESTÃO ESTRATÉGICA NA SAÚDE: CONTEXTO E PROCESSO	41
3.1. INTRODUÇÃO.....	42
3.2. CONCEITOS GERAIS SOBRE GESTÃO ESTRATÉGICA	42
3.2.1. O que é gestão estratégica?.....	42
3.2.2. Abordagens teóricas sobre estratégia	45
3.2.3. Importância e evolução da gestão estratégica nas organizações	50
3.3. TAXONOMIA PARA O ESTUDO DA GESTÃO ESTRATÉGICA.....	52
3.4. CONTEXTO DA ESTRATÉGIA	54
3.4.1. Contexto internacional	54
3.4.2. Contexto do setor	55
3.4.3. Contexto organizacional	56
3.4.4. Abordagem adotada para o contexto da estratégia.....	59
3.5. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA.....	61
3.5.1. Estratégia deliberada e emergente.....	61
3.5.2. Processos básicos de formulação da estratégia	62
3.5.3. Abordagem baseada na organização industrial.....	65
3.5.4. Abordagem fundamentada nos recursos e capacidades.....	68
3.5.5. Etapas do desenvolvimento da estratégia	70

CAPÍTULO 4. GESTÃO ESTRATÉGICA NA SAÚDE: CONTEÚDO.....	73
4.1. CONTEÚDO DA GESTÃO ESTRATÉGICA	74
4.2. STAKEHOLDERS.....	76
4.3. INTENÇÃO ESTRATÉGICA	78
4.4. ANÁLISE DO AMBIENTE EXTERNO	80
4.4.1. Forças estratégicas.....	80
4.4.2. Macro variáveis externas	83
4.4.3. Análise do ciclo de vida na saúde.....	85
4.5. ANÁLISE DO AMBIENTE INTERNO	88
4.5.1. Recursos.....	89
4.5.2. Processos de negócios.....	92
4.5.3. Incerteza e variabilidade dos processos em serviços de saúde	95
4.5.4. Serviços e segmentos de mercado.....	96
4.5.5. Capacidades organizacionais	99
4.5.5.1. Definição de capacidades organizacionais.....	99
4.5.5.2. Identificação das capacidades organizacionais estratégicas.....	101
4.5.6. Estrutura organizacional e social	105
4.5.6.1. Gestão estratégica e estrutura organizacional.....	105
4.5.6.2. Estrutura social da organização.....	109
4.6. POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO	113
4.6.1. Análise do posicionamento estratégico	113
4.6.2. Modelo de negócios: conceito e definições	115
4.6.3. Modelo de negócios e estratégia	118
4.7. OPÇÕES ESTRATÉGICAS.....	119
4.8. EXECUÇÃO DA ESTRATÉGIA	124
4.8.1. Barreiras e recomendações à efetiva execução da estratégia	125
4.8.2. Mudanças estratégicas	127
4.8.3. Escritório de gestão estratégica.....	129
4.8.4. Alinhamento entre estratégia e orçamento corporativo	130
4.9. VANTAGEM COMPETITIVA	132
4.9.1. Definição de vantagem competitiva	133
4.9.2. Mensuração da vantagem competitiva	136
4.10. MONITORAMENTO DO DESEMPENHO ESTRATÉGICO	141
4.11. GOVERNANÇA CORPORATIVA	146
4.11.1. Concentração do controle acionário	146
4.11.2. Conselho de administração	147
4.11.3. Remuneração dos executivos do alto escalão	149
4.11.4. Mercado para o controle corporativo	150
4.12. INTELIGÊNCIA ESTRATÉGICA.....	151
4.12.1. Retrolimentação estratégica	151
4.14.2. Aprendizado estratégico	153
CAPÍTULO 5. METODOLOGIA DE PESQUISA.....	157
5.1. INTRODUÇÃO.....	158
5.2. METODOLOGIA DE PESQUISA EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES...	158
5.3. PESQUISA QUANTITATIVA E QUALITATIVA.....	161
5.4. MÉTODO DE PESQUISA.....	163

5.4.1. Pesquisa experimental.....	164
5.4.2. Pesquisa do tipo <i>survey</i>	164
5.4.3. Estudo de caso	165
5.4.4. Pesquisa ação	166
5.4.5. Escolha do método de pesquisa.....	167
5.5. VALIDADE E CONFIABILIDADE DA PESQUISA.....	168
5.6. METODOLOGIA DE PESQUISA ADOTADA	170

CAPÍTULO 6. PESQUISA DE CAMPO	173
6.1. INTRODUÇÃO.....	174
6.2. PLANEJAMENTO DA PESQUISA DE CAMPO.....	175
6.2.1. Escolha das empresas	175
6.2.2. Definição dos entrevistados.....	177
6.2.3. Protocolo de pesquisa	179
6.3. COLETA DE DADOS: A DINÂMICA DAS ENTREVISTAS.....	180
6.4. ANÁLISE DA PESQUISA DE CAMPO	181
6.4.1. Compilação das entrevistas.....	182
6.4.2. Análise intra-casos.....	182
6.4.2.1. Análise do caso A	183
6.4.2.1.1. Contexto da gestão estratégica	183
6.4.2.1.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica.....	185
6.4.2.1.3. Conteúdo da gestão estratégica.....	186
6.4.2.1.4. Discussão: estudo de caso A.....	188
6.4.2.2. Análise do caso B	189
6.4.2.2.1. Contexto da gestão estratégica	189
6.4.2.2.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica.....	191
6.4.2.2.3. Conteúdo da gestão estratégica.....	195
6.4.2.2.4. Discussão: estudo de caso B.....	196
6.4.2.3. Análise do caso C.....	197
6.4.2.3.1. Contexto da gestão estratégica	198
6.4.2.3.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica.....	200
6.4.2.3.3. Conteúdo da gestão estratégica.....	201
6.4.2.3.4. Discussão: estudo de caso C	203
6.4.2.4. Análise do caso D	204
6.4.2.4.1. Contexto da gestão estratégica	205
6.4.2.4.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica.....	206
6.4.2.4.3. Conteúdo da gestão estratégica.....	207
6.4.2.4.4. Discussão: estudo de caso D	208
6.4.2.5. Análise do caso E (1961 a 2008).....	209
6.4.2.5.1. Contexto da gestão estratégica	209
6.4.2.5.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica.....	213
6.4.2.5.3. Conteúdo da gestão estratégica.....	214
6.4.2.5.4. Discussão: estudo de caso E (1961 a 2008)	216
6.4.2.6. Análise do caso E (2009 até hoje).....	217
6.4.2.6.1. Contexto da gestão estratégica	217
6.4.2.6.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica.....	218
6.4.2.6.3. Conteúdo da gestão estratégica.....	219
6.4.2.6.4. Discussão: estudo de caso E (2009 até hoje)	221

6.4.2.7. Análise do caso F	222
6.4.2.7.1. Contexto da gestão estratégica	223
6.4.2.7.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica.....	225
6.4.2.7.3. Conteúdo da gestão estratégica.....	230
6.4.2.7.4. Discussão: estudo de caso F.....	232
6.4.3. Análise inter-casos.....	233
6.5. CONCLUSÕES DA PESQUISA DE CAMPO	239

CAPÍTULO 7. MODELO DE GESTÃO ESTRATÉGICA PARA SERVIÇOS DE SAÚDE	241
7.1. INTRODUÇÃO.....	242
7.2. CADEIA DE VALOR DA SAÚDE	242
7.2.1. Modelo de gestão da saúde	243
7.2.2. Representação esquemática da cadeia de valor da saúde	244
7.2.3. Principais fluxos da cadeia de valor da saúde	250
7.2.3.1. Fluxo de inovação e conhecimento na cadeia de valor da saúde	251
7.2.3.2. Fluxo de produtos e serviços na cadeia de valor da saúde	253
7.2.3.3. Fluxo financeiro na cadeia de valor da saúde	256
7.2.3.4. Fluxo de informação na cadeia de valor da saúde	258
7.3. MODELO DE GESTÃO ESTRATÉGICA PARA SERVIÇOS DE SAÚDE.....	261
7.3.1. Diretrizes para o modelo de gestão estratégica.....	264
7.3.2. Abordagem adotada para o desenvolvimento da gestão estratégica ...	266
7.3.3. Modelo genérico proposto para gestão estratégica	271
7.3.4. Conteúdo proposto para a gestão estratégica.....	274
7.3.4.1. Intenção estratégica	275
7.3.4.2. Análise do ambiente externo	279
7.3.4.3. Análise do ambiente interno	283
7.3.4.3.1. Representação dos processos de negócios	284
7.3.4.3.2. Segmentação de serviços e mercados.....	289
7.3.4.3.3. Análise das capacidades organizacionais	290
7.3.4.3.4. Estrutura organizacional	292
7.3.4.4. Posicionamento estratégico.....	294
7.3.4.4.1. Mapa de posicionamento competitivo.....	294
7.3.4.4.2. Modelo de negócios.....	297
7.3.4.5. Vantagem competitiva	300
7.3.4.6. Balanced scorecard	301
7.3.4.7. Inteligência estratégica	302
7.4.4. Modelo de gestão estratégica adaptado ao contexto da empresa	304

CAPÍTULO 8. CONCLUSÕES.....	305
8.1. CONCLUSÕES.....	306
8.1.1. Objetivos do trabalho	306
8.1.2. Questões de pesquisa	306
8.1.3. Modelo proposto	310

ANEXO 1: Carta convite aos entrevistados	312
ANEXO 2: Termo de consentimento livre e esclarecido	313
ANEXO 3: Protocolo de pesquisa.....	317

ANEXO 4: Estudo de caso A	320
1. Entrevistado A1 (Presidente)	320
2. Entrevistado A2 (Superintendente Geral)	323
ANEXO 5: Estudo de caso B	329
1. Entrevistado B1 (Superintendente Corporativo)	329
2. Entrevistado B2 (Superintendente de Estratégia Corporativa)	334
ANEXO 6: Estudo de caso C	341
1. Entrevistado C1 (Superintendente Executivo)	341
2. Entrevistado C2 (Superintendente Operacional)	347
ANEXO 7: Estudo de caso D	355
1. Entrevistado D1 (Presidente)	355
ANEXO 8: Estudo de caso E	363
1. Entrevistado E1 (Presidente)	363
2. Entrevistado E2 (Ex-Presidente, Ex-Presidente do Conselho de Administração)	369
3. Entrevistado E3 (Vice-Presidente Médico)	375
ANEXO 9: Estudo de caso F	381
1. Entrevistado F1 (Presidente)	381
2. Entrevistado F2 (Presidente do Conselho de Administração, Ex-Superintendente Geral)	389
3. Entrevistado F3 (Ex-Presidente, Membro do Conselho de Administração)	396
Referências bibliográficas	402

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1. Lacuna de conhecimento na saúde.....	11
Figura 1.2. Estrutura do trabalho	13
Figura 2.1. Escopo da revisão da literatura	15
Figura 2.2. Modelo dos graus de saúde de Boorse (Almeida Filho e Jucá, 2002)	17
Figura 2.3. Determinantes da saúde (Dahlgren e Whitehead, 1991)	18
Figura 2.4. Modelo de desenvolvimento da saúde da EUHPID (<i>European Community Health Promotion Indicator Development</i>) (Bauer et al., 2006)	19
Figura 2.5. Cadeia de valor da saúde segundo Burns et al. (2002; p.4).....	21
Figura 2.6. Complexo industrial da saúde (Gadelha, 2003).....	25
Figura 2.7. Contexto político e institucional do complexo industrial da saúde (Gadelha, 2003)	26
Figura 2.8. Anatomia do setor de biotecnologia (adaptado de Pisano, 2006a; p. 81).....	28
Figura 2.9. Cadeia de valor da assistência à saúde em uma unidade de prática integrada (Porter e Teisberg, 2006; p.204).....	32
Figura 2.10. Elementos da cadeia de valor do setor de saúde no Brasil (Campos et al., 2009; p. 32)	36
Figura 2.11. Cadeia de valor atual e cadeia de valor de ruptura na saúde (Christensen et al., 2009, p.xxix)	39
Figura 3.1. Classificação das escolas de estratégia (Mintzberg et al., 2002) ...	47
Figura 3.2. Classificação das abordagens de estratégia (Whittington, 2000)...	49
Figura 3.3. As quatro fases da estratégia (adaptado de Gluck et al, 1982).....	52
Figura 3.4. Processo, conteúdo e contexto da estratégia.....	53
Figura 3.5. O estudo do contexto da gestão estratégica (adaptado de De Wit e Meyer, 2010, p. 424).....	54
Figura 3.6. Quatro configurações organizacionais (Mintzberg, 2007, p. 342)...	58
Figura 3.7. Quatro configurações organizacionais adotadas no trabalho	61
Figura 3.8. Tipos de estratégias nas organizações (Mintzberg e Waters, 1985)	62
Figura 3.9. Processos básicos de formulação da estratégia (Mintzberg, 2007, p. 341).....	63
Figura 3.10. Modelo das cinco forças competitivas para análise estrutural das indústrias (Porter, 1980)	66
Figura 3.11. Desenvolvimento da estratégia segundo a abordagem baseada na organização industrial (Hoskisson et al., 2008)	67
Figura 3.12. Desenvolvimento da estratégia segundo a abordagem baseada nos recursos e capacidades (adaptado de Hoskisson et al., 2008)	69
Figura 4.1. Forças estratégicas do setor de saúde.....	83
Figura 4.2. Dimensões de análise do ambiente externo para provedores de serviços de saúde	85
Figura 4.3. Curva-S em desenvolvimentos tecnológicos	86
Figura 4.4. Serviços de saúde personalizados e padronizados.....	88
Figura 4.5. Elementos da análise interna em gestão estratégica	89
Figura 4.6. Cadeia de valor segundo Porter (1985, p. 46).....	93

Figura 4.7. Distribuição das incertezas ao longo do ciclo de assistência à saúde (Bohmer, 2009, p. 134).....	96
Figura 4.8. Matriz produtos-mercados	97
Figura 4.9. Estratégias relacionadas ao escopo de atuação da empresa (adaptado de De Wit e Meyer, 2010, p.304).....	98
Figura 4.10. Abordagem VRIO para identificação dos recursos e capacidades estratégicos (adaptado de Barney e Hesterly, 2008, p. 80).....	104
Figura 4.11. Exemplo de estrutura organizacional funcional	106
Figura 4.12. Exemplo de estrutura organizacional multidivisional	107
Figura 4.13. Exemplo de estrutura organizacional matricial	107
Figura 4.14. Exemplo de alinhamento e sinergias organizacionais	109
Figura 4.15. Dimensões da rede cultural de uma organização.....	113
(Johnson et al., 2005, p. 238)	113
Figura 4.16. Exemplo de posições competitivas (D'Aveni e Gunther, 1994, p. 19).....	115
Figura 4.17. Componentes do modelo de negócios segundo Johnson (2010, p. 24).....	118
Figura 4.18. Modelo de negócios como um nível de arquitetura dos negócios (adaptado de Osterwalder, 2004, p. 14)	119
Figura 4.19. Níveis, direções e opções estratégicas	121
Figura 4.20. Escolhas e opções estratégicas	122
Figura 4.21. Tipos de mudança estratégica (adaptado de Balogun e Halley, 2004).....	128
Figura 4.22. Instrumentos de cooperação (adaptado de Christensen et al., 2009, p. 403).....	129
Figura 4.23. Modelo de alocação de recursos (Bower e Gilbert, 2005, p. 444)	132
Figura 4.24. Valor criado (adaptado de Barney e Clark, 2007, p. 26).....	134
Figura 4.25. Rentabilidade das organizações relacionadas à sua posição competitiva e setor de atuação	139
Figura 4.26. Exemplo de estrutura do <i>balanced scorecard</i> (Kaplan e Norton, 2006, p.8).....	142
Figura 5.1. A metodologia de pesquisa denominada caso estruturado (Carroll e Swatman, 2000, p. 241).....	171
Figura 6.1. Procedimento da pesquisa de campo	174
Figura 6.2. Análise inter-casos: configuração organizacional.....	237
Figura 7.1. Elementos conceituais para a proposição da cadeia de valor da saúde	242
Figura 7.2. Modelo integrado de gestão da saúde	244
Figura 7.3. Representação esquemática da cadeia de valor da saúde	245
Figura 7.4. Atividades nos elos da cadeia de valor da saúde.....	249
Figura 7.5. Principais fluxos da cadeia de valor da saúde.....	251
Figura 7.6. Exemplos de fluxos de conhecimento no setor farmacêutico (Pedroso et al., 2008)	252
Figura 7.7. Esferas de atendimento em serviços de saúde (adaptado de Cohn e Elias, 2003)	254
Figura 7.8. Fluxos de produtos e serviços na cadeia de valor da saúde	255
Figura 7.9. Fluxos financeiros na cadeia de valor da saúde.....	257

Figura 7.10. Fluxos de informação na cadeia de valor da saúde	259
Figura 7.11. Cinco elementos da gestão estratégica.....	263
Figura 7.12. Elementos básicos da gestão estratégica	264
Figura 7.13. Diretrizes para o modelo de gestão estratégica	266
Figura 7.14. Abordagens de gestão estratégica adotadas no trabalho	267
Figura 7.15. Gestão estratégica segundo a abordagem sistêmica adaptativa.....	269
Figura 7.16. Estrutura do modelo genérico de desenvolvimento da gestão estratégica adotado nesse trabalho.....	271
Figura 7.17. Modelo genérico de gestão estratégica	272
Figura 7.18. Curva-S na saúde.....	280
Figura 7.19. Estágios de desenvolvimento das tecnologias e conhecimentos na saúde	282
Figura 7.20. Alinhamento entre a maturidade do conhecimento e o grau de personalização e complexidade em serviços de saúde.....	283
Figura 7.21. Cadeia de valor genérica de uma organização	285
Figura 7.22. Decomposição funcional de uma organização	286
Figura 7.23. Exemplo de decomposição funcional dos processos de desenvolvimento em uma empresa farmacêutica	287
Figura 7.24. Exemplo de decomposição funcional dos processos de entrega em serviços de saúde.....	288
Figura 7.25. Processos e funções organizacionais.....	289
Figura 7.26. Exemplo de segmentação tridimensional na saúde	290
Figura 7.27. Análise dos recursos e capacidades estratégicas da organização	292
Figura 7.28. Estrutura organizacional funcional da Dasa	293
Figura 7.29. Segmentação das marcas da Dasa.....	296
Figura 7.30. Exemplo de mapa de posicionamento competitivo para serviços de saúde	296
Figura 7.31. Modelo de negócios da Dasa	297
Figura 7.32. Componentes de um modelo de negócios	299
Figura 7.33. Métricas da competitividade	300
Figura 7.34. Exemplo de mapa estratégico para serviços de saúde	302
Figura 7.35. Abordagem de inteligência estratégica.....	303
Figura 7.36. Modelo de gestão estratégica adaptado ao contexto da empresa	304
Figura 8.1. Posicionamento dos serviços de saúde na cadeia de valor proposta	308
Figura D.1. Visão geral do processo de planejamento estratégico da organização D (fonte: material interno da organização D).....	357

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1. Tipos de configuração organizacional e processos básicos de formulação da estratégia (adaptado de Mintzberg, 2007, p. 362)	64
Tabela 4.1. Etapas, atividades e conteúdo da gestão estratégica	75
Tabela 4.2. Categorias de recursos das organizações.....	91
Tabela 4.3. Principais efeitos que afetam o retorno e crescimento das empresas.....	138
Tabela 4.4. Indicadores do <i>balanced scorecard</i> do Hospital Infantil da Universidade de Duke (Kaplan e Norton, 2001, p. 21)	143
Tabela 5.1. Quadro comparativo entre as abordagens quantitativa e qualitativa (baseado em Bryman, 1989)	162
Tabela 5.2. Classificação do projeto de pesquisa do trabalho	168
Tabela 5.3. Táticas recomendadas para a pesquisa baseada em estudos de casos (Yin, 2005, p.55).....	169
Tabela 6.1. Características das empresas escolhidas para os estudos de casos	177
Tabela 6.2. Perfil dos entrevistados, data e duração das entrevistas	178
Tabela 6.3. Análise inter-casos: contexto	235
Tabela 6.4. Análise inter-casos: processo e conteúdo	236
Tabela 7.1. Características da gestão estratégica segundo o tipo de organização	270
Tabela 7.2. Etapas, atividades e conteúdo da gestão estratégica	275
Tabela 7.3. Elementos da intenção estratégica.....	276
Tabela 7.4. Exemplos de missão de alguns serviços de saúde do Brasil	277
Tabela 7.5. Exemplos de visão de alguns serviços de saúde do Brasil	278
Tabela 7.6. Exemplos de valores organizacionais de alguns serviços de saúde do Brasil.....	279
Tabela 7.7. Exemplos de sub-processos genéricos de uma organização	287

RESUMO

PEDROSO MC. *Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 423p.

INTRODUÇÃO: O trabalho busca um melhor entendimento sobre a gestão estratégica de serviços de saúde. A literatura sobre esse tema é ainda incipiente, particularmente ao considerar o sistema de saúde brasileiro. A gestão estratégica de serviços de saúde é uma das atividades gerenciais mais complexas em função das particularidades do setor de saúde e da complexidade inerente às decisões estratégicas. **MÉTODOS:** O pesquisador realizou uma revisão da literatura e uma pesquisa de campo baseada no método de múltiplos estudos de casos. A pesquisa foi realizada em seis organizações privadas, com sede na região metropolitana de São Paulo, que atuam na prestação de serviços de saúde e são consideradas como referência em suas áreas de atuação. Foram entrevistados treze gestores com responsabilidade por decisões estratégicas; destes, onze são ou foram presidentes executivos (ou cargos equivalentes) ou presidentes do conselho de administração. **RESULTADOS:** O trabalho apresentou uma representação esquemática da cadeia de valor da saúde e um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde. **CONCLUSÕES:** A estrutura básica do modelo proposto não é diferente da gestão estratégica apresentada pela literatura para empresas de outros setores. A saúde é um setor com elevada complexidade de gestão e importantes particularidades. Dessa forma, os prestadores de serviços de saúde devem adaptar o modelo proposto ao contexto do setor e da organização para uma efetiva gestão estratégica.

Descritores: gestão em saúde; setor de assistência à saúde; gestão de recursos; organização e gestão.

SUMMARY

PEDROSO MC. *A strategic management model for health care services providers* [thesis]. Faculty of Medicine, University of Sao Paulo, SP (Brazil); 2010. 423p.

INTRODUCTION: This dissertation aims to provide a better understanding about strategic management of health care services. The literature about it is still underdeveloped, particularly considering the Brazilian health care system. Strategic management of health care services is one of the most complex managerial tasks due to the specificities of the health care industry and the inherently complexity of strategic decisions. **METHODS:** The researcher accomplished a literature review and conducted a field research based on the multiple case study methodology. This study used a sample of six private health care service providers, located at the metropolitan area of São Paulo, and recognized as exceptional health care service organizations. Thirteen executives with strategic responsibilities were interviewed; among them, eleven were or had been Chief Executive Officers (or equivalent roles) or Presidents of the Executive Council. **RESULTS:** The dissertation presented a schematic representation of the health care value chain and a strategic management model for health care services providers. **CONCLUSIONS:** The basic structure of the proposed model is not different from the literature of strategic management for organizations in other industries. The health care industry is highly complex to be managed and has distinctive characteristics. Therefore, health care service providers should adapt the proposed model to the industry and organizational contexts in order to develop their strategic management capabilities.

Descriptors: health management; health care sector; resources management; organization and administration.

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

1.1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende buscar um melhor entendimento sobre a gestão estratégica de serviços de saúde. A literatura sobre esse tema é bastante escassa (Porter e Teisberg, 2006), além de ser relativamente recente (Swayne et al., 2008). Em particular, o trabalho tem como objetivo a análise do contexto, do conteúdo (quais os elementos estratégicos ou áreas de decisão) e do processo (como as decisões são tomadas) de gestão estratégica em organizações privadas que atuam na prestação de serviços de saúde no Brasil.

O método do estudo de caso é a abordagem de pesquisa utilizada. Há uma crescente adoção desse método para pesquisas em serviços de saúde, em função do reconhecimento da sua utilidade como ferramenta de pesquisa bem como de sua adequação à complexidade inerente às organizações que atuam nessa área (Keen, 2006). Por exemplo, Berry e Bendapudi (2007) utilizaram estudo de caso da Clínica Mayo para analisar as similaridades e diferenças entre a gestão de serviços de saúde em relação a outros serviços. Berry e Seltman (2008), também com base em estudo de caso da Clínica Mayo, discutem as práticas de gestão dessa organização e sua aplicabilidade para empresas de outros setores.

1.2. PARTICULARIDADES DO SETOR DE SAÚDE

O trabalho considera que o escopo de pesquisa trata de um problema ambíguo, pois assume a premissa de que há particularidades importantes no setor de saúde. Algumas das questões que denotam essas particularidades são:

(1) Escopo da saúde: este é amplo, pois contempla os diferentes graus de saúde, que variam desde a perspectiva positiva (inclui os elementos saudáveis e de bem-estar físico, mental e social) até a perspectiva patológica (contempla as doenças de diferentes severidades).

(2) Consumo de saúde: apresenta alguns elementos que o diferenciam de outros setores. Em geral, o consumidor não deseja o produto ou serviço de saúde de maneira intrínseca, mas para a preservação ou melhoria da sua própria saúde. Assim, o consumo em saúde pode ser tratado como um investimento, pois ele contribui para aumentar a quantidade de dias saudáveis e produtivos, o que, por sua vez contribui para a geração de riqueza (Grossman, 1972). Por outro lado, acidentes ou doenças graves podem consumir elevados volumes de recursos e levar indivíduos e famílias afetadas à ruína financeira, quando não protegidos pelo Estado ou por algum tipo de plano de saúde.

(3) Impacto na vida: os produtos e serviços de saúde apresentam importante impacto na qualidade de vida, na morbidade e na mortalidade dos indivíduos. Dessa forma, há um elemento importante de risco associado ao uso de produtos e à prestação de serviços de saúde. Além disso, diferentes decisões e atitudes dos indivíduos e dos profissionais de saúde que podem causar impactos importantes na vida (ex.: clonagem e fertilização) e na morte (ex.: aborto e eutanásia), estão inter-relacionadas com aspectos éticos, religiosos e culturais.

(4) Relevância social: a saúde é um recurso essencial aos indivíduos. Alguns pesquisadores na área de economia da saúde a consideram como um bem social, ou seja, um produto ou serviço que o Estado deveria prover à população. Outros entendem que as atividades empresariais da saúde deveriam estar à mercê das leis de mercado, com maior ou menor regulação, de maneira similar a outras atividades econômicas essenciais (Callahan e Wasunna, 2006). Tais questões, por vezes, trazem à tona elementos ideológicos que distorcem o foco das discussões sobre gestão da saúde. Além disso, a consideração da saúde como um bem social (e um dever do Estado) e/ou um recurso sujeito às leis de mercado pode gerar importantes impactos na sua oferta e consumo.

(5) Relevância econômica: a saúde é um dos principais setores nas economias dos países. No Brasil, em 2006, os gastos com saúde representaram 7,5% do PIB, enquanto os EUA gastaram 15,3% do seu PIB no

mesmo período (World Health Organization, 2009). Os gastos com saúde no mercado americano vêm crescendo e algumas projeções indicam que eles podem atingir aproximadamente 20% do PIB americano entre 2015 e 2017 (Borger et al., 2006; Keehan et al., 2008).

(6) Setor intensivo em conhecimento: a saúde é uma das áreas mais intensivas em conhecimento quando comparada com outros setores da economia. O setor de saúde supera todos os demais no indicador de percentual de pesquisa e desenvolvimento (P&D) sobre receita (Jaruzelski et al., 2006). No entanto, ainda há importantes lacunas de conhecimento médico, em particular nos mecanismos causadores das doenças e/ou na eficácia do tratamento de determinadas condições médicas (Christensen et al., 2009). Por exemplo, somente aproximadamente 25% e 30% dos pacientes respondem à terapia, respectivamente, em oncologia e na doença de Alzheimer (Spear et al., 2001). Além disso, a disponibilidade do conhecimento não é uniforme para os diferentes participantes da cadeia de valor da saúde, o que gera importantes assimetrias de informação. Essas assimetrias vêm sendo reduzidas consistentemente em função da melhoria de comunicação e disponibilização de informação de saúde, tais como na *internet*. Tal fato apresenta importantes impactos na relação entre pacientes e médicos, uma vez que estes antigamente eram soberanos em relação às recomendações aos seus clientes.

(7) Cadeia de valor fragmentada: as operações de saúde geralmente são fragmentadas ao longo da sua cadeia de valor. Isto pode acarretar decisões locais e resultar na denominada competição de soma zero, em que os participantes lutam para dividir o valor gerado, e não para aumentá-lo (Porter e Teisberg, 2006). Uma das questões relevantes dessa fragmentação contempla o envolvimento de diferentes agentes nas atividades de decisão ou recomendação (ex.: médicos), consumo (ex.: consumidores e pacientes), pagamento (ex.: governo e operadoras de saúde) e oferta de produtos e serviços (ex.: indústria de materiais médicos, indústria farmacêutica, hospitais, provedores de serviços medicina diagnóstica) para a realização de um mesmo procedimento de saúde.

Essas questões reforçam a afirmação de que a gestão da saúde é uma das atividades mais complexas com que um gestor pode se deparar. Alguns autores endossam essa premissa. Por exemplo, Plsek e Greenhalgh (2001, p. 625) afirmam que “em todas suas disciplinas, em todos os níveis e em todo o mundo, a saúde está se tornando cada vez mais complexa” no século XXI. Christensen et al. (2009, p. xvi) citam que “a saúde é uma doença terminal dos governos e empresas americanas: estamos diante de um grande problema”. Porter e Teisberg (2006, p. xiii) consideram que “a complexidade do sistema de saúde¹ é assustadora” e afirmam que a saúde é um tema que “impõe desafios de aterrorizar qualquer observador: a área é imensa, multifacetada e hermética”.

1.3. OBJETIVOS

Esse trabalho objetiva pesquisar modelos de gestão estratégica em organizações privadas que atuam na prestação de serviços de saúde no Brasil. O estudo é de natureza exploratória e aborda a seguinte questão principal de pesquisa (ou *research question*):

Como os elementos de gestão estratégica de uma organização privada que atua na prestação de serviços de saúde do Brasil podem contribuir para que ela alcance seus objetivos organizacionais?

Essa questão principal de pesquisa pode ser desdobrada nas seguintes questões complementares:

- Qual é o escopo dos serviços de saúde?
- Como a cadeia de valor de saúde no Brasil pode ser representada?
- Onde os serviços de saúde estão posicionados nessa cadeia de valor?
- Quais são as principais dimensões da gestão estratégica?

¹ Esse trabalho considera sistema de saúde como aquele que inclui todas as atividades com o propósito de promover, restabelecer e manter a saúde, segundo definição da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2000).

- Quais são os objetivos organizacionais das organizações que atuam na prestação de serviços do sistema privado no setor de saúde no Brasil?
- Quais atividades compõem o processo de gestão estratégica de serviços de saúde?
- Como são tomadas as decisões inerentes ao processo de gestão estratégica de serviços de saúde?
- Como modelos bem-sucedidos de gestão estratégica utilizados em outros setores podem ser adaptados às necessidades e particularidades dos serviços de saúde?

Essas perguntas de pesquisa remetem aos três objetivos principais dessa pesquisa:

- (1) Representar a cadeia de valor do segmento de saúde no Brasil.
- (2) Analisar o contexto, o conteúdo (quais os elementos estratégicos ou áreas de decisão) e o processo (como as decisões são tomadas) de gestão estratégica de organizações privadas que atuam na prestação de serviços do setor de saúde no Brasil.
- (3) Apresentar um modelo de gestão estratégica que considere as particularidades dos serviços de saúde no Brasil.

Para tanto, o presente trabalho pretende apresentar duas contribuições centrais: (1) uma representação esquemática da cadeia de valor da saúde no Brasil; (2) um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde.

A representação da cadeia de valor pretende estabelecer um arcabouço teórico para delimitar o escopo dos serviços de saúde no Brasil e, conseqüentemente, delimitar a abrangência da pesquisa de campo desse trabalho. Além disso, a cadeia de valor proposta pode servir como um quadro de referência para pesquisas posteriores.

O modelo de gestão estratégica de serviços de saúde pode fornecer diretrizes ao desenvolvimento do processo de gestão estratégica de organizações que atuam na prestação de serviços privados de saúde no Brasil. Ele parte de premissa que existe a necessidade de adaptação dos modelos de gestão estratégica utilizados em outros setores. O cerne da pesquisa está em

entender quais são os elementos de gestão estratégica que demandam adaptação e como isso poderia ser realizado.

1.4. JUSTIFICATIVA PARA O TEMA

A justificativa para a escolha do tema é baseada em três premissas: (1) importância econômica, social e científica do setor de saúde; (2) relevância dos modelos de gestão estratégica para os serviços de saúde; (3) alinhamento às linhas de pesquisa do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

1.4.1. Importância econômica, social e científica do setor de saúde

O setor de saúde é um dos mais importantes setores da atividade econômica de um país. Em 2006, os gastos com saúde nos EUA alcançaram 15,3% do seu PIB (Produto Interno Bruto), ou US\$ 6,719 per capita (World Health Organization, 2009). Isto é equivalente a quase US\$ 2 trilhões de investimentos em saúde por ano (Porter e Teisberg, 2006, p.1), sendo este o maior setor da economia americana (Lerer e Piper, 2003, p. 5). Os gastos com saúde nos EUA vêm crescendo consistentemente desde pelo menos 1980, e há projeções que indicam tendência contínua de seu crescimento. Por exemplo, a *American Hospital Association* (2006) estima gastos da ordem de US\$ 4 trilhões em 2015, ou seja, praticamente o dobro dos investimentos atuais. Borger et al. (2006) consideram que os gastos em saúde nos EUA possam atingir 20% do PIB em 2015. Keehan et al. (2008) apresentam uma projeção de que os gastos em saúde possam representar 19,5% do PIB americano em 2017. Mesmo com esse nível elevado de investimentos, considera-se que o sistema de saúde americano não atende as expectativas dos seus principais participantes em função dos altos custos, qualidade insatisfatória e acesso limitado aos serviços de saúde (Porter e Teisberg, 2006).

A saúde também é um dos mais importantes segmentos da economia brasileira. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2006 o Brasil investiu 7,5% do PIB em saúde, índice um pouco inferior ao gasto em saúde de alguns países desenvolvidos, tais como Japão (8,1% do PIB), Finlândia (8,2% do PIB) e Reino Unido (8,2% do PIB). No entanto, no mesmo período, os gastos em saúde *per capita* do Brasil corresponderam a US\$ 427, o que é relativamente baixo quando comparado com os mesmos países: Japão (US\$ 2,759 *per capita*), Finlândia (US\$ 3,232 *per capita*) e Reino Unido (US\$ 3,332 *per capita*). No Brasil, os gastos em saúde foram compostos por gastos públicos (47,9%) e privados (52,1%), sendo que os gastos diretos dos cidadãos corresponderam a 63,8% dos gastos privados (World Health Organization, 2009). Dessa forma, esses três atores – governo, iniciativa privada e cidadãos – participam de maneira direta e indireta (neste caso, por meio do pagamento de impostos) do financiamento do sistema de saúde brasileiro.

Do ponto de vista social, é indubitável a importância da saúde para a qualidade de vida da população. Além disso, em algumas instâncias a saúde é considerada um instrumento de proteção social. Por exemplo, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), ocorrida em Alma-Ata (ex-URSS), gerou a Declaração de Alma-Ata (DAA) que considera a saúde como um “direito humano fundamental”, além de enfatizar que a “saúde é a mais importante meta social”. O primeiro item da declaração afirma (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978):

“A Conferência enfatiza que a saúde, estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde”.

No Brasil, a Constituição de 1988 reconheceu a saúde como um direito assegurado pelo Estado, conforme artigo 196 (Brasil, 1988):

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Do ponto de vista científico, também é inquestionável a relevância da contribuição do setor de saúde para o desenvolvimento da ciência e da tecnologia. O conhecimento médico está cada vez avançado em volume e especificidade. Por exemplo, cerca de trinta mil novas citações são adicionadas por mês no Medline (Bohmer, 2009, p. 4-5). Essa explosão de conhecimentos precisa ser gerenciada adequadamente, sob o risco de gerar um ambiente caótico para os profissionais da saúde (Lee e Mongan, 2009).

Os investimentos públicos e privados em pesquisa e desenvolvimento na área de saúde são geralmente elevados, quando comparados com outros setores da economia. Por exemplo, em 2003, o gasto público em pesquisa e desenvolvimento (P&D) em saúde foi o segundo maior gasto do governo americano nesse item, só tendo perdido para a área de defesa (Herzlinger, 2006). No setor privado, a área de saúde supera todos os demais setores quando se comparam os indicadores de percentual de pesquisa e desenvolvimento sobre a receita (Jaruzelsk et al., 2006). As empresas farmacêuticas, em particular, apresentam o maior volume total de investimentos em pesquisa e desenvolvimento, quando comparadas com outros setores (Christensen et al., 2009). No setor de biotecnologia, a ciência e o conhecimento são inerentes às empresas que atuam no setor, visto que o processo de pesquisa e desenvolvimento é vital para o sucesso dessas organizações. Algumas empresas, inclusive, obtêm parte importante de sua receita por meio da comercialização de conhecimento e patentes (Pisano, 2006a; 2006b).

Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde pode cooperar para melhor obtenção dos objetivos estratégicos e maior eficiência na utilização dos recursos das organizações que atuam nesse setor. Conseqüentemente, a contribuição coletiva dessas organizações pode resultar em melhorias no desempenho dos fatores econômicos, sociais e científicos da área.

1.4.2. Importância dos modelos de gestão estratégica para os serviços de saúde

Esta tese considera que há importantes oportunidades de pesquisa no contexto da utilização de modelos de gestão estratégica em serviços de saúde. A pesquisa em serviços de saúde pode gerar contribuições relevantes às organizações do setor. Lomas (2003) cita, como exemplos bem-sucedidos, o sistema de saúde dos Veteranos de Guerra² e a *Kaiser Permanente* (uma organização americana da modalidade *managed care*, que integra o plano de saúde com a prestação de serviços de saúde). Ambas as organizações investem consistentemente na pesquisa de serviços de saúde, e vêm obtendo resultados efetivos de melhoria na qualidade e redução dos custos de saúde. Não obstante, de maneira geral, a pesquisa em serviços de saúde ainda está distante de seu pleno potencial em contribuir para a melhoria dos serviços de saúde (Dash et al., 2003).

Como premissa, o presente trabalho considera que o conhecimento científico na saúde vem se desenvolvendo a uma velocidade superior ao desenvolvimento dos modelos de gestão na saúde. Isto gera uma lacuna entre os conhecimentos, cuja origem pode estar nos campos do conhecimento fundamental e/ou aplicado de gestão (figura 1.1).

² Em inglês, *Veterans' Affairs*.

Figura 1.1. Lacuna de conhecimento na saúde

Uma questão que corrobora esta afirmação é que os custos em saúde vêm crescendo consistentemente ao longo do tempo (American Hospital Association, 2006; Borger et al., 2006; Keehan et al., 2008), bem como os desenvolvimentos científicos e tecnológicos. É certo que a qualidade de vida também vem melhorando, o que pode ser comprovado por meio de alguns indicadores de natureza geral (ex.: expectativa de vida, mortalidade infantil) e específicos (ex.: taxa de sucesso em cirurgias cardíacas). Não obstante, ainda persistem importantes ineficiências e problemas de qualidade no segmento de saúde (Kohn et al., 1999; Leape e Berwick, 2005; Bush, 2007).

Nesse contexto, este trabalho pretende contribuir para o desenvolvimento do conhecimento aplicado de gestão na saúde.

1.4.3. Alinhamento às linhas de pesquisa do Departamento de Medicina Preventiva

Este tema está alinhado com as linhas de pesquisa do programa de pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Está situado na área de atuação *Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde*, em particular

na linha de pesquisa *Gestão em Saúde*. Essa linha estuda a “identificação e discussão de modelos de gestão de sistemas e serviços de saúde”³.

Em suma, o tema proposto apresenta relevância para a gestão das operações de saúde no Brasil. As pesquisas sobre modelos de gestão estratégica em serviços de saúde são escassas (Porter e Teisberg, 2006) e relativamente recentes (Swayne et al., 2008), de modo que o trabalho pode contribuir para o desenvolvimento da teoria e na identificação de novas oportunidades de pesquisa. Além disso, a maior parte da literatura atual foca sistemas de saúde de outros países, em particular o sistema de saúde norte-americano (como, por exemplo, Porter e Teisberg, 2006; Herzlinger, 2007; Relman, 2007; Christensen et al., 2009). A presente pesquisa aborda o sistema de saúde brasileiro, que apresenta suas particularidades. Por exemplo, Cechin et al. (2008) afirmam que o sistema de saúde brasileiro convive com uma dicotomia: o SUS (Sistema Único de Saúde), em seu desenho e princípios, é inspirado nos sistemas europeus, enquanto o setor suplementar é similar ao sistema americano.

1.5. ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho é desenvolvido em quatro partes: introdução, revisão da literatura, pesquisa de campo e conclusões. A parte I (introdução) consiste em um capítulo que trata dos objetivos e da relevância do trabalho. A parte II (revisão da literatura) contempla três capítulos: um deles considera a cadeia de valor da saúde e os outros dois abordam a gestão estratégica em serviços de saúde (desdobrados em: contexto e processo, e conteúdo). A parte III (pesquisa de campo) discorre sobre a metodologia de pesquisa utilizada e os resultados da pesquisa de campo. A parte IV (conclusões) apresenta um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde e as conclusões finais do

³ Conforme consulta ao site do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/preventivapesquisa/>. Acesso em 5 de dezembro de 2009.

trabalho. A figura 1.2 mostra a estrutura do trabalho, identificando os relacionamentos entre suas partes e respectivos capítulos.

Figura 1.2. Estrutura do trabalho

CAPÍTULO 2. CADEIA DE VALOR DA SAÚDE

2.1. INTRODUÇÃO

Esse capítulo apresenta uma revisão da literatura sobre abrangência da saúde e cadeia de valor desse setor. O trabalho considera que a primeira questão para caracterizar a cadeia de valor da saúde consiste em delimitar o próprio conceito de saúde. Com base nessa delimitação, os próximos dois capítulos apresentam uma revisão da literatura sobre elementos conceituais de gestão estratégica e suas aplicações no setor de saúde. A figura 2.1 ilustra essa questão, e define o escopo da revisão da literatura.

Figura 2.1. Escopo da revisão da literatura

2.2. ABRANGÊNCIA DA SAÚDE

Há diversas definições de saúde, dentre elas:

- Saúde é um conceito teórico que implica em ausência de doença, de acordo com Christopher Boorse (1977), filósofo da medicina que criou a Teoria Bioestatística da Saúde nos anos 70. Essa definição segue a lógica do naturalismo, em que a doença é um conceito teórico e a enfermidade constitui uma subclasse (prática) desse conceito. Assim, nesse contexto, a saúde tem

duas definições: oposto de doença (saúde teórica) e oposto de enfermidade (saúde prática) (Almeida Filho e Jucá, 2002).

- As ações de saúde devem ter como objetivos adicionar anos à vida (longevidade) e vida aos anos (qualidade de vida), segundo propostas apresentadas no documento que ficou conhecido como Relatório Lalonde (Lalonde, 1974; Carvalho, 2004).

- Saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a simples ausência de doença, de acordo com o preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2006).

- Segundo a Constituição do Brasil, saúde significa um conjunto de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196) (Brasil, 1998).

- Saúde é a capacidade do ser humano alcançar todas as suas metas vitais, de acordo com Lennart Nordenfelt (Schramme, 2007).

Essas definições abordam desde um sentido estrito (saúde como ausência de doença) até uma visão holística (saúde como estado de bem-estar e meio para obtenção de metas vitais). Nesse sentido, pode-se interpretar a saúde como graus que passam por diferentes modalidades de normalidade no estado bem-estar, diferentes severidades de doença até atingir a morte. Almeida Filho e Jucá (2002) apresentam, na figura 2.2, os graus de saúde conforme a conceituação de saúde desenvolvida por Christopher Boorse.

Saúde subótima		Saúde positiva
Patologia		Normalidade teórica
Anormalidade diagnosticada		Normalidade diagnosticada
Anormalidade terapêutica		Normalidade terapêutica
Morte	Doença	Bem-estar
	Vida	

Figura 2.2. Modelo dos graus de saúde de Boorse (Almeida Filho e Jucá, 2002)

A saúde é influenciada por vários elementos, os quais Dahlgren e Whitehead (1991) denominam determinantes da saúde. Estes são classificados em quatro níveis: (1) condição individual, que considera os determinantes de saúde relacionados à idade, gênero, fatores hereditários e estilo de vida; (2) condição social, que aborda os vínculos e relacionamentos sociais dos indivíduos; (3) condições de vida e trabalho, que incluem a moradia, acesso aos serviços de saúde, condições de emprego e desemprego, ambiente de trabalho, grau de educação e disponibilidade de produtos agrícolas e alimentos; e (4) macro-condições sócio-econômicas, culturais e ambientais. A figura 2.3 ilustra esses determinantes.

Figura 2.3. Determinantes da saúde (Dahlgren e Whitehead, 1991)

A EUHPID (*European Community Health Promotion Indicator Development*) apresenta um modelo de desenvolvimento da saúde abrangente (Bauer et al., 2006) e que incorpora os graus e os determinantes da saúde (figura 2.4). Esse modelo contempla os seguintes elementos:

- as três dimensões de saúde (física, mental e social), conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- o desenvolvimento da saúde baseado na interação entre os determinantes individuais e ambientais de saúde;
- o desenvolvimento da saúde segundo a perspectiva positiva (que engloba os elementos saudáveis e os recursos alocados à promoção da saúde) e patológica (que aborda a doença e os fatores de risco);
- os componentes de promoção de saúde, proteção de saúde, prevenção de doenças de saúde e cuidados de saúde.

Figura 2.4. Modelo de desenvolvimento da saúde da EUHPID (*European Community Health Promotion Indicator Development*) (Bauer et al., 2006)

2.3. REVISÃO DA LITERATURA: CADEIA DE VALOR DA SAÚDE

A revisão da literatura aborda as pesquisas direcionadas às análises e proposições de natureza estratégica para a cadeia de valor da saúde. Assim, pesquisas sobre gestão da cadeia de valor com ênfase em práticas de gestão nos níveis tático e operacional⁴, tais como relacionamento com fornecedores, processos de gestão de estoques e suprimentos, logística e distribuição (encontradas, por exemplo, em Schneller e Smeltzer, 2006 e Agwunobi e London, 2009) não foram consideradas como objeto de revisão.

A literatura apresenta algumas abordagens estratégicas para classificação e/ou análise da cadeia de valor da saúde. A seguir, discorre-se

⁴ Maiores discussões sobre os níveis estratégico, tático e operacional em gestão da cadeia de valor são encontradas em Pedroso (2002; 2007).

sobre os trabalhos apresentados por Burns et al. (2002), Gadelha (2003), Pisano (2006a), Porter e Teisberg (2006), Herzlinger (2007), Campos et al. (2009) e Christensen et al. (2009)⁵.

2.3.1. Burns et al. (2002)

Burns et al. (2002) apresentam um modelo de cadeia de valor na saúde que é utilizado no currículo da Wharton School (EUA). Esse modelo considera que a cadeia de valor de saúde dos Estados Unidos é formada por cinco elementos principais (figura 2.5): (1) os pagadores os financiadores do sistema de saúde, que incluem o governo, as empresas, os indivíduos e as coalizões de empresas; (2) os intermediários financeiros, que contemplam as empresas de seguro saúde, as organizações de manutenção da saúde⁶ e os gestores de benefícios farmacêuticos⁷; (3) os provedores de serviços e produtos de saúde, que abrangem os hospitais, os médicos, as redes integradas de saúde⁸ e as farmácias; (4) os compradores, que incluem os distribuidores tradicionais, os distribuidores virtuais⁹ e as organizações de compra¹⁰; (5) os fabricantes, que contemplam a indústria farmacêutica, os fabricantes de equipamentos de saúde e os fabricantes de produtos médicos e cirúrgicos.

⁵ Os trabalhos principais dos autores foram citados na introdução do tópico “Revisão da literatura: cadeia de valor na saúde”, segundo ordem cronológica de publicação. Os demais trabalhos dos mesmos autores, porém publicados em períodos diferentes, são mencionados nos itens subsequentes da revisão da literatura sobre o assunto.

⁶ Em inglês, *Health Maintenance Organizations* (HMOs).

⁷ Em inglês, *Pharmacy Benefit Managers* (PBMs).

⁸ Em inglês, *Integrated Delivery Networks* (IDNs).

⁹ Em inglês, *Mail-Order Distributors*.

¹⁰ Em inglês, *Group Purchasing Organizations* (GPOs).

Figura 2.5. Cadeia de valor da saúde segundo Burns et al. (2002; p.4)

Burns (2005) considera dois fluxos críticos nessa cadeia: o financeiro e o de inovação. Quanto ao primeiro, o autor aponta que ele se propaga do lado dos pagadores para o lado dos fabricantes. Em relação ao segundo, o sentido é inverso. Assim, a inovação flui dos fabricantes para os elos adjacentes da cadeia de valor. Esses dois fluxos se encontram no elo intermediário: o dos provedores. Nesse sentido, médicos e hospitais determinam como as inovações provenientes dos fabricantes podem ser utilizadas no tratamento dos pacientes, considerando que há limitação de recursos financeiros provenientes dos pagadores. Consequentemente, no elo intermediário (dos provedores) ocorre grande parte dos gastos e do consumo em saúde.

Essa proposição para a cadeia de valor é abrangente. No entanto, alguns participantes (ou atores) não são encontrados de maneira explícita nesta proposição. Ela não inclui, por exemplo, os provedores de serviços de medicina diagnóstica, as clínicas especializadas e de pronto atendimento, os provedores de tecnologia da informação, as universidades e centros de pesquisa.

As empresas provedoras de medicina diagnóstica não são citadas explicitamente na cadeia de valor apresentada por Burns et al. (2002), no elo correspondente aos provedores de serviços. Nos EUA, embora os custos de medicina diagnóstica representem menos de 5% dos custos hospitalares e aproximadamente 1,6% dos custos do Medicare, estima-se que ela influencia até 70% das decisões na saúde (Lewin Group, 2005). Uma característica peculiar da medicina diagnóstica no Brasil consiste no atendimento direto aos

pacientes por meio de unidades de atendimento fixas e móveis. Somente recentemente esse modelo foi adotado pela maior provedora de serviços diagnósticos dos EUA¹¹. Ressalta-se que no Brasil há mais de 15 mil unidades de serviço de apoio à diagnose e terapia, o que corresponde a 10,2% dos estabelecimentos de saúde do país (ANS, 2009). Em 2008, os gastos com exames corresponderam a 20,9% do total da despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares do Brasil, sendo o terceiro item mais importante de despesa dessas organizações¹² (ANS, 2009). Esses fatos denotam a importância de se considerar os provedores de medicina diagnóstica na cadeia de valor da saúde no Brasil.

As clínicas especializadas e de pronto atendimento também não aparecem no elo dos provedores de serviços da cadeia de valor da saúde proposta por Burns et al. (2002). Nos EUA, as clínicas de pronto atendimento para procedimentos de baixa complexidade (particularmente localizadas no varejo¹³) têm proliferado recentemente. Em 2008, havia 1000 dessas clínicas em 37 estados americanos, e estas prestaram 3 milhões de atendimentos (Laws e Scott, 2008). Elas estão localizadas principalmente em espaços relativamente pequenos (por exemplo, quiosques) e em pontos de varejo (de fácil acesso) para realizar consultas, imunizações e procedimentos de baixa complexidade, que costumam ser padronizados e executados por profissionais de enfermagem ou paramédicos (de acordo com o modelo implantado nos EUA). A proposta de valor consiste em oferecer serviços de saúde com rapidez no atendimento, convenientes, de baixo custo (Bohmer, 2007) e com uma qualidade adequada. Essas clínicas de pronto atendimento localizadas nos EUA são utilizadas notadamente por pacientes com limitado acesso à atenção primária à saúde (Mehrotra et al., 2008). No Brasil, há mais de 15 mil clínicas ou ambulatórios especializados, o que corresponde a 17,4% dos

¹¹ Quest Diagnostics. *QuestDirect launches retail sites in shopping centers for self-directed consumer health tests* [cited 2009 Oct 12]. Available from: <http://ir.questdiagnostics.com/phoenix.zhtml?c=82068&p=irol-newsArticle&ID=184048&highlight>.

¹² Em 2008, as internações e outros atendimentos hospitalares (32,0%) e as consultas médicas (21,1%) corresponderam, respectivamente, ao primeiro e segundo itens do total da despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares do Brasil (ANS, 2009).

estabelecimentos de saúde do país (ANS, 2009). Essas questões mostram a necessidade de contemplar as clínicas especializadas e de pronto atendimento na cadeia de valor da saúde no Brasil.

Burns (2005), em trabalho posterior, incorporou os provedores de tecnologia da informação no elo dos fabricantes. Isso é justificado pelo tamanho do mercado de tecnologia da informação na saúde e relevância desta para as organizações de saúde e pacientes (Goldsmith, 2005), bem como pelo fato desses provedores serem uma das fontes de inovação na cadeia de valor da saúde (Burns, 2005). A telemedicina e o prontuário eletrônico são importantes exemplos de aplicação de tecnologia da informação na saúde. A telemedicina consiste na distribuição eletrônica de informações clínicas (ex.: consulta a especialistas) ou diagnósticas (ex.: teleradiologia) para provedores de serviços de saúde (Singh e Wachter, 2008) de modo que estes possam realizar seus serviços de maneira virtual, ou seja, sem a necessidade de presença física no local onde a informação é processada. Nos EUA, a teleradiologia é utilizada por 67% das unidades de radiologia e 78% dos radiologistas (Ebbert et al., 2007 apud Steinbrook, 2007). O prontuário eletrônico consiste em um sistema com informações integradas sobre o paciente que incluem dados gerais a seu respeito, gestão de requisições, gestão de resultados de exames diagnósticos e sistema de suporte à decisão clínica (Blumenthal e Glaser, 2007; DesRoches et al., 2008). Há consenso que a adoção disseminada do prontuário eletrônico nas organizações de saúde pode contribuir para a melhoria de seu desempenho, com consequentes ganhos de eficiência, segurança e qualidade na saúde (DesRoches et al., 2008; Jha et al., 2009). No entanto, a adoção desses sistemas ainda é incipiente nos hospitais americanos (Jha et al., 2009). Essas considerações indicam a necessidade de contemplar os provedores de tecnologia da informação na cadeia de valor da saúde.

Por fim, as universidades e os centros de pesquisa na saúde também não aparecem na cadeia de valor apresentada por Burns et al. (2002). No

¹³ As denominadas *retail clinics* (em inglês) são um modelo particular de clínicas de saúde, com foco na atenção primária à saúde e localizadas em pontos de varejo.

segmento de biotecnologia, Pisano (2006a) posiciona as universidades e os laboratórios de pesquisa do governo como participantes diretos da respectiva cadeia de valor em função da sua relevância no segmento. Albuquerque e Cassiolato (2002) consideram que: a inovação na saúde é fortemente baseada na ciência; o peso das universidades e das instituições de pesquisa nos fluxos de informação tecnológico é expressivo; e o peso do setor universitário e científico no sistema de inovação em saúde indica a relevância dos investimentos públicos na área. Essas questões denotam a importância de se considerar as universidades e os centros de pesquisa como um elo adicional e específico na cadeia de valor da saúde.

2.3.2. Gadelha (2003)

Gadelha (2003) apresenta um modelo conceitual sobre o denominado complexo industrial da saúde. Ele considera que a delimitação do complexo industrial da saúde constitui um corte analítico que representa o setor saúde como um conjunto interligado de produção de bens e serviços, que se movem segundo uma dinâmica capitalista.

Esse autor considera como principais componentes do complexo industrial da saúde três grupos:

(1) As indústrias de base química e biotecnológica, composta pela indústria de fármacos e medicamentos, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstica. Segundo o autor, o setor de medicamentos constitui o grande mercado desse grupo e tende a ampliar seu escopo de atuação para os demais setores do grupo.

(2) As indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais, formada pela indústria de equipamentos mecânicos, eletroeletrônicos, próteses e órteses, e materiais de consumo. Nesse grupo, Gadelha (2003) destaca a indústria de equipamentos em função de seu potencial de inovação e impacto nos serviços de saúde, uma vez que representa uma fonte de mudanças nas práticas de assistência à saúde.

(3) Os prestadores de serviços, que são os hospitais, ambulatórios e serviços de diagnóstico e tratamento. Esses setores, segundo o autor, organizam a cadeia de suprimentos dos produtos industriais e articulam o consumo por parte dos cidadãos.

A figura 2.6 representa esses três grupos.

Figura 2.6. Complexo industrial da saúde (Gadelha, 2003)

A cadeia de valor de saúde é complementada por um contexto político e institucional (figura 2.7), cujos principais atores são o Estado, as instituições de Ciência e Tecnologia (C&T), a sociedade e a população. Destacam-se as instituições de C&T em função da intensidade de conhecimento e tecnologia que caracteriza as atividades na saúde. Nesse sentido, a relação com as instituições de ciência e tecnologia é chave, constituindo uma fonte essencial de inovações.

Figura 2.7. Contexto político e institucional do complexo industrial da saúde (Gadelha, 2003)

Em trabalho posterior, Gadelha (2006) utiliza a visão de complexo industrial da saúde como um referencial teórico para analisar as lógicas do sistema de saúde e do desenvolvimento econômico. Baseado em dados do comércio exterior do Brasil, ele conclui que “a desconsideração da lógica do desenvolvimento nas políticas de saúde levou a uma situação de vulnerabilidade econômica do setor que pode limitar os objetivos de universalidade, equidade e integralidade” (p. 11).

O modelo do complexo industrial de saúde (conforme proposição de Gadelha, 2003) apresenta uma visão abrangente da cadeia de valor da saúde. Dois elementos poderiam ser acrescentados a esse modelo: a intermediação financeira e o ciclo integral de atendimento na saúde.

Em relação ao primeiro elemento, sabe-se que as operadoras de saúde podem influenciar as atividades dos setores industriais e de prestadores de serviços de saúde. Por exemplo, Porter e Teisberg (2006) citam práticas antiquadas em que esses atores, no mercado norte-americano, impõem restrições de acesso e de escolha de prestadores e tratamentos, controles excessivos (ou microgerenciamento) sobre os processos dos prestadores e foco na minimização do custo de cada serviço e tratamento (em detrimento da maximização de valor ao longo do ciclo de atendimento na saúde). Essas

práticas estão principalmente associadas ao sistema de saúde privado, que apresenta características peculiares. Dentre estas, pode-se citar: (1) autonomia limitada dos consumidores tem sobre a decisão de utilização dos serviços de saúde; (2) assimetrias de informação entre os consumidores (que conhecem mais sobre sua saúde e hábitos de vida), os médicos (que conhecem mais sobre diagnósticos e tratamentos) e planos de saúde (que possuem acesso aos dados epidemiológicos de seus clientes); (3) risco moral, quando há mudanças de comportamento do consumidor por este não ser o responsável final por todos os custos de saúde; (4) seleção adversa, quando há a tendência de incorporação de indivíduos de maior risco no sistema de saúde; (5) seleção de risco, quando há barreiras ou incentivos que limitam a entrada de consumidores de maior risco no sistema de saúde; (6) externalidades, quando o consumo ou produção de uma atividade gera subprodutos que afetam terceiros de maneira positiva (ex.: vacinação reduz o risco de propagação de doenças também àqueles que não foram vacinados) ou negativa (ex.: poluição gerada na fabricação de um produto resulta em redução de bem-estar da sociedade) (Bahia, 2001; Bahia e Viana, 2002; Carvalho e Cecílio, 2007; Cechin, 2008). No Brasil, a coexistência do modelo público (SUS) e privado (saúde suplementar) apresenta algumas particularidades, com impactos na utilização dos recursos de saúde. Por exemplo, Bahia et al. (2004) verificaram uma divisão de atribuições entre as esferas pública e privada em relação às fontes de remuneração dos procedimentos de alta complexidade no tratamento de doentes crônicos.

O segundo elemento complementar ao trabalho de Gadelha considera o ciclo integral de atendimento na saúde. Gadelha (2003) contempla os hospitais, ambulatorios e serviços de diagnóstico e tratamento. Porter e Teisberg (2006; p. 204) apresentam uma cadeia de valor da prestação de serviços em saúde que abrange as etapas de prevenção, diagnóstico, preparação do tratamento, intervenção, reabilitação e monitoramento. Na cadeia de valor da saúde no Brasil, esse trabalho sugere a incorporação explícita de diferentes organizações (hospitais, clínicas, centros de saúde, ambulatorios, médicos e profissionais de saúde autônomos) que participam do

ciclo integral de atendimento na saúde. Este inclui a promoção de saúde, proteção de saúde, prevenção de doenças e cuidados de saúde (que por sua vez, aborda o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, o monitoramento e a gestão de doenças crônicas).

2.3.3. Pisano (2006a)

Pisano (2006a) utiliza a denominada anatomia do negócio de biotecnologia (figura 2.8) como um modelo de cadeia de valor para analisar o desempenho do setor. Segundo esse autor, o termo anatomia refere-se: aos participantes do setor (empresas novas e estabelecidas, laboratórios sem fins lucrativos, universidades, investidores, clientes); aos esquemas institucionais que conectam esses atores (mercados de capital, propriedade intelectual e produtos); e às normas que regem o funcionamento desses esquemas institucionais (regulamentação, governança corporativa, direitos de propriedade intelectual) (Pisano, 2006a; 2006b).

Figura 2.8. Anatomia do setor de biotecnologia (adaptado de Pisano, 2006a;

Pisano (2006a) foca sua análise na transformação da ciência e do conhecimento biotecnológicos em resultados financeiros positivos e sustentados. A viabilidade econômica é crítica, pois ele verificou que apesar do sucesso comercial de diversas empresas e do crescimento da receita total da indústria, a maioria das firmas de biotecnologia não registra lucro (Pisano, 2006b). Algumas empresas utilizam um modelo de monetização (ou mercantilização) da propriedade intelectual por meio dos seguintes passos: (1) transferência de tecnologia da universidade à iniciativa privada, o que geralmente resulta na criação de novas empresas; (2) alocação de recursos financeiros por parte do mercado de capital de risco¹⁴ ou de ações; (3) venda de *know-how* para empresas estabelecidas (em geral, empresas farmacêuticas ou de biotecnologia de maior porte), em que as novas empresas de biotecnologia recebem remuneração (ex.: *royalties* ou compartilhamento de receita) pela propriedade intelectual. Na sequência, as empresas farmacêuticas e de biotecnologia incorporam o *know-how* adquirido em seus produtos (ex.: hormônios fabricados por meio de DNA recombinante, anticorpos monoclonais) e distribuem aos mercados pagadores e consumidores (médicos, planos de saúde, empregadores, governo, pacientes e hospitais). Todo esse processo possui uma regulação, que constitui: as regras para lidar com os conflitos de interesse, o *Bayh-Dole Act*¹⁵, a legislação sobre a propriedade intelectual, as normas do FDA (*Food and Drug Administration*) e as regulamentações de preços e políticas de reembolso.

Uma das principais contribuições do trabalho de Pisano (2006a) é a questão de que o conhecimento é a principal matéria-prima da cadeia de valor do setor de biotecnologia, sendo esse conhecimento é transformado em produtos, que por sua vez são entregues aos consumidores. Esse conceito – o conhecimento como desencadeador da cadeia de valor em biotecnologia – será extrapolado à cadeia de valor de saúde.

¹⁴ Em inglês, *venture capital*.

¹⁵ Lei federal americana que permitiu que as universidades americanas, pequenos negócios e organizações sem fins lucrativos tivessem controle sobre as invenções resultantes de investimentos do governo federal.

2.3.4. Porter e Teisberg (2006)

Porter e Teisberg (2006) discutem o sistema de saúde americano e apresentam proposições com base no referencial teórico da estratégia competitiva. Parte dessas proposições também é encontrada em Porter e Teisberg (2004; 2007) e Porter (2008b; 2009).

Porter é um dos mais destacados autores na área de estratégia empresarial. Ele disseminou importantes conceitos tais como o modelo das cinco forças competitivas (concorrentes na indústria, poder de barganha dos compradores, produtos substitutos, poder de barganha dos fornecedores e entrantes potenciais), as estratégias competitivas genéricas (diferenciação, liderança em custo total e foco), ambos discutidos em Porter (1980), e cadeia de valor, apresentada em Porter (1985).

Em relação ao sistema de saúde americano, Porter e Teisberg (2006) consideram que o problema atual não está na falta de competição, mas no tipo errado de competição que existe atualmente. Segundo esses autores, o sistema de saúde dos EUA “gravitou para uma competição de soma zero, na qual os ganhos de um participante do sistema são auferidos em detrimento de outros. Os participantes competem com base na transferência de custos, uns para os outros, no acúmulo do poder de barganha e na limitação de serviços. Esse tipo de competição não gera valor aos pacientes, mas corrói a qualidade, nutre a ineficiência, gera capacidade excessiva e eleva os custos administrativos, entre outros custos abomináveis” (Porter e Teisberg, 2006, p. 4). Essa forma defeituosa de competição é causada pela falta de alinhamento de objetivos e incentivos na cadeia de valor, além de um conjunto de decisões estratégicas, organizacionais e regulatórias a que estão sujeitos os participantes dessa cadeia. Porter e Teisberg (2006) recomendam um realinhamento na cadeia de valor da saúde, de modo que a competição seja direcionada para o valor aos pacientes. Para eles, o valor na saúde significa o resultado obtido na saúde por capital investido.

Nesse contexto, eles recomendam oito princípios para a competição com baseada no valor na saúde:

(1) O foco deve ser no valor aos pacientes, e não simplesmente na redução de custos.

(2) A competição deve ser baseada em resultados.

(3) A competição deve estar centrada nas condições de saúde durante todo o ciclo de atendimento.

(4) O atendimento de alta qualidade deve ser menos dispendioso do que os custos atuais.

(5) O valor tem que ser gerado pela experiência, escala e aprendizado do prestador de serviços de saúde.

(6) A competição também deve ser regional e nacional, e não apenas local.

(7) Informações sobre resultados têm que ser amplamente divulgadas para apoiar a competição baseada em valor.

(8) Inovações que aumentam o valor têm que ser altamente recompensadas.

Porter e Teisberg (2006) consideram que as questões da gestão estratégica na saúde podem ser divididas em três grandes grupos. A primeira diz respeito ao custo e acesso ao seguro-saúde. A segunda contempla as normas de cobertura, que abordam a separação dos tipos de tratamento que devem ser cobertos pelo seguro-saúde daqueles que devem ser de responsabilidade dos indivíduos. E a terceira considera a estrutura de assistência à saúde. A atuação nas três questões é importante; no entanto, os autores ressaltam que “embora a maior parte da atenção recaia sobre o seguro-saúde, cremos que a estrutura da assistência à saúde seja a questão principal” (Porter e Teisberg, 2006, p. 3). Para tanto, uma das recomendações desses autores consiste na implantação do modelo de unidades de práticas integradas para assistência à saúde. Nesse modelo, a assistência é organizada em torno das condições de saúde do paciente e é integrada entre especialidades médicas, tratamentos e serviços ao longo do tempo. A figura 2.9 apresenta a cadeia de valor na assistência à saúde em uma unidade de prática integrada.

Figura 2.9. Cadeia de valor da assistência à saúde em uma unidade de prática integrada (Porter e Teisberg, 2006; p.204)

2.3.5. Herzlinger (2007)

Herzlinger, em seus trabalhos iniciais (1997; 2002; 2004), propõe dois elementos centrais para o sistema de saúde americano: primeiro, que a cadeia de valor da saúde seja direcionada pelo mercado¹⁶ ou pelo consumidor¹⁷; e segundo, que as operações de assistência à saúde adotem o modelo organizacional de operações focadas.

O modelo de cadeia de valor da saúde direcionada pelo consumidor está alinhado ao denominado consumismo em saúde¹⁸, segundo o qual os recursos sociais (que incluem a assistência à saúde) devem ser alocados segundo decisões individuais e não coletivas. Dessa forma, as escolhas individuais, realizadas por indivíduos informados e conscientes do preço, representam melhor as preferências dos pacientes do que as escolhas realizadas por terceiros (Robinson, 2005).

Herzlinger (1997; 2002; 2004) apresenta as seguintes recomendações para viabilizar o modelo de cadeia de valor da saúde direcionada pelo consumidor, quando o plano de saúde for um benefício oferecido pelo empregador:

- Prover incentivos para os funcionários realizarem escolhas de maneira racional, como se eles estivessem utilizando seu próprio capital.
- Prover um menu de planos de saúde, que ofereça diferentes opções quanto aos tipos de benefícios, política de co-participação, duração do contrato, métodos de pagamento (ex.: pacotes, pagamento individual por serviço) e liberdade de escolha dos provedores.
- Prover informação relevante sobre os planos de saúde e os provedores de serviços de saúde.
- Prover subsídios iguais para cada tipo de plano, de forma que o valor que cada funcionário contribua seja proporcional ao custo do plano para o empregador.

¹⁶ Em inglês, *market driven health care* (Herzlinger, 1997).

¹⁷ Em inglês, *consumer-driven health care* (Herzlinger, 2004).

¹⁸ Em inglês, *consumerism*.

- Permitir que os provedores determinem os preços de seus serviços (ao invés de definir o preço a ser pago aos provedores).

- Alinhar os pagamentos aos planos de saúde e aos provedores às necessidades de saúde da população atendida.

O segundo elemento central da proposta de Herzlinger contempla a adoção, por parte dos provedores de assistência à saúde, do modelo organizacional de operações de saúde focadas. Esse modelo é baseado no conceito de fábrica focada, segundo proposta de Skinner (1974) em seu artigo seminal sobre o tema. A fábrica focada consiste em dedicar uma parte do sistema de operações a um conjunto específico de produtos, tecnologias, volumes e mercados limitados e gerenciáveis, de modo a restringir e focar seus objetivos de desempenho. A implantação desse modelo pode ser realizada por meio de fábricas dedicadas, delimitadas de maneira física ou organizacional. Essas fábricas delimitadas dão origem ao conceito de fábrica dentro da fábrica¹⁹, em que há diferentes unidades produtivas focadas dentro de um mesmo sistema de produção (Skinner, 1974). A implantação efetiva desse modelo apresenta uma relativa complexidade gerencial, porém pode proporcionar ganhos de eficiência operacional às organizações (Huckman, 2009). Os hospitais especializados e as unidades de cirurgia ambulatorial²⁰ são exemplos de operações focadas, cujo mercado vem crescendo nos EUA (Casalino et al., 2003).

Além desses dois elementos (cadeia de valor da saúde direcionada pelo consumidor e operações focadas de assistência à saúde), em publicação mais recente, Herzlinger (2007) sugere os seguintes elementos complementares:

- Um prontuário médico nacional, com informações médicas confidenciais dos pacientes e acesso aos médicos mediante permissão dos próprios pacientes.

- Um sistema obrigatório de avaliação de desempenho para todos os hospitais e demais organizações de saúde.

¹⁹ Em inglês, *plant within a plant* (PWP).

²⁰ Em inglês, *ambulatory surgery centers* (ASCs).

- Um plano de saúde compulsório e subsidiado para todos aqueles que não possuem e não têm condições financeiras para adquirir um.

2.3.6. Campos et al. (2009)

Campos et al. (2009) utilizam a cadeia de valor como referencial teórico para apresentar uma proposta de reorganização da atenção na saúde suplementar no Brasil. Esses autores consideram dez conjuntos de participantes da cadeia de valor da saúde no Brasil (figura 2.10): (1) operadoras de planos de saúde; (2) médicos e outros profissionais de saúde; (3) hospitais; (4) serviços de apoio ao diagnóstico e terapia (SADT); (5) indústria farmacêutica; (6) distribuidores de medicamentos; (7) farmácias; (8) indústria de equipamentos e materiais; (9) distribuidores de equipamentos e materiais; e (10) serviços do governo. Segundo esses autores, o cliente final está posicionado no centro da cadeia de valor, pois “é a razão de ser de todas as atividades” (p. 33).

O trabalho apresentado por Campos et al. (2009) apresenta uma visão abrangente e pragmática da cadeia de valor da saúde no Brasil. Os distribuidores de medicamentos, distribuidores de equipamentos e materiais, e serviços do governo merecem inclusão na cadeia de valor proposta neste trabalho.

Figura 2.10. Elementos da cadeia de valor do setor de saúde no Brasil
(Campos et al., 2009; p. 32)

2.3.7. Christensen et al. (2009)

Christensen et al. (2009) discutem o sistema de saúde americano e apresentam proposições com base no referencial teórico da inovação de ruptura. Essa teoria foi originalmente descrita no trabalho de Christensen (1997), e posteriormente explorados em Christensen e Raynor (2003) e Christensen et al. (2004). Parte das proposições de Christensen para a saúde também é encontrada em Christensen et al. (2000).

Os princípios da inovação de ruptura abordam dois elementos centrais: (1) como produtos e serviços caros e complexos são convertidos em itens mais simples, baratos e disponíveis ao longo do tempo; (2) porque é difícil para as principais organizações estabelecidas de um setor obter sucesso por meio da inovação de ruptura – geralmente (segundo dados históricos) as novas empresas ou unidades independentes de empresas existentes, é que são bem-sucedidas na ruptura de um setor (Christensen, 1997; Christensen e Raynor, 2003; Christensen et al., 2004; 2009).

A inovação de ruptura ocorre por meio de três elementos principais (Christensen, 1997; Christensen e Raynor, 2003; Christensen et al., 2009):

(1) Um capacitador tecnológico, que geralmente é uma tecnologia sofisticada cujo objetivo é a simplificação ou padronização da solução de um problema que anteriormente requeria um processo não-estruturado, intuitivo e experimental para resolvê-lo.

(2) Uma inovação de modelo de negócios que, de forma lucrativa, permite que a organização entregue a solução simplificada aos seus clientes de maneira acessível e conveniente.

(3) Uma nova configuração da cadeia de valor, cujos participantes têm modelos econômicos alinhados e que se reforçam mutuamente.

Segundo Christensen et al. (2009), os capacitadores tecnológicos que permitem a ruptura na saúde são tecnologias que permitem diagnosticar com precisão a causa básica da condição de saúde do paciente. Na impossibilidade de um diagnóstico preciso, o tratamento é realizado mediante a medicina intuitiva, em que profissionais altamente capacitados solucionam os problemas

dos pacientes com base na experimentação intuitiva e no reconhecimento de padrões. À medida que os padrões se tornam mais claros, o tratamento passa a ser realizado segundo a medicina baseada em evidências (ou medicina empírica, de acordo com os autores). Quando os diagnósticos se tornam precisos, há a possibilidade de desenvolvimento de um tratamento eficaz e padronizado, no domínio do que os autores denominam medicina de precisão.

A inovação de modelo de negócios considera a adoção de três modelos de gestão na saúde: (1) centros resolutivos; (2) organizações de saúde com processos padronizados; e (3) redes facilitadoras. Centros resolutivos são organizações cujo propósito é resolver problemas de saúde não-estruturados (ex.: hospitais de alta complexidade e clínicas especializadas). Organizações de saúde com processos padronizados recebem atividades incompletas e as complementam, utilizando processos ou atividades relativamente padronizadas. Organizações de saúde focadas em procedimentos após um diagnóstico definitivo (por exemplo, o *Shouldice Hospital*²¹, localizado no Canadá, que é um bem-sucedido hospital com foco em cirurgias de hérnias) (Hay et al.; 1995) se enquadram nesse modelo. Redes facilitadoras são organizações que facilitam os processos de trocas entre pessoas. Na saúde, organizações que facilitam a troca de informações entre doentes crônicos (ex.: *dLife*²² para pacientes diabéticos) são consideradas como redes facilitadoras.

Segundo Christensen et al. (2009), uma nova configuração da cadeia de valor é necessária, pois as inovações de ruptura raramente são compatíveis com uma cadeia estabelecida. Nesse sentido, esses autores propõem uma nova cadeia de valor da saúde (figura 2.11).

²¹ Maiores detalhes podem ser encontrados em: www.shouldice.com.

²² Maiores detalhes podem ser encontrados em: www.dlife.com.

Figura 2.11. Cadeia de valor atual e cadeia de valor de ruptura na saúde
(Christensen et al., 2009, p.xxix)

Nesta, os autores apresentam uma cadeia com três fluxos: de dados, financeiro e contratual. Os participantes são indivíduos, hospitais gerais, médicos autônomos, diferentes modelos de clínicas (especializadas, gerais e de pronto-atendimento), redes facilitadoras, empregadores e redes integradas de saúde (equivalentes, no Brasil, às modalidades de medicinas de grupo e cooperativas). Na proposição desses autores, os indivíduos são posicionados no centro da cadeia e os fluxos de dados dos demais participantes fluem para o prontuário eletrônico do paciente. Os indivíduos possuem planos com co-participação e franquia elevadas e contas na modalidade poupança saúde²³. Os empregadores realizam contratos diretamente com os provedores de serviços de saúde. As redes integradas de saúde têm responsabilidade

²³ Em inglês, *health savings accounts* (HSA).

financeira pelo tratamento dos doentes crônicos. Há diferentes modelos de pagamentos. As redes facilitadoras recebem por afiliação. Os médicos autônomos e as clínicas especializadas recebem por serviço. As clínicas gerais e de pronto-atendimento recebem por resultado. Os hospitais gerais recebem segundo diferentes modelos de remuneração.

O trabalho de Christensen et al. (2009) é de natureza prescritiva, e utiliza o referencial teórica da inovação em ruptura. Assim, ele propõe mudanças importantes no sistema de saúde americano. Diferentes elementos do trabalho de Christensen et al. (2009) (por exemplo, espectro de conhecimento médico) serão utilizados em capítulos posteriores.

2.4. COMENTÁRIOS

A revisão da literatura sobre abrangência da saúde delimitou o conceito de saúde e foi a primeira questão pesquisada para caracterizar a cadeia de valor da saúde.

A literatura sobre cadeia de valor apresentou algumas abordagens relevantes para sua classificação e análise, tais como as encontradas em Burns et al. (2002), Porter e Teisberg (2006), Pisano (2006a), Herzlinger (2007) e Christensen et al. (2009). No entanto, esses autores enfatizam o sistema de saúde norte-americano, portanto não estão completamente adaptados à realidade brasileira.

Os trabalhos de Gadelha (2003) e Campos et al. (2009) focam o sistema de saúde do Brasil. Ambos apresentam contribuição ao tema: Gadelha (2003) por meio de um relevante modelo do complexo industrial da saúde; Campos et al. (2009), com uma abordagem abrangente e de natureza prática.

CAPÍTULO 3. GESTÃO ESTRATÉGICA NA SAÚDE: CONTEXTO E PROCESSO

3.1. INTRODUÇÃO

Os próximos dois capítulos apresentam dois objetivos: (1) realizar uma revisão da literatura sobre o campo de conhecimento estratégia e gestão estratégica, aplicado em diferentes setores; (2) verificar como a literatura aborda a gestão estratégica no setor de saúde, com ênfase nos serviços de saúde. Esse capítulo foca as dimensões de contexto e processo de desenvolvimento da gestão estratégica. O capítulo seguinte aborda o conteúdo da gestão estratégica.

Os tópicos abordados foram direcionados por três elementos: a literatura relevante sobre estratégia; um modelo de gestão estratégica adotado pelo autor em cursos de pós-graduação *lato senso*²⁴ de diversas modalidades, incluindo cursos específicos para o setor de saúde; e questões relevantes citadas na pesquisa de campo²⁵.

3.2. CONCEITOS GERAIS SOBRE GESTÃO ESTRATÉGICA

Esse tópico contempla três discussões: a definição de gestão estratégica; suas diferentes abordagens teóricas; e a importância e evolução da gestão estratégica nas organizações.

3.2.1. O que é gestão estratégica?

A literatura apresenta algumas definições sobre estratégia e gestão estratégica. Os autores mais citados nas origens da estratégia como uma

²⁴ Os cursos de pós-graduações *lato sensu* compreendem programas de especialização e incluem os cursos designados como MBA (*Master in Business Administration*). Esses cursos são oferecidos a alunos diplomados em cursos superiores e que atendam às exigências das instituições de ensino, conforme art. 44, III, Lei nº 9.394/1996.

²⁵ A governança corporativa e a definição do modelo de negócios foi citada por diferentes altos executivos como um fator relevante para a gestão estratégica de serviços de saúde. Nesse sentido, esses tópicos foram aprofundados na revisão da literatura.

disciplina nos anos 1960, são: Alfred Chandler (1962), Alfred Sloan (1963), Igor Ansoff (1965) e Kenneth Andrews (1971).

Segundo Chandler (1962, p.13), estratégia é “a determinação das metas e objetivos básicos e de longo prazo de uma empresa; e a adoção de ações e alocação de recursos necessários para atingir esses objetivos”.

Sloan (1963) assume que o objetivo estratégico de uma organização é “obter retorno do capital, e se o retorno a longo prazo não for satisfatório, o problema deve ser corrigido ou a atividade deve ser abandonada”.

Andrews (1971) considera que estratégia corporativa é o modelo de decisões de uma empresa que: determina e revela seus objetivos, propósitos e metas; produz as principais políticas e planos para atingir essas metas; define o escopo de negócios da organização; determina seu tipo de organização econômica e humana; e define a natureza da contribuição econômica e não-econômica que ela pretende fazer aos seus *stakeholders*.

Ansoff (1988) considera que o termo gestão estratégica compreende três principais elementos: a formulação da estratégia, a estruturação das potencialidades da organização, e a gestão de mudanças descontínuas.

Além das três citações tradicionais, outros autores oferecem suas perspectivas. Mintzberg (1987) considera que a estratégia como um conjunto de definições, caracterizadas por cinco Ps: (1) estratégia como um *plano*, um conjunto de diretrizes ou tipo de ação conscientemente pretendido; (2) estratégia como um *pretexto*, uma tática, uma manobra para superar um concorrente; (3) estratégia como um *padrão* de uma corrente de ações; assim, a estratégia reflete um comportamento consistente, cujos resultados podem ser pretendidos ou não; (4) estratégia como uma *posição*, que localiza a organização em seu ambiente; assim, a estratégia é uma força mediadora ou uma combinação entre organização e ambiente, ou seja, entre o contexto interno e externo; (5) estratégia como uma *perspectiva*, em que seu conteúdo reflete não somente uma posição escolhida, mas também uma maneira de perceber o mundo. Nessa última definição, a estratégia é para a organização assim como a personalidade é para o indivíduo. Dessa forma, a estratégia está

impregnada na cultura, e reflete a sua visão do mundo, que significa a intuição coletiva de como o mundo funciona.

Johnson et al. (2005) citam as principais características da estratégia: costuma estar relacionada à direção de longo prazo da organização; as decisões estratégicas estão associadas ao escopo de atividades da empresa; as decisões estratégicas normalmente estão relacionadas à tentativa de obter vantagens para a organização em relação aos seus concorrentes; a estratégia pode ser entendida como uma busca de ajuste estratégico com o ambiente externo; a estratégia pode ser compreendida como a criação de oportunidades por meio do desenvolvimento de recursos e competências; a estratégia é afetada não apenas pelas forças do ambiente e pela capacidade estratégica, mas também pelos valores e expectativas daqueles que detêm o poder dentro e no entorno da organização. Com base nessas características, eles definem estratégia como “a direção e o escopo de uma organização no longo prazo, que obtém vantagem em um ambiente em mudanças por meio da configuração de seus recursos e competências, com o objetivo de atender às expectativas dos *stakeholders*”.

Kiechel III (2010) oferece uma definição pragmática, em que estratégia é “a abordagem pela qual as organizações compreendem o que estão fazendo e o que querem, o constructo em que seus esforços são organizados”.

Porter (1996), em um texto denominado *o que é estratégia?*, ressalta algumas questões importantes: a estratégia é baseada em uma posição competitiva única da organização, cujo conjunto de atividades deve ser coerente e alinhado à estratégia; a estratégia envolve a escolha clara de *trade-offs* (ou objetivos conflitantes); e a eficiência operacional é necessária, mas não suficiente para competir no mercado.

Whittington (2000) assume que a estratégia “é algo difícil” e que não deveria ser tratada somente com “receitas padronizadas”. Mintzberg (1987) afirma que a estratégia depende de onde você está e quando, ou seja: o que é estratégico para você pode não ser para outros, e o que é estratégico hoje pode não ser no futuro. Assim, ele ressalta que não se deve utilizar “rótulos” para classificar as questões organizacionais como estratégicas.

Johnson et al. (2005) consideram que as decisões estratégicas são complexas em sua natureza; são tomadas em situações de incerteza; afetam as decisões operacionais; exigem uma abordagem integrada; e envolvem mudanças consideráveis.

De fato, a gestão estratégica é uma das atividades organizacionais mais complexas em função de seu caráter multidimensional, de estar apoiado em um processo decisório não completamente estruturado, por vezes baseado em informações incompletas, e cujos resultados podem afetar fortemente o desempenho e a sustentabilidade de uma organização.

Com base nessas discussões, o presente trabalho adota a seguinte definição:

A gestão estratégica consiste em um conjunto de análises e decisões que resultam na alocação de recursos e na realização de mudanças que apresentam importantes impactos no desempenho da organização. Essas mudanças ocorrem ao longo do tempo e têm o intuito de atender os objetivos estratégicos da organização e de seus *stakeholders*.

A adoção do termo gestão estratégica, em vez de estratégia, é baseado na percepção de que gestão estratégica denota uma abordagem mais ampla do que estratégia. Esta, por vezes, é percebida ou associada somente com a etapa de formulação ou com decisões estratégicas. Em grande parte da literatura, e também neste trabalho, os termos são tratados sem distinção.

3.2.2. Abordagens teóricas sobre estratégia

A literatura discorre sobre diferentes abordagens teóricas a respeito da disciplina estratégia. Cada abordagem teórica apresenta diferentes pressupostos, o que leva a concepções bem diferentes sobre o que é estratégia e como ela é desenvolvida (Whittington, 2000). Mintzberg et al. (1998) e Whittington (2000) apresentam contribuições relevantes nesse tema.

Mintzberg et al. (1998) classificam as abordagens sobre estratégia em dez diferentes escolas. Estas são:

(1) Escola do *design*: aborda a estratégia como um processo de concepção, em que a formulação da estratégia busca um ajuste entre as forças e fraquezas internas com as oportunidades e ameaças externas.

(2) Escola de planejamento: considera a estratégia como um processo formal e não apenas cerebral, que pode ser decomposto em etapas distintas e apoiado por técnicas específicas.

(3) Escola de posicionamento: trata a estratégia como um processo analítico, que é focado na seleção de posições estratégicas por meio de análises formalizadas dos mercados.

(4) Escola empreendedora: aborda a estratégia como um processo visionário, que existe na mente do líder como uma direção de longo prazo da organização.

(5) Escola cognitiva: considera a estratégia como um processo mental dos estrategistas, em que as decisões estratégicas emergem como perspectivas, na forma de conceitos, mapas, esquemas e molduras.

(6) Escola de aprendizado: trata a estratégia como um processo emergente, em os estrategistas estão dispersos na organização, e a formulação e execução da estratégia estão entrelaçadas.

(7) Escola de poder: aborda a estratégia como um processo de negociação, que pode ocorrer em níveis micro e macro. No micro poder, a estratégia ocorre dentro da organização, como um processo essencialmente político, que envolve barganha, persuasão e confrontação entre os atores que dividem o poder. No macro poder, a organização utiliza sua influência sobre outras organizações, na forma de alianças, *joint-ventures* e relacionamentos.

(8) Escola cultural: considera a estratégia como um processo coletivo, em que a estratégia emana da interação social, e é baseada nas crenças e interpretações comuns dos membros da organização.

(9) Escola ambiental: trata a estratégia como um processo reativo, em que as forças do ambiente externo são o agente central. A estratégia consiste

na reação da organização a essas forças, na forma de adaptação ao ambiente para não correr o risco de ser eliminada.

(10) Escola de configuração: aborda a estratégia como um processo de transformação. Essa escola assume que a organização passa por períodos de estabilidade e outros de transformação. Os estágios de estabilidade e transformação podem se ordenar em sequências esperadas, originando os ciclos de vida das organizações. A gestão estratégica consiste basicamente em sustentar a estabilidade ou promover as transformações, quando reconhecer a necessidade de mudanças.

Mintzberg et al. (1998; 2002) classificam as dez escolas segundo os pressupostos do mundo externo e interno. O ambiente externo pode variar de um extremo compreensível e controlável para outro, incompreensível e confuso. O processo de formulação da estratégia pode variar entre as naturezas racional e natural. A figura 3.1 ilustra essa classificação.

Figura 3.1. Classificação das escolas de estratégia (Mintzberg et al., 2002)

Whittington (2000) apresenta quatro abordagens teóricas em estratégia:

(1) Abordagem clássica: considera que a lucratividade é o objetivo supremo das organizações, e que o planejamento racional é o meio para obtê-la. É a mais antiga das abordagens, e a mais disseminada na literatura. Segundo os historiadores, suas origens estão nos anos 1960, e remetem aos trabalhos de Alfred Chandler (1962), Alfred Sloan (1963), Igor Ansoff (1965) e, posteriormente, diversos trabalhos de Michael Porter. As características predominantes dessa abordagem são: o apego à análise racional, o distanciamento entre planejamento e execução, e o compromisso principal com a maximização dos lucros.

(2) Abordagem evolucionária: adota a premissa de que os mercados (e o futuro) são voláteis e imprevisíveis. Dessa forma, o planejamento apresenta uma baixa efetividade, a melhor estratégia consiste em melhorar as chances de sobrevivência da organização, tornando-a adaptativa ao ambiente externo. Conceitualmente, essa abordagem está apoiada no princípio biológico da seleção natural. Seu surgimento ocorreu nos anos 1980. Exemplos na literatura incluem Hannan e Freeman (1989), e Carroll e Hannan (2000).

(3) Abordagem processual: adota a premissa de que tanto os mercados quanto as organizações são imperfeitos, complexos e desordenados. Assim, essa abordagem é cética em relação ao planejamento racional, e tem menos confiança nas forças do mercado como balizadores principais do destino das organizações. Sua natureza é pragmática; ela considera que as empresas devem seguir uma racionalidade adaptável, ou seja, o ajuste gradual de suas rotinas ao mercado e à sua estrutura social, tais como suas características culturais e políticas. Exemplos na literatura incluem Cyert e March (1963), e diferentes trabalhos de Andrew Pettigrew e Henry Mintzberg.

(4) Abordagem sistêmica: assume a premissa de que as organizações podem planejar e agir efetivamente em seu ambiente organizacional e externo. A diferença principal em relação à abordagem clássica é que os objetivos e as práticas das estratégias dependem do sistema social (interno), econômico (externo) e cultural (interno e externo) no qual a estratégia se desenvolve. Dessa forma, a estratégia reflete os sistemas sociais, econômicos e culturais

dos quais a organização está inserida, o que espelha os interesses (e, portanto, múltiplos objetivos) e regras de atuação. Exemplos na literatura incluem Granovetter (1985) e Whitley (1999).

Whittington (2000) classifica essas abordagens segundo duas dimensões: os resultados da estratégia e seu processo de desenvolvimento (figura 3.2). Os resultados, dispostos no eixo vertical, denotam em um extremo o objetivo de maximização do desempenho econômico (ex.: lucros e retorno sobre o investimento) e no outro o quanto a empresa se desvia dele, e incorpora outros objetivos (tais como objetivos sociais, ambientais e interesses próprios dos *stakeholders*). Essa dimensão responde a seguinte questão: *para que* serve a estratégia. O processo de desenvolvimento da estratégia reflete, em um extremo, se a estratégia ocorreu por meio de um processo deliberado (ou seja, planejado, racional, definido pelos executivos), e no outro emergente (ou seja, se a estratégia emergiu por adaptação ao mercado, acidente, sorte ou inércia organizacional).

Figura 3.2. Classificação das abordagens de estratégia (Whittington, 2000)

3.2.3. Importância e evolução da gestão estratégica nas organizações

Esse item discute duas questões: *por que* e *como* as organizações desenvolvem suas competências em gestão estratégica?

Em relação à primeira questão, as empresas geralmente reconhecem a importância da gestão estratégica para melhorar seu desempenho. A gestão estratégica pode contribuir para atender diferentes objetivos e desafios, tais como: obter vantagem competitiva, gerenciar a turbulência e a diversidade, obter sinergias, induzir mudanças estratégicas (Yip, 1985), gerenciar o crescimento (Viguerie et al., 2008), e responder às discontinuidades e mudanças do mercado (Mahajan e Wind, 1989).

É certo que alguns autores questionam a efetividade do planejamento estratégico, e chamam a atenção para suas armadilhas e falácias (por exemplo, Mintzberg, 1994).

No entanto, outros mostram que o desenvolvimento das competências em gestão estratégica pode contribuir para a melhoria de desempenho das organizações. Por exemplo, Miller e Cardinal (1994) utilizaram a metodologia de meta-análise, baseada em uma amostra de 26 estudos, e concluíram que o planejamento estratégico apresenta um impacto positivo na lucratividade e no crescimento das empresas.

Hart e Banbury (1994) analisaram dados coletados de uma amostra de 285 altos gerentes e concluíram que: empresas com competências mais desenvolvidas em gestão estratégica (relacionada ao uso simultâneo de múltiplas formas de processos de estratégia) apresentam melhor desempenho quando comparadas com organizações com competências menos desenvolvidas; e os resultados tendem a ser mais relevantes em empresas de maior tamanho.

O desenvolvimento das competências em gestão estratégica tende a ser evolucionário e cumulativo nas organizações. Gluck et al (1980; 1982), baseados em uma pesquisa realizada com diversas empresas pela McKinsey, constataram que as competências em estratégia são desenvolvidas em quatro estágios:

(1) Planejamento financeiro: corresponde à forma mais elementar de planejamento estratégico. O foco tende a ser funcional e o planejamento orçamentário contempla o horizonte anual.

(2) Planejamento baseado em previsões: é uma evolução natural do estágio anterior. O planejamento orçamentário passa a considerar um horizonte plurianual e as empresas realizam análises do orçamento previsto vs. realizado. No entanto, a alocação dos recursos ainda é estática.

(3) Planejamento orientado externamente: nesse estágio, as organizações passam a pensar de maneira estratégica. Elas realizam análises situacionais e dos concorrentes, avaliação alternativas estratégicas e alocam os recursos de maneira dinâmica.

(4) Gestão estratégica: nesse estágio, o planejamento estratégico não é mais uma atividade que ocorre somente uma vez ao ano. Ele é uma atividade contínua e está integrado com a gestão, como um processo único. A abordagem estratégica está consolidada, e há um foco estratégico na organização. As competências em gestão estratégica estão disseminadas na empresa, e seus valores e clima suportam a estratégia.

Segundo esses autores, as estratégias de empresas bem-sucedidas progridem ao longo dessas quatro fases, passando de uma abordagem mais mecanicista e estática para uma mais multidimensional e dinâmica. A figura 3.3 ilustra esse conceito.

Figura 3.3. As quatro fases da estratégia (adaptado de Gluck et al, 1982)

Por fim, Abrahamson (1996) comenta que as empresas de consultoria, os especialistas e as escolas de administração também podem contribuir ao desenvolvimento das competências em gestão das organizações, ao atuarem como meios de disseminação e compartilhamento do conhecimento na disciplina.

3.3. TAXONOMIA PARA O ESTUDO DA GESTÃO ESTRATÉGICA

A gestão estratégia pode ser estudada segundo três dimensões principais (Pettigrew, 1985; Pettigrew e Whipp, 1991; De Wit e Meyer, 2010):

(1) *Conteúdo*: contempla o conjunto de decisões e ações que compõem a estratégia. Essa dimensão considera questões tais como: o que é planejado e executado em gestão estratégica? Quais são os resultados do processo de desenvolvimento da estratégia?

(2) *Processo*: consiste no conjunto de atividades que resultam nas decisões e ações estratégicas. Ele aborda questões tais como: quais são as

etapas e atividades de planejamento e execução da estratégia? Como, e em que sequência elas ocorrem? Quem participa, e em quais momentos?

(3) *Contexto*: considera o conjunto de circunstâncias do ambiente externo e organizacional que impactam a concepção e implantação da estratégia. Ele aborda questões tais como: quais influências internas e externas afetam o processo e conteúdo da estratégia? Em quais condições sociais, políticas, econômicas e culturais ocorre o planejamento e execução da estratégia?

De Wit e Meyer (2010) ressaltam que essas três dimensões ocorrem concomitantemente nas situações reais de gestão estratégica nas organizações. Elas não são partes da estratégia, mas dimensões distintas. A figura 3.4 ilustra esse conceito.

Figura 3.4. Processo, conteúdo e contexto da estratégia

Esse trabalho adota as três dimensões (contexto, processo e conteúdo) como uma taxonomia para estudo da gestão estratégica. As duas primeiras dimensões – contexto e processo – são discutidas a seguir. O conteúdo da gestão estratégica é contemplado no capítulo seguinte.

3.4. CONTEXTO DA ESTRATÉGIA

O contexto da estratégia aborda os elementos do ambiente interno e externo que impactam o desenvolvimento e implantação da estratégia. Ele pode ser analisado segundo três níveis principais: contexto internacional, contexto do setor e contexto organizacional (De Wit e Meyer, 2010). A figura 3.5 ilustra esses níveis.

Figura 3.5. O estudo do contexto da gestão estratégica (adaptado de De Wit e Meyer, 2010, p. 424)

3.4.1. Contexto internacional

O contexto internacional está relacionado a duas questões principais: globalização, e decisão de internacionalização das operações de uma empresa. O conceito de globalização está associado ao processo de se tornar global. Isso pode analisado no nível de globalização das empresas, dos negócios e das economias. A decisão de internacionalização implica nas decisões estratégicas de padronização ou localização de produtos e serviços, na criação de mecanismos de coordenação das atividades em diferentes países e na decisão de centralização ou descentralização de atividades (De Wit e Meyer, 2010).

Whittington (2000) ressalta a questão da localização e origem das organizações na gestão estratégica. Ele afirma que as estratégias das empresas domésticas com subsidiárias internacionais e das multinacionais

podem ser fortemente influenciadas pelas culturas industriais, estruturas de classe, políticas e tendências profissionais de seus países de origem. Ele cita diferentes exemplos que denotam como as culturas de economias anglo-saxônicas, germânicas e asiáticas afetam os relacionamentos e os processos estratégicos das organizações e respectivos países de origem.

A estrutura de propriedade acionária e os diferentes sistemas de governança apresentam impactos na estratégia. Johnson et al. (2005) discutem os pontos fortes e fracos dos modelos de governança anglo-saxão (EUA e Reino Unido), *rhine* (Alemanha, Suíça, Áustria e Holanda), latino (França, Itália e Espanha) e japonês, e seus impactos na gestão estratégica.

O desenvolvimento da estratégia pode ser diferente a depender do grau de centralização e dispersão geográfica das organizações. Regner (2003) analisou a criação da estratégia em quatro empresas multinacionais e verificou que esse processo é diferente no centro (ex.: matriz, escritório central) e nas unidades periféricas (ex.: filiais, unidades dispersas geograficamente). Ele percebeu que o desenvolvimento da estratégia nas unidades periféricas ocorre principalmente de forma indutiva, é orientado externamente, e ocorre por meio de atividades exploratórias, como tentativa e erro, alertas informais, experimentos e decisões heurísticas. Ao contrário, a criação estratégia no centro das organizações é mais dedutiva, apresenta um foco no setor e no aproveitamento de oportunidades, e ocorre por meio de atividades mais formalizadas, como planejamento, análise e inteligência estratégica.

3.4.2. Contexto do setor

Johnson et al. (2005) consideram que a importância relativa dos elementos da estratégia variam conforme o porte, localização e setor de atuação das empresas. Eles citam como contextos relevantes a pequena empresa, as corporações multinacionais, o setor público e as organizações sem fins lucrativos. Essa questão é particularmente relevante no setor de saúde do Brasil, pois este é composto por diversas pequenas empresas (ex.: clínicas de saúde e pequenos laboratórios), setor público (ex: hospitais

públicos e universitários associados às universidades estaduais e federais) e organizações sem fins lucrativos (ex.: hospitais filantrópicos e organizações sociais – ou OSs).

A rapidez das decisões estratégicas pode estar relacionada ao setor de atuação das organizações. Nesse sentido, Eisenhardt (1989b) realizou uma pesquisa com múltiplos estudos de caso de empresas que atuam na área de microcomputadores, um setor altamente dinâmico e que apresentava mudanças tecnológicas relativamente rápidas no momento da pesquisa. Ela conclui que: (1) os gestores que tomam decisões rápidas utilizam mais informações e desenvolvem mais alternativas do que aqueles que tomam decisões lentas; (2) a centralização do processo decisório não o torna necessariamente rápido; (3) a adoção de aconselhamento em níveis sucessivos e composto por conselheiros experientes pode tornar o processo decisório mais rápido; (4) a resolução de conflitos é crítica para a rapidez das decisões estratégicas; (5) a integração entre as decisões estratégicas e táticas aumenta a velocidade do processo decisório. Em suma, a necessidade de rapidez na tomada de decisões estratégicas em função do dinamismo de um setor impacta o processo de desenvolvimento da estratégia.

Nesse sentido, vale citar que a saúde também pode ser considerada como um setor dinâmico em função de questões tais como rapidez de desenvolvimentos tecnológicos (Swayne et al., 2008), custos crescentes de incorporação tecnológica (Callahan, 2009) e dos gastos totais em saúde, fatores demográficos (principalmente o envelhecimento da população) (Cechin, 2008) e difusão do conhecimento em saúde por meio da internet e dos veículos de comunicação.

3.4.3. Contexto organizacional

Whittington (2000), ao discutir a abordagem sistêmica de gestão estratégica, afirma que os teóricos dessa abordagem “insistem em que as razões inerentes à estratégia são peculiares a determinados contextos sociológicos”. Nesse sentido, as empresas decidem e atuam conforme os

sistemas sociais e econômicos em que estão inseridas. Assim, o poder interno à organização envolve não somente as micro-políticas de indivíduos e departamentos, como também os grupos sociais, interesses e recursos do contexto circundante.

A cultura organizacional é outro elemento relevante no contexto da gestão estratégica. Shein (1997) define cultura organizacional como “as suposições e crenças básicas compartilhadas pelos membros de uma organização, que operam inconscientemente e definem de forma assumidamente básica a visão que a organização tem de si mesma e de seu ambiente”.

Johnson et al. (2005) consideram que a cultura organizacional abrange a experiência e comportamento coletivos de uma organização, que se inserem e acumulam nas rotinas organizacionais ao longo do tempo. Nesse contexto, as estratégias podem ser vistas como resultado de suposições, comportamentos e rotinas coletivas da organização. Esses autores apresentam uma metodologia de análise da cultura organizacional, denominada rede cultural²⁶.

Mintzberg (2007) analisou nove estudos de casos longitudinais em organizações, e propõe uma teoria geral de formulação da estratégia. Para tanto, ele classifica o contexto organizacional segundo duas dimensões: a estrutura interna de poder; e a dinâmica do ambiente externo. Essas dimensões geram uma matriz com quatro configurações organizacionais (figura 3.6).

²⁶ Essa metodologia é apresentada no tópico correspondente à análise interna, como parte integrante do conteúdo da estratégia.

Figura 3.6. Quatro configurações organizacionais (Mintzberg, 2007, p. 342)

Essas configurações apresentam as seguintes características:

(1) *Organização máquina*²⁷: contempla uma organização que atua com a regularidade e previsibilidade de uma máquina. Geralmente é uma organização de grande porte, madura e encontrada em ambientes estáveis. Em geral, produz produtos e serviços por meio de processos padronizados, e é controlada por tecnocratas. A organização máquina tenta controlar o ambiente, bem como tende a resistir às mudanças externas, uma vez que foi desenhada para produzir com estabilidade, e não para realizar mudanças. Nesse sentido, a formulação da estratégia geralmente é deliberada e incremental.

(2) *Organização empreendedora*: controlada por um líder ou, em alguns casos, por um time pequeno e unido. Geralmente é encontrada em *startups*, pequenas empresas e no processo de ampla reestruturação²⁸ de uma empresa. O líder domina o processo estratégico, que pode resultar tanto no sucesso como no fracasso da organização. O restante da organização tende a ser maleável e responsiva ao líder. A organização empreendedora (e

²⁷ Em inglês, *machine organization*.

²⁸ Em inglês, *turnaround*.

especialmente seu líder) geralmente está sintonizada ao ambiente, e é mais propensa a mudanças.

(3) *Organização adocrática*: o poder está centrado em grupos de especialistas, que trabalham em projetos, geralmente de conteúdo inovador e em ambientes dinâmicos. Essas organizações são fundamentalmente oportunistas, uma vez que tendem a responder rapidamente (e, às vezes, de maneira impulsiva) às mudanças no ambiente. Nesse tipo de organização, a formulação da estratégia ocorre principalmente por meio de um processo coletivo, com diferentes pessoas por vezes agindo em nome da organização. Em algumas situações, essas organizações podem deixar de lado a direção estratégia geral com o intuito de manter o status adocrático.

(4) *Organização profissional*: dependente de um grupo de profissionais de alto nível, que trabalham de maneira relativamente autônoma e seguem as normas de sua categoria profissional. Esses profissionais geralmente perseguem seus próprios interesses e objetivos, porém reunidos em uma mesma empresa. Esse tipo de organização é encontrado em universidades (principalmente públicas), escritórios de advocacia e algumas empresas de serviços profissionais (ex.: auditorias e consultorias) que atuam em ambientes estáveis.

Mintzberg (2007), em sua teoria geral de formulação da estratégia, considera que cada uma dessas configurações tem um alinhamento com um dos quatro tipos de formação da estratégia (planejamento estratégico, visão estratégica²⁹, aprendizado estratégico e investimentos estratégicos³⁰ – que são discutidos em tópico posterior).

3.4.4. Abordagem adotada para o contexto da estratégia

Há diferentes elementos do contexto interno e externo que impactam a gestão estratégica das empresas. Dentre estes, destacam-se: o setor de atuação das empresas; a dinâmica do ambiente externo; a finalidade das

²⁹ Em inglês, *strategic visioning*.

³⁰ Em inglês, *strategic venturing*

organizações (com ou sem fins lucrativos); o porte; a localização e dispersão geográfica; o país de origem das empresas; a estrutura de propriedade acionária; os sistemas de governança adotados; o contexto sociológico dos *stakeholders*; a cultura organizacional e a estrutura de poder.

No presente trabalho, o contexto da gestão estratégica será analisado por meio de quatro elementos: (1) análise do ambiente externo; (2) análise do ambiente interno; (3) intenção estratégica (particularmente as questões relacionadas aos valores e cultura organizacional); (4) mapeamento dos *stakeholders*. (particularmente o poder de influência destes na gestão estratégica das organizações). Esses elementos são discutidos em maiores detalhes no próximo capítulo, que aborda o conteúdo da estratégia.

Em particular, a pesquisa de campo desse trabalho analisará o contexto estratégico associado à estrutura de poder das empresas. Para tanto, ele adota, como modelo de referência, as quatro configurações organizações propostas por Mintzberg (2007). A premissa considerada é que os diferentes modelos organizacionais encontrados no setor de saúde - tais como hospitais de corpo clínico aberto, cooperativas, empresas fundadas e gerenciadas por médicos empreendedores, organizações públicas, e grandes empresas privadas com e sem fins lucrativos – podem ser um fator importante no processo de gestão estratégica. Vale ressaltar que nem todas os modelos citados (particularmente as cooperativas e organizações públicas) serão considerados na pesquisa de campo em função do escopo da pesquisa.

A figura 3.7 representa as quatro configurações de Mintzberg (2007), com uma adaptação da dimensão ambiente externo (que foi considerado como contexto organizacional). Os níveis organizacionais em destaque denotam a localização principal do poder interno.

Figura 3.7. Quatro configurações organizacionais adotadas no trabalho

3.5. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA

A literatura oferece diferentes discussões e propostas para o desenvolvimento da estratégia. Porém, não há um processo consolidado que possa servir como referência (Sminia, 2009). Dessa forma, o presente tópico pretende discutir questões relevantes, e adotar um processo genérico de desenvolvimento da estratégia.

3.5.1. Estratégia deliberada e emergente

Mintzberg e Waters (1985) apresentam o conceito de estratégia deliberada e emergente (figura 3.8). Estratégia deliberada é resultante de uma intenção, ou seja, de um plano que gerou uma estratégia intencional (ou pretendida). No entanto, uma parte do plano pode não ser realizada por algumas circunstâncias, tais como falta de recursos, deficiências de execução ou adaptação às condições não-previstas do mercado. O conjunto de ações

planejadas e não-realizadas é denominado estratégia não-realizada (ou irrealizada). Assim, a estratégia deliberada contempla as ações planejadas e realizadas de uma organização. A estratégia emergente consiste no conjunto de ações que não foram planejadas (ou, no limite, de natureza não intencional) de uma organização. Dessa forma, a estratégia realizada é uma combinação de ações realizadas planejadas (estratégia deliberada) e não-planejadas (estratégia emergente) de uma organização.

Figura 3.8. Tipos de estratégias nas organizações (Mintzberg e Waters, 1985)

Raramente uma estratégia é completamente deliberada e poucas são inteiramente emergentes (Mintzberg et al., 1998). Uma estratégia completamente deliberada pode estar associada tanto a previsões, análises e planejamento com elevada precisão, como à falta de adaptação a eventos inesperados e baixo aprendizado organizacional. Uma estratégia completamente emergente pode estar relacionada à baixa capacidade organizacional para realizar análise e planejamento, ou deficiências no controle das decisões estratégicas que foram tomadas.

3.5.2. Processos básicos de formulação da estratégia

Mintzberg (2007) classifica a formulação da estratégia em quatro processos básicos. Para tanto, ele adota duas dimensões: (1) processo de desenvolvimento da estratégia, que pode ser planejada (ou deliberada) ou

emergente; (2) conteúdo da estratégia, que pode considerar uma perspectiva ampla ou posições bem definidas. Essas dimensões geram uma matriz com quatro processos de formulação da estratégia (figura 3.9).

Figura 3.9. Processos básicos de formulação da estratégia (Mintzberg, 2007, p. 341)

Assim, os processos básicos de formulação da estratégia são os seguintes:

(1) *Planejamento estratégico*: consiste em escolhas de posições estratégicas bem definidas de forma planejada e deliberada.

(2) *Visão estratégica*³¹: aborda as escolhas de perspectivas estratégicas amplas de forma planejada e deliberada.

(3) *Aprendizado estratégico*: consiste em escolhas de perspectivas estratégicas amplas segundo um modelo emergente.

(4) *Investimentos estratégicos*³²: contempla as escolhas de posições estratégicas bem definidas segundo um modelo emergente.

³¹ Em inglês, *strategic visioning*.

Mintzberg (2007), de acordo com sua teoria geral de formulação da estratégia, sugere que há uma tendência de alinhamento biunívoco entre esses quatro processos básicos de formulação da estratégia e as quatro configurações organizacionais citadas anteriormente. Ele considera que ha um alinhamento entre: (1) organização máquina³³ e planejamento estratégico; (2) organização empreendedora e visão estratégica; (3) organização adocrática e aprendizado estratégico; (4) organização profissional e investimentos estratégicos.

A tabela 3.1 sintetiza as principais características do relacionamento entre os tipos de configuração organizacional e os processos básicos de formulação da estratégia.

CONTEXTO	Configuração da organização	Organização máquina	Organização empreendedora	Organização adocrática	Organização profissional
	Estrutura de poder	Centralizada	Centralizada	Descentralizada	Descentralizada
	Centro do poder	Alta gestão (poder permeia a organização)	Líder empreendedor	Times de especialistas (ou de projetos)	Cada profissional
	Condições	Produtos e serviços padronizados, organizações maduras, ambientes estáveis	Startup, ampla reestruturação, pequenas empresas, ambiente dinâmico	Inovação, alta tecnologia, ambientes dinâmicos	Profissionais com alta qualificação, ambientes estáveis
	Integração	Integrada pelo desenho organizacional	Alinhada ao líder	Fraca integração	Não integrada
PROCESSO	Formulação dominante da estratégia	Planejamento estratégico	Visão estratégica (do líder)	Aprendizado estratégico (coletivo)	Investimentos estratégicos
	Processo de desenvolvimento	Deliberado	Deliberado (com flexibilidade para posições estratégicas emergentes)	Emergente	Emergente (com posições estratégicas deliberadas e emergentes)
	Impulso estratégico	Organização impulsiona as ações estratégicas	Líder empreendedor impulsiona as ações estratégicas	Ambiente impulsiona as ações estratégicas	Profissionais impulsionam a estratégia
	Padrão de mudanças estratégicas	Longa estabilidade, interrompida por ocasionais grandes reestruturações	Progresso sólido, com mudanças periódicas	Ciclicidade entre dentro e fora do foco estratégico	Frequentes mudanças nas posições individualizadas, dentro de uma estabilidade geral
CONTEÚDO	Estratégias	Posições estratégicas bem definidas	Posições estratégicas flexíveis, alinhadas à visão estratégica	Perspectivas amplas, posições estratégicas emergentes	Portfólio de posições estratégicas individualizadas (deliberadas e emergentes)
	Principais questões estratégicas	Reconhecimento da necessidade de mudança	Pensamento do líder	Pensamento coletivo	Questionamento da gestão estratégica

Tabela 3.1. Tipos de configuração organizacional e processos básicos de formulação da estratégia (adaptado de Mintzberg, 2007, p. 362)

³² Em inglês, *strategic venturing*

³³ Em inglês, *machine organization*.

3.5.3. Abordagem baseada na organização industrial

O processo de desenvolvimento da estratégia segundo o modelo da organização industrial (ou I/O, de *Industrial Organization*) é baseado na denominada abordagem SCP (*structure-conduct-performance*). Esta assume a premissa de que a estrutura de um setor e o comportamento das empresas (por exemplo, por meio da determinação de preços e da estratégia de produtos e serviços) que dele participam interagem e determinam o desempenho das organizações. Essa abordagem foi originalmente desenvolvida para compreender como o governo poderia intervir em um setor de modo a aumentar o bem-estar social. Dessa forma, o foco original foi no desempenho social e não na lucratividade das empresas. Não obstante a diferença de foco, alguns pesquisadores de gestão estratégica adotaram essa abordagem para analisar as indústrias (Saloner et al., 2001).

O modelo mais conhecido para análise estrutural das indústrias é o das cinco forças competitivas (figura 3.10), proposto por Michael Porter (1979; 1980; 2008a). Segundo esse modelo, a lucratividade das empresas de um setor é impactada por: (1) intensidade da concorrência entre as empresas existentes no setor; (2) poder de barganha dos compradores; (3) comportamento das empresas que entregam produtos e serviços semelhantes ou substitutos aos do setor; (4) poder de barganha dos fornecedores; (5) entrada potencial de novas empresas no setor. Nessa última força, Porter (1980) cita as principais barreiras de entrada: economias de escala; diferenciação de produtos e serviços; necessidades de capital; custos de mudanças; acesso aos canais de distribuição; desvantagens de custo independentes da escala; e políticas governamentais e regulatórias.

Figura 3.10. Modelo das cinco forças competitivas para análise estrutural das indústrias (Porter, 1980)

Saloner et al. (2001) ressaltam que o primeiro passo para a análise da indústria é a adequada definição da própria indústria. Nesse sentido, esse trabalho considera a utilização da cadeia de valor da saúde como a primeira (e fundamental) etapa para a análise desse setor.

Hoskisson et al. (2008) descrevem o processo de desenvolvimento da estratégia segundo o modelo da organização industrial em cinco passos: (1) analisar o ambiente externo, principalmente o ambiente do setor; (2) identificar um setor atrativo, com potencial de retornos acima da média; (3) definir uma estratégia exigida pelo setor para obter retornos acima da média; (4) desenvolver ou adquirir os ativos e as capacidades necessários à implantação da estratégia; (5) utilizar os pontos fortes da empresa (seus ativos e capacidades que foram desenvolvidos ou adquiridos) para executar a estratégia. A figura 3.11 ilustra esse processo.

Figura 3.11. Desenvolvimento da estratégia segundo a abordagem baseada na organização industrial (Hoskisson et al., 2008)

É importante ressaltar que essa abordagem assume algumas premissas importantes. Primeiro, que o mercado (particularmente o setor) é a força motriz do desenvolvimento da estratégia, pois impõe pressões e limitações ao desenvolvimento da estratégia. Segundo, que as empresas (e seus gestores) escolhem racionalmente os mercados mais atrativos para obter retornos acima da média. Terceiro, que as empresas controlam os recursos e ativos críticos para competir no setor. E, quarto, que os ativos e capacidades organizacionais são, em grande parte, transferíveis entre as empresas (Hoskisson et al., 2008). Dessa forma, a aquisição e desenvolvimento dos ativos e capacidades organizacionais são uma consequência da formulação da estratégia. Em outras palavras, o mercado direciona o desenvolvimento das capacidades organizacionais.

Tais premissas têm sido alvo de críticas, particularmente pelos pesquisadores que adotam a abordagem baseada nos recursos (discutida a seguir). Por outro lado, é importante ressaltar que o setor apresenta um impacto importante na lucratividade das empresas uma vez que algumas pesquisas mostram que entre 9 a 20% da variação da rentabilidade das empresas está relacionada ao setor (e país) onde elas atuam (Sehmalensee, 1985; Rumelt, 1991; McGahan e Porter, 1997; Makino et al., 2004).

3.5.4. Abordagem fundamentada nos recursos e capacidades

O processo de desenvolvimento da estratégia fundamentado nos recursos e capacidades adota os conceitos da visão da empresa baseada nos recursos (ou RBV – *resource based view*). Esse termo foi originalmente utilizado por Wernerfelt (1984), que se baseou na teoria econômica de Penrose (1959) sobre o crescimento das empresas.

A literatura apresenta algumas variações de terminologia sobre esse tema. Além de visão baseada nos recursos (Wernerfelt, 1984; Helfat e Peteraf, 2003; Barney e Clark, 2007) ou simplesmente recursos organizacionais (Barney, 1991), há outras nomenclaturas fundamentadas nesse conceito, tais como capacidades dinâmicas³⁴ (Teece et al.; 1997; Eisenhardt e Martin, 2000; Winter, 2003; Helfat et al., 2007; Teece, 2009), capacidades organizacionais (Grant, 2005), ativos estratégicos (Amit e Schoemaker, 1993), competências distintas (Hitt e Ireland, 1985; Barney e Clark, 2007), competências críticas³⁵ (Prahalad e Hamel, 1990; Johnson et al., 2005) e competências estratégicas (Douglas e Ryman, 2003).

O processo de desenvolvimento da estratégia segundo a abordagem baseada nos recursos e capacidades pode ser realizado em seis etapas: (1) identificar os recursos da empresa e analisar seus pontos fortes e fracos em comparação aos concorrentes; (2) identificar as capacidades da empresa e analisar: o que essas capacidades permitem que a empresa faça melhor do

³⁴ Em inglês, *dynamic capabilities*.

³⁵ Em inglês, *core competencies*.

que seus concorrentes?; (3) identificar a vantagem competitiva potencial que pode ser obtida por meio da exploração dos recursos e capacidades disponíveis; (4) identificar um setor atrativo, com potencial de retornos acima da média; (5) identificar a estratégia que melhor permita à empresa explorar seus recursos e competências no setor escolhido; (6) utilizar os pontos fortes da empresa (recursos e capacidades desenvolvidos ou adquiridos) para implantar a estratégia (Hoskisson et al., 2008)³⁶. A figura 3.12 ilustra esse processo.

Figura 3.12. Desenvolvimento da estratégia segundo a abordagem baseada nos recursos e capacidades (adaptado de Hoskisson et al., 2008)

A premissa principal da abordagem fundamentada nos recursos consiste na suposição de que o conjunto de recursos e capacidades únicas de uma

³⁶ Hoskisson et al. (2008) apresentam cinco etapas. Esse trabalho realizou uma adaptação dessas etapas,

empresa – e não a estrutura do setor que a empresa atua – exerce a principal influência sobre a definição da estratégia. Outras premissas estão correlacionadas. Primeiro, que as capacidades evoluem e precisam ser gerenciadas de maneira dinâmica (por isso alguns autores adotam o termo capacidades dinâmicas). Segundo, que as organizações podem adquirir e desenvolver recursos e capacidades únicos ao longo do tempo. Assim, as empresas que concorrem em um setor geralmente apresentam capacidades diferentes. Terceiro, que há limitações na mobilidade de recursos e capacidades entre as empresas (Hoskisson et al., 2008). Dessa forma, a aquisição de outras organizações não garante que todos os recursos e capacidades serão integralmente absorvidos pela empresa compradora. Nesse contexto, a vantagem competitiva diretamente relacionada à maneira com que as empresas adquirem, desenvolvem e adaptam seus recursos e capacidades organizacionais.

Essas questões estão alinhadas aos resultados de algumas pesquisas que mostram que entre 31 a 46% da variação da rentabilidade de uma organização está relacionada à sua posição competitiva (Sehmalensee, 1985; Rumelt, 1991; McGahan e Porter, 1997; Makino et al., 2004).

3.5.5. Etapas do desenvolvimento da estratégia

Na literatura, há diferentes propostas para as etapas de desenvolvimento da estratégia. Por exemplo, Saloner et al. (2001) adotam sete etapas: (1) identificação da estratégia; (2) avaliação da estratégia; (3) desenvolvimento das opções estratégicas; (4) avaliação das opções estratégicas; (5) seleção da estratégia; (6) comunicação da estratégia; (7) implantação.

Grant (2003) apresenta um ciclo de planejamento estratégico composto por nove etapas. Estas são: (1) definição das diretrizes do planejamento estratégico, metas corporativas e premissas dos cenários e previsões; (2) elaboração do rascunho do plano de negócios; (3) discussão com a corporação; (4) revisão final do plano de negócios; (5) elaboração do

orçamento anual; (6) definição do plano corporativo (em paralelo à etapa 5); (7) aprovação pela Diretoria/Conselho; (8) determinação das metas de desempenho anual; (9) avaliação de desempenho.

Johnson et al. (2005) citam que o desenvolvimento da estratégia deliberada ocorre principalmente por meio de sistemas de planejamento estratégico, *workshops* de estratégia e grupos de projetos, trabalhos de consultorias, além dos casos em que a estratégia é imposta externamente. Os autores consideram que há quatro abordagens principais para o desenvolvimento da estratégia emergente: (1) incrementalismo lógico, em que a estratégia é desenvolvida por experimentação e aprendizado a partir de comprometimentos parciais; (2) rotinas de alocação de recursos, em que a estratégia ocorre como resultado das rotinas de alocação de recursos organizacionais; (3) processos culturais, em que a estratégia resulta de suposições e comportamentos dados como certo nas empresas; (4) política organizacional, em que a estratégia se desenvolve como resultado de processos de negociação e barganha entre os *stakeholders* com poder para influenciá-la.

O desenvolvimento da estratégia é um processo social e dinâmico (Jarzabkowski, 2008). Assim, é importante compreender o papel e influência dos atores (ou seja, das pessoas) que interagem em seus processos e atividades. Essa questão é contemplada em um tema de pesquisa relativamente recente na disciplina de gestão estratégica, denominada estratégia como uma prática³⁷ (Mellahi e Sminia, 2009). Esse tema adota uma perspectiva sociológica, e foca seu estudo nas pessoas e grupos que realizam, de maneira direta e indireta, processos e atividades de gestão estratégica como parte do dia-a-dia das organizações (Whittington, 1996; Jarzabkowski, 2005; Johnson et al., 2007; Jarzabkowski e Spee; 2009). Nesse contexto, Jarzabkowski e Spee (2009) sugerem que os estudos sobre gestão estratégica sejam realizados em três níveis: macro (nível institucional - por exemplo, o setor), meso (nível organizacional ou sub-organizacional) e micro (nível dos indivíduos ou de seus grupos).

³⁷ Em inglês, *strategy as practice*.

Na prática, as empresas adaptam o processo de desenvolvimento da estratégia ao seu contexto. Como exemplos práticos, Grant (2003) apresenta os ciclos de planejamento estratégico na Exxon, Shell, Mobil, Texaco, Amoco, ENI e Elf. Há nítidas variações entre seus ciclos, muito embora sejam empresas do mesmo setor (óleo e gás). Vale ainda ressaltar que a forma com que as empresas conduzem seu planejamento estratégico têm importantes implicações nas suas estratégias, como mostram Vilà e Canales (2008) com o estudo da caso da RAAC. Além disso, as empresas evoluem suas práticas de gestão estratégica e as adaptam às agendas corporativas e estilos de seus diretores. Essa questão é apontada por Ocasio e Joseph (2008), ao estudarem a evolução do planejamento estratégico na General Electric no período de 1940 a 2006.

CAPÍTULO 4. GESTÃO ESTRATÉGICA NA SAÚDE: CONTEÚDO

4.1. CONTEÚDO DA GESTÃO ESTRATÉGICA

O conteúdo da gestão estratégia aborda o conjunto de decisões e ações que compõem a estratégia. Essa dimensão considera questões tais como: o que é planejado e executado em gestão estratégica? Quais são os resultados do processo de desenvolvimento da estratégia?

A literatura apresenta diferentes taxonomias sobre o conteúdo da estratégia. Por exemplo, Johnson et al. (2005) consideram que a gestão estratégica apresenta três principais conjuntos inter-relacionados de decisões: (1) a posição estratégica, que aborda o ambiente externo, a capacidade estratégica e as expectativas e propósitos da organização; (2) as escolhas estratégicas, que contemplam as estratégias no nível corporativo, competitivo e internacional, e as direções e métodos de desenvolvimento da estratégia; (3) a transformação da estratégia em ação, que considera a configuração organizacional, a integração entre estratégias organizacionais (recursos humanos, informações, finanças e tecnologia) e a gestão de mudanças.

Barney e Hesterly (2008) discorrem sobre gestão estratégica segundo três grupos de elementos: (1) ferramentas de análise estratégica, que considera a análise do ambiente externo e das capacidades internas da empresa; (2) estratégias empresarias, que aborda as estratégias de liderança em custo e diferenciação; (3) estratégias corporativas, que contempla a integração vertical, diversificação corporativa, alianças estratégicas, fusões e aquisições, e organização para implantação da estratégia.

Hitt et al. (2005) associam os elementos do conteúdo a três fases da estratégia: (1) entradas da gestão estratégica, que inclui as análises do ambiente externo e interno; (2) formulação da estratégia, que considera as estratégias de negócios, corporativa, internacional, cooperativa, de aquisição e reestruturação, e a dinâmica e rivalidade competitiva; (3) implantação da estratégia, que aborda a governança corporativa, estrutura organizacional e controles, liderança estratégica e empreendedorismo estratégico.

Esse trabalho correlaciona o conteúdo ao processo da estratégia. O processo da estratégia contempla as seis etapas citadas anteriormente:

análise, formulação, implantação, controle, retroalimentação e aprendizagem. O conteúdo da gestão estratégica consiste nos elementos associados a cada uma das etapas e atividades desse processo, apresentados na tabela 4.1.

ETAPAS	ATIVIDADES	CONTEÚDO
Análise	Mapeamento dos <i>stakeholders</i>	▪ <i>Stakeholders</i>
	Intenção estratégica	▪ Missão ▪ Visão ▪ Valores e cultura organizacional ▪ Objetivos estratégicos
	Análise do ambiente externo	▪ Cadeia de valor do setor ▪ Macro variáveis externas ▪ Forças estratégicas ▪ Estágio do ciclo de vida
	Análise do ambiente interno	▪ Recursos tangíveis e intangíveis ▪ Processos de negócios ▪ Estrutura organizacional e social ▪ Capacidades organizacionais
Formulação	Definição do posicionamento estratégico	▪ Posicionamento estratégico ▪ Modelo de negócios
	Opções estratégicas	▪ Níveis da estratégia ▪ Direções da estratégia
Implantação	Execução da estratégia	▪ Planos de ação ▪ Orçamento ▪ Mudanças e projetos estratégicos
Controle	Mensuração da vantagem competitiva	▪ Vantagem competitiva
	Monitoramento do desempenho estratégico	▪ Indicadores de desempenho ▪ <i>Balanced scorecard</i>
	Definição da governança corporativa e seu papel na gestão estratégica	▪ Governança corporativa
Retroalimentação	Atividades de retroalimentação da gestão estratégica	▪ Inteligência estratégica
Aprendizagem	Atividades de aprendizagem organizacional em gestão estratégica	

Tabela 4.1. Etapas, atividades e conteúdo da gestão estratégica

O contexto da gestão estratégica é abordado nas análises externa e interna, na influência dos *stakeholders*, dos valores e da cultura organizacional³⁸ sobre a gestão estratégica, nas interferências externas e internas durante a execução da estratégia e nas influências dos ambientes

³⁸ Os valores e a cultura organizacional estão inseridos na intenção estratégica.

externo e interno sobre as etapas de retroalimentação e aprendizagem estratégica.

Os elementos pertinentes ao conteúdo da gestão estratégica são discutidos em maiores detalhes nos tópicos subsequentes.

4.2. STAKEHOLDERS

A literatura apresenta várias definições para *stakeholders*. Por exemplo, Freeman e Reed (1983) propõe definições em dois níveis. Uma definição abrangente, em que os *stakeholders* são quaisquer grupos ou indivíduos identificáveis que podem ser impactados ou impactar a obtenção dos objetivos da organização. E uma definição específica, em que *stakeholders* são quaisquer grupos ou indivíduos os quais a organização depende para sobreviver. Clarkson (1995) considera que os *stakeholders* são indivíduos e grupos que, de forma voluntária ou involuntária, estão expostos aos riscos inerentes às atividades da empresa.

Esse trabalho adota a seguinte definição abrangente (segundo Hoskisson et al., 2008):

“*Stakeholders* são indivíduos e grupos que podem afetar e serem afetados pelos resultados estratégicos obtidos por uma organização, e que possuem demandas exigíveis em relação ao desempenho desta”.

Algumas formas de classificação são apresentadas na literatura. Por exemplo, Freeman e Reed (1983) apresentam uma matriz, que classifica os *stakeholders* segundo duas dimensões: tipo de poder (acionário, econômico e de influência) e forma de exercer o poder (formal ou por meio de votação, econômico e político). Como exemplos, os acionistas exercem o poder acionário por votação, os fornecedores e clientes apresentam e exercem poder econômico, os sindicatos exercem poder político-econômico, o governo é um influenciador com poder formal e as associações de classe exercem poder de influência política.

Hitt et al. (2005) e Hoskisson et al. (2008) classificam os *stakeholders* em três grupos: *stakeholders* que atuam no mercado de capitais (acionistas e principais provedores de capital, tais como os bancos), *stakeholders* que atuam no mercado de produtos (principais clientes, fornecedores, comunidade em que a empresa exerce sua atividade, sindicatos) e *stakeholders* organizacionais (funcionários, gerentes e outros colaboradores).

Os *stakeholders*, em função de seu poder de influência, estão diretamente relacionados à gestão estratégica das empresas (Frooman, 1999). Nos anos 80, Freeman (1984) propôs um processo de gestão estratégica com foco nos *stakeholders*. Esse processo, denominado modelo de gestão estratégica orientado aos *stakeholders*, considera que a organização deve estabelecer e gerenciar os relacionamentos com os *stakeholders* para criar valor. Nesse modelo, a organização é entendida como uma rede de relacionamentos entre esta e seus *stakeholders*. O processo de formulação da estratégia analisa o poder econômico, as influências políticas e legais, bem como as demandas dos vários *stakeholders*. E a geração de vantagem competitiva ocorre pelo estabelecimento de relacionamentos diferenciados com esses *stakeholders* (Enz, 2010).

O presente trabalho considera que os *stakeholders* devem ser identificados e considerados no contexto da gestão estratégica das organizações que atuam na saúde. Alguns autores reforçam essa questão. Por exemplo, Keele et al. (1987) afirmam que a identificação dos *stakeholders* é um elemento crítico para a implantação da estratégia em organizações que atuam no setor de saúde. Daake e Anthony (2000), em um estudo empírico em organizações de saúde, sugerem que uma análise precisa do poder relativo dos vários *stakeholders* pode contribuir para considerar seus interesses na gestão estratégica, bem como engajá-los no processo de planejamento e implantação da estratégia.

4.3. INTENÇÃO ESTRATÉGICA

Em geral, a aspiração principal das organizações consiste na criação de valor de forma sustentável, tanto na perspectiva dos acionistas, quanto dos clientes, da sociedade em geral e demais *stakeholders*. No âmbito estratégico, a questão fundamental consiste em definir que tipo de valor é esperado, e como esse valor é criado e compartilhado (Fréry, 2006).

A intenção estratégica reflete as aspirações de uma organização. Ela expressa a essência da organização, é relativamente estável ao longo do tempo, e determina o alinhamento dos recursos, competências e esforços para a consecução de seus objetivos (Hamel e Prahalad, 1989).

Hamel e Prahalad (1993) sugerem que as empresas adotem aspirações ambiciosas. Eles consideram que as organizações devem “esticar” ao máximo suas aspirações de modo a criar, propositadamente, uma tensão interna por meio de um “desajuste entre os recursos de uma empresa e suas aspirações”. Essa tensão deveria conduzir a organizações na direção de elevados padrões de competitividade.

Esse trabalho considera a intenção estratégica de forma abrangente, em que esta engloba a missão, a visão, os valores e os objetivos estratégicos da organização.

A missão de uma organização expressa seu propósito dominante, que deve estar alinhado com os valores e expectativas dos principais *stakeholders*, e relacionada com o escopo de atuação da organização (Johnson et al., 2005). A missão exprime o porquê da existência da empresa, bem como sua contribuição aos clientes e à sociedade.

A visão de uma organização aborda a posição futura desejada para a organização, em torno do qual seus líderes focam a atenção e os esforços da empresa (Johnson et al., 2005). A visão apresenta as seguintes características: (1) é um conceito focado no futuro da organização; (2) ela é moldada pelos valores organizacionais; (3) por meio de sua divulgação, ela apresenta uma importante força motivacional para o progresso e mudanças positivas na

organização; (4) ela está associada, de maneira inextricável, às lideranças da empresa (Hopkins et al., 2005).

Collins e Porras (1996) adotam uma abordagem abrangente para visão. Eles sugerem que uma visão bem articulada deveria apresentar dois elementos: (1) a ideologia fundamental da organização, que é composta pelo propósito principal (define porque a empresa existe) e valores principais (determina o que é importante para a organização); (2) o futuro previsto, que é formado por uma meta bastante audaciosa e uma descrição vívida do estado futuro desejado para a organização. Assim, a abordagem de visão desses autores é equivalente àquela considerada para intenção estratégica nesse trabalho.

Os valores organizacionais são crenças básicas sobre o que é importante para a empresa. Eles representam um conjunto de princípios, diretrizes ou normas básicas que direcionam as decisões, ações e interações dos recursos humanos da organização.

Os valores moldam a cultura organizacional e, dessa forma, afetam as interações entre os colaboradores da empresa, e entre estes e importantes *stakeholders* externos, tais como clientes e fornecedores (Hopkins et al., 2005). Collins e Porras (1994) consideram que os valores organizacionais apresentam um importante impacto no desempenho e na perenidade das empresas.

Hopkins et al. (2005) classificam os valores em quatro tipos: (1) valores principais, que são princípios impregnados na cultura da empresa; (2) valores aspiracionais, que são aqueles que a organização ainda não possui, porém deseja desenvolvê-los no futuro; (3) valores a serem seguidos, que são diretrizes sociais e comportamentais que os funcionários devem seguir; (4) valores acidentais, que foram desenvolvidos ao longo do tempo.

Os objetivos estratégicos definem os principais resultados esperados para a organização. Eles quantificam os resultados esperados ou determinam de maneira precisa uma meta estratégica (Johnson et al., 2005). Os objetivos podem estar associados a diferentes dimensões (por exemplo, econômica ou social) e gerar resultados que atendem diferentes *stakeholders* (por exemplo, clientes, acionistas e sociedade).

Em síntese, a intenção estratégica de uma organização contempla seu propósito dominante (missão), a posição futura desejada (visão), as crenças sobre o que é importante para a empresa (valores) e os resultados esperados (objetivos estratégicos).

4.4. ANÁLISE DO AMBIENTE EXTERNO

A análise do ambiente externo consiste na identificação dos elementos externos de análise estratégica, na coleta, no processamento e na disseminação das conclusões para a tomada de decisão e formulação da estratégia. O resultado dessa análise identifica as oportunidades de negócios e os riscos estratégicos para as organizações.

O modelo de gestão estratégica adotado nesse trabalho considera três elementos principais na análise externa: forças estratégicas, macro-variáveis externas e análise do ciclo de vida na saúde.

4.4.1. Forças estratégicas

Esse trabalho adota a terminologia forças estratégicas para denotar as forças competitivas e cooperativas, simultaneamente.

Porter (1980; 2008a) propõe o modelo da cinco forças competitivas para analisar a estrutura de um setor. As cinco forças são:

- (1) Concorrentes na indústria: a análise dessa força competitiva indica a intensidade da concorrência em um determinado setor.
- (2) Compradores: analisa o poder de negociação dos compradores.
- (3) Fornecedores: analisa o poder de negociação dos fornecedores.
- (4) Substitutos: analisa a ameaça de produtos e serviços com funções idênticas ou similares, que possam substituir os produtos e serviços oferecidos pela empresa.
- (5) Entrantes potenciais: analisa a ameaça de novos entrantes no setor.

Brandenburger e Nalebuff (1996) sugerem que a cadeia de valor de uma empresa seja analisada a partir de cinco atores principais³⁹: (1) a empresa em análise; (2) seus clientes; (3) seus fornecedores; (4) seus concorrentes; (5) seus complementares. Estes são produtos e serviços que complementam as funções dos produtos e serviços da empresa em análise. Diversos exemplos podem ser citados. Na indústria de tecnologia da informação, o *software* complementa o *hardware*. No setor de turismo, o transporte (aéreo, marítimo ou terrestre) complementa a hotelaria. Na telecomunicação móvel, o *software* para telefonia móvel e as operadoras complementam os aparelhos celulares. Na área de entretenimento musical, as músicas no formato digital complementam os tocadores de áudio digital. Na área automotiva, o combustível, os serviços de assistência técnica e os seguros complementam os automóveis. Há também exemplos na saúde. Os serviços de reabilitação, as órteses e próteses complementam os serviços cirúrgicos hospitalares. As farmácias tradicionais e de manipulação complementam determinadas terapias com uso de medicamentos. Os serviços de bem-estar, as terapias complementares ou alternativas e os alimentos funcionais podem complementar⁴⁰ a medicina terapêutica tradicional.

É importante considerar que a interação entre empresas que oferecem produtos e serviços complementares em um determinado setor implica na criação e captura de valor. E, nesse caso, há uma dualidade: enquanto a criação de valor pode ser gerada a partir de uma abordagem cooperativa entre determinadas empresa, a captação desse valor é de natureza predominantemente competitiva. Essa questão contextualiza o termo *co-opetição* (Brandenburger e Nalebuff, 1996).

Porter (2008a) considera que os complementares são fatores e não forças competitivas. Segundo ele, os complementares impactam a lucratividade de um setor por meio de sua influência nas cinco forças competitivas. No entanto, Yoffie e Kwak (2006) sugerem uma atenção especial ao complementares na formulação da estratégia, pois as empresas geralmente

³⁹ Em inglês, *players*.

⁴⁰ Em determinados casos, como efeito placebo.

superestimam os interesses em comum com os complementadores e subestimam o potencial de conflitos.

Esse trabalho considera os complementares como uma força estratégica, pois eles podem impactar de maneira direta ou indireta, o desempenho competitivo de uma organização.

Fleisher e Bensoussan (2007, p.88) desdobram os clientes em compradores e consumidores em seu modelo de análise competitiva da indústria. Essa questão é particularmente relevante para os provedores de serviços de saúde, em que parte da receita é gerada pelas operadoras (na forma de pagadores) enquanto o serviço é prestado aos consumidores (no papel de pacientes e indivíduos saudáveis). Esse trabalho acrescenta os provedores de conhecimento em saúde e os financiadores da saúde, conforme a parte central da cadeia de valor adotada neste trabalho⁴¹.

Nesse contexto, o presente trabalho contempla nove forças estratégicas: (1) concorrentes na indústria; (2) pagadores; (3) consumidores; (4) financiadores da saúde; (5) fornecedores de produtos e tecnologias; (6) provedores de conhecimento em saúde; (7) entrantes potenciais; (8) produtos e serviços substitutos; (9) produtos e serviços complementares. As seis primeiras forças estão inseridas na cadeia de valor da saúde e os concorrentes estão associados aos provedores de serviços de saúde, uma vez que esse elo da cadeia de valor é o foco de análise. A figura 4.1 ilustra as forças estratégicas adotadas neste trabalho.

⁴¹ Vide tópico 2.3 do capítulo 2 deste trabalho.

Figura 4.1. Forças estratégicas do setor de saúde

4.4.2. Macro variáveis externas

As macro variáveis externas representam os fatores que impactam o ambiente onde a empresa atua.

Fleisher e Bensoussan (2007) adotam os denominados fatores STEEP⁴² (sociais, tecnológicos, econômicos, ecológicos e político-legais) e PEST⁴³ (político-legais, econômicos, sociais e tecnológicos). Cada um desses fatores causa impactos ao longo do tempo (ou seja, no passado, presente e futuro) segundo as diferentes áreas geográficas onde a organização opera.

Johnson et al. (2005) utilizam a estrutura PESTEL para análise do ambiente externo, que contempla as variáveis política, econômica, sociocultural, tecnológica, ambiental e legal.

Kotler et al. (2008), em um trabalho sobre marketing estratégico específico para o setor de saúde, adotam seis fatores para análise do ambiente externo das organizações. Esses fatores contemplam as cinco variáveis STEEP, além do ambiente demográfico. Dentre os elementos de análise desse ambiente, destacam-se o crescimento da população mundial, a distribuição etária da população (que contempla a tendência de envelhecimento da população em alguns países), os mercados étnicos, os

⁴² Em inglês, *Social, Technological, Economic, Ecological and Political/legal* (STEEP).

⁴³ Em inglês, *Political/legal, Economic, Social and Technological* (PEST).

grupos educacionais, os padrões de moradia e as mudanças geográficas na população.

O presente trabalho adota os seis fatores externos, conforme proposto por Kotler et al. (2008). Os elementos demográficos são normalmente incluídos nos fatores sociais das variáveis STEEP e PEST (Fleisher e Bensoussan, 2007). No entanto, esse trabalho considera que a dimensão demográfica deve ser destacada e considera como um elemento à parte em função de sua relevância para o setor de saúde. Para tanto, algumas justificativas podem ser citadas.

A demanda por serviços de saúde é influenciada por diferentes fatores demográficos, tais como gênero (por exemplo, o sexo feminino tende a consumir mais assistência à saúde do que o masculino, durante toda a duração da vida), nível de instrução (por exemplo, o consumo de assistência à saúde tende se elevar em função do grau de instrução), localização geográfica da população (por exemplo, a população urbana tende a consumir mais assistência à saúde do que a população rural) e faixa etária (por exemplo, o consumo de assistência à saúde apresenta um aumento considerável e contínuo a partir de quarenta anos de idade) (Zucchi et al., 2000). A estrutura etária da população é uma variável fundamentalmente ligada à demanda por serviços de saúde e determina necessidades organizacionais e tecnológicas do sistema de saúde como um todo. Assim, é fundamental monitorar as alterações na estrutura etária de uma região, pois estas ocasionam importantes mudanças na demanda por serviços de saúde. No Brasil, prevê-se um processo de transição da estrutura etária nas próximas décadas. Essa alteração deverá ser mais substancial nas faixas etárias extremas. Estima-se que os menores de 15 anos perderão representatividade, enquanto o peso relativo dos maiores de 65 anos será crescente, passando de 5,5% (em 2000) a 10,7% (em 2025) e a 19,4% (em 2050) (Rede Interagencial de Informações para Saúde, 2009). O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população geram um aumento médio nos gastos *per capita* com cuidados de saúde (Zucchi et al., 2000; Fukui e Iwamoto, 2006), em particular no últimos anos de vida (Lubitz e Riley, 1993; Ferraz et al., 2008). No entanto, é

importante salientar que os gastos com saúde também podem ser reduzidos em função da idade, ao se evitar tratamentos mais agressivos em pacientes idosos, conforme mostra um estudo conduzido por Levinsky et al. (2001).

A figura 4.2 ilustra as seis macro variáveis externas, em conjunto com as nove forças competitivas adotadas neste trabalho, que formam as quinze dimensões de análise do ambiente externo para provedores de serviços de saúde.

Figura 4.2. Dimensões de análise do ambiente externo para provedores de serviços de saúde

4.4.3. Análise do ciclo de vida na saúde

Esse trabalho propõe a consideração do ciclo de vida do conhecimento médico como um dos elementos da análise do ambiente externo no setor de saúde. Essa proposta assume a premissa de que o grau de maturidade do conhecimento médico disponível no mercado pode apresentar importantes implicações no desempenho e nas decisões estratégicas das empresas de saúde.

Foster (1986) propõe a utilização da denominada “curva-S” ou “modelo do ciclo de vida” para analisar a inovação tecnológica. A consideração básica consiste na premissa de que o desenvolvimento de uma nova tecnologia progride segundo um ciclo. Na fase inicial, o progresso é relativamente lento em função de questões técnicas críticas ainda não resolvidas ou desconhecidas. Assim que essas questões são endereçadas, há um progresso relativamente acentuado dos desenvolvimentos tecnológicos e, conseqüentemente, do desempenho da nova tecnologia. No momento em que a tecnologia amadurece, o seu desempenho atinge um limite e as melhorias posteriores são incrementais (ou seja, o ritmo de desenvolvimento tecnológico diminui). Esse conceito é representado pela curva-S (figura 4.3).

Figura 4.3. Curva-S em desenvolvimentos tecnológicos

O aderência do conceito de curva-S no nível dos setores industriais vem sendo demonstrado, de forma convincente, por diferentes pesquisas (Christensen, 1992).

Christensen et al. (2009) adotam o conceito de espectro de conhecimento para caracterizar a maturidade do conhecimento médico. Eles classificam esse espectro segundo três modalidades:

(1) Medicina intuitiva: nessa modalidade, as doenças são diagnosticadas por seus sintomas e tratadas com terapias de eficácia incerta. A compreensão

dos mecanismos causadores das doenças é parcial e as tecnologias diagnósticas (ex.: análises clínicas e imagem) estão em diferentes estágios de desenvolvimento. Os tratamentos disponíveis apresentam uma eficácia relativamente baixa e/ou uma alta variabilidade nos resultados. A assistência à saúde depende, em grande parte, da capacitação e experiência dos médicos e profissionais de saúde.

(2) Medicina empírica: essa modalidade ocorre quando o conhecimento médico evolui para o reconhecimento de padrões, ou seja, quando as correlações entre ações e efeitos são consistentes, de forma que é possível prever os resultados de maneira probabilística.

(3) Medicina de precisão: nessa modalidade, as doenças podem ser diagnosticadas de maneira precisa e tratadas com terapias baseadas em regras, cujos resultados são previsíveis. Há uma elevada compreensão dos mecanismos causadores das doenças e as tecnologias diagnósticas (ex.: análises clínicas e imagem) estão bem desenvolvidas. Os tratamentos disponíveis apresentam uma eficácia relativamente alta e geram resultados com baixa variabilidade.

Alguns exemplos de doenças e condições médicas podem ser citados para exemplificar o espectro de conhecimento médico. Christensen et al. (2009, p. 63) citam a faringoamidalite, fraturas simples e diabetes tipo I como doenças que podem ser tratadas no âmbito da medicina de precisão, e a depressão, esquizofrenia e esclerose múltipla como condições que deveriam ser consideradas no âmbito da medicina intuitiva.

O estágio de maturidade das tecnologias e conhecimentos médicos pode direcionar o projeto dos sistemas de operações de saúde, em particular a definição de processos personalizados (e iterativos) ou padronizados (e sequenciais) (Bohmer, 2005; 2009). Essa definição pode gerar importantes impactos nos níveis de incerteza e variabilidade no diagnóstico e no tratamento de condições médicas, bem na previsibilidade de utilização dos recursos, dos fluxos e na obtenção dos resultados. Assim, geralmente processos padronizados de assistência à saúde apresentam menores níveis de incerteza e variabilidade no diagnóstico e tratamento, e uma maior previsibilidade no uso

dos recursos, em seus fluxos e nos resultados obtidos em comparação a processos personalizados. Algumas das principais características dos serviços de saúde personalizados e padronizados são apresentadas na figura 4.4.

Figura 4.4. Serviços de saúde personalizados e padronizados

Bohmer (2009, p. 132) cita a infecção do trato urinário (ITU) em mulheres como uma condição simples, isolada e auto-limitada, e que poderia ser tratada por meio de um processo seqüencial e um local de atendimento de baixa complexidade. Como uma condição complexa e que dificilmente poderia ser tratada por meio de um protocolo padronizado, ele cita um quadro de câncer complexo. Nesse caso, haveria a necessidade de um processo iterativo e um local de atendimento de alta complexidade.

4.5. ANÁLISE DO AMBIENTE INTERNO

A análise do ambiente interno consiste no estudo dos elementos que compõem o ambiente interno das organizações. Essa análise resulta na

identificação dos pontos fortes e fracos (ou potencialidades e vulnerabilidades, respectivamente) das empresas.

O modelo de gestão estratégica adotado nesse trabalho contempla os seguintes elementos nessa análise: recursos, processos de negócios, serviços, segmentos de mercado, capacidades organizacionais, e estrutura organizacional e social. A figura 4.5 ilustra esses elementos.

Figura 4.5. Elementos da análise interna em gestão estratégica

4.5.1. Recursos

O presente trabalho considera que os recursos organizacionais são ativos ou elementos com três características principais:

- (1) Eles são controlados pela organização (situação presente);
- (2) Eles foram obtidos como resultado de eventos passados (ou seja, eles podem ter sido adquiridos ou desenvolvidos);
- (3) Espera-se que eles gerem benefícios econômicos e sociais para a organização no presente e no futuro.

Os recursos podem ser adquiridos ou vendidos, bem como desenvolvidos ou destruídos. Assim, os recursos de uma organização são consequência de decisões e ações passadas e atuais, com implicações estratégicas nos momentos atual e futuro da empresa.

A efetiva gestão dos recursos pode contribuir sobremaneira à competitividade das empresas. Hamel e Prahalad (1993) consideram que as empresas devem alavancar seus recursos, ou seja, extrair o máximo de benefícios de sua base limitada de recursos. Nesse sentido, eles sugerem as seguintes linhas de ação:

(1) Concentrar os recursos, ou seja, convergir os recursos de forma eficaz para um ponto focal estratégico.

(2) Acumular recursos, ao extrair conhecimento das experiências organizacionais e apropriar-se dele de maneira mais eficiente que seus concorrentes.

(3) Complementar os recursos, ao combinar diferentes tipos de recursos de modo que se aumente o valor de cada um.

(4) Conservar os recursos, por meio de reciclagem, associação com outras organizações ou proteção dos recursos atuais.

(5) Recuperar os recursos de forma mais rápida que seus concorrentes.

A bibliografia classifica os recursos organizacionais segundo diferentes taxonomias. Hall (1992), Lev (2001) e Hitt et al. (2005) consideram os recursos como tangíveis e intangíveis. Segundo Hitt et al. (2005, p.79), os recursos tangíveis são ativos que podem ser visualizados e quantificados, tais como fábricas, equipamentos e estruturas formais de hierarquia e reporte. Os recursos intangíveis incluem ativos que tipicamente estão relacionados à história da organização e foram acumulados ao longo do tempo, tais como conhecimento, confiança entre os colaboradores, competências gerenciais, capacidade de inovação, reputação e forma de interação com funcionários, clientes e fornecedores. Lev (2001) desdobra os intangíveis em três tipos de recursos: de inovação, humanos e organizacionais. Hitt et al. (2005) adotam classificação similar para os intangíveis: recursos humanos, de inovação e de reputação.

Edvinsson e Malone (1997) consideram dois principais tipos de recursos: capital financeiro e capital intelectual. Este é analisado de maneira hierárquica. Nesse sentido, ele é desdobrado em capital humano e estrutural, que por sua

vez é desdobrado em capital de cliente e organizacional. Por fim, o capital organizacional é desdobrado em capital de inovação e de processos.

Grant (2005, p. 139-44) classifica os recursos em tangíveis (recursos físicos e financeiros), intangíveis (tecnologia, reputação e cultura) e humanos (habilidades e *know-how*, capacidade de comunicação e colaboração, e motivação).

Barney (1991) e Barney e Clark (2007) classificam os recursos em quatro modalidades: recursos físicos (inclui a tecnologia utilizada na empresa; plantas e equipamentos; localização geográfica; acesso às matérias-primas), recursos financeiros (capacidade da empresa gerar caixa e realizar captação no mercado), recursos humanos (inclui o treinamento, experiência, julgamento, inteligência, relacionamentos e *insights* dos gestores e demais funcionários da empresa) e recursos organizacionais (considera os atributos coletivos relacionados às pessoas, tais como: cultura organizacional; estrutura hierárquica; sistemas formais e informais de planejamento, controle e coordenação; reputação no mercado; relações informais entre grupos internos e entre a empresa e seu ambiente externo).

Esse trabalho adota sete categorias de recursos: (1) físicos; (2) financeiros; (3) humanos; (4) tecnológicos; (5) organizacionais; (6) mercado; (7) cadeia de valor. A tabela 4.2 apresenta essas categorias, bem como exemplos de recursos de cada uma delas.

CATEGORIA	Exemplos
Recursos físicos	Instalações, equipamentos, estoques, ativos naturais, recursos logísticos internos.
Recursos financeiros	Caixa, capacidade de captação de recursos financeiros.
Recursos humanos	Conhecimento (tácito), habilidades e atitudes (motivação e comportamento) dos funcionários da empresa (corpo gerencial, linha de frente, pessoal de apoio).
Recursos tecnológicos	Conhecimento (explícito), tecnologias, linha de produtos e serviços, patentes, capacidade de inovação.
Recursos organizacionais	Sistema de gestão, cultura, estrutura organizacional.
Recursos de mercado	Marcas, reputação, clientes.
Recursos de cadeia de valor	Fornecedores, parceiros, canal de distribuição, acesso a recursos e insumos críticos externos (matérias-primas, energia, logística, etc.).

Tabela 4.2. Categorias de recursos das organizações

4.5.2. Processos de negócios

O presente trabalho considera que os processos de negócios são um conjunto definido de atividades que agregam valor por meio da transformação de entradas em saídas. Estas podem ser produtos, serviços, informação ou conhecimento.

Porter (1985) considera que cada empresa é formada por um conjunto de atividades (ou processos de negócios, segundo nomenclatura adotada neste trabalho) que são executadas para projetar, produzir, vender, entregar e prover serviços de suporte. Essas atividades podem ser representadas por meio da cadeia de valor da empresa. Uma representação genérica da cadeia de valor contempla atividades primárias (ex.: logística de suprimentos, operações, logística de distribuição, marketing e vendas, e serviços) e de suporte (ex.: infra-estrutura da empresa, gestão dos recursos humanos, desenvolvimentos tecnológicos e suprimentos). Essas atividades podem ser subdividas, para maior detalhamento e análise. Por exemplo, marketing e vendas pode ser desdobrado nos seguintes sub-processos: gestão de marketing, propaganda, gestão da força, operações de vendas, informações técnicas e promoção. A figura 4.6 ilustra o conceito de cadeia de valor segundo Porter.

Figura 4.6. Cadeia de valor segundo Porter (1985, p. 46)

Terwiesch e Ulrich (2009, p. 43), ao abordar a inovação nas empresas, utilizam a técnica de “decomposição funcional” para identificar e mapear as principais funções de uma organização. Segundo esses autores, a maior parte das empresas pode ser modelada segundo dois principais macro-processos: o de aquisição de clientes, que inclui os processos de comunicação e vendas; e o de entrega de produtos e serviços, que inclui os processos de transformação e entrega. Esses processos, por sua vez, podem ser desdobrados em sub-processos.

Além das técnicas de mapeamento de processos, alguns autores também abordam métodos de análise. Por exemplo, Slack et al. (2006) apresentam uma tipologia para análise dos processos, denominada “quatro Vs”. Esses autores consideram que o modo como os processos são projetados e gerenciados é influenciado por quatro variáveis:

(1) Volume: processos com alto volume de produção apresentam um alto grau de repetição, o que implica na possibilidade de especialização dos recursos humanos e sistematização de tarefas. A padronização dos processos e adoção de tecnologias dedicadas permite ganhos de eficiência operacional.

(2) Variedade: processos que apresentam uma alta variedade (como uma combinação de entradas e/ou de saídas) necessitam habilidades, recursos e tecnologias flexíveis (e, em geral, generalistas) para se adaptar às diferentes atividades. Assim, processos de alta variedade são invariavelmente mais complexos e apresentam maior custo quando comparados com aqueles de menor variedade.

(3) Variação: processos que apresentam demanda variável e de baixa previsibilidade implicam na necessidade de recursos que se ajustam no tempo e na adoção de pulmões de capacidade, para absorver essas variabilidades. A baixa previsibilidade da demanda também limita o planejamento com antecedência. Assim, processos com alta variação de demanda apresentam menor eficiência na utilização dos recursos e, portanto, maiores custos quando comparados com aqueles com demanda constante e previsível.

(4) Visibilidade: processos com elevada visibilidade implicam em alta exposição do processo ao cliente (nas atividades de linha de frente ou *front-office*) e elevada participação deste nas atividades (ou seja, o cliente é um co-produtor). Os serviços de saúde tradicionais são exemplos típicos de processos de alta visibilidade pelos clientes. Nesses processos, a demanda e o consumo de capacidade ocorrem simultaneamente e parte importante da percepção do desempenho das operações ocorre no contato direto com os clientes. Processos de alta visibilidade tendem a ter custos mais altos do que aqueles de baixa visibilidade.

A tipologia de análise dos processos apresentada por Slack et al (2006) pode ser utilizada que para complementar a questão do projeto de serviços de saúde personalizados e padronizados (conforme abordado no item 4.4.3 deste capítulo).

4.5.3. Incerteza e variabilidade dos processos em serviços de saúde

A incerteza e a variabilidade são inerentes aos serviços de saúde. Estas são causadas por diferentes fatores, tais como falta (ou não adoção) de padrões, disponibilidade de recursos tecnológicos (ex.: infra-estrutura hospitalar, terapias disponíveis), nível de conhecimento e experiência dos médicos e profissionais de saúde, preferências dos pacientes e grau de aderência ao tratamento.

Wennberg (2002) afirma que a prática clínica é caracterizada por amplas variações que não podem ser explicadas somente pela severidade das doenças ou segundo as preferências dos pacientes. Uma parte dessa variação está associada à falta (ou não adoção) de padrões para o tratamento de uma determinada doença ou uso de uma terapia. Assim, na falta desses padrões, as decisões médicas são influenciadas pela disponibilidade de recursos (ex.: infra-estrutura hospitalar, terapias disponíveis) e por aquilo que os profissionais acham que é correto.

Essas conclusões são endossadas por Fisher et al. (2009). Esses autores analisam as importantes variações dos custos de saúde em diferentes regiões do EUA e identificam que as tais variações são principalmente causadas pela forma como os médicos respondem à disponibilidade de tecnologias e serviços nas regiões.

Nesse sentido, a definição e adoção de padrões nas atividades de assistência à saúde pode contribuir para a redução da variabilidade no uso dos recursos, no processo e em seus resultados. No entanto, os padrões somente podem ser definidos quando há um grau de maturidade do conhecimento médico e eles são aplicados a um conjunto relativamente homogêneo de pacientes (Bohmer, 2005).

Bohmer (2009) considera que as atividades de assistência à saúde apresentam incerteza cujas intensidades variam conforme as atividades que são realizadas e a maturidade do conhecimento médico associada a essas atividades. Em relação à primeira questão, Bohmer (2009) apresenta uma curva de distribuição das incertezas ao longo do ciclo de assistência à saúde

(figura 4.7). As incertezas são relativamente maiores nas etapas de diagnóstico diferencial e escolha do tratamento. Essas incertezas são minimizadas, de maneira iterativa, em duas etapas: estas refletem os ciclos de diagnóstico e tratamento. O ciclo de diagnóstico é realizado por meio de uma iteração entre a seleção e realização dos testes diagnósticos (ex.: análises clínicas e imagem) e a interpretação de seus resultados, em que a incerteza é reduzida até a obtenção do diagnóstico diferencial. O ciclo de tratamento é executado por meio de iterações entre a seleção do tratamento, o monitoramento dos resultados e a continuação estável do tratamento (enquanto os resultados forem adequados).

Figura 4.7. Distribuição das incertezas ao longo do ciclo de assistência à saúde (Bohmer, 2009, p. 134)

4.5.4. Serviços e segmentos de mercado

Esse tópico discute a análise dos serviços (ou produtos) oferecidos e segmentos de clientes (ou mercados) atendidos por uma organização.

Porter (1985) sugere adotar uma segmentação por variedades de produtos e segmentos de mercados para o desenvolvimento da estratégia

competitiva. A segmentação de mercados considera os grupos de compradores com necessidades e comportamentos similares. Os diferentes produtos e serviços podem ser entregues a mais de um segmento de compradores.

Essa combinação pode ser representada por uma matriz produtos-mercados (figura 4.8). As linhas de produtos e serviços de uma empresa são apresentadas no eixo vertical. Os segmentos de mercado, formados por grupos de clientes com necessidades similares e que são atendidos por essa empresa, são apresentados no eixo horizontal. As intersecções informam quais produtos e serviços são entregues para quais segmentos de mercado (ou de clientes).

		SEGMENTOS DE MERCADOS					
		A	B	C	D	E	F
LINHAS DE PRODUTOS	I						
	II						
	III						
	IV						
	V						
	VI						

Figura 4.8. Matriz produtos-mercados

A análise das ofertas atuais de produtos e mercados de uma organização pode gerar subsídios para as decisões estratégicas relacionadas ao escopo de atuação da organização. Essas decisões podem ser de três naturezas (Grant, 2005):

(1) Escopo de produtos, que aborda a variedade de produtos da empresa. Esta pode ser especializada (concentrada em poucos produtos similares) ou diversificada (oferece produtos e serviços de diferentes setores).

(2) Escopo geográfico, que considera a abrangência de regiões em que uma organização atua. Esta pode ser local, regional ou internacional.

(3) Escopo vertical, que contempla o conjunto de atividades de uma empresa dentro de sua cadeia de valor. Assim, uma organização pode decidir realizar atividades anteriormente executadas por seus fornecedores ou clientes. Nesse sentido, a integração vertical pode ser para trás (em direção aos seus fornecedores) ou para frente (em direção aos seus clientes e canais de distribuição)

Esse conjunto de decisões está relacionado às estratégias de desenvolvimento de novos produtos e serviços, desenvolvimento de novos mercados e clientes, diversificação, internacionalização e integração vertical (Grant, 2005; De Wit e Meyer, 2010). A figura 4.9 ilustra essas estratégias.

Figura 4.9. Estratégias relacionadas ao escopo de atuação da empresa
(adaptado de De Wit e Meyer, 2010, p.304)

4.5.5. Capacidades organizacionais

Esse tópico aborda a definição de capacidades organizacionais e a identificação daquelas consideradas como estratégicas.

4.5.5.1. Definição de capacidades organizacionais

A literatura apresenta algumas variações de definições para capacidades organizacionais e suas terminologias associadas. Prahalad e Hamel (1990) consideram as corporações como um portfólio de competências críticas. Eles as definem como a “inteligência coletiva de uma organização, especialmente em como coordenar diversas habilidades de produção e integrar múltiplas tecnologias...que permitem à empresa se adaptar às oportunidades”. Segundo esses autores, as competências críticas de uma organização: geram uma contribuição diferenciada para criar valor aos clientes, ou para aumentar a eficiência com que esse valor é entregue; e provêem a base para entrada em novos mercados.

Teece et al. (1997) definem capacidades dinâmicas como a “habilidade da empresa em integrar, construir e reconfigurar as competências internas e externas de modo a endereçar, de maneira ágil, as mudanças em seu ambiente”.

Eisenhardt e Martin (2000) definem capacidades dinâmicas como os “processos da empresa que usam os recursos... para atender ou mesmo gerar mudanças no mercado”.

Winter (2003) se refere às capacidades operacionais como aquelas que “provêem a subsistência da organização no presente”.

Johnson et al. (2005) definem capacidades críticas como as “atividades e processos por meio dos quais os recursos são utilizados para atingir vantagem competitiva de forma que outras empresas não possam imitar ou obter”.

Grant (2005) considera capacidade organizacional como a “capacidade da empresa realizar uma determinada atividade produtiva”.

Helfat et al. (2007) definem capacidades dinâmicas como a “habilidade de uma organização em criar, estender ou modificar seu conjunto de recursos de maneira intencional”.

Barney e Clark (2007) consideram capacidades distintas como os “atributos de uma empresa que a habilitam a seguir uma estratégia de maneira mais eficiente e efetiva que outras empresas”.

Teece (2009) afirma que as capacidades dinâmicas podem ser “desagregadas em atividades de percepção⁴⁴, exploração⁴⁵ e transformação”.

Em estudo sobre esse tema no setor de saúde, Douglas e Ryman (2003) adotam a definição de competências estratégicas como as “capacidades utilizadas para entregar serviços, como no setor de hospitais gerais, que geram resultados superiores”. Eles realizaram um estudo sobre vantagem competitiva e competências estratégicas baseado em dados secundários dos 32 maiores hospitais norte-americanos. E concluíram que os gestores hospitalares, por meio de ações estratégicas relacionadas ao desenvolvimento de competências estratégicas, podem estabelecer posições de vantagem competitiva e influenciar os efeitos negativos do mercado, tais como poder de compra das operadoras de planos de saúde e competição entre os hospitais.

Com base nessas definições e considerações, o presente trabalho adota as seguintes definições:

Capacidades organizacionais contemplam a habilidade de uma organização em monitorar, explorar e desenvolver seu conjunto de recursos e processos que, de maneira integrada, habilitam a entrega de produtos e serviços aos seus clientes.

Capacidades estratégicas (ou essenciais, ou críticas, ou ainda distintas) são as capacidades organizacionais de uma empresa que contribuem efetivamente para a criação de valor superior aos clientes ou de maneira mais eficiente, quando comparada com seus concorrentes.

⁴⁴ Em inglês, *sensing*.

⁴⁵ Em inglês, *seizing*.

É importante ressaltar que as competências envolvem a integração de um conjunto de atividades, processos e recursos. Assim, compreender sua estrutura, identificar e descrever uma capacidade organizacional pode ser uma tarefa, em alguns casos, relativamente complexa.

Grant (2005) apresenta alguns exemplos. A Canon possui uma capacidade tecnológica em integrar microeletrônica, ótica fina e engenharia de precisão. Essa capacidade contribui para ciclos rápidos de desenvolvimento de novos produtos, que é uma capacidade funcional da Canon relacionada à pesquisa e desenvolvimento. Na saúde, a capacidade de um hospital em tratar doenças cardíacas depende da integração de outras capacidades, tais como a medicina diagnóstica em cardiologia, a cirurgia cardiovascular, o tratamento pré e pós-operatório, além de capacidades relacionadas a outras funções administrativas e de suporte.

4.5.5.2. Identificação das capacidades organizacionais estratégicas

Barney (1991) apresenta uma metodologia para identificação dos recursos estratégicos de uma organização. Segundo ele, há quatro atributos que caracterizam os recursos como provedores de vantagem competitiva: (1) os recursos são valiosos; (2) os recursos são raros; (3) os recursos são difíceis de imitar (ou imitáveis de maneira imperfeita); (4) os recursos são não-substituíveis. Essa metodologia também é conhecida como VRIN, uma sigla que denota recursos valiosos, raros, imitáveis e não-substituíveis (Eisenhardt e Martin, 2000).

Em trabalhos posteriores, essa metodologia foi denominada VRIO, que é uma sigla para a análise dos recursos e capacidades segundo as dimensões de valor, raridade, imitabilidade e organização (Barney e Clark, 2007; Barney e Hesterly, 2008). Essas quatro vertentes são discutidas a seguir (Barney e Hesterly, 2008):

(1) Valor, que está associado à seguinte questão: o recurso ou a capacidade permitem que a empresa explore uma oportunidade ou neutralize uma ameaça do ambiente externo? Se a resposta for sim, esse recurso é

valioso e pode ser considerado um ponto forte da organização. Um recurso valioso habilita a empresa a melhorar sua posição competitiva em valor ao cliente ou aumentar a eficiência com que esse valor é entregue. Uma forma de se analisar o valor de um recurso consiste em identificar a cadeia de valor da empresa, e verificar como esse recurso impacta as receitas e custos da organização.

(2) Raridade, que contempla a seguinte questão: o recurso ou a capacidade são controlados atualmente apenas por um grupo pequeno de empresas concorrentes? Em geral, a maioria das empresas possui um conjunto de recursos e capacidades valiosos, porém comuns. Esses recursos e capacidades são essenciais para a sobrevivência das organizações, e são fonte de paridade competitiva. Um recurso ou capacidade é considerado raro quando o número de empresas que o possuem é menor do que seria necessário para criar uma dinâmica de concorrência perfeita em um setor.

(3) Imitabilidade, que está relacionado à seguinte questão: as empresas sem esse recurso ou capacidade enfrentam uma desvantagem de custo para obtê-lo ou desenvolvê-lo? Um recurso ou capacidade valioso e raro é fonte de vantagem competitiva se ele for difícil de imitar ou replicar. Nesse caso, as empresas que não o possuem apresentam uma desvantagem de custo para sua obtenção ou desenvolvimento. Há pelo menos quatro fatores pelos quais um recurso ou capacidade pode ser custoso para imitar:

(i) Condições históricas únicas: ocorrem quando uma empresa adquire ou desenvolve um recurso ou capacidade que é único no seu setor. Dessa forma, sua imitação seria custosa para outras empresas, pois estas teriam que recriar a história do recurso ou capacidade. Iniciativas pioneiras e desenvolvimentos dependentes de trajetórias organizacionais podem gerar condições históricas únicas.

(ii) Ambiguidade causal: ocorre quando empresas concorrentes não conseguem compreender ou não sabem com certeza como a empresa obtém uma vantagem competitiva por meio de um recurso ou capacidade. Isso pode ocorrer quando as empresas concorrentes desconhecem a importância, os

fatores-causais ou a complexidade inerentes à geração de vantagem competitiva por meio de um determinado recurso ou capacidade.

(iii) Complexidade social: ocorre quando um recurso ou capacidade que uma empresa utiliza para obter vantagem competitiva é decorrente de complexos relacionamentos interpessoais, de relações de confiança ou associados à cultura dessa empresa. Essas questões tornam esse recurso ou capacidade custoso para imitar no curto prazo.

(iv) Patentes: ocorre quando uma empresa obtém a patente de um determinado produto ou tecnologia. Se esse produto ou tecnologia for valioso e raro, a patente provê uma vantagem competitiva à empresa detentora até que ela expire, ou um concorrente desenvolva um produto ou tecnologia funcionalmente equivalente ou melhor. Na saúde, essa questão é frequentemente encontrada na indústria farmacêutica.

E, por fim, a quarta vertente da abordagem VRIO:

(4) Organização, que considera a seguinte questão: a empresa está organizada para explorar ao máximo seus recursos valiosos, raros e custosos para imitar? Se a resposta for afirmativa, então o recurso ou capacidade valioso, raro e custoso para imitar é uma fonte de vantagem competitiva sustentável. Exemplos de elementos organizacionais que permitem a exploração desse recurso ou capacidade incluem a estrutura organizacional, os canais de comunicação, os sistemas gerenciais e as políticas de remuneração.

A figura 4.10 ilustra a lógica de análise dos recursos e capacidades segundo a abordagem VRIO.

Figura 4.10. Abordagem VRIO para identificação dos recursos e capacidades estratégicos (adaptado de Barney e Hesterly, 2008, p. 80)

Grant (2005) considera três dimensões para identificar a potencialidade dos recursos e capacidades: (1) extensão da vantagem competitiva estabelecida, que está associada à escassez e relevância dos recursos e capacidades; (2) sustentabilidade da vantagem competitiva, que considera a durabilidade, grau de transferência e grau de replicação dos recursos e capacidades; (3) grau de posse, que contempla os direitos de propriedade, poder de barganha relativo e grau com que os recursos e capacidades estão embutidos (ou enraizados) na organização. Nesse sentido, quanto maiores a extensão e sustentabilidade da vantagem competitiva e o grau de posse dos recursos e capacidades, maior é potencialidade destes para gerar ganhos à organização.

No setor de saúde, Queiroz et al. (2008) analisam os recursos e capacidades do Hospital Israelita Albert Einstein. Elas identificam os recursos mais relevantes dessa instituição: (1) capacidade de investimento em infraestrutura e tecnologia; (2) reputação; (3) certificação internacional; (4) parcerias; (5) capacidade organizacional para inovar. E citam as seguintes capacidades internas que sustentam seus objetivos estratégicos: (1) geração e

incorporação de novos conhecimentos científicos; (2) aquisição e uso eficaz de novas tecnologias; (3) utilização e controle contínuo das melhores práticas em atendimento médico-assistencial.

Além dos recursos e capacidades citados acima, é importante considerar a questão dos hospitais com corpo clínico aberto. Os médicos são um elemento fundamental para a competitividade dos serviços de saúde, em particular daqueles que são médico-dependentes (ex.: diagnósticos e tratamentos de alta complexidade). Quando os médicos atuam como contratados pelos hospitais, eles são recursos humanos. Quando os médicos atuam no formato de corpo clínico aberto, eles podem ser considerados tanto como parceiros quanto como recursos humanos (nesse caso, sem vínculo empregatício). Independente da classificação dos médicos, é importante ressaltar a relevância da sua atração e retenção como uma capacidade relevante em hospitais de corpo clínico aberto.

4.5.6. Estrutura organizacional e social

Esse tópico discute o relacionamento entre estratégia e estrutura, e o conceito de estrutura social de uma organização.

4.5.6.1. Gestão estratégica e estrutura organizacional

A estrutura organizacional e os controles associados a ela são elementos fundamentais em gestão estratégica, pois afetam o desempenho da empresa (Hoskisson et al., 2008). Chandler (1962) ressalta que “se a estrutura não seguir a estratégia, haverá ineficiências”. Em outras palavras, quando estratégia e estrutura não estão alinhadas, o desempenho tende a deteriorar.

Além disso, a estrutura pode influenciar as ações estratégicas atuais, bem como as decisões relacionadas às estratégias futuras (Hoskisson et al., 2008). Isso ocorre, em parte, porque a estrutura existente numa organização determina os tipos de oportunidades estratégicas que a empresa identifica e decide aproveitar (Johnson et al., 2005). Por exemplo, Amburgey e Dacin

(1994) perceberam que estruturas descentralizadas tendem a conduzir as organizações na direção da diversificação.

Assim, a estratégia afeta a estrutura e esta influencia a estratégia. Ou, segundo Mintzberg (1990), “a estrutura segue a estratégia assim como o pé esquerdo segue o direito”. Amburgey e Dacin (1994) realizaram uma análise de 262 empresas ao longo de mais de 28 anos para verificar o relacionamento entre estratégia e estrutura. Eles concluem que: (1) há um relacionamento recíproco entre estratégia e estrutura; (2) a estratégia é um determinante mais importante da estrutura do que vice-versa.

Os tipos básicos de estrutura organizacional são (Grant, 2005; Johnson et al., 2005):

(1) Estrutura funcional: as responsabilidades são organizadas por atividades primárias ou linhas funcionais, tais como operações, marketing e vendas, pesquisa e desenvolvimento, finanças e recursos humanos (figura 4.11).

(2) Estrutura multidivisional: as responsabilidades são organizadas na forma de divisões segregadas de acordo com áreas de produtos, serviços ou geográficas. Cada divisão é responsável pela gestão de produtos e mercados, e utiliza suas próprias áreas funcionais (figura 4.12).

(3) Estrutura matricial: as responsabilidades são organizadas segundo uma matriz, que combina as estruturas funcional e multidivisional. Essas estruturas operam em conjunto (figura 4.13).

Figura 4.11. Exemplo de estrutura organizacional funcional

Figura 4.12. Exemplo de estrutura organizacional multidivisional

Figura 4.13. Exemplo de estrutura organizacional matricial

Grant (2005) e Johnson et al. (2005) apresentam algumas vantagens e desvantagens associadas a cada uma dessas estruturas organizacionais. A estrutura funcional tende a ser utilizada por organizações com um tipo de negócio. As vantagens dessa estrutura incluem ganhos de economia de escala, definição clara de responsabilidades e simplificação dos mecanismos

de controle. A principal desvantagem consiste em potenciais problemas de cooperação e coordenação entre as áreas funcionais.

O desenvolvimento da estrutura multidivisional foi uma resposta aos problemas de coordenação causados pelas estratégias de diversificação. Essa estrutura apresenta algumas vantagens, tais como descentralização do processo decisório, controle por desempenho, flexibilidade por modularidade organizacional (ao permitir a inclusão e exclusão de divisões) e especialização de competências. As dificuldades incluem duplicação de funções, fragmentação da organização e falta de cooperação entre divisões.

A estrutura matricial foi uma forma adotada pelas empresas com múltiplos negócios para endereçar as dificuldades de coordenação entre unidades de negócios, funções e áreas geográficas. As vantagens incluem a integração do conhecimento dentro das fronteiras da organização e a flexibilidade organizacional (ao permitir a junção de diferentes dimensões da organização). No entanto, essa estrutura apresenta questões críticas em sua utilização, tais como baixa velocidade do processo decisório, falta de clareza nas responsabilidades pelas atividades, alto grau de conflito e baixa visibilidade dos lucros e custos

Além desses três tipos básicos, há outros modelos de estruturas organizacionais, tais como a holding, estrutura transnacional, por equipe e por projeto (Johnson et al., 2005).

É importante ressaltar que as organizações devem adequar os diferentes recursos, processos, produtos e serviços, e clientes e mercados à sua estratégia e estrutura organizacional. Por exemplo, em estruturas multidivisionais e matriciais, as organizações podem obter sinergias por meio da alavancagem do conjunto de recursos e ativos, integração das atividades dos processos de negócios, alinhamento da proposta de valor dos produtos e serviços (De Wit e Meyer, 2010) e alinhamento do relacionamento com clientes e mercados. A figura 4.14 ilustra essa questão.

Figura 4.14. Exemplo de alinhamento e sinergias organizacionais

4.5.6.2. Estrutura social da organização

A análise da estrutura social de uma organização objetiva compreender seu contexto social e respectivas influências na gestão estratégica. O contexto social pode ser analisado segundo alguns de seus componentes, tais como estilo de liderança, estrutura de poder, cultura organizacional e interações entre pessoas.

Algumas das denominadas escolas de pensamento sobre formulação da estratégia de Mintzberg et al. (1998) consideram o contexto social como elemento central na concepção da estratégia. Assim, a escola empreendedora foca no contexto do líder ao considerar a estratégia como um processo visionário que existe na mente deste. A escola de poder, no nível micro, aborda a estratégia como um processo de negociação e eminentemente político, que contempla mecanismos de barganha, persuasão e confrontação entre os atores que dividem o poder. A escola cultural aborda a estratégia como um processo coletivo, em que a estratégia emana da interação social, e é baseada nas crenças e interpretações dos membros da organização.

Hoskisson et al. (2008) abordam o papel da liderança estratégica no processo de gestão estratégica. Eles consideram que o processo de sucessão do principal executivo (ou CEO – *Chief of Executive Office*), a homogeneidade do alta escalão e o estilo de liderança são elementos que devem ser considerados, pois geram importantes impactos na concepção, implantação e mudanças estratégicas. A sucessão interna do CEO (ou seja, por pessoas do quadro atual da organização) e a formação de grupo homogêneo no alto escalão (ou seja, membros com experiências e formações similares) tende a gerar uma estabilidade na estratégia. Por outro lado, um processo externo de sucessão do CEO aliado a um alto escalão heterogêneo tende a criar mudanças estratégicas. Em relação ao estilo de liderança, líderes mais autoritários tendem a limitar a participação dos gerentes nas decisões estratégicas. Um estilo de liderança mais colaborativo implica na participação efetiva do alto escalão no processo no desenvolvimento e implantação da estratégia.

Johnson et al. (2005) consideram que a análise e as decisões estratégicas relacionadas à configuração organizacional devem contemplar as relações que conectam as pessoas dentro e fora da organização, além da estrutura organizacional e dos processos de controle.

Cross e Parker (2004) afirmam que as relações informais apresentam um impacto crítico na forma como as atividades ocorrem nas organizações, e que as “redes invisíveis” de relacionamento são elementos importantes no desempenho e execução da estratégia. Eles utilizam a análise de redes sociais para mapear e analisar os relacionamentos da estrutura social das organizações. A análise de redes sociais é uma metodologia que gera um sociograma, e mostra graficamente as conexões entre pessoas e seus graus de influência. Em gestão estratégica, esses autores sugerem a adoção dessa metodologia na avaliação do nível de cooperação na execução da estratégia e no mapeamento das lideranças que influenciam as decisões estratégicas da organização.

Pedroso et al. (2008) apresentam um exemplo de aplicação da análise de redes sociais na saúde. Eles citam a utilização dessa metodologia para mapear alguns tipos de conhecimentos na área de análises clínicas do Grupo Fleury.

Johnson et al. (2005) abordam a influência da cultura organizacional na gestão estratégica. Um dos elementos importantes diz respeito à questão da legitimidade do processo estratégico. Segundo esses autores, a legitimidade exerce uma importante influência nos propósitos e nas estratégias de uma organização. Isso pode ocorrer por meio de padrões preestabelecidos de comportamento, expectativas normativas (ou seja, o que a sociedade espera) ou receitas pré-definidas (ou seja, um conjunto de suposições em comum que determinam uma “sabedoria compartilhada” da organização).

Esses autores sugerem a adoção de uma metodologia denominada rede cultural (figura 4.15), para identificar os fatores sócio-culturais que influenciam a gestão estratégicas. Essa metodologia contempla seis dimensões (Johnson et al., 2005):

(1) Rotinas e rituais: denotam como as coisas são feitas na organização de maneira rotineira, e quais atividades particulares ou eventos especiais (rituais) são utilizados para enfatizar o que é importante. As seguintes perguntas estão associadas a essa dimensão: Que rotinas são enfatizadas? O que poderia parecer estranho se mudasse? Que comportamento as rotinas encorajam? Quais são os rituais mais importantes? Que crenças básicas eles refletem? O que os programas de treinamento enfatizam? É fácil mudar rituais e rotinas?

(2) Histórias: são mecanismos para dizer às pessoas o que é importante na organização. As histórias geralmente contemplam fatos (sucessos, desastres) e personalidades (heróis, vilões, dissidentes – ou seja, pessoas que se desviam das normas vigentes). A análise dessa dimensão considera as seguintes questões: Que crenças básicas as histórias refletem? O quanto essas crenças são difundidas entre os níveis organizacionais? As histórias se relacionam a forças ou fraquezas, sucessos ou fracassos, conformidade ou dissidência? Quem são os heróis e os vilões? De que normas os dissidentes se desviaram?

(3) Símbolos: são uma representação taquigráfica da natureza da organização, realizada por meio de logos, escritórios, carros, cargos, ou tipos de linguagem ou terminologia utilizados. Essa dimensão pode ser analisada pelas seguintes perguntas: Há determinados símbolos que denotam a organização? Que símbolos de status existem? Que linguagem e jargão são utilizados? Que aspectos da estratégia são destacados publicamente?

(4) Estruturas de poder: o poder aborda os mecanismos utilizados (ex.: persuasão, indução, coação) para influenciar os propósitos e estratégias da organização. Essa dimensão analisa as fontes de poder, a capacidade de influência e as crenças da liderança por meio das seguintes questões: Como o poder é distribuído na organização? Quais são as crenças básicas da liderança? Qual é a força dessas crenças (idealistas ou pragmáticas)? Quais são os principais bloqueios à mudança?

(5) Estrutura organizacional: reflete poder, responsabilidades e relações hierárquicas, e influenciam o grau de cooperação ou competição internas. As seguintes perguntas estão associadas a análise da estrutura organizacional: As estruturas são mecânicas ou orgânicas? Uniformes ou hierárquicas? Formais ou informais? As estruturas encorajam colaboração ou competição? Que tipo de estrutura de poder elas suportam?

(6) Sistemas de controle: são mecanismos de avaliação e recompensa que enfatizam o que é importante na organização. Essa dimensão pode ser analisada pelas seguintes perguntas: O que é monitorado mais de perto? A ênfase é na recompensa ou na punição? Os controles são relacionados à história ou às estratégias atuais? Há muitos ou poucos controles?

Figura 4.15. Dimensões da rede cultural de uma organização
(Johnson et al., 2005, p. 238)

Em função da abrangência, esse trabalho adota a rede cultural como instrumento de análise da estrutura social da organização.

4.6. POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO

Esse tópico aborda a análise do posicionamento estratégico de uma organização (e de seus produtos e serviços), e discussões sobre o conceito de modelo de negócios e seu relacionamento com gestão estratégica.

4.6.1. Análise do posicionamento estratégico

O posicionamento estratégico (ou competitivo) consiste no primeiro nível das escolhas estratégicas. Ele determina a posição que a organização ocupa (ou deseja ocupar) em relação àquelas que atuam em um determinado mercado (ou seja, seus concorrentes).

Porter (1980) considera que as empresas podem adotar três estratégias competitivas genéricas: (1) liderança no custo total, que consiste na oferta de produtos e serviços de baixo custo total.; (2) diferenciação, que considera a oferta de produtos e serviços diferenciados ou únicos; (3) enfoque (ou foco), que aborda o foco da empresa em um determinado grupo de clientes, ou linha de produtos e serviços, ou um mercado geográfico. Porter (1980) sugere que as empresas escolham uma estratégia e mantenham o foco na opção escolhida.

Treacy e Wiersema (1995) consideram que há três disciplinas de valor: (1) excelência operacional, que consiste em oferecer produtos ao melhor preço possível; (2) liderança em produto, que contempla a oferta de produtos com o melhor desempenho possível; (3) intimidade com os clientes, que foca na oferta da melhor solução possível aos clientes. Os autores sugerem que as empresas devem escolher uma disciplina de valor e procurar exceder o desempenho nesta. As demais disciplinas devem ser mantidas em níveis adequados.

As estratégias genéricas de Porter (1980) e as disciplinas de valor de Treacy e Wiersema (1995) podem ser consideradas como escolhas que determinam, em grande parte, o posicionamento competitivo das empresas.

D'Aveni e Gunther (1994) afirmam que a estratégia é relativa. Eles consideram que a posição competitiva de uma empresa – e a continuidade de sua vantagem competitiva – depende dos movimentos dos concorrentes. Eles adotam um gráfico de preço (no eixo vertical ou das ordenadas) e benefício ou qualidade percebida (no eixo horizontal ou das abscissas), que denota o relativismo em estratégia. Como exemplo, a figura 4.16 mostra que uma empresa C pode ocupar a posição de menor custo total, em que a empresa A estava posicionada anteriormente.

Figura 4.16. Exemplo de posições competitivas (D'Aveni e Gunther, 1994, p. 19)

Algumas organizações podem adotar um posicionamento competitivo que contempla uma portfólio abrangente de negócios, marcas, produtos ou serviços. Estes podem ser posicionados segundo diferentes conjuntos de benefícios e preços. Teboul (2006) apresenta os exemplos das redes de hotéis Accor e Marriot, ao posicionar suas diferentes marcas por meio da matriz de intensidade de serviços.

4.6.2. Modelo de negócios: conceito e definições

A análise do posicionamento estratégico de uma organização mostra sua posição em relação aos concorrentes que atuam em um determinado mercado. Essa é uma questão relevante em gestão estratégica. No entanto, a análise é parcial pois não demonstra como esse posicionamento é obtido ou realizado. Esse trabalho considera que a definição do modelo de negócios de uma empresa complementa o posicionamento competitivo ao realizar uma análise dos elementos organizacionais que suportam a proposta de valor aos clientes, a forma de geração de receitas, a estrutura de custos e o modelo econômico de uma organização.

Na literatura, alguns autores abordam o modelo de negócios no contexto da gestão estratégica (Abell, 1980; Slywotzky, 1996; Slywotzky e Morrison, 1997; Hambrick e Fredrickson, 2001; Magretta, 2002; Fitzroy e Hulbert, 2005; Casadesus-Masanell e Ricart, 2010; Teece, 2010), da tecnologia da informação (Porter, 2001; Osterwalder, 2004) e da gestão da inovação - em particular, no âmbito da inovação de modelos de negócios (Chesbrough, 2006; Johnson et al., 2008; Markides, 2008; Johnson, 2010; Teece, 2010).

A literatura não é conclusiva sobre a definição de modelo de negócios. Abell (1980) sugere definir um negócio em três dimensões: (1) grupos de clientes atendidos (quem?); (2) necessidades atendidas para esses clientes (o que?); (3) tecnologias utilizadas para atender esses clientes (como?). Essa é a definição de modelo de negócios adotada por Markides (2008) em um trabalho dedicado à inovação de modelos de negócios.

Magretta (2002) considera que o modelo de negócios é, na sua essência, uma história que define como a empresa opera. Nesse sentido, as seguintes questões são endereçadas: Quem é o cliente? Como a empresa obtém sua receita? Qual é a lógica econômica que sustenta a entrega de valor aos clientes a um custo apropriado?

Slywotzky e Morrison (1997) definem modelo de negócios como o sistema inteiro que entrega valor aos clientes e recebe um lucro por essa atividade. Fitzroy e Hulbert (2005) e Chesbrough (2006) reforçam essa definição, ao considerar que o modelo de negócios apresenta dois importantes componentes: (1) criação de valor, que ocorre por meio das atividades da cadeia de valor de forma a atender as necessidades dos clientes; (2) captura de valor, que consiste na forma como a empresa é recompensada pelo valor criado e atendimento das necessidades dos clientes. Chesbrough (2006) ressalta que a captura de valor do modelo de negócios é verificada quando a empresa tem uma posição, recursos ou ativos únicos que lhe conferem uma vantagem competitiva.

Hambrick e Fredrickson (2001) consideram que o modelo de negócios é formado pelas respostas a cinco questões principais: (1) Onde a empresa será ativa e com que ênfase? (arenas); (2) Como a empresa atingirá esse objetivo?

(meios); (3) Como a empresa será bem-sucedida nesse mercado? (diferenciais); (4) Qual será a velocidade e sequência dos movimentos? (plataforma); (5) Como a empresa obterá retornos financeiros (lógica econômica).

Porter (2001) discute o modelo de negócios no âmbito da estratégia de empresas de Internet. Ele considera modelo de negócios como a forma que a empresa realiza negócios e gera suas receitas. Ele questiona as empresas de Internet que adotam esse termo para substituir as discussões sobre estratégia e vantagem competitiva.

Johnson et al. (2008) e Johnson (2010) consideram modelo de negócios como a arquitetura básica que fundamenta negócios bem-sucedidos. Segundo esses autores, o modelo de negócios é composto por quatro elementos (figura 4.17):

(1) Proposição de valor aos clientes, que consiste em um produto, serviço ou combinação de ambos que ajudam os clientes na realização de suas tarefas de maneira mais efetiva, conveniente e acessível. Assim, a proposição de valor descreve como a empresa cria valor para um conjunto de clientes a um determinado preço.

(2) Fórmula do lucro, que determina a maneira como a empresa captura o valor para ela e seus acionistas, na forma de lucro econômico. Para tanto, as principais variáveis de análise são: modelo de geração de receita, estrutura de custos, margem unitária desejada e velocidade de consumo dos recursos.

(3) Recursos principais, que consiste nos ativos tais como pessoas, tecnologia, produtos, instalações, equipamentos, canais e marca que a empresa necessita para suportar a proposição de valor aos clientes. O foco deve ser nos principais recursos que geram valor aos clientes e à empresa, e na forma como eles interagem.

(4) Processos principais, que abordam os processos operacionais e gerenciais que permitem proporcionar valor de maneira reproduzível, e possam crescer em escala. Os processos incluem as atividades, fluxos, regras, métricas e normas de uma empresa.

Figura 4.17. Componentes do modelo de negócios segundo Johnson (2010, p. 24)

4.6.3. Modelo de negócios e estratégia

A literatura também não é conclusiva sobre o relacionamento entre modelo de negócios e estratégia. Magretta (2002) considera que a viabilidade de uma organização está relacionada a um sólido modelo de negócios. No entanto, ela ressalta que o modelo de negócios não é a estratégia. Esta aborda a competição, que não é contemplada, de maneira explícita, no modelo de negócios.

Teece (2010) considera que o modelo de negócios é algo mais genérico do que a estratégia competitiva. Dessa forma, as decisões associadas ao modelo de negócios e à estratégia competitiva devem estar conectadas de modo a proteger uma eventual vantagem competitiva resultante do desenho e implantação de um novo modelo de negócios.

Osterwalder (2004) define modelo de negócios como um conceito que representa os negócios e a lógica de ganhos financeiros de uma empresa. Ele está localizado em um nível intermediário entre a estratégia e os processos, servindo como um elo de ligação entre eles. A figura 4.18 ilustra esse raciocínio.

Figura 4.18. Modelo de negócios como um nível de arquitetura dos negócios (adaptado de Osterwalder, 2004, p. 14)

Casadesus-Masanell e Ricart (2010) consideram que o modelo de negócios é um reflexo da estratégia realizada pela empresa. Eles citam que em situações competitivas simples, há uma relação biunívoca (ou de um para um) entre modelo de negócios e estratégia. Eles apresentam uma abordagem conceitual, composta por dois estágios, e que separa e correlaciona os dois conceitos. O primeiro estágio contempla as escolhas estratégicas, em que a organização define o modelo de negócios que ela pretende utilizar para competir. No segundo estágio, a empresa realiza as escolhas táticas, que são as opções disponíveis e dependentes do modelo de negócios definido no estágio anterior. Em outras palavras, o modelo de negócios é uma escolha estratégica e determina as opções e escolhas estratégicas (e táticas) subsequentes.

4.7. OPÇÕES ESTRATÉGICAS

As opções estratégicas consistem no segundo nível das escolhas estratégicas. Exemplos dessas opções incluem alternativas de mercados e clientes atendidos, definição de portfólio de produtos e serviços, e desenvolvimento de recursos e competências (Macmillan e Tampoe, 2000).

As opções estratégicas podem ocorrer em, ao menos, três diferentes níveis:

(1) Nível corporativo, que está relacionado à estratégia corporativa. Esse nível determina em quais mercados a empresa atuará e por meio de quais unidades de negócios (Fitzroy e Hulbert, 2005; Hoskisson et al., 2008).

(2) Nível das unidades de negócios, que está associado às estratégias de negócios. Esse nível define como a empresa irá atuar em um determinado mercado, de modo a buscar uma vantagem competitiva valendo-se das competências organizacionais e dos produtos e serviços oferecidos nesse mercado (Fitzroy e Hulbert, 2005; Hoskisson et al., 2008).

(3) Nível funcional, que está relacionado às estratégias funcionais. Esse nível determina como cada unidade organizacional (que estão relacionadas às áreas funcionais ou departamentos da empresa, tais como operações, finanças, marketing, pesquisa e desenvolvimento) irá atuar para apoiar as estratégias corporativa e de negócios (Slack e Lewis, 2003; Slack et al., 2006).

As opções estratégicas também podem ser analisadas segundo direções estratégicas. Zook (2007) considera que as empresas com crescimento sustentável passam por um ciclo com três orientações estratégicas: (1) foco, que consiste na definição das fronteiras da organização e fortalecimento das competências críticas que trazem diferenciação para seus clientes; (2) expansão, que aborda a extensão dos pontos fortes da empresa e crescimento para espaços adjacentes às fronteiras estabelecidas anteriormente; (3) redefinição, que considera o desenvolvimento de uma nova plataforma operacional (com redefinição das competências críticas) que visa garantir os lucros futuros.

Hoskisson et al. (2008) sugerem a adoção de opções reais para a análise e apoio à decisão sobre investimentos estratégicos. Para tanto, eles citam cinco tipos de opções, que equivalem às direções estratégicas: crescimento, desistência, alteração, diferimento e composta (esta consiste em combinações dos quatro tipos anteriores).

Johnson et al. (2005) adotam o modelo de produto-mercado de Ansoff (1988) e apresentam quatro conjuntos de direções estratégicas: (1)

proteção/construção dos mercado e produtos existentes por meio de estratégias de consolidação e/ou penetração de mercado; (2) desenvolvimento de novos produtos com capacidades existentes, novas ou além das expectativas atuais; (3) desenvolvimento de novos mercados, que implicam em novos segmentos, territórios, usos e podem ser desenvolvidos com novas capacidades ou além das expectativas atuais; (4) diversificação, que implica no desenvolvimento de novos produtos em novos mercados, com capacidades existentes, novas ou além das expectativas atuais.

Assim, nota-se que não há uma convergência da literatura quanto às direções estratégicas. Assim, o presente trabalho adota quatro direções principais: (1) estratégias de crescimento; (2) estratégias de alteração; (3) estratégias de foco ou manutenção; (4) estratégias de redução.

As opções estratégicas podem ser analisadas nas intersecções entre os níveis e as direções estratégicas. Isso ocorre pois algumas opções podem ser utilizadas em diferentes contextos. A figura 4.19 ilustra esse conceito, e apresenta exemplos de opções estratégicas nas intersecções nível-direção estratégica.

Figura 4.19. Níveis, direções e opções estratégicas

Na seleção das opções estratégicas, deve haver um alinhamento entre as estratégias corporativa, de negócios e funcionais, bem como uma coerência entre as direções estratégicas. Algumas opções estratégicas podem não ser consideradas, por não estarem alinhadas à intenção estratégica da organização ou por restrições legais. Por exemplo, o artigo 199, parágrafo 3º, da Constituição Federal restringe investimentos estrangeiros na assistência à saúde (Brasil, 1988), o que limita algumas opções estratégicas em serviços de saúde. Outras opções estratégicas podem ser descartadas no processo de escolhas estratégicas, por não estarem alinhadas às competências organizacionais e/ou às oportunidades e riscos estratégicos identificados nas análises externa e interna. Por outro lado, algumas opções estratégicas podem não estar alinhadas ao posicionamento competitivo atual da empresa, o que demandaria um reposicionamento competitivo e/ou o desenvolvimento de um novo modelo de negócios. A figura 4.20 representa essa discussão.

Figura 4.20. Escolhas e opções estratégicas

Nesse contexto, alguns autores apresentam critérios e metodologias para a seleção de opções estratégicas. Johnson et al. (2005) sugerem a consideração de três critérios de sucesso:

(1) Adequação, que verifica se uma estratégia selecionada contempla a posição estratégica da organização.

(2) Aceitabilidade, que está relacionada com os resultados de desempenho esperados de uma opção estratégica (por exemplo, retorno sobre o investimento e riscos) e o grau com que esses resultados estão alinhados às expectativas dos *stakeholders* da organização.

(3) Viabilidade, que verifica se a opção estratégica é exeqüível, ou seja, se ela pode ser colocada em prática. Essa questão implica na análise das competências organizacionais da empresa de modo a verificar se esta tem condições de executar a estratégia proposta.

Slack e Lewis (2003), no contexto da estratégia de operações, consideram três critérios para análise das opções estratégicas:

(1) Adequação, que analisa a compatibilidade da estratégia com os recursos e processos da organização, e as necessidades do seu posicionamento no mercado.

(2) Sustentabilidade, que analisa se a estratégia conduz ao desenvolvimento de uma vantagem competitiva sustentável.

(3) Riscos, que inclui a análise do impacto das incertezas em função da adoção de determinada estratégia.

Alguns autores sugerem a utilização de opções reais para apoiar as opções estratégicas e respectiva alocação de recursos financeiros (Trigeorgis, 1996; Luehrman, 1998a, 1998b; Copeland, 2001; Johnson et al., 2005; Hoskisson et al., 2008). O processo estratégico consiste em um processo de tomada de decisões em sequência. Algumas decisões são tomadas num dado momento, enquanto outras são deliberadamente postergadas. Isso ocorre pois os gestores aprendem com a execução da estratégia, e o adiamento das decisões pode melhorar seu discernimento para novas decisões (Luehrman, 1998b). Assim, a estratégia pode ser entendida como uma série de opções reais, em que as escolhas estratégicas ocorrem ao longo do tempo. Dessa

forma, a estratégia vai se conformando como resultado de escolhas anteriores. Nesse contexto, a técnica das opções reais permite um melhor entendimento dos benefícios estratégicos, retornos financeiros e riscos ao examinar cada passo (opção real) separadamente, e na medida em que ele ocorre (Johnson et al., 2005).

4.8. EXECUÇÃO DA ESTRATÉGIA

A execução da estratégia aborda os processos, decisões e ações que são realizadas com o objetivo de executar efetivamente a estratégia planejada (Hrebiniak, 2005). Muito embora a literatura tenha dado mais atenção ao planejamento da estratégia, a sua execução é extremamente relevante, pois o desenvolvimento das competências organizacionais e o desempenho da empresa são resultantes da implantação da estratégia.

Pesquisas conduzidas por Kaplan e Norton (2005) mostram que, em algumas organizações: as estratégias funcionais (ex.: recursos humanos e tecnologia da informação) não estão alinhadas às estratégias corporativa e de negócios; há uma desconexão entre orçamento e prioridades estratégicas; e os incentivos aos gerentes e colaboradores da linha de frente não estão associados ao sucesso da implantação da estratégia. Em relação à segunda questão, é importante ressaltar que a forma como as empresas alocam os recursos (por exemplo, no processo de planejamento orçamentário) configura a estratégia efetivamente realizada pela organização (Bower et al., 2005; Bower e Gilbert, 2005).

Alguns autores consideram que a execução da estratégia é mais difícil do que o planejamento, e que parte importante dos planos estratégicos não são bem-sucedidos em sua implantação (Hrebiniak, 2005; Mankins e Steele, 2005; Morgan et al., 2007; Kaplan e Norton, 2008; Neilson et al., 2008). Dentre outras, Hrebiniak (2005) resalta as seguintes questões relevantes: alguns executivos consideram a execução como algo menos nobre (ou inteligente) do que o planejamento; há a necessidade de interdependência entre o

planejamento e a execução; a execução, geralmente, consome mais tempo e envolve mais pessoas do que a formulação da estratégia; e a execução é um processo, e não somente uma ação ou etapa.

Nesse contexto, este tópico aborda as seguintes questões: barreiras e recomendações à efetiva execução da estratégia, mudanças estratégicas, escritório de gestão estratégica e alinhamento entre estratégia e orçamento corporativo.

4.8.1. Barreiras e recomendações à efetiva execução da estratégia

Beer e Eisenstat (2000) consideram que há seis principais barreiras para a implantação efetiva da estratégia: (1) estilo gerencial centralizador ou muito liberal; (2) falta de clareza da estratégia ou objetivos conflitantes; (3) falta de efetividade da equipe de executivos organização; (4) deficiências na comunicação vertical; (5) deficiências na coordenação entre funções, unidades de negócios e comitês diretivos; (6) habilidades inadequadas de liderança e gestão da implantação. Segundo os autores, essas barreiras geram deficiências na direção, aprendizado e qualidade da execução da estratégia.

Hrebiniak (2005), baseado em pesquisas da Wharton School e do Gartner Group, apresenta doze obstáculos à execução da estratégia: (1) falta de habilidade em gerenciar a mudança ou superar a resistência à ela; (2) tentativa de executar a estratégia em conflito com a estrutura de poder existente; (3) comunicação inadequada entre pessoas ou unidades organizacionais responsáveis pela execução da estratégia; (4) falta de clareza na comunicação das responsabilidades pela execução das ações; (5) definição da estratégia de maneira vaga ou superficial; (6) falta de engajamento com a estratégia ou seus planos de ação por parte dos principais colaboradores; (7) falta de diretrizes ou de um modelo para gerenciar os esforços de implantação; (8) falta de entendimento do papel da estrutura organizacional na execução da estratégia; (9) falta de habilidade para obtenção do comprometimento ou concordância com as principais etapas de execução; (10) falta de incentivos (ou incentivos inapropriados) para suportar os objetivos da execução; (11)

recursos financeiros insuficientes para executar a estratégia; (12) falta de apoio para a execução da estratégia por parte da alta administração.

Mankins e Steele (2005), segundo pesquisa conduzida com executivos de 197 empresas com receita superior a 500 milhões de dólares, concluem que as empresas obtêm, em média, somente 63% de seu potencial estratégico em função de limitações no planejamento e na execução. A perda média de 37% no desempenho é distribuída da seguinte forma: recursos inadequados ou não disponíveis (7,5%); deficiências na comunicação da estratégia (5,2%); falta de definição clara das ações necessárias para a execução (4,5%); falta de clareza nas responsabilidades pela execução (4,1%); execução prejudicada por silos e cultura organizacional (3,7%); monitoramento do desempenho realizado de maneira inadequada (3,0%); falta de adequação dos incentivos (premiações e consequências) pelos fracassos e sucessos (3,0%); deficiências na liderança executiva (2,6%); falta de comprometimento das lideranças (1,9%); estratégia não aprovada (0,7%); outros obstáculos, que incluem habilidades e competências não adequadas (0,7%).

Neilson et al. (2008) apresentam, na forma de ranking, dezessete características de empresas com destacada efetividade na execução. Baseados nesse ranking, os autores apresentam duas recomendações principais: (1) esclarecer as responsabilidades sobre o processo decisório e de execução; (2) assegurar que o fluxo de informação seja efetivo. Os autores colocam à disposição um simulador de efetividade organizacional⁴⁶ para as empresas avaliarem a eficácia das ações relacionadas à execução e mudanças organizacionais.

Na área da saúde, Hansen e Guimarães (2009) adotam os doze obstáculos citados por Hrebiniak (2005) para analisar os fatores de influência na implantação da estratégia no Hospital Mãe de Deus, um hospital privado localizado em Porto Alegre (RS). Os autores afirmam que esses obstáculos não ocorreram (ou foram revertidos) na implantação da iniciativa estratégica

⁴⁶ Disponível em: www.simulator-orgeffectiveness.com/booz.

denominada Time de Resposta Rápida (TRR)⁴⁷ nas unidades de internação. Os autores identificaram os seguintes fatores de maior destaque na implantação dessa iniciativa: envolvimento e comprometimento das pessoas; habilidades; estrutura organizacional; reconhecimento pelos resultados.

4.8.2. Mudanças estratégicas

Johnson et al. (2005) consideram que o desenvolvimento da estratégia é incremental por natureza, pois ela é baseada na estratégia anterior e se adapta à medida que ocorre. As mudanças transformacionais (ou seja, aquelas de maior impacto) geralmente são ocasionais. Assim, eles sugerem que as organizações compreendam o tipo de mudança estratégica de modo a utilizar abordagens adequadas de implantação e gestão de mudanças.

Para tanto, Balogun e Halley (2004) apresentam uma abordagem para identificação do tipo de mudança estratégica. Essas autoras consideram duas principais dimensões: (1) escopo da mudança, que pode ser um realinhamento ou uma transformação; (2) natureza da mudança, que pode ser incremental ou *big bang* (ou seja, uma mudança abrupta, de uma só vez). A combinação dessa dimensões gera quatro tipos de mudança estratégica: adaptação, evolução, reconstrução e revolução (figura 4.21).

⁴⁷ O Time de Resposta Rápida é um grupo médico-assistencial, formado por médicos com formação em terapia intensiva, que dá suporte técnico e assistencial em casos de urgências médicas na unidade de internação (Hansen e Guimarães, 2009).

Figura 4.21. Tipos de mudança estratégica (adaptado de Balogun e Halley, 2004)

Christensen et al. (2009), no escopo da inovação no setor de saúde, sugerem a utilização de diferentes instrumentos de cooperação para a realização de mudanças efetivas. Os principais são: (1) instrumentos de poder, que incluem a coerção, ameaças, definição de papéis e sistemas de controle; (2) instrumentos administrativos, que incluem o treinamento, padronização de procedimentos e sistemas de avaliação; (3) instrumentos de liderança, que incluem a visão, o convencimento e o carisma; (4) instrumentos culturais, que incluem os rituais sociais, a democracia e a aprendizagem. Segundo esses autores, a efetividade dos instrumentos de cooperação depende do nível de concordância das pessoas em relação a duas dimensões. A primeira considera o grau em que as pessoas envolvidas concordam em relação ao que elas desejam, ou seja, os objetivos e resultados esperados. A segunda dimensão aborda a concordância em como atingir esses objetivos, ou seja, se as pessoas envolvidas concordam com as ações necessárias obter os resultados desejados. A figura 4.22 apresenta o alinhamento dos instrumentos de cooperação em relação a essas duas dimensões.

Figura 4.22. Instrumentos de cooperação (adaptado de Christensen et al., 2009, p. 403)

4.8.3. Escritório de gestão estratégica

Kaplan e Norton (2005) sugerem a adoção de um escritório de gestão estratégica como uma forma de melhorar a integração entre planejamento e execução da estratégia. Esse escritório consiste em uma unidade organizacional, no nível corporativo, responsável pela gestão de todas as principais atividades relacionadas à estratégia. Os autores citam que essa foi uma estratégia bem sucedida em empresas com ênfase em manufatura (ex.: BMW, Canon e Chrysler) e serviços (ex.: Rede Hilton de Hotéis).

Segundo esses autores, tipicamente um escritório de gestão estratégica em grandes empresas utiliza seis a oito colaboradores em tempo integral. Em geral, esse grupo assume responsabilidades diretas e/ou indiretas pelas seguintes atividades: gestão dos indicadores estratégicos (*balanced scorecard*), alinhamento organizacional, revisão da estratégia, planejamento estratégico, comunicação da estratégia, gestão das iniciativas estratégicas,

planejamento orçamentário, alinhamento dos recursos humanos e compartilhamento das melhores práticas.

Na área da saúde, Sher (2005) descreve a implantação de um escritório de gestão estratégica no Banco de Sangue do Canadá. Ele ressalta as três principais categorias de atividades desse escritório: (1) formulação da estratégia, que contempla as responsabilidades diretas pela análise do ambiente externo e planejamento estratégico, e indireta no caso do planejamento orçamentário; (2) execução da estratégia, que consiste nas responsabilidades diretas pela análise do *balanced scorecard* e comunicação da estratégia, e indiretas na gestão das iniciativas estratégicas e indicadores dos recursos humanos; (3) aprendizado da estratégia, que considera as responsabilidades diretas por *benchmarking*, compartilhamento das melhores práticas, treinamento interno e gestão das mudanças.

4.8.4. Alinhamento entre estratégia e orçamento corporativo

O resultado da alocação dos recursos financeiros pode tanto alavancar quanto comprometer a execução da estratégia. Bower et al. (2005) citam o caso da Opel, uma divisão da General Motors (GM) responsável pela fabricação e vendas de carros na Alemanha. Na época de reunificação da Alemanha, a Opel, em uma decisão com fortes elementos políticos e emocionais, alocou seus recursos financeiros para a construção de uma nova de planta produtiva em Eisenach (localizada na antiga Alemanha Oriental) que foi uma contradição à estratégia vigente na GM de localização da manufatura em países com salários mais baixos.

Bower et al. (2005) utilizam esse caso para exemplificar como a alocação de recursos pode gerar resultados que não foram deliberados na formulação da estratégia das organizações. Esses autores ressaltam que a estrutura e o processo de alocação de recursos apresentam importantes impactos na estratégia em função de diferentes características. Eles citam as seguintes características relacionadas à estrutura da alocação de recursos: o conhecimento para a tomada de decisões estratégicas está disperso entre

níveis e unidades organizacionais; o poder para obter comprometimentos está distribuído na organização; a definição dos papéis organizacionais (de maneira estreita) geralmente leva a decisões locais e conflituosas. Em relação ao processo de alocação dos recursos, os autores citam as seguintes características: as atividades inerentes à alocação dos recursos estão dispersas entre níveis e unidades organizacionais; essas atividades progridem simultaneamente; as decisões se adaptam ao longo do tempo, em um processo iterativo. Em função dessas características, os autores ressaltam quatro implicações para a estratégia: (1) a alocação dos recursos e a execução das respectivas atividades determinam os resultados da estratégia; (2) os gerentes da operação têm um papel importante na conformação dos resultados estratégicos; (3) a estrutura influencia as operações e conforma a alocação dos recursos; portanto a estrutura conforma a estratégia; (4) pequenas decisões podem disparar uma sequência de outras decisões cujas importâncias crescem ao longo do tempo; assim nem sempre está claro o que é estratégico antes do próprio evento ou decisão ocorrerem.

As pesquisas conduzidas por Bower e Gilbert (2005) sobre estratégia e alocação de recursos apresentam duas conclusões importantes: (1) os processos que levam aos resultados estratégicos são bastante estáveis, mesmo quando há mudanças no ambiente externo; isso ocorre porque um conjunto identificado de forças proporciona um viés conservador na forma como as organizações utilizam seus recursos ao se depararem com mudanças externas; (2) apesar dessas forças serem consideravelmente complexas, elas podem ser gerenciadas se forem compreendidas. O conjunto de forças que age sobre a alocação de recursos é formado por forças internas (contexto estrutural, contexto estratégico e modelos cognitivos) e forças externas (clientes e mercado de capitais).

Bower e Gilbert (2005) apresentam um modelo de alocação de recursos (figura 4.23). Esse modelo apresenta dois processos principais: definição e seleção, que podem ocorrer de cima para baixo (*top-down*) ou (*bottom-up*) e permeiam os níveis corporativo (ou estratégico), intermediário (ou tático) e operacional. O processo de definição está relacionado com a formulação da

estratégia. O processo de seleção diz respeito à escolha dos planos de ação e projetos que são propostos, alocados a um patrocinador e encaminhados para aprovação de orçamento. Os processos de definição e seleção são dinâmicos, e podem ocorrer simultaneamente e em diferentes níveis. A seleção final dos projetos e planos de ação com orçamento alocado ocorrem por meio de repetidas iterações, e resultam na estratégia realizada da empresa.

Figura 4.23. Modelo de alocação de recursos (Bower e Gilbert, 2005, p. 444)

Conclui-se ser fundamental a adoção, por parte das organizações, de um modelo de alocação de recursos que promova o alinhamento entre estratégia, planejamento orçamentário e alocação de recursos financeiros, humanos e organizacionais. Esse é um dos elementos para que a estratégia realizada seja consistente com a formulação da estratégia.

4.9. VANTAGEM COMPETITIVA

Esse tópico contempla discussões sobre duas questões: a definição de vantagem competitiva e sua forma de mensuração.

4.9.1. Definição de vantagem competitiva

A literatura oferece e apresenta algumas variações na definição do conceito de vantagem competitiva. Rumelt (2003) é ainda mais assertivo. Ele afirma que a literatura oferece várias considerações sobre vantagem competitiva, porém uma definição precisa é elusiva.

Porter (1985) considera que a vantagem competitiva ocorre quando a empresa cria um valor para seus clientes que excede o custo de geração desse valor. Ele define valor como o quanto os clientes estão dispostos a pagar para obter os produtos e serviços de uma empresa. O valor superior está relacionado à capacidade da empresa em oferecer preços menores do que seus concorrentes para um conjunto equivalente de benefícios aos clientes, ou prover benefícios diferenciados que compensam o preço maior.

Saloner et al. (2001) adotam a mesma definição para criação de valor. Porém, eles ressaltam que a vantagem competitiva advém não somente da criação, mas também da captura do valor. Ghemawat e Rivkin (2000) consideram que uma empresa que obtém retornos financeiros superiores dentro do seu setor (ou grupo estratégico) a longo prazo apresenta uma vantagem competitiva sobre suas rivais.

Hoskisson et al. (2008) consideram que a vantagem competitiva surge da formulação e execução bem-sucedidas de estratégias que são distintas e criam mais valor do que as estratégias dos concorrentes. Hitt et al. (2005) afirmam que a vantagem competitiva ocorre quando uma empresa implanta uma estratégia que outras organizações não conseguem replicar, ou o custo para imitar é muito alto. Esses autores citam que a exploração da vantagem competitiva por parte da empresa lhe permite um retorno acima da média, em comparação a outros investimentos com riscos similares.

Peteraf e Barney (2003), Besanko et al. (2004), Barney e Clark (2007) e Barney e Hesterly (2008) consideram que uma empresa possui vantagem competitiva quando ela consegue criar mais valor econômico do que seus concorrentes no mercado de seus produtos e serviços. Peteraf e Barney (2003) e Barney e Hesterly (2008) definem valor econômico como a diferença entre os

benefícios percebidos que foram auferidos pelos clientes que compraram os produtos e serviços e os custos econômicos para a empresa que os fabrica e entrega. Assim, o valor equivale ao conceito econômico de excedente total, que é igual à soma do excedente do produtor (ou arrendamento econômico⁴⁸) e do excedente do consumidor (ou valor pelo seu dinheiro⁴⁹). A figura 4.24 ilustra esse conceito, e expande o conceito de valor para econômico e social.

Figura 4.24. Valor criado (adaptado de Barney e Clark, 2007, p. 26)

A expansão do valor, com a consideração simultânea econômica e social, está relacionada à filantropia e responsabilidade social das organizações. O valor social é criado quando os recursos, materiais, processos ou políticas são combinados para gerar melhoria nas vidas dos indivíduos ou da sociedade como um todo (Emerson et al., 2001).

Na saúde, o valor social está inexoravelmente imbricado. A melhoria da saúde da população é um dos objetivos fundamentais de um sistema de saúde (World Health Organization, 2000). Os objetivos sociais são um dos elementos que justificam a existência de organizações sem fins lucrativos (Emerson et al., 2001), tais como os hospitais classificados como filantrópicos.

⁴⁸ Em inglês, *economic rents*.

Em contexto estratégico, Porter e Kramer (2002) consideram que as empresas podem utilizar a filantropia para gerar benefícios sociais e melhorar seu contexto competitivo. Eles afirmam que, no longo prazo, os objetivos econômicos e sociais das organizações podem não ser inerentemente conflitantes, mas conectados e alinhados.

Em trabalho posterior, Porter e Kramer (2006) afirmam que responsabilidade social se tornou uma prioridade impossível de não ser considerada pelas empresas. Eles citam o exemplo da indústria farmacêutica, que recebeu pressões externas para atuar na pandemia de AIDS na África, muito embora essa região não fosse seu principal mercado. Por outro lado, os autores consideram que a responsabilidade social pode ser uma fonte de oportunidades, inovação e vantagem competitiva. Eles classificam as questões sociais em três categorias, com importância crescente: questão sociais genéricas, impactos sociais na cadeia de valor e dimensões sociais do contexto competitivo.

Martin (2002) afirma que empresas que realizam altos investimentos em responsabilidade corporativa podem reduzir sua posição competitiva caso os concorrentes não adotem iniciativas similares. Ele sugere que as organizações analisem a responsabilidade corporativa como um produto ou serviço da organização.

Esse trabalho adota a definição de vantagem competitiva apresentada por Peteraf e Barney (2003), Besanko et al. (2004), Barney e Clark (2007) e Barney e Hesterly (2008), e incorpora, de maneira explícita, o valor social. Assim, considera-se que uma empresa possui vantagem competitiva quando ela consegue criar mais valor do que seus concorrentes. O valor é definido como a diferença entre os benefícios econômicos e sociais que são percebidos pelos clientes e sociedade, e os custos para a empresa que entrega os produtos e serviços a esses clientes.

⁴⁹ Em inglês, *value for money*.

4.9.2. Mensuração da vantagem competitiva

A literatura não é conclusiva sobre como mensurar a vantagem competitiva. Geralmente são adotadas métricas financeiras, contábeis e o valor de mercado das empresas como unidades de medida empíricas para estimar a criação de valor e a vantagem competitiva (Helfat et al., 2007).

A lucratividade está associada à posição competitiva relativa de uma organização, porém há outros fatores que também afetam os resultados das empresas. Alguns estudos mostram que os principais fatores estão relacionados à empresa (e sua posição competitiva) e ao setor que ela atua (ou seja, efeitos relacionados ao mercado) (Ghemawat e Rivkin, 2000; Besanko et al., 2004).

Helfat et al. (2007) analisam a utilização de métricas empíricas para analisar a adaptabilidade ao ambiente (ou adequação evolucionária⁵⁰) das organizações. Para tanto, eles sugerem a adoção de indicadores para medir o crescimento destas. Os autores afirmam que as empresas precisam não somente sobreviver, mas ter sucesso e crescer. Nesse sentido, o crescimento seria um indicador de adaptabilidade ao ambiente. Eles ainda ressaltam que o crescimento, como uma medida de desempenho organizacional, tem sido subutilizada em grande parte das pesquisas sobre estratégia.

Sehmalensee (1985) analisou os efeitos da corporação-mãe, da participação no mercado e do setor no retorno sobre os ativos (ROA)⁵¹ das empresas. O estudo utilizou dados disponíveis do ano de 1975 da base de dados da *Federal Trade Commission* (FTC). Ele relatou que: não houve efeitos corporativos no retorno; os efeitos da participação no mercado foram insignificantes; e os efeitos do setor explicaram 20% da variação do retorno das unidades de negócios. O autor concluiu que os efeitos do setor são importantes, porém eles não explicam isoladamente o retorno sobre os ativos das empresas.

⁵⁰ Em inglês, *evolutionary fitness*.

⁵¹ Em inglês, *return on assets* (ROA).

Rumelt (1991) analisou os efeitos da corporação-mãe, do setor e da unidade de negócios nos retornos sobre os ativos (ROA). O estudo utilizou a mesma base de dados de Sehmalensee (1985), porém por um período de quatro anos (1974 a 1977). O estudo revelou que: os efeitos da corporação-mãe na lucratividade são insignificantes (1 a 2%); os efeitos da indústria são relativamente pequenos (9 a 16%); e os efeitos das unidades de negócios são relativamente grandes (44 a 46%). O autor conclui que o fator de maior importância no retorno sobre os ativos das empresas é específico da unidade de negócios.

McGahan e Porter (1997) realizaram um estudo similar ao de Rumelt (1991), porém utilizaram um conjunto de dados diferente. Eles usaram dados da *Compustat Business Segment Reports*, de um período de quatorze anos (de 1981 a 1994). Esse estudo mostrou que: os efeitos temporais explicaram 2,39% da variação da rentabilidade (medida em retorno sobre os ativos) entre unidades de negócios; os efeitos do setor representaram 18,68% da rentabilidade; os efeitos da corporação-mãe explicaram 4,33%; e os efeitos da unidade de negócios representaram 31,71%.

As empresas podem apresentar diferentes resultados, dentro de um mesmo setor, em função dos países onde elas atuam. Isso pode ser explicado por várias questões, tais como diferenças de valores nacionais, cultura, estrutura econômica, instituições (Porter, 1990) e competências dos países em relação às tecnologias e princípios organizacionais (Kogut, 1991).

Makino et al. (2004) utilizaram dados da *Trend Survey of Overseas Business Activities* no período de 1996 a 2001 para analisar o retorno sobre vendas (ROS)⁵² das empresas. Eles demonstraram que os efeitos das unidades de negócios das filiais (31,4%) foram os mais importantes no desempenho, seguido por efeitos da corporação-mãe (10,8%), do setor (6,9%), dos países (5,5%) e temporais (0,1%). Eles concluem que os efeitos dos países no retorno das empresas é da mesma ordem de magnitude do que os efeitos da indústria.

⁵² Em inglês, *return on sales* (ROS).

Tong et al. (2008) utilizaram dados da *Stern Stewart* de diferentes países no período compreendido entre 1997 e 1999, para analisar o crescimento das empresas (GOV)⁵³. Eles identificaram as seguintes classes de efeitos, em ordem de importância: efeitos da empresa (22,22%), da interação setor-país (17,91%), do setor (7,47%), da interação setor-ano (3,50%), da interação ano-país (1,44%), do país (1,43%) e do ano (0,03%). Eles concluem que os principais elementos que afetam o crescimento das organizações são os efeitos da própria empresa e da interação setor-país, sendo que os efeitos isolados do setor e do país são relativamente pequenos.

A tabela 4.3 resume os principais resultados dessas pesquisas.

Efeitos	Sehmalensee (1985)	Rumelt (1991)	McGahan e Porter (1997)	Makino et al. (2004)	Tong et al. (2008)
Unidade de negócio		44 a 46% (ROA)	31,71% (ROA)	31,4% (ROS)	22,22% (GOV)
Corporação		1 a 2% (ROA)	4,33% (ROA)	10,8% (ROS)	
Setor	20% (ROA)	9 a 16% (ROA)	18,68% (ROA)	6,9% (ROS)	7,47% (GOV)
Setor-país					17,91% (GOV)
País				5,5% (ROS)	1,43% (GOV)

Tabela 4.3. Principais efeitos que afetam o retorno e crescimento das empresas

Em suma, a lucratividade e o crescimento de uma organização estão relacionados à sua posição competitiva e ao setor onde ela atua. Segundo uma perspectiva conceitual, o maior potencial de lucratividade poderia ser encontrado em empresas com vantagem competitiva relativa aos seus concorrentes, e que atuam em setores atrativos. Os autores pesquisados (Sehmalensee, 1985; Rumelt, 1991; McGahan e Porter, 1997; Makino et al., 2004) mostram que entre 31 a 46% da variação da rentabilidade de uma organização está relacionada à posição competitiva, e entre 9 a 20% da variação de sua rentabilidade está associada ao setor (e país) onde ela atua. A

⁵³ A métrica utilizada foi o valor de opção de crescimento das empresas (*growth option value of firms*).

variação remanescente diz respeito a fatores aleatórios ou não-identificados pelas pesquisas. A figura 4.25 ilustra essa síntese.

Figura 4.25. Rentabilidade das organizações relacionadas à sua posição competitiva e setor de atuação

Alguns autores apresentam recomendações de métricas a serem utilizadas para mensuração da vantagem competitiva. Por exemplo, Porter (2008a) considera que o retorno sobre o capital investido (ROIC)⁵⁴ é a medida apropriada da lucratividade relacionada à formulação da estratégia, pois considera os ganhos e os investimentos necessários para obtê-los.

Reichheld (2003; 2006) sugere a adoção da pontuação líquida dos promotores (NPS)⁵⁵ para mensurar a percepção dos clientes quanto aos produtos e serviços da empresa. Essa métrica é baseada em uma única pergunta: você recomendaria a empresa X para um amigo ou colega? O autor adota uma escala semântica de 0 a 10, sendo que: as notas 9 e 10 indicam clientes promotores da empresa (P) (ou seja, clientes entusiasmados e fiéis); as notas 7 e 8 denotam clientes passivos (ou seja, satisfeitos, porém não

⁵⁴ Em inglês, *return on invested capital* (ROIC).

⁵⁵ Em inglês, *net promoter score* (NPS).

entusiasmados); e as notas de 0 a 6 implicam em clientes detratores (D) (ou seja, clientes não satisfeitos). A pontuação líquida de promotores é calculada ao se subtrair os clientes detratores dos promotores ($NPS=P-D$), em percentual. O autor associa essa métrica ao crescimento da empresa e à qualidade dos clientes (e, conseqüentemente, dos lucros). Ele cita que as organizações com maiores taxas de crescimento obtêm uma pontuação entre 50 e 80%. No contexto da vantagem competitiva, essa métrica pode ser relacionada à posição competitiva em benefícios percebidos, pois está associada à percepção dos clientes.

A mensuração do valor social não é uma questão trivial (Emerson et al., 2001) ou, ao menos, ainda não consolidada. Há algumas pesquisas, porém ainda incipientes sobre metodologias para seu cálculo. Por exemplo, Lingane e Olsen (2004) apresentam dez diretrizes para o cálculo do retorno sobre o investimento social (SROI)⁵⁶. Esta é uma métrica quantitativa que sintetiza os benefícios atuais e projetados dos investimentos sociais e ambientais realizados pelas organizações.

No setor de saúde, Douglas e Ryman (2003) realizaram um estudo em 824 hospitais gerais americanos para analisar os elementos direcionadores da vantagem competitiva nessas organizações. Eles adotaram a margem do fluxo de caixa⁵⁷ para mensurar o desempenho dos hospitais, e realizaram correlações com ações estratégicas internas e forças do mercado. Eles concluem que os gestores hospitalares podem realizar ações (particularmente, o desenvolvimento das competências estratégicas interna e desenvolver um bom relacionamento com o corpo clínico) para melhorar a posição competitiva e, com isso, reduzir os efeitos negativos do mercado (por exemplo, poder de barganha dos planos de saúde e competição com outros hospitais).

⁵⁶ Em inglês, *social return on investment* (SROI).

⁵⁷ Em inglês, *cash flow margin*.

4.10. MONITORAMENTO DO DESEMPENHO ESTRATÉGICO

A execução da estratégia deve ser acompanhada de forma sistemática, pois trata-se de um processo dinâmico, adaptativo (Hrebiniak, 2005), e com impactos importantes nos resultados e no desenvolvimento das competências organizacionais. Esse monitoramento pode ser realizado por meio de diferentes metodologias baseadas em indicadores de desempenho, tais como o *balanced scorecard* (Kaplan e Norton, 1992; 1993; 1996a; 1996b; 2001), os sistemas integrados de indicadores de desempenho (Neely et al., 1995; Bititci et al., 1997; Bourne et al., 2000) e o gerenciamento pelas diretrizes, também conhecido como *hoshin kanri* (Akao, 1991; Lee e Dale, 1998; Campos, 2004).

Esse tópico foca no *balanced scorecard* (BSC) em função de sua ampla disseminação no setor de saúde (Zelman et al., 2003).

O *balanced scorecard* é um sistema de gestão baseado em indicadores financeiros e não-financeiros que são desdobrados a partir da visão e estratégia corporativa. Na implantação desse sistema, são definidos os indicadores, as metas e as respectivas iniciativas segundo quatro perspectivas (financeira; dos clientes; dos processos internos; e do aprendizado e crescimento). Esses indicadores corporativos são desdobrados nas unidades de negócios e funcionais da empresa, de forma a promover um alinhamento estratégico (Kaplan e Norton, 1996b; 2001; 2006). A figura 4.26 ilustra essa metodologia.

Figura 4.26. Exemplo de estrutura do *balanced scorecard* (Kaplan e Norton, 2006, p.8)

A tabela 4.4 apresenta, como exemplo, indicadores do *balanced scorecard* do Hospital Infantil da Universidade de Duke.

	Indicador	Antes	Depois	Melhoria
PERSPECTIVA FINANCEIRA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Margem operacional ▪ Custo por caso 	- \$50m \$14,889	+ \$10m \$11,146	- 25%
PERSPECTIVA DO CLIENTE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfação da família ▪ Você recomendaria? ▪ Conveniência na liberação do pagamento ▪ Ciência do plano de saúde 	4.3 4.3 50% 47%	4.7 4.7 60% 94%	+ 11% + 11% + 20% + 100%
PERSPECTIVA INTERNA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tempo de permanência ▪ Taxa de readmissão <ul style="list-style-type: none"> - Unidade de terapia intensiva - Internação 	8 dias 11% 11%	6 dias 4% 7%	- 25% - 63% - 36%

Tabela 4.4. Indicadores do *balanced scorecard* do Hospital Infantil da Universidade de Duke (Kaplan e Norton, 2001, p. 21)

Após a definição da estratégia, os seguintes passos podem ser adotados para implantação do *balanced scorecard* e seu alinhamento com os projetos estratégicos e objetivos pessoais: (1) definir os mapas estratégicos, de modo a converter a estratégia em objetivos; (2) definir o *balanced scorecard*, com os indicadores e metas associados; (3) definir as iniciativas e projetos estratégicos necessários para obter as metas definidas; (4) definir as metas dos recursos humanos, como um desdobramento das metas da organização e associadas às iniciativas e projetos estratégicos (Kaplan e Norton, 2004). Dessa forma, há uma integração entre a execução da estratégia e o monitoramento do desempenho estratégico.

Alguns autores discutem a implantação do *balanced scorecard* na saúde. Zelman et al. (2003) apresentam uma coletânea da literatura com 21 exemplos de instituições de saúde que implantaram o *balanced scorecard*. Algumas de suas conclusões são: (1) o *balanced scorecard* é utilizado por diversas organizações do setor; (2) sua teoria e conceitos são relevantes para a saúde,

porém há a necessidade de modificações em seu formato original de modo a refletir as realidades organizacionais e do setor; (3) a utilização do *balanced scorecard*, na saúde, tem se expandido para outras aplicações além da gestão estratégica; (4) as perspectivas geralmente adicionadas incluem qualidade do serviço, resultados e acesso; (5) a adoção do *balanced scorecard* aumenta a necessidade de informações válidas, completas e disponíveis no momento exato.

Pink et al. (2001) descrevem o desenvolvimento de um *balanced scorecard* para sistemas hospitalares. Esta foi uma iniciativa realizada por hospitais da província de Ontario (Canadá) em conjunto com um time de pesquisadores, no final dos anos 90. Esse grupo adaptou a proposição original do *balanced scorecard*, resultando nas seguintes perspectivas: condições e desempenho financeiro (originalmente perspectiva financeira), satisfação dos pacientes (perspectiva dos clientes), aplicações clínicas e resultados (processos internos), e integração de sistemas e mudanças (aprendizado e crescimento). Cada uma dessas perspectivas é desdobrada em indicadores de desempenho, adaptados às necessidades e particularidades de um sistema hospitalar. Os autores comentam que “a seleção de uma pequena quantidade de indicadores significativos e relevantes é uma tarefa desafiadora”. Com base nesses indicadores, a Associação de Hospitais de Ontario (OHA)⁵⁸ pesquisa as informações junto aos hospitais da região, consolida-as e publica na forma relatórios, denominados *Hospital Reports*⁵⁹.

Yap et al. (2005) estudaram a adoção desse *balanced scorecard* para sistemas hospitalares em 22 hospitais de Ontario (Canadá). O estudo mostrou que: (1) os hospitais de maior porte utilizam mais do que os de menor porte; (2) o *balanced scorecard* pré-configurado pode contribuir para o desenvolvimento de um sistema específico para a organização, ao ser modificado para atender as necessidades de cada hospital.

Inamdar et al. (2002) realizaram uma pesquisa com executivos de nove provedores de serviços de saúde que estavam implantando o *balanced*

⁵⁸ Em inglês, *Ontario Hospital Association* (OHA).

scorecard. Os autores concluem que a implantação dessa metodologia pode ser bem-sucedida no setor de saúde, e contribuir para melhorar a posição competitiva, os resultados financeiros e a satisfação dos clientes das organizações.

Curtright et al. (2000) abordam a utilização do *balanced scorecard* na Clínica Mayo, como um sistema de monitoramento e informação sobre o alcance das metas de desempenho da organização. Em sua implantação, os *stakeholders* internos identificaram os indicadores em cada uma das perspectivas. Esses indicadores são acompanhados em períodos semanais, mensais e trimestrais. Os autores relatam que, por meio desses indicadores, a Clínica Mayo associa sua visão, valores e princípios ao dia-a-dia de suas operações.

Meliones et al. (2001) abordam a implantação bem-sucedida do *balanced scorecard* no Hospital Infantil da Universidade de Duke. Eles sugerem três passos: (1) estabeleça as principais conexões, com o objetivo de implantar rapidamente um *scorecard* integrado que articula a missão, estratégia, objetivos, metas, indicadores de desempenho e iniciativas da organização; (2) analise consistentemente o desempenho com o intuito de obter os resultados esperados; (3) adquira conhecimento e o controle estratégico da sua organização, por meio de um processo contínuo de aprendizado e melhoria. De acordo com Meliones (2000), o *balanced scorecard* foi um dos instrumentos que contribuiu para reverter as perdas financeiras do hospital e transformá-lo em uma organização lucrativa, de modo a perpetuar sua missão de promover a saúde da comunidade.

Em síntese, o *balanced scorecard* é uma metodologia que pode adaptada às necessidades e particularidades dos serviços de saúde. Sua implantação pode contribuir para promover a integração entre a execução da estratégia e o monitoramento do desempenho estratégico das organizações.

⁵⁹ Disponível em: www.oha.com/KnowledgeCentre/Library/HospitalReports/Pages/HospitalReports.aspx. Acesso em 15/04/2010.

4.11. GOVERNANÇA CORPORATIVA

A governança corporativa pode ser definida como o conjunto de mecanismos utilizados para gerenciar as relações com os *stakeholders*, bem como determinar e controlar a orientação estratégica e o desempenho das organizações. A questão central consiste em assegurar que as decisões estratégicas são tomadas e executadas de maneira efetiva, de modo a criar valor aos acionistas (Pound, 1995; Hitt et al., 2005; Hoskisson et al., 2008) e à sociedade em geral.

Hitt et al. (2005) e Hoskisson et al. (2008) citam que as corporações modernas adotam três mecanismos internos de governança e um único externo. Os mecanismos internos são: (1) concentração do controle acionário; (2) conselho de administração; (3) remuneração dos executivos do alto escalão. O mecanismo externo de governança consiste no mercado para o controle corporativo.

4.11.1. Concentração do controle acionário

O mecanismo de concentração do controle acionário aborda as quantidades de ações detidas por acionistas individuais e investidores institucionais. A concentração do controle é determinada pela quantidade de acionistas que possuem grandes blocos de ações, e pela porcentagem de ações que detêm. Os principais acionistas geralmente possuem mais do que 5% das ações de uma organização. Como regra geral, a concentração do controle acionário incentiva a adoção de mecanismos eficazes de governança, em função da exigência dos principais acionistas. Ao contrário, um controle difuso pode gerar um monitoramento inadequado das decisões estratégicas (Hitt et al., 2005; Hoskisson et al., 2008).

Navissi e Naiker (2006) citam que há maiores incentivos para monitorar a gestão em organizações que contemplam representantes dos grandes acionistas em seus conselhos de administração. Esse fato gera um efeito positivo no valor da empresa. No entanto, esse efeito não se mostrou válido

para organizações com elevados níveis de concentração acionário. Os autores sugerem que um controle acionário concentrado pode induzir a tomada de decisões subótimas.

4.11.2. Conselho de administração

, O conselho de administração contempla um grupo de indivíduos eleito pelos acionistas com responsabilidades de representar os interesses destes, e monitorar o desempenho da organização e de seus principais executivos (Hitt et al., 2005; Hoskisson et al., 2008).

Hillman e Dalziel (2003) apresentam duas principais funções do conselho: monitoramento e provisão de recursos. A primeira inclui as atividades de monitoramento do CEO⁶⁰ (ou presidente), monitoramento da implantação da estratégia, planejamento da sucessão do CEO, além da avaliação e bonificação do CEO e dos principais gestores da empresa. Os membros do conselho representam importantes elementos de capital humano e capital de relacionamento. Assim, o conselho também pode prover recursos à organização, ao contribuir para a legitimidade ou fortalecimento da reputação da empresa, prover conhecimento especializado (ou expertise) e aconselhamento, representar importantes *stakeholders*, facilitar o acesso a recursos financeiros, desenvolver o relacionamento da empresa com o ambiente externo, difundir a inovação e auxiliar na formulação da estratégia.

A participação do conselho na gestão estratégica das organizações pode apresentar variações entre diferentes empresas. Wheelen e Hunger (2004) apresentam uma metodologia para verificar essa participação. Segundo esses autores, o grau de envolvimento do conselho pode variar segundo um contínuo: desde uma participação nula até um elevado grau de envolvimento, em que o conselho atua como um catalisador da gestão estratégica das organizações. Por outro lado, o envolvimento do conselho na formulação e implantação da estratégia é uma questão sensível, pois em alguns casos este pode invadir as responsabilidades dos gestores. Para evitar essa questão,

⁶⁰ Em inglês, *Chief of Executive Office*.

Donaldson (1995) sugere a utilização de auditorias estratégicas. Estas consistem em um processo formal de revisão da estratégia que impõem uma disciplina ao conselho e aos gestores.

Na área da saúde, alguns estudos abordam as relações entre governança corporativa, conselhos de administração e gestão estratégica. Pfeffer (1973) realizou uma pesquisa em 57 hospitais americanos com o intuito de analisar a função, o tamanho e a composição dos conselhos de administração dessas organizações. Ele conclui que: (1) a função dos conselhos é parcialmente explicada pelo contexto organizacional, particularmente pela origem dos investimentos; (2) o tamanho dos conselhos está relacionado às necessidades de relacionamentos externos e à função do conselho; (3) a composição dos conselhos está associada ao contexto social em que as organizações estão inseridas e à função do conselho; (4) a composição e função dos conselhos apresentam um impacto na obtenção de apoio da comunidade e na habilidade de atrair recursos.

Young et al. (1992) executaram uma pesquisa com 109 hospitais americanos com dois objetivos: explorar a relação entre a estratégia de negócios dos hospitais e a estrutura do conselho de administração; e examinar o desempenho segundo diferentes configurações do conselho de administração. Eles concluem que há uma relação significativa entre as estruturas do conselho de administração e as estratégias adotadas por esses hospitais. Além disso, quanto maior for o alinhamento entre o conselho e a estratégia de um hospital, melhor o seu desempenho financeiro.

Ibrahin et al. (2007) realizaram uma pesquisa com 224 conselheiros de 19 hospitais americanos para analisar seu envolvimento no processo de gestão estratégica. Eles concluem que os conselheiros com formação na saúde apresentam um menor envolvimento no desenvolvimento, decisão e avaliação da estratégia corporativa, quando comparado com seus pares que não possuem formação na área. Por outro lado, Molinari et al. (1993), num estudo baseado em dados de 190 hospitais americanos, concluem que o desempenho financeiro é melhor em hospitais cujos conselhos incluem o CEO e representantes do corpo médico na sua composição.

4.11.3. Remuneração dos executivos do alto escalão

A remuneração dos executivos do alto escalão consiste em definir um pacote de remuneração (ex.: salários, benefícios, bônus e incentivos) de modo a alinhar as decisões dos executivos aos interesses dos acionistas. Este é um mecanismo complexo, principalmente a remuneração baseada em incentivos de longo prazo. Há, pelo menos, três motivos inerentes a essa complexidade. Primeiro, as decisões estratégicas dos executivos são de difícil avaliação, pois normalmente são complexas, não rotineiras e podem gerar resultados intangíveis. Na prática, geralmente a remuneração dos executivos é atrelada em grande parte a resultados mensuráveis, tais como o desempenho financeiro da organização. Segundo, muitas vezes as decisões estratégicas apresentam um impacto financeiro no longo prazo, tornando difícil a avaliação dos efeitos no curto prazo (ex.: alguns investimentos em inovação e marketing). Ao contrário, algumas decisões estratégicas podem gerar resultados positivos no curto prazo e comprometer o longo prazo (ex.: reestruturações). Terceiro, há fatores exógenos (ex.: de natureza econômica ou legal) que podem afetar o desempenho da empresa, o que torna difícil separar esses feitos daqueles resultantes das decisões estratégicas. Dessa forma, muito embora a remuneração dos executivos seja um fator de alinhamento de suas decisões aos interesses dos acionistas, ela é não é perfeita para avaliar e monitorar os executivos (Hitt et al., 2005; Hoskisson et al., 2008).

Esse mecanismo merece uma atenção na área de saúde, especialmente em entidades sem fins lucrativos. Por exemplo, Reiter et al. (2009) realizaram uma pesquisa com amostra de 132 CEOs de 92 hospitais sem fins lucrativos no Canadá e concluíram que, em grande parte, a remuneração dos CEOs não está atrelada ao desempenho financeiro desses hospitais.

4.11.4. Mercado para o controle corporativo

O mercado para o controle acionário contempla o conjunto de potenciais investidores interessados em adquirir o controle de uma empresa. Esse mecanismo se torna ativo quando os mecanismos internos de governança são fracos ou não eficazes, e a organização apresenta um desempenho inferior aos seus concorrentes do setor. O desempenho inadequado de uma empresa pode ser verificado pela obtenção de retornos sobre o investimento abaixo da média. Esse fato constitui um indicador de deficiências nos mecanismos internos de governança, uma vez que as decisões dos executivos não resultaram na maximização do valor gerado aos acionistas. Esse desempenho financeiro inferior aos concorrentes gera uma subvalorização da empresa, e pode torná-la atrativa para investidores que desejam adquirir seu controle com o intuito de aumentar sua competitividade (e, conseqüentemente, seu valor de mercado) (Hitt et al., 2005; Hoskisson et al., 2008).

Alguns autores abordam o mercado para o controle corporativo no setor de saúde. Em particular, eles destacam a conversão de hospitais sem fins lucrativos em organizações com fins lucrativos. Nos EUA, centenas de hospitais públicos e sem fins lucrativos foram convertidos em entidades com fins lucrativos nos anos 80 e 90. Essas conversões podem ser realizadas com ou sem transferência da propriedade dos ativos dos hospitais sem fins lucrativos às entidades com fins lucrativos. No primeiro caso, a transferência ocorre na forma de venda de ativos, incorporação ou fusão. No segundo caso, ela se dá por meio de *joint-venture*⁶¹ ou acordos de leasing de longo prazo. Nesse período, houve também a conversão de hospitais com fins lucrativos em sem fins lucrativos, embora em menor quantidade comparativamente à conversão dos hospitais públicos e sem fins lucrativos (Needleman et al., 1997).

Robinson (2000) discute o papel do mercado de capitais na conversão da propriedade de organizações no setor de saúde americano. Segundo esse

autor, a demanda por fontes externas de capital varia conforme o estágio do ciclo de vida do segmento. Ele cita os setores emergentes (empresas de internet e organizações especializadas, tais como oncologia), em crescimento (biotecnologia, equipamentos médicos e *home care*), maduros (seguradoras, medicina de grupo e indústria farmacêutica) e em declínio (hospitais). Nesse contexto, organizações com e sem fins lucrativos buscam capital externo por meio de diferentes modalidades segundo os estágios do ciclo de vida do segmento. Assim, organizações com fins lucrativos geralmente têm acesso a capital externo por meio de *venture-capital* e diversificação (emergentes); abertura de capital⁶² e obrigações convertíveis (em crescimento); lucros, ofertas secundárias de ações e obrigações (maduras); e lucros, dívida atrelada aos ativos e aquisição de uma empresa com recurso a dívida⁶³ (em declínio). E organizações sem fins lucrativos geralmente têm acesso a capital externo por meio de filantropia, doações governamentais e diversificação (emergentes); e isenção fiscal (nos estágios de crescimento, maduro e em declínio).

4.12. INTELIGÊNCIA ESTRATÉGICA

Esse trabalho considera inteligência estratégica como os mecanismos utilizados pela organização (por exemplo, estrutura, atividades, sistemas e procedimentos) para unificar as atividades de retroalimentação e aprendizagem estratégicas. Essas duas atividades são discutidas a seguir.

4.12.1. Retrolimentação estratégica

Esse trabalho considera retroalimentação estratégica como o processo de captar, filtrar e analisar informações de natureza estratégica, no âmbito interno

⁶¹ Joint-venture é uma associação entre organizações para a realização de determinado empreendimento, em que há investimentos conjuntos, compartilhamento de riscos e divisão das obrigações, lucros e responsabilidades entre elas.

⁶² Em inglês, *Initial Public Offering* (IPO).

⁶³ Em inglês, *leveraged buyout* (LBO).

e externo, e disseminá-las com o intuito de promover o aprendizado organizacional e a adaptação da empresa ao seu ambiente. Nesse sentido, a retroalimentação estratégica está associada à capacidade de percepção da empresa quanto à necessidade de efetivar mudanças ou adaptações no seu curso estratégico.

No âmbito das capacidades dinâmicas, Teece (2009) considera que há três principais atividades que caracterizam as “fundações” do processo estratégico: (1) percepção, que contempla as capacidades analíticas da organização em aprender, perceber, filtrar, conformar e calibrar as oportunidades; (2) exploração, que aborda as estruturas, procedimentos e incentivos para explorar as oportunidades; (3) transformação, que consiste no alinhamento contínuo dos ativos tangíveis e intangíveis. Assim, a primeira atividade de gestão das capacidades dinâmicas está diretamente associado aos processos de retroalimentação e aprendizagem estratégica.

Algumas empresas adotam um processo contínuo de monitoramento do ambiente externo como parte integrante da sua capacidade de percepção e retroalimentação. A literatura geralmente aborda esse processo com as terminologias de monitoramento ambiental (Aguilar, 1967; Choo, 2001) e inteligência competitiva (Gilad, 2004; Fuld, 2006).

Esse processo identifica e interpreta os denominados sinais fortes e fracos que podem influenciar a posição competitiva das empresas. Os sinais fortes correspondem às informações de natureza estratégica em que há uma relativa certeza de sua confiabilidade e probabilidade de ocorrência. Ao contrário, sinais fracos são informações estratégicas em que há uma baixa certeza de sua confiabilidade e probabilidade de ocorrência. Geralmente os sinais fracos denotam fatos que podem afetar a empresa em um futuro mais distante. Dessa forma, a identificação de sinais fracos com importantes impactos estratégicos pode permitir um tempo de reação à empresa, de forma que esta possa se antecipar aos impactos estratégicos e mitigar os riscos potenciais que foram identificados (Day e Schoemaker, 2006).

Hoskisson et al. (2008) ressaltam que as atividades de monitoramento devem estar alinhadas ao contexto organizacional. Por exemplo, um sistema

de monitoramento desenvolvido para uma ambiente volátil dificilmente serão apropriado para uma empresa que atua em um ambiente mais estável.

Por fim, vale ressaltar que os indicadores de monitoramento estratégico (conforme discutido anteriormente) são uma fonte importante de retrolimentação estratégica.

4.14.2. Aprendizado estratégico

O presente trabalho considera aprendizado estratégico como os processos e práticas, o ambiente organizacional e a liderança que fomentam o aprendizado organizacional em gestão estratégica.

Mintzberg et al. (1998) abordam o aprendizado organizacional como uma das escolas de desenvolvimento da estratégia. Nessa escola, as estratégias emergem quando as pessoas de uma organização, por meio de atuações individuais e principalmente coletivas, aprendem com uma situação e, com base nessa compreensão, direcionam as próximas decisões e ações estratégicas. Nesse contexto, um dos papéis fundamentais da liderança consiste em propiciar um ambiente de aprendizado.

Esse ambiente, segundo Garvin et al. (2008), é constituído por três pilares principais: (1) ambiente de apoio ao aprendizado, que apresenta quatro características: segurança psicológica para as pessoas aprenderem, valorização das diferenças, abertura a novas ideias, e tempo para reflexão; (2) processos e práticas concretas de aprendizado, que inclui a experimentação, coleta sistemática de informações, análises e discussões, educação e treinamento, e transferência de informações; (3) lideranças com condutas que reforçam o aprendizado.

Mintzberg et al. (1998) apresentam, ao longo da discussão sobre a escola de aprendizado, algumas formas de desenvolvimento de estratégia segundo essa escola. Destacam-se as seguintes:

(1) Incrementalismo lógico, que consiste na realização de mudanças estratégicas de maneira incremental, por meio de pequenas e sucessivas ações estratégicas. Nesse sentido, a estratégia se desenvolve conforme a

organização aprende e se adapta ao ambiente. Esse conceito está ligado aos trabalhos de Quinn (1978; 1980), que afirma que “a verdadeira estratégia evolui à medida que as decisões internas e os eventos externos fluem em conjunto, criando um novo e amplo consenso sobre o curso de ação” da organização (Quinn, 1980, p.15). O incrementalismo em estratégia pode ocorrer de duas maneiras. Na primeira, como uma etapa para desenvolver e obter consenso sobre a visão estratégica da organização. Na segunda, como um processo de desenvolvimento da estratégia que ocorre de maneira incremental (e lógico), a partir de uma visão preconcebida.

(2) Empreendedorismo, que é baseado na lógica da inovação (particularmente em grandes organizações). Nessa forma de desenvolvimento da estratégia, as pessoas de uma organização têm liberdade para perseguir e prosseguir com ideias promissoras (por exemplo, de novos produtos, novos processos e novos modelos de negócios). O apoio e a alocação de recursos é realizado sem a necessidade de submissão a um sistema rígido de avaliação (ou, existe uma alocação prévia de recursos para empreender e inovar, antes das oportunidades e propostas serem identificadas, concebidas e avaliadas). Nesse contexto, as pessoas da organização atuam como empreendedores internos (ou *intrapreneurs*), conforme conceito discutido em Pinchot III (1985).

(3) Experimentação, que consiste em ações (isoladas, decorrentes de políticas e diretrizes, ou ainda associadas a outras ações) que emergem, recebem uma avaliação (ou *feed-back*) e prosseguem até a organização convergir para um padrão, que passa a ser parte de suas ações estratégicas. Davenport (2009) sugere que as empresas desenvolvam a capacidade organizacional de “testar e aprender”. Ele sugere que as empresas realizem experimentos em pequena escala, por meio de um processo incremental e sistematizado. Para tanto, ele apresenta seis etapas: definir ou refinar as hipóteses do experimento; desenhar o experimento; executar o experimento; analisar os resultados; planejar a implantação em maior escala (ou *roll-out*); executar a implantação. Todos os conhecimentos obtidos nessas etapas ficam disponíveis em uma “biblioteca do aprendizado”. A adoção dessa metodologia

pode minimizar os investimentos e riscos, e aumentar as chances de sucesso da experimentação.

(4) Compreensão retrospectiva, que considera o aprendizado organizacional como decorrente da compreensão de experiências passadas. Esse aprendizado ocorre da seguinte forma: primeiro, há algumas experiências (ainda não compreendidas pela organização). A seguir, a organização descobre e seleciona as experiências (por exemplo, decisões e ações) que funcionam (ou seja, há uma compreensão dessas experiências em retrospecto). Por fim, a organização retém as experiências que julga desejáveis. Dessa forma, a estratégia é formada como uma consequência da compreensão sobre decisões e ações que ocorreram no passado. Essa lógica é baseada nos trabalhos desenvolvidos por Weick sobre criação de sentido⁶⁴ (Weick, 1995; Weick et al., 2005). Esta pode ser entendida como “a transformação de circunstâncias em uma situação que é compreendida explicitamente, e serve de trampolim para a ação” (Weick et al., 2005).

(5) Delegação do conteúdo, em que as lideranças gerenciam o processo de desenvolvimento da estratégia e delegam o conteúdo da estratégia aos demais gestores. Esse processo de natureza colaborativa pode ser efetivo em determinadas situações. Nesse contexto, Collier et al. (2004) conduziram uma pesquisa com mais de seis mil gerentes durante um período de sete anos com o intuito de analisar os efeitos decorrentes do envolvimento do corpo gerencial no desenvolvimento da estratégia. Eles verificaram que um alto grau de envolvimento está correlacionado com um processo estratégico que incorpora uma visão mais robusta, mais racional e mais adaptativa. Além disso, o envolvimento do corpo gerencial gera uma percepção de um processo com menor imposição de cima para baixo, e menos influenciado por questões políticas, culturais e fatores externos.

Há outros elementos que também podem ser considerados. Uma questão relevante diz respeito à análise e aprendizado decorrente dos erros. As organizações podem aprender com os erros e fracassos tanto quanto com os

⁶⁴ Em inglês, *sensemaking*.

acertos e sucessos. No entanto, há uma tendência natural nas empresas em esquecer os fracassos (Mintzberg et al., 1998).

No setor de saúde, especificamente em biotecnologia, Pisano (2006) considera o aprendizado uma das principais capacidades organizacionais das empresas que atuam nessa área. Em relação ao aprendizado com os erros, ele afirma que “como os fracassos são comuns (no setor de biotecnologia), o aprendizado decorrentes dos fracassos – tanto as lições tecnológicas quanto organizacionais – é essencial para a melhoria de produtividade e desempenho ao longo do tempo” (Pisano, 2006, p. 76). Essa questão também é relevante na assistência hospitalar. Tucker e Edmondson (2003) conduziram uma pesquisa com enfermeiras de nove hospitais e perceberam que estes têm dificuldades em aprender com as falhas e problemas que ocorrem em seus processos de atendimento.

O conceitos de gestão do conhecimento podem ser adaptados e aplicados à inteligência estratégica. Nonaka e Takeuchi (1995) ressaltam a importância da criação de conhecimento por meio da transformação de conhecimento tácito (ou seja, implícito e geralmente pessoal e difícil de expressar) em explícito (ou seja, formal e sistematizado). Esse processo de conversão dá início no nível individual, e se expande pelos grupos, departamentos e divisões, até se tornar um conhecimento organizacional.

Grant (2005), no âmbito da gestão estratégica, considera sete processos de gestão do conhecimento: criação de conhecimento; aquisição de conhecimento; integração de conhecimento; compartilhamento de conhecimento; replicação de conhecimento; organização e armazenamento de conhecimento; mensuração do conhecimento; identificação do conhecimento. Ele cita o planejamento estratégico como um exemplo de processo de compartilhamento de conhecimento.

CAPÍTULO 5. METODOLOGIA DE PESQUISA

5.1. INTRODUÇÃO

Esse capítulo tem como objetivo abordar questões relevantes em pesquisa de organizações e apresentar o projeto da pesquisa de campo do trabalho. Ressalta-se que o trabalho é desenvolvido na interface de dois campos de conhecimento: a gestão de organizações e os serviços de saúde. Nesse sentido, esse capítulo objetiva alinhar a metodologia adotada em pesquisas sobre gestão organizacional (utilizadas tradicionalmente nas escolas de administração) com aquelas desenvolvidas na área de saúde coletiva⁶⁵.

5.2. METODOLOGIA DE PESQUISA EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES

A metodologia de pesquisa utilizada nesse trabalho é direcionada para a área de saúde coletiva, com ênfase em gestão de serviços de saúde⁶⁶. A pesquisa em gestão organizacional⁶⁷ é definida como o processo sistematizado de coleta, processamento e análise de dados com o objetivo de apoiar o processo de tomada de decisão nas organizações (Zikmund, 2003).

A pesquisa em gestão pode ser fundamental⁶⁸ ou aplicada. A pesquisa fundamental objetiva expandir os limites do conhecimento, de modo a obter um melhor entendimento e explanação das organizações. Essa abordagem de pesquisa não envolve, diretamente, a solução pragmática de um problema. Dessa forma, em geral, a pesquisa fundamental não pode ser imediatamente implantada nas organizações. A pesquisa aplicada é realizada com o intuito de resolver um problema real na tomada de decisão em organizações (Zikmund, 2003; Velde et al., 2004). A pesquisa desse trabalho é de natureza aplicada.

⁶⁵ O Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) é avaliado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) na área de avaliação *saúde coletiva*, de acordo com a Avaliação Trienal 2007 (Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/resultados-da-avaliacao-de-programas>).

⁶⁶ A gestão em saúde é uma das linhas de pesquisa da área de pesquisa Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) (Disponível em: <http://www.fm.usp.br/preventivapesquisa/>).

⁶⁷ Em inglês, *business research*.

⁶⁸ Também denominada pesquisa básica ou pesquisa pura.

Ambas as abordagens adotam os preceitos da metodologia científica (Velde et al., 2004):

- a pesquisa deve ser objetiva, confiável e precisa: os dados devem ser coletados independentemente dos valores pessoais do pesquisador;
- a pesquisa deve ser replicável: outros pesquisadores podem repetir o estudo;
- a pesquisa é pública: os resultados da pesquisa devem ser acessíveis por outros pesquisadores;
- a pesquisa deve seguir diretrizes éticas: a condução da pesquisa e seus resultados não devem causar danos, diretos ou indiretos, às partes envolvidas na pesquisa;
- a pesquisa deve apresentar respostas diretas e simples às questões de pesquisa: esta deve ser conduzida de modo a utilizar os conceitos e hipóteses estritamente necessários;
- a pesquisa deve apresentar respostas gerais ou generalizáveis às questões de pesquisa: os resultados da pesquisa devem ser aplicáveis para escopos similares de gestão.

Em relação às diretrizes éticas, essa pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)⁶⁹.

Há três principais tipos de pesquisa em gestão (Zikmund, 2003):

(1) *Pesquisa exploratória*: utilizada com o objetivo de esclarecer (ou clarificar) problemas de gestão de natureza ambígua. Assim, a pesquisa exploratória é adotada quando se deseja um melhor entendimento das dimensões de um problema. Os estudos exploratórios provêem informações para se analisar uma situação, sem no entanto apresentar evidências conclusivas que definam um modo particular de decisão ou ação. Em geral, uma pesquisa exploratória é conduzida com a expectativa de que será necessária a realização de pesquisas subseqüentes para elucidar evidências conclusivas sobre os resultados encontrados.

⁶⁹ Conforme registro de pesquisa nº 5035, projeto CAPPesq nº 1095/09.

(2) *Pesquisa descritiva*: utilizada quando há interesse em descrever características de uma população ou fenômeno. Esse tipo de pesquisa é utilizado quando se deseja um entendimento sobre problemas de gestão parcialmente definidos.

(3) *Pesquisa causal*: utilizada com o intuito de identificar relações de causa e efeito entre variáveis. Com esse tipo de pesquisa, espera-se encontrar uma explicação para um problema de gestão claramente definido.

Pesquisas exploratórias apresentam o propósito de diagnosticar uma situação, procurar alternativas e descobrir novas ideias. Esse tipo de pesquisa geralmente utiliza técnicas tais como pesquisa de dados secundários (históricos), estudos piloto (por exemplo, entrevistas por meio de grupos focais), pesquisas de avaliação de experiência⁷⁰ e estudos de casos (Zikmund, 2003).

O presente trabalho utiliza a pesquisa do tipo exploratório com o objetivo de buscar melhor entendimento sobre a gestão estratégica de serviços de saúde. Em particular, objetiva-se analisar o contexto, o conteúdo (quais os elementos estratégicos ou áreas de decisão) e o processo (como as decisões são tomadas) no âmbito da gestão estratégica de organizações privadas que atuam na prestação de serviços do setor de saúde no Brasil. O trabalho considera que esse escopo de pesquisa trata de um problema ambíguo, pois assume a premissa de que há particularidades importantes nesse setor. Em função disso, existe a necessidade de adaptação dos modelos de gestão estratégica utilizados em outros setores. O cerne da pesquisa está em entender quais os elementos de gestão estratégica que demandam adaptação e como isso poderia ser realizado.

⁷⁰ Em inglês, *experience survey*.

5.3. PESQUISA QUANTITATIVA E QUALITATIVA

As duas abordagens genéricas para a pesquisa organizacional são a quantitativa e a qualitativa. Bryman (1989) considera que a distinção entre pesquisa quantitativa e qualitativa não está relacionada somente à presença ou ausência de quantificação. Primeiro porque a pesquisa qualitativa não é adversa à quantificação, uma vez que os pesquisadores qualitativos geralmente incluem algum procedimento de enumeração em suas investigações. De maneira similar, pesquisadores quantitativos algumas vezes coletam material qualitativo para suas pesquisas. E segundo, porque há outras distinções a serem consideradas além dos dados quantitativos e respectivos procedimentos de coleta de dados.

Bryman (1989) ressalta quatro preocupações fundamentais da abordagem quantitativa:

- As hipóteses devem apresentar *conceitos que possam ser medidos* de modo que as hipóteses possam ser sistematicamente testadas. O processo de transformação de conceitos em medidas é geralmente denominado de operacionalização;

- A pesquisa deve se preocupar com a *causalidade*, ou seja, demonstrar a validade das relações de causa e efeito que aparecem de maneira explícita ou implícita nas hipóteses. Esta preocupação está relacionada ao conceito de variáveis independentes e variáveis dependentes;

- A pesquisa deve se preocupar com a *generalização*, ou seja, na busca de conclusões que possam ser generalizadas além dos limites específicos da pesquisa;

- A pesquisa deve se preocupar com a *replicação*, ou seja, deve ser possível que um outro pesquisador, ao adotar os mesmos procedimentos da investigação original, verifique a validade dos resultados encontrados.

Bryman (1989) afirma que a característica mais importante da abordagem qualitativa, em oposição à abordagem quantitativa, é a *ênfase na perspectiva do indivíduo sendo estudado*. Enquanto a pesquisa quantitativa é impulsionada por um conjunto de considerações prévias, derivadas de teorias ou da

literatura, a pesquisa qualitativa evita a noção de que o pesquisador é a fonte daquilo que é relevante e importante em relação ao domínio estudado. Assim, este pesquisador procura eleger o que é importante para os indivíduos pesquisados e qual a sua interpretação em relação ao ambiente. Nesse contexto, os dois métodos de coleta de dados mais proeminentes na abordagem qualitativa em pesquisa organizacional são a observação participativa e as entrevistas não-estruturadas ou semi-estruturadas, usualmente acompanhadas da coleta de documentos. Esses métodos objetivam limitar ao mínimo a quantidade de pessoas entrevistadas e captar suas perspectivas e interpretações.

Bryman (1989) faz um comparativo entre a abordagem quantitativa e a qualitativa segundo sete características: ênfase na interpretação do entrevistado em relação à pesquisa; importância do contexto da organização pesquisada; proximidade do pesquisador em relação aos fenômenos estudados; alcance do estudo no tempo; número de fontes de dados; ponto de vista do pesquisador; e quadro teórico e hipóteses. A tabela 4.1 sintetiza essa comparação.

Características	Abordagem Quantitativa	Abordagem Qualitativa
Ênfase na interpretação do entrevistado em relação à pesquisa	Menor	Maior
Importância do contexto da organização pesquisada	Menor	Maior
Proximidade do pesquisador em relação aos fenômenos estudados	Menor	Maior
Alcance do estudo no tempo	Instantâneo	Intervalo maior
Número de fontes de dados	Uma	Várias
Ponto de vista do pesquisador	Externo à organização	Interno à organização
Quadro teórico e hipóteses	Definidos rigorosamente	Menos estruturados

Tabela 5.1. Quadro comparativo entre as abordagens quantitativa e qualitativa (baseado em Bryman, 1989)

A literatura adota uma pluralidade de abordagens metodológicas para pesquisas em serviços de saúde, com predomínio daquelas de natureza quantitativa, epidemiológica e estatística. No entanto, percebe-se que uma crescente adoção de abordagens de natureza qualitativa nessa área temática (Novaes, 2004).

Este tipo de abordagem pode oferecer importantes contribuições para pesquisas em políticas e serviços de saúde (Sofaer, 1999; Pope e Mays, 2006). Por exemplo, a pesquisa qualitativa pode contribuir para o desenvolvimento de métricas de qualidade em saúde, bem como para a disseminação de relatórios comparativos de qualidade e de casos que relatam os esforços de melhoria em qualidade (Sofaer, 2002). A pesquisa qualitativa também pode complementar pesquisas quantitativas em serviços de saúde (Barbour, 1999; Yin, 1999). Nesse caso, a pesquisa qualitativa pode contribuir ao prover *insights* nas etapas de coleta e análise dos dados da pesquisa quantitativa, ao identificar variáveis relevantes a serem analisadas, ao fornecer explicações para achados incidentais ou anômalos, bem como na geração de hipóteses ou perguntas de pesquisa para investigações futuras (Barbour, 1999).

O presente trabalho adota a abordagem qualitativa, com as seguintes características: (1) ênfase no contexto das organizações pesquisadas; (2) alcance do estudo no tempo relativamente longo; (3) quadro teórico semi-estruturado, com premissas e proposições que serão analisadas frente aos resultados da pesquisa de campo.

5.4. MÉTODO DE PESQUISA

Os principais métodos de pesquisa organizacional são: pesquisa experimental⁷¹, *survey*⁷², estudo de caso e pesquisa ação⁷³. Alguns métodos de pesquisa são tradicionalmente associados à quantitativa (ex.: pesquisa

⁷¹ Em inglês, *experimental research*.

⁷² Em alguns casos, traduzida como pesquisa de avaliação.

experimental e pesquisa de avaliação), enquanto que outros são predominantemente relacionados à abordagem qualitativa (ex.: estudo de caso e pesquisa ação). No entanto, todos os métodos podem ter uma ênfase maior ou menor em qualquer das abordagens (Bryman, 1989).

5.4.1. Pesquisa experimental

A pesquisa experimental realiza o teste das hipóteses por meio de um experimento controlado, projetado de forma a produzir os dados necessários, podendo ser realizado em laboratório ou no campo. Esse método permite ao pesquisador analisar a causalidade entre variáveis, ou seja, o efeito de uma variável sobre outra. Assim o objetivo é demonstrar o efeito que uma ou mais variáveis consideradas como independentes exercem sobre aquelas consideradas como dependentes. Exemplos tradicionais de instrumentos de coleta de dados utilizados em pesquisa experimental são os experimentos, os semi-experimentos⁷⁴ e a simulação (Bryman, 1989).

5.4.2. Pesquisa do tipo *survey*

A pesquisa do tipo *survey* objetiva estudar padrões de comportamento entre variáveis. Porém, ao contrário da pesquisa experimental, o pesquisador não intervém na organização. Assim, na pesquisa de avaliação, o pesquisador coleta informações sobre uma quantidade de variáveis e infere sobre o grau de correlação entre elas. Os instrumentos tradicionais de coleta de dados são os questionários e as entrevistas estruturadas.

As pesquisas de avaliação são geralmente conduzidas com o intuito de prover uma visão quantitativa das unidades analisadas, portanto há uma tendência de associá-las à abordagem quantitativa. Um dos objetivos desse tipo de pesquisa é a generalização estatística dos resultados, o que requer uma amostragem representativa do universo pesquisado. Dessa forma, em

⁷³ Em inglês, *action research*.

⁷⁴ Em inglês, *quasi-experiments*.

determinados casos o pesquisador adota uma amostragem probabilística de modo a aumentar sua representatividade (Bryman, 1989).

5.4.3. Estudo de caso

Os estudos de casos contemplam um exame detalhado de um único ou de um pequeno restrito de casos. A unidade de análise é geralmente a organização, mas podem ser os departamentos ou as seções de uma organização, ou mesmo um conjunto de organizações (Bryman, 1989). Yin (2005) considera que o método do estudo de caso é indicado quando: a questão principal da pesquisa⁷⁵ aborda perguntas do tipo como e por quê; o pesquisador tem pouca ou nenhuma condição de interferir no processo; e o foco da pesquisa considera eventos contemporâneos dentro do contexto de situações reais. Os estudos de casos podem ser utilizados em pesquisas de natureza exploratória, descritiva e explanatória.

Tradicionalmente os estudos de casos utilizam a observação direta e as entrevistas associadas a documentação como fontes de informações, enfatizando a interpretação dos indivíduos sobre o seu ambiente, e sobre o comportamento deles mesmos e dos outros. A análise dessas informações pode gerar inferências teóricas que servem para elaborar modelos e ligações de importância teórica à área estudada, por meio dos quais pode-se construir uma nova teoria. Essa ligações são obtidas enfatizando-se a ótica do participante, e não a do pesquisador.

Os estudos de casos (e também a pesquisa experimental) utilizam o conceito de *generalização analítica*, ao contrário das pesquisas do tipo *survey* que adotam o conceito de generalização estatística. Na generalização analítica, o pesquisador se empenha em generalizar um conjunto particular de resultados a uma teoria mais ampla. Esta generalização ocorre por meio do processo de *replicação lógica*, onde a teoria deve ser testada por meio de replicações dos resultados para um segundo ou terceiro caso, onde a teoria que foi especificada deve gerar os mesmos resultados (Yin, 2005). O conceito

⁷⁵ Em inglês, *research question*.

de replicação lógica está relacionado à abordagem de múltiplos estudos de casos.

Quanto à questão da amostragem das empresas, Eisenhardt (1989a) considera que quando se objetiva construir teorias, o pesquisador deve definir uma amostra teórica de casos visando replicar casos anteriores ou para expandir uma teoria emergente. Desta forma, os casos não são escolhidos aleatoriamente. Ao contrário, eles são selecionados segundo *categorias teóricas* com o intuito de prover exemplos de *casos polares*.

A utilização de estudos de casos em serviços de saúde vem sendo utilizada nos últimos anos para pesquisar temas tais como a utilização de conhecimentos e tecnologias médicas, o desenvolvimento de inovações organizacionais e médicas, além da implantação de novas legislações, políticas e programas de saúde (Yin, 1999).

5.4.4. Pesquisa ação

Na pesquisa ação o pesquisador é envolvido, juntamente com os membros da organização, para lidar com um problema reconhecido por ambas as partes (pesquisador e organização). O pesquisador alimenta a organização com informações sobre linhas de ação recomendadas e observa o impacto decorrente da implantação destas recomendações sobre o problema organizacional. Desta forma, o pesquisador se torna parte do campo de investigação (Bryman, 1989). Esse tipo de pesquisa pode ser utilizado em pesquisas de natureza consultiva ou prescritiva, quando se objetiva analisar questões organizacionais tais como: a implantação de uma determinada técnica de gestão é desejável? Em caso positivo, qual é a melhor maneira de executá-la? (Velde et al., 2004)

A pesquisa ação pode ser vista como uma variante do estudo de caso. Porém, enquanto que no estudo de caso o pesquisador é um observador independente, na pesquisa ativa o pesquisador é um participante do processo. Este processo de mudança caracteriza a natureza da pesquisa (Westbrook, 1995). Alguns pesquisadores relacionam a pesquisa ação a um processo muito

próximo ao trabalho de uma consultoria (Bryman, 1989). Porém as abordagens são distintas, uma vez que os consultores têm um objetivo claro junto à empresa: completar a análise e/ou a implantação da mudança. Para o pesquisador, esses objetivos são parciais, dentro de um objetivo maior: a descoberta de novos conhecimentos (Westbrook, 1995).

5.4.5. Escolha do método de pesquisa

O presente trabalho adota o método de *múltiplos estudos de casos*. Esse método é o mais adequado para o objeto de pesquisa desse trabalho, considerando as seguintes questões:

- a pesquisa apresenta um caráter exploratório, em que os problemas analisados são ambíguos e os resultados podem gerar novos conceitos, proposições ou o início do desenvolvimento de novas teorias⁷⁶;
- o foco da pesquisa contempla eventos passados e contemporâneos dentro do contexto de situações reais, cujos relacionamentos necessitam ser analisados ao longo do tempo;
- há uma necessidade de compreensão profunda do processo decisório das empresas;
- a consideração de múltiplos estudos de casos permite aumentar a validade externa da pesquisa, no contexto da generalização analítica.

O tabela 4.2 sintetiza a classificação do projeto de pesquisa desse trabalho.

⁷⁶ Zikmund (2003) considera que a construção de novas teorias ocorre por meio de um processo de abstração da realidade observada. Conceitos, proposições e teorias são elementos teóricos em diferentes níveis de abstração. Os conceitos são as unidades básicas do desenvolvimento da teoria. As proposições são enunciados que estabelecem as correlações entre os conceitos. E as teorias são redes de proposições.

Metodologia de pesquisa	Direcionada para a gestão de organizações (pesquisa organizacional)
Natureza da pesquisa	Aplicada
Tipo de pesquisa	Exploratória
Abordagem de pesquisa	Qualitativa
Método de pesquisa	Múltiplos estudos de caso
Diretrizes éticas	Projeto de pesquisa aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)

Tabela 5.2. Classificação do projeto de pesquisa do trabalho

5.5. VALIDADE E CONFIABILIDADE DA PESQUISA

Yin (2005) considera quatro critérios para julgar a qualidade do projeto da pesquisa que adota o método de estudo de casos:

(1) Validade construtiva: o método deve estabelecer medidas operacionais adequadas aos conceitos estudados visando evitar julgamentos subjetivos na coleta de dados.

(2) Validade interna (critério válido para estudos explanatórios ou causais, e não para estudos descritivos e exploratórios): o método deve estabelecer uma relação causal, em que determinadas condições conduzem a outras condições. Essas relações devem ser demonstradas, e não espúrias. Assim, se um pesquisador estiver investigando se o evento X induz o evento Y e concluir incorretamente que existe uma relação causal entre X e Y sem perceber que um terceiro fator Z pode ter causado Y, ele terá falhado com relação à validade interna.

(3) Validade externa: o método deve estabelecer o domínio onde os resultados da pesquisa podem ser generalizados. Assim, a validade externa determina se a teoria resultante dos estudos de casos pode ser generalizada além dos casos estudados. Os estudos de casos utilizam o conceito de generalização analítica por meio da abordagem de replicação lógica para suportar a validade externa da pesquisa.

(4) Confiabilidade: o método deve demonstrar que as operações da pesquisa (ex.: procedimentos de coleta dos dados) podem ser repetidas, gerando os mesmos resultados. O objetivo da confiabilidade é minimizar erros e distorções. Assim, se um próximo pesquisador adotar exatamente os mesmos procedimentos descritos pela pesquisa original e conduzir novamente os mesmos estudos de casos, ele deve chegar aos mesmos resultados e conclusões.

Yin (2005) sugere a adoção de algumas táticas nos estudos de casos visando incrementar a validade e a confiabilidade da pesquisa. Estas táticas relacionadas às fases da pesquisa são apresentadas na tabela 4.3.

Critério	Tática	Fase da Pesquisa
Validade Construtiva	Utilizar múltiplas fontes de evidência	Coleta dos dados
	Estabelecer cadeias de evidências	Coleta dos dados
	Realizar uma revisão dos relatórios do estudo de caso com os principais entrevistados	Composição final
Validade interna	Realizar comparação de padrões ⁷⁷	Análise dos dados
	Realizar explicações dos casos ⁷⁸	Análise dos dados
	Realizar análises temporais ⁷⁹	Análise dos dados
Validade externa	Adotar a lógica de replicação por meio de múltiplos estudos de casos	Projeto da pesquisa de campo
Confiabilidade	Utilizar um protocolo para o estudo de caso	Coleta dos dados
	Desenvolver um banco de dados para os estudos de casos	Coleta dos dados

Tabela 5.3. Táticas recomendadas para a pesquisa baseada em estudos de casos (Yin, 2005, p.55)

⁷⁷ Em inglês, *pattern-matching*.

⁷⁸ Em inglês, *explanation-building*.

⁷⁹ Em inglês, *time-series analysis*.

5.6. METODOLOGIA DE PESQUISA ADOTADA

O presente trabalho adota a abordagem de *múltiplos estudos de casos* com o objetivo de atender o critério de validade externa. O número de casos foi definido em seis, sendo de um a três entrevistados para cada caso. Os critérios para essa definição foram:

- *Saturação teórica*, ou seja, a adição de novos casos e entrevistados cessa quando o pesquisador atinge a denominada saturação teórica da pesquisa (tantas observações já foram realizadas que a adição de novos casos ou entrevistados resulta em benefícios incrementais mínimos ao estudo) (Glaser e Strauss, 1967).

- *Limitações práticas* relacionadas à duração da pesquisa, acesso às empresas e disponibilidade dos entrevistados.

O procedimento da pesquisa de campo foi baseado na metodologia do caso estruturado (Carroll e Swatman, 2000). Essa metodologia considera:

- *Caso*: utilizado no sentido mais amplo do que se está sendo estudado. O objeto de estudo pode ser uma pessoa, um grupo de pessoas, uma organização, um processo ou um sistema de informações.

- *Estruturado*: referencia a utilização formal de um modelo composto por três componentes estruturais: uma arquitetura conceitual, um ciclo de pesquisa pré-definido e um exame detalhado da literatura.

Os três principais componentes da metodologia do caso estruturado são:

- (1) *Arquitetura conceitual*: expressa o entendimento atual do pesquisador em relação ao tema da pesquisa, bem como a série de modelos em desenvolvimento que são refinados e revisados ao longo da pesquisa;

- (2) *Ciclo de pesquisa*: estruturado em quatro estágios iterativos: planejamento, coleta de dados, análise e reflexão;

- (3) *Exame detalhado da literatura*: consiste na comparação das descobertas da pesquisa de campo com a teoria explícita da literatura. Essa comparação contempla tanto as descobertas alinhadas, quanto aquelas que conflitam com a literatura.

Assim, a metodologia do caso estruturado representa o processo iterativo de pesquisa de maneira estruturada, considerando os relacionamentos entre o tema da pesquisa (na arquitetura conceitual), os dados (por meio das observações e interpretações do campo), a análise dos dados (utilizando os conceitos da arquitetura conceitual e dos temas emergentes), bem como a teoria e o conhecimento que é acumulado ao longo do processo de pesquisa (Carroll e Swatman, 2000). A figura 5.1 ilustra essa metodologia.

Figura 5.1. A metodologia de pesquisa denominada caso estruturado
(Carroll e Swatman, 2000, p. 241)

Baseado na metodologia do caso estruturado, o presente trabalho adota um procedimento de pesquisa formado por quatro estágios: planejamento, coleta de dados, análise e reflexão (descritos no próximo capítulo).

Por fim, com base nas questões de pesquisa e da revisão da literatura, o trabalho apresenta as seguintes proposições:

(1) A gestão estratégica pode ser analisada segundo três dimensões inter-relacionadas: contexto, processo de desenvolvimento e conteúdo da estratégia.

(2) A identificação da configuração organizacional pode contribuir para a análise da gestão estratégica das empresas, particularmente quanto ao seu contexto organizacional e formulação da estratégia.

(3) O conteúdo da gestão estratégica, de maneira abrangente, pode considerar as seguintes atividades e elementos: análise dos *stakeholders*, definição da intenção estratégica, análise do ambiente externo, análise do ambiente interno, posicionamento estratégico, opções estratégicas, execução da estratégia, vantagem competitiva, monitoramento do desempenho estratégico, governança corporativa, retroalimentação e aprendizagem estratégica.

(4) O setor de saúde apresenta um conjunto de particularidades e complexidades. O entendimento dessas questões é fundamental para uma efetiva gestão estratégica nas organizações que atuam nesse setor.

Cabe ressaltar que as essas proposições não serão tratadas como hipóteses de pesquisa, que devem ser testadas formalmente. O objetivo das proposições citadas é delimitar o escopo e o foco da coleta e análise da pesquisa de campo.

CAPÍTULO 6. PESQUISA DE CAMPO

6.1. INTRODUÇÃO

Os capítulos 2, 3 e 4 apresentaram uma revisão da literatura dos principais temas desse trabalho: cadeia de valor da saúde e gestão estratégica em serviços de saúde. A gestão estratégica foi abordada segundo três dimensões de análise: contexto, processo e conteúdo. O capítulo 5 apresentou uma revisão sobre metodologia de pesquisa. Neste ficou definido o método de múltiplos estudos de casos como abordagem de pesquisa, realizada em quatro etapas: planejamento, coleta de dados, análise e reflexão.

Com base nesses elementos, esse capítulo apresenta e discute os resultados da pesquisa de campo. Essa apresentação é organizada segundo as etapas da pesquisa e respectivas atividades (figura 6.1).

Figura 6.1. Procedimento da pesquisa de campo

6.2. PLANEJAMENTO DA PESQUISA DE CAMPO

O planejamento da pesquisa contemplou a escolha das empresas (atividade 1), a definição dos entrevistados (atividade 2) e a elaboração do protocolo (ou instrumento inicial) de pesquisa (atividade 3) (figura 6.1.).

6.2.1. Escolha das empresas

A escolha das organizações pesquisadas foi baseada na definição de categorias teóricas e escolha de casos polares⁸⁰. Para tanto, as empresas deveriam apresentar as seguintes características:

(1) *Prestadores de serviços de saúde.*

Essa característica inclui na amostra organizações que atuam na prestação de serviços de saúde, tais como promoção, proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas. Justificativa: o escopo da pesquisa contempla os serviços de saúde.

(2) *Entidades privadas, com fins lucrativos ou filantrópicas.*

Essa característica delimita os estudos de casos a organizações privadas, com ou sem fins lucrativos. Portanto, exclui da amostra as organizações públicas. Justificativa: o setor público apresenta peculiaridades distintas do setor privado na aplicação de técnicas de gestão estratégica.

(3) *Empresas cuja atividade principal é a prestação de serviços de medicina diagnóstica, ou a atividade hospitalar, ou ambos.*

Essa característica delimita os estudos de casos aos hospitais e empresas de medicina diagnóstica. Justificativa: essas são as atividades principais dos maiores prestadores privados de serviços de saúde. Essa característica exclui as operadoras de planos de saúde que também prestam serviços de saúde, tais como algumas empresas de medicina de grupo e

⁸⁰ O termo “casos polares” foi utilizado na acepção de casos distintos ou que ocupam posições extremas. Essas posições são delimitadas pelas características das empresas que podem fazer parte da amostra. Por se tratar de casos extremos, relativamente poucas organizações se qualificam a participar da pesquisa de campo.

cooperativas. Justificativa: essas organizações também atuam na atividade de intermediação financeira, o que lhes confere características próprias (como, por exemplo, a necessidade de gestão de riscos e análise da carteira de beneficiários).

(4) Empresas consideradas como referência em suas áreas de atuação.

Esse trabalho aborda as seguintes características de empresas consideradas como referência em atividade hospitalar, medicina diagnóstica, ou ambos: (i) Imagem: empresas cuja reputação na prestação dos serviços é reconhecida no mercado; (ii) Reconhecimento público: no caso dos hospitais filantrópicos, reconhecimento como um centro de excelência; (iii) Tamanho: empresas com receita anual mínima de R\$ 250 milhões, e preferencialmente superior a R\$ 500 milhões; (iv) Persistência de crescimento: empresas que apresentaram um crescimento médio positivo nos últimos três anos. Justificativa: esses fatores estão associados às empresas bem-sucedidas na gestão estratégica.

(5) Empresas com sedes localizadas na região metropolitana de São Paulo.

Há três justificativas para essa característica. A primeira, de natureza prática, consiste na limitação de verbas para deslocamentos. A segunda justificativa considera que as empresas de São Paulo apresentam similaridades de natureza cultural e social. E a terceira contempla que essas organizações também apresentam similaridades de natureza competitiva⁸¹.

Assim, a escolha das empresas considerou as empresas de referência na seguinte categoria teórica: prestadores privados de serviços hospitalares e de medicina diagnóstica, cujas sedes estão localizadas na região metropolitana de São Paulo.

A tabela 6.1 caracteriza as seis empresas selecionadas para os estudos de casos desse trabalho.

⁸¹ Por exemplo, essas empresas podem: atuar no mesmo segmento de mercado; ou competir pelos mesmos recursos escassos (ex.: disponibilidade de médicos qualificados); ou comprar do mesmo conjunto de fornecedores; ou estar sujeitas à legislação local (ex.: legislação relacionada à vigilância em saúde).

Organi- zação	Natureza	Principais áreas de atuação	Sede	Receita bruta (2009)	Hospital de refe- rência?	Crescimento persistente?
A	Privado, filantrópico	- Hospitalar - Medicina diagnóstica	São Paulo (SP)	Acima de R\$ 500 milhões	Sim	Sim
B	Privado, filantrópico	- Hospitalar	São Paulo (SP)	Acima de R\$ 500 milhões	Sim	Sim
C	Privado, filantrópico	- Hospitalar	São Paulo (SP)	Entre R\$ 250 e 500 milhões	Sim	Sim
D	Privado, com fins lucrativos	- Hospitalar	São Paulo (SP)	Acima de R\$ 500 milhões	Não	Sim
E	Privado, com fins lucrativos	- Medicina diagnóstica	Barueri (SP)	Acima de R\$ 1 bilhão	Não	Sim
F	Privado, com fins lucrativos	- Medicina diagnóstica	São Paulo (SP)	Acima de R\$ 500 milhões	Não	Sim

Tabela 6.1. Características das empresas escolhidas para os estudos de casos

6.2.2. Definição dos entrevistados

A coleta de dados nas organizações definidas para os estudos de casos foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas. Os entrevistados foram aqueles indivíduos que Bryman (1989) denomina como informantes-chaves da organização. Estes são (ou foram) gestores com senioridade e capacidade para tomada de decisões e execução de ações de natureza estratégica. Para tanto, os entrevistados deveriam preencher os seguintes requisitos:

- estar (ou ter estado) diretamente envolvido com as decisões estratégicas da organização;
- conhecer o histórico de decisões estratégicas da organização;
- ter uma visão integrada dos negócios da organização.

Com base nesse perfil, a definição dos entrevistados baseou-se nas responsabilidades que eles têm ou tiveram por períodos superiores a um ano.

Os cargos atuais ou anteriores associados a esse perfil foram: presidente, superintendente, vice-presidente e presidente do conselho de administração

O convite aos entrevistados foi formalizado por meio de mensagem eletrônica (anexo 1). O agendamento das entrevistas foi realizado pelo próprio pesquisador, por meio de contatos telefônicos ou mensagem eletrônica.

A pesquisa de campo contou com a participação de 13 entrevistados. Destes, 8 são médicos e 5 possuem formação em administração, direito, economia ou engenharia. A tabela 6.2 apresenta o perfil dos entrevistados.

Estudo de caso	Entrevistado	Responsabilidades atuais e anteriores	Formação	Data da entrevista	Duração (min.)
A	A1	Presidente	Medicina	12/3/2010	18
	A2	Superintendente Geral	Direito	12/3/2010	83
B	B1	Superintendente Corporativo	Medicina	22/2/2010	81
	B2	Superintendente de Estratégia Corporativa	Medicina	5/3/2010	65
C	C1	Superintendente Executivo	Administração	24/3/2010	60
	C2	Superintendente Operacional	Direito e economia	24/3/2010	88
D	D1	Presidente	Engenharia	3/3/2010	61
E	E1	Presidente	Engenharia	7/4/2010	57
	E2	Ex-Presidente, Ex-Presidente do Conselho de Administração	Medicina	4/3/2010	76
	E3	Vice-Presidente Médico	Medicina	3/3/2010	101
F	F1	Presidente	Medicina	22/3/2010	75
	F2	Presidente do Conselho de Administração, Ex-Superintendente Geral	Medicina	24/2/2010	120
	F3	Ex-Presidente, Membro do Conselho de Administração	Medicina	8/3/2010	86

Tabela 6.2. Perfil dos entrevistados, data e duração das entrevistas

Todos os entrevistados assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2). Esses documentos fazem parte do banco de dados da pesquisa.

6.2.3. Protocolo de pesquisa

O protocolo de pesquisa é caracterizado por um questionário semi-estruturado com perguntas predominantemente abertas. Yin (2005) ressalta duas características fundamentais que diferenciam as questões associadas a um instrumento de pesquisa qualitativa de um protocolo de pesquisa quantitativa:

- O instrumento de pesquisa é direcionado ao pesquisador e não ao entrevistado. Assim, as questões são lembretes das informações que necessitam ser coletadas, bem como os respectivos motivos.
- As questões devem ser acompanhadas por uma lista de prováveis fontes de evidências.

O objetivo desse instrumento é apoiar a coleta dos fatos, das impressões e das interpretações dos entrevistados quanto aos assuntos abordados, sem direcioná-los ou induzi-los, porém de forma a garantir que as informações relevantes e planejadas sejam obtidas. Algumas perguntas adicionais, e geralmente mais específicas, podem ser realizadas pelo pesquisador no transcorrer das entrevistas com o objetivo de estabelecer cadeias de evidências e, dessa forma, aumentar a validade construtiva da pesquisa.

O protocolo de pesquisa (anexo 3) foi elaborado com base na revisão da literatura, nas questões de pesquisa e nas proposições apresentadas. Ele contém quinze temas, que abordam os seguintes elementos:

- Contexto da gestão estratégica: temas 1 a 4;
- Processo de desenvolvimento da gestão estratégica: tema 5;
- Conteúdo da gestão estratégica: temas 6 a 15.

A execução da entrevista deveria, se possível, abordar os quinze temas. O conjunto de questões inerentes a cada tema é um mero indicativo de potenciais elementos ou informações a serem exploradas. Ou seja, as

questões não deveriam ser perguntadas, necessariamente, na sua totalidade em cada entrevista em função da relevância das informações coletadas (verificadas no decorrer das entrevistas) e por limitações de tempo.

Por se tratar de uma pesquisa de natureza exploratória, o pesquisador procurou realizar perguntas ou induzir discussões com o intuito de: compreender um conjunto de decisões e ações estratégicas, executadas em um período de tempo; entender como, por quem e porque essas decisões e ações foram realizadas; e verificar quais foram os impactos organizacionais e competitivos decorrentes dessas ações.

Nesse sentido, o protocolo de pesquisa foi utilizado como um guia de temas relevantes para a entrevista, e não como um questionário a ser utilizado integralmente.

6.3. COLETA DE DADOS: A DINÂMICA DAS ENTREVISTAS

As entrevistas ocorreram no período compreendido entre os dias 22 de fevereiro e 7 de abril de 2010. O tempo total das entrevistas foi de 971 minutos (ou 16 horas e 11 minutos), e a duração média de cada entrevista foi de 75 minutos (ou 1 hora e 15 minutos). A tabela 6.2. apresenta as datas e durações das entrevistas.

As entrevistas E2 e F3 foram realizadas nos escritórios particulares dos entrevistados, e a F2 foi realizada na residência do entrevistado. As demais foram executadas nos respectivos locais de trabalho.

No início da entrevista o pesquisador explicava, de maneira resumida, os objetivos e a forma de condução da entrevista. O pesquisador alertava que as informações confidenciais não deveriam ser discutidas. Também ressaltava que, se porventura alguma informação sigilosa fosse citada, o entrevistado deveria informar para que esta fosse suprimida da transcrição da entrevista.

Pelo fato de ser uma pesquisa exploratória, o pesquisador dava liberdade para o entrevistado discorrer sobre os temas que ele julgava relevantes. Em determinados momentos da entrevista, o pesquisador fazia perguntas de

natureza aberta, para explorar temas estratégicos, e de natureza fechada, para confirmar algumas questões apresentadas.

Ao final da entrevista, o pesquisador fazia o seguinte comentário e pergunta final: *Eu, como pesquisador, realizei essa entrevista para compreender a gestão estratégica na sua organização. Quais temas ou questões eventualmente não foram abordados, que você julgaria relevantes numa discussão sobre gestão estratégica?*

Essa pergunta final, exploratória e aberta, tinha como objetivo identificar possíveis elementos inexplorados, ou verificar questões relevantes que, na ótica do entrevistado, não tinham sido abordados de maneira adequada.

6.4. ANÁLISE DA PESQUISA DE CAMPO

Eisenhardt (1989a) considera que a análise dos dados é o coração do desenvolvimento da teoria por meio de estudos de casos. Essa parte é a mais difícil e a menos codificada do processo de pesquisa. Essa autora identifica duas etapas principais: a *análise individual dos casos* e a *análise entre os casos*).

A análise individual dos casos (ou intra-casos) geralmente é apoiada nas descrições dos estudos de casos. Seu objetivo principal é revelar tendências preliminares e prover ao pesquisador uma familiaridade com as informações de cada caso, o que é muito útil para as análises subsequentes.

A análise entre os casos (ou inter-casos) objetiva identificar tendências. Eisenhardt (1989a) apresenta três táticas que visam forçar os pesquisadores a irem além das primeiras impressões: 1) selecionar categorias ou dimensões e procurar por similaridades e diferenças entre os casos; 2) selecionar pares de casos e procurar por similaridades e diferenças entre os pares; e 3) segmentar as informações em função de suas origens.

A etapa de análise da pesquisa de campo contemplou a compilação das entrevistas (atividade 4), a análise intra-casos (atividade 5) e a análise inter-casos (atividade 6), conforme apresentado na figura 6.1.

6.4.1. Compilação das entrevistas

A compilação de cada uma das entrevistas foi realizada em dois passos:

1º. Passo: o pesquisador ouviu a gravação das entrevistas, na íntegra.

2º. Passo: o pesquisador selecionou os trechos que ele considerou mais relevantes e os classificou em um (ou mais) dos quinze temas de pesquisa (conforme o protocolo de pesquisa).

Os resultados da compilação dos treze entrevistados e seis organizações pesquisadas são apresentados da seguinte forma:

- anexo 4: estudo de caso da organização A, entrevistados A1 e A2
- anexo 5: estudo de caso da organização B, entrevistados B1 e B2
- anexo 6: estudo de caso da organização C, entrevistados C1 e C2
- anexo 7: estudo de caso da organização D, entrevistado D1
- anexo 8: estudo de caso da organização E, entrevistados E1, E2 e E3
- anexo 9: estudo de caso da organização F, entrevistados F1, F2 e F3

6.4.2. Análise intra-casos

As análises individuais (ou intra-casos) dos seis estudos de casos contemplam as seguintes discussões: breve descrição da organização estudada; análise dos principais elementos do contexto, processo e conteúdo da gestão estratégica; e as conclusões do caso. A análise do caso D foi desdobrada em dois tópicos, em função deste caso apresentar diferentes configurações organizacionais no horizonte de tempo abordado nas entrevistas.

6.4.2.1. Análise do caso A

A organização A é uma empresa privada, filantrópica, de grande porte (acima de 500 leitos e receita superior a R\$ 500 milhões) e que atua na área hospitalar, de medicina diagnóstica, ensino e pesquisa. Ela foi fundada em 1955 por uma comunidade, e sua sede está localizada em São Paulo (SP). Possui oito unidades de atendimento, localizadas na região metropolitana de São Paulo. A alta administração é formada por médicos (presidente) e não-médicos (superintendente geral e alta administração).

Nesse estudo de caso, foram entrevistados o presidente (entrevistado A1) e o superintendente geral (entrevistado A2). A compilação das entrevistas é apresentada no anexo 4.

6.4.2.1.1. Contexto da gestão estratégica

Algumas citações das entrevistas denotam a necessidade de adaptação das técnicas de gestão para uma adequada aplicação no setor de saúde:

Entrevistado A1: *“O academicismo tradicional se mostra improdutivo não [somente] na gestão da saúde, mas em uma série de frentes com as quais não casam com as operações do dia-a-dia”.*

Entrevistado A1: *“A saúde, muito embora tenha uma vertente comercial e financeira extremamente importante, é um direito social. Então você tem que administrar um direito social com as boas ferramentas de gestão, o que nem sempre são coisas conciliatórias”.*

Entrevistado A1: *“Uma coisa não é independente da outra: eu não posso ter uma [organização] que dure se ela não for rentável; por outro lado, eu não posso maximizar o rendimento imaginando que eu possa sacrificar o destino e a perenidade do negócio. Em saúde, esses ingredientes são duros de se equilibrar... tem questões como rentabilidade, como filantropia no sentido social da saúde... Você não pode imaginar... que não vai ofertar um sistema que não tenha equidade”.*

Entrevistado A2: *“Tecnologia em saúde é outro assunto diferente de outras áreas. A sua evolução é muito rápida. Não chega sequer a haver evidência ou obsolescência... É difícil obter uma visão mais*

quantitativa dos benefícios da tecnologia, e antes que isso ocorra, já se tem uma nova tecnologia não substitutiva à anterior, mas que se acumula”.

Alguns trechos das entrevistas mostraram que as particularidades da formação médica causam um impacto no contexto organizacional:

Entrevistado A1: *“O médico é um indivíduo que ainda não consegue entender o contexto da atividade em equipe. Ele é um profissional muito isolado, que age com muita independência, e ele não entende que a medicina muda [com o tempo]. De repente, ele não percebe que sua própria especialidade desapareceu... ou teve sua importância reduzida”.*

Entrevistado A1: *“Eu não sei até que ponto o médico consegue perceber [a evolução tecnológica] e mudar. Ele prefere agir corporativamente e não percebe que está prejudicando, não uma classe ou o bolso dele, mas fundamentalmente o paciente, que pode ficar furtado das melhores práticas”.*

Entrevistado A2: *“Se você não entender as particularidades dos médicos [privilegio do ato médico, autonomia e independência profissional, corporativismo, investimento extenso na formação], então a transferência de conhecimento de outros setores é mecanicista. E aí gera um conflito entre a razão e emoção das pessoas”.*

A organização A procura absorver e adaptar conhecimentos em gestão de diferentes setores, bem como integrar pessoas com formação médica e não-médica:

Entrevistado A2: *“Nós estamos trazendo práticas de outros setores. Talvez essa seja a vantagem de ter pessoas de outros setores... nós importamos muito os instrumentos... Nós estamos trazendo para nossa organização as melhores práticas das empresas lá fora”.*

Alguns comentários evidenciam a estrutura de poder por meio das decisões estratégicas centradas na alta gestão:

Entrevistado A2: *“O documento [resultante do planejamento estratégico] é submetido ao board, acompanhado por uma apresentação.... Evidentemente ele é fortemente influenciado por quem está propondo o plano. Esse plano é apresentado e discutido. Outras pessoas gostariam de se envolver na discussão de cada um dos pontos. Existe uma crítica ao trabalho de que os executivos estão fazendo a estratégia”.*

6.4.2.1.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica

A organização A apresenta características de um processo de desenvolvimento da estratégia predominantemente deliberado. Ao responderem sobre a implantação do modelo de atendimento descentralizado, uma recente e importante iniciativa estratégica da organização, os entrevistados citaram:

Entrevistado A1: *“Ele foi planejado. Nós percebemos que, para atender os pacientes, precisaríamos estar perto deles, e levar o atendimento para onde eles estão... Na baixa complexidade, nós precisamos dar uma alternativa a mais [aos pacientes]”.*

Entrevistado A2: *“[O modelo descentralizado de operações no atendimento] foi planejado. Na verdade, essa ideia é do final da década de 90”.*

Além disso, os entrevistados forneceram diferentes informações que evidenciam um processo deliberado de planejamento:

Entrevistado A1: *“A organização estuda questões de saúde no senso amplo, como o processo tecnológico no atendimento, questões de qualidade, crescimento de mercado, segmentação e uma série de elementos, e faz isso de maneira muito bem estruturada”.*

Entrevistado A2: *“O modelo que nós utilizamos é parecido com outros modelos de planejamento [estratégico] de organizações de grande porte do mundo empresarial”.*

Entrevistado A2: *“Nós analisamos o ambiente externo, parte macro-econômica, ambiente político-social, mercado, e dentro de mercado, particularmente as operadoras de planos de saúde, tecnologia em saúde, indicadores demográficos e epidemiológicos, competição; e sumamos tudo isso em pontos-chaves do ambiente externo. Em seguida nós realizamos uma análise do ambiente interno, descrevemos as atividades, as diversas áreas de atuação, a cadeia de valor... [que aborda as] áreas-fins e áreas de suporte... e os bens intangíveis... Temos [também] o mapeamento dos riscos”.*

Entrevistado A2: *“O ciclo de planejamento é anual... e o horizonte é de cinco anos”.*

Entrevistado A2: *“[O alinhamento do orçamento ao planejamento] é total. Na realidade, o orçamento é a peça [principal]... O primeiro ano do planejamento é o orçamento... O orçamento está inserido no planejamento estratégico”.*

Entrevistado A2: *“É uma abordagem clássica [de planejamento estratégico]”.*

Além das citações, o entrevistado A2 mostrou a documentação do plano estratégico da organização A, no formato impresso.

Algumas citações apontam características da abordagem mercadológica:

Entrevistado A1: *“Claro que nós olhamos [os concorrentes]. Os concorrentes são todos, não são os hospitais grandes... Quem achar que está concorrendo com hospitais, está fora do mercado... Não existe mais o hospital, existe o sistema de saúde... O modelo hospitalocêntrico é caro, custoso, oneroso. A sociedade não quer”.*

Entrevistado A2: *“Nós segmentamos em mercado hospitalar e mercado de medicina diagnóstica... Nós obtemos informações dos principais competidores, essencialmente os balanços... e analisamos receita, volumes, EBITDA e margem, e quanto eles estão investindo. Com esses números, nós conseguimos um retrato bastante preciso [da concorrência] e, como nós fazemos isso todo ano... temos um bom insight do que está acontecendo”.*

6.4.2.1.3. Conteúdo da gestão estratégica

A organização A apresenta posições estratégicas muito bem definidas:

Entrevistado A2, ao falar sobre o plano de expansão: *“Nós temos um mapeamento sócio-demográfico de São Paulo... [ao mostrar o mapa de São Paulo] as áreas mais escuras são aquelas que, nos aspectos sócio-demográficos, suportam a nossa expansão... e as estrelas são sinalizações das oportunidades... Nós sabemos onde estão os médicos que têm maior relacionamento com o hospital. Então nós fazemos um overlapping disso [demanda] com os médicos. Nós sabemos onde há demanda qualificada, onde se situa geograficamente e onde estão os consultórios médicos. Nós sabemos muito bem o que queremos fazer. É só uma questão de recursos financeiros”.*

A organização A ressaltou a importância da governança corporativa e da definição do modelo de negócios:

Entrevistado A2, ao responder sobre os principais pontos fortes da organização A: *“Eu acho que a governança é o principal. É o fundamento de todo o resto. O segundo é o foco em qualidade. E o terceiro é que esse foco em qualidade não é independente da sustentabilidade [no sentido de perpetuidade]. Então há sempre um stress na organização entre a qualidade e a sustentabilidade”*.

Entrevistado A2, ao falar sobre modelo de negócios: *“O nosso modelo de negócios evoluiu ao longo do tempo. Algumas coisas [ocorreram] por sorte [ao citar a localização do hospital]... [A organização] decidiu focar numa medicina de qualidade e excelência, que exigia recursos; e procurou o público que podia pagar por esse tipo de recurso. Isso implicou na escolha sobre tecnologia, muito cedo, e sobre qualidade. E na medida que esse modelo ganhou massa crítica, a questão da governança passou a ser importante”*.

A organização A adota o *balanced scorecard* como ferramenta de monitoramento do desempenho estratégico:

Entrevistado A2: *“Nós temos indicadores [gerenciais] em vários níveis. Por exemplo, temos objetivos estratégicos (de primeiro nível), de segundo nível, indicadores, metas e iniciativas... No nível mais alto, nós fechamos um acordo de objetivos”*.

Entrevistado A2: *“Esse é o nosso balanced scorecard institucional”* (ao mostrar a documentação do *balanced scorecard* da organização A, cujos indicadores estão alinhados aos planos resultantes do planejamento estratégico e do orçamento).

Entrevistado A2: *“Do ponto de vista de acompanhamento da gestão do desempenho, nós vamos trabalhar com 27 indicadores [no balanced scorecard]”*.

A organização apresenta uma predisposição à mudança como parte dos seus esforços de melhoria:

Entrevistado A1: *“A [organização] é muito firme com seus valores. Ela é muito sólida em relação a respeitar seus valores. Ela tem uma verdadeira obsessão pela qualidade e um desejo permanente de buscar a excelência”*.

Entrevistado A2, ao abordar a cultura organizacional: *“Existe um alto nível de crítica interna. Nada está bom, nunca. Sempre é possível fazer melhor. Algumas pessoas gostam desse desafio, de efetivamente serem provocadas para fazer melhor”*.

Entrevistado A2: *“Nós trocamos informações com cinco hospitais de São Paulo e, sempre que encontramos algo que somos piores, ficamos mortificados”.*

Entrevistado A2: *“Nós vamos muito para fora, nós vamos muito aos EUA... nós visitamos os melhores hospitais [americanos]... A pergunta que fazemos quando vamos para lá é: o que nós podemos trazer para cá?”.*

6.4.2.1.4. Discussão: estudo de caso A

A organização A apresenta características de uma configuração organizacional do tipo máquina. A estrutura de poder tende a ser centralizada na alta administração, que é formada por profissionais médicos e não-médicos. É uma organização madura, que atua em um ambiente externo relativamente estável, com profissionais de alta qualificação e modelo de corpo clínico aberto.

O processo dominante de formulação da estratégia é o planejamento estratégico, com ênfase na abordagem mercadológica. O processo decisório tende a ser deliberado, em que a organização impulsiona as ações estratégicas. Na opinião do pesquisador, a documentação do planejamento estratégico da organização A apresenta um conteúdo abrangente, detalhado e bem organizado.

As posições estratégicas são bem definidas. A organização reconhece a necessidade constante de melhoria e mudanças. Ela utiliza o *balanced scorecard* para monitoramento do desempenho estratégico. As principais contribuições à pesquisa sobre o conteúdo da estratégia foram a governança corporativa e o modelo de negócios.

O estudo de caso A mostrou um alinhamento entre o tipo de organização e o modelo de formulação da estratégia, conforme proposição da pesquisa.

O estudo de caso ressaltou a necessidade de adaptação das técnicas de gestão para uma adequada aplicação no setor de saúde, particularmente ao considerar o equilíbrio entre os resultados financeiros e sociais em organizações sem fins lucrativos. A evolução tecnológica em saúde foi identificada como uma particularidade do setor em função de sua velocidade e

caráter principalmente cumulativo, e não substitutivo. O estudo também identificou algumas características dos médicos, com potenciais impactos na gestão estratégica: autonomia, independência profissional, corporativismo, privilégio do ato médico, conservadorismo (em relação à evolução tecnológica) e investimento extenso na formação.

6.4.2.2. Análise do caso B

A organização B é uma empresa privada, filantrópica, de grande porte (acima de 300 leitos e receita superior a R\$ 500 milhões) que atua na área hospitalar, de medicina diagnóstica, ensino e pesquisa. Ela foi fundada em 1921 por uma comunidade, e sua sede está localizada em São Paulo (SP). Possui uma unidade central e duas unidades externas (São Paulo e Campinas) a serem inauguradas. A superintendência é formada por médicos (superintendente corporativo e superintendente de estratégia corporativa).

Nesse estudo de caso, foram entrevistados o superintendente corporativo (entrevistado B1) e o superintendente de estratégia corporativa (entrevistado B2). A compilação das entrevistas é apresentada no anexo 5.

6.4.2.2.1. Contexto da gestão estratégica

Algumas citações das entrevistas apontam a necessidade de adaptação das técnicas de gestão para uma adequada aplicação no setor de saúde, particularmente nas organizações sem fins lucrativos:

Entrevistado B2: *“A filantropia é um ponto forte do ponto de vista econômico, mas também nossa razão de ser... Nós atendemos as classes A e B1 para gerar recursos para nossos projetos filantrópicos... Essa é a razão pela qual a organização B foi criada: para atender o número máximo possível de pessoas, independente da classe social... Por que fazer isso? Para retribuir à nação brasileira, a acolhida que ela deu à comunidade [fundadora da instituição], que saiu de uma situação extremamente desfavorável [na região de origem], veio para cá e encontrou condições de dignidade e de vida muito melhores”.*

Entrevistado B2: *“Quando há um acionista, a organização tem o compromisso de remunerar o investimento desse acionista. Nosso acionista é a sociedade brasileira. Nós não podemos fraquejar, senão faltaremos nos compromissos [associados aos] projetos filantrópicos”.*

A estrutura organizacional do caso B não é comumente encontrada em outras empresas. Há dois executivos principais, que dividem as responsabilidades:

Entrevistado B2: *“[No final de 2007], nós criamos [uma estrutura diferente]... com dois executivos em pé de igualdade, sem hierarquia, um cuidando da operação [Superintendente Corporativo] e outro cuidando da estratégia [Superintendente de Estratégia Corporativa], o primeiro cuidando do hoje e o segundo, do amanhã... É quase um personograma... e nós assumimos efetivamente em janeiro de 2008”.*

Os entrevistados e o material institucional forneceram diferentes informações que evidenciam uma estrutura descentralizada de gestão:

Relatório de Sustentabilidade (p. 21): *“Para que a estrutura de governança funcione de fato, com a participação ampliada e dialogada de diversas partes interessadas, existem ferramentas de comunicação e uma complexa estrutura de órgãos diretivos”.*

Entrevistado B1, ao ressaltar a importância dos mecanismos de comunicação: *“O número de tomadores de decisão chega a 250 [considera o primeiro, segundo e terceiro escalões]. Esse povo precisa saber o que está acontecendo”.*

Nesse modelo descentralizado de gestão, o corpo clínico é um dos principais elementos de diferenciação, e uma importante fonte de poder na estrutura interna da organização:

Entrevistado B1: *“O corpo clínico da organização B é muito diferenciado. A [organização B] fez uma aposta em um corpo clínico com vínculo universitário, principalmente da USP, mas também da Santa Casa e Paulista [Escola Paulista de Medicina, da UNIFESP]... A posição geográfica é uma vantagem do hospital. Essa proximidade com a USP fez com que a organização B tivesse uma história de pioneirismo em relação aos outros hospitais... Eu acho que o principal valor da organização B está na sua ligação a um corpo clínico com visão acadêmica da assistência à saúde. Com isso, nós conseguimos buscar coisas que estão na fronteira do conhecimento”.*

Entrevistado B2: *“Uma das grandes forças e, paradoxalmente, uma das nossas maiores vulnerabilidades, é o corpo clínico. Ele é de excelência, mas ele não é cativo do hospital. Então nós sempre estamos sob ameaça de perder os talentos. Diferentemente da Clínica Mayo, que estabelece uma relação contratual com o staff médico, nós não temos isso, e nenhum outro hospital do Brasil, a não ser os universitários. O corpo clínico é dito como aberto... Nós acreditamos que uma plataforma acadêmica, tanto para ensino quanto pesquisa, dará perenidade ao corpo clínico. E nós temos isso, nós construímos isso”.*

Entrevistado B1, ao ser questionado sobre o corpo clínico aberto: *“Esse aberto não é tão aberto. Há um conjunto de regras que devem ser atendidas... O hospital é uma comunidade organizada. Os médicos de maior presença conseguem [realizar suas tarefas] com mais facilidade”.*

Entrevistado B2: *“Algumas instituições encaram o médico como uma das partes da engrenagem que move o hospital... que deve ser tratado como um funcionário da estrutura. Outras supervalorizam o médico, e o encaram como o principal cliente do hospital... Nós consideramos o médico como o principal parceiro da instituição... que participa das suas decisões estratégicas... O médico não é mais o cliente que pode tudo,... ele não é o funcionário, uma parte da engrenagem; ele é a própria cabeça da instituição, integrado em suas decisões maiores”.*

A despeito da descentralização da estrutura de poder, há uma governança corporativa que designa a tomada de decisão final das ações estratégicas ao conselho de administração:

Entrevistado B1, ao abordar a estratégia de crescimento: *“As pessoas tendem a buscar a zona de conforto. Principalmente numa instituição filantrópica, onde os decisores não são donos do empreendimento... Essas decisões são tomadas no conselho [de administração], que está preocupado primariamente em não correr riscos com o dinheiro que não é deles”.*

6.4.2.2.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica

A organização B adota um processo flexível e intuitivo de formulação da estratégia, ou seja, não completamente estruturado e rígido:

Entrevistado B1: *“Há um esforço contínuo para se ter um planejamento de longo prazo... nas três grandes áreas de atuação do hospital: assistência médica, ensino e pesquisa, e filantropia”.*

Entrevistado B2, ao responder sobre o processo de desenvolvimento da estratégia: *“Nós olhamos tudo isso [tecnologia, regulação, mercado]. É como olhar para construir uma estratégia. Temos que preservar seus pontos fortes, lidar com suas fraquezas, verificar as ameaças... Agora nós estamos utilizando o BSC [balanced scorecard] como ferramenta de gestão e fazemos também o SOWT [strengths, opportunities, weaknesses and threats]”.*

Entrevistado B2, ao responder sobre diferentes abordagens (e modelos mentais) de gestão estratégica: *“A análise SOWT e o mapa estratégico do BSC são quase que ferramentas de comunicação... O desenvolvimento da estratégia pelo relacionamento e pelas competências já desenvolvidas... é quase intuitivo. Mas como você comunica uma intuição, uma forte crença? Nós precisamos de uma ferramenta, que as pessoas enxerguem as coisas se desenvolvendo”.*

Entrevistado B1: *“O planejamento estratégico vinha muito na esteira da realização do orçamento anual”.*

Entrevistado B1: *“Dado um orçamento linear, ou seja, ceteris paribus, nós acrescentamos ao orçamento o conjunto novo de atividades ou de transformações desejadas para o ano seguinte”.*

Entrevistado B1, ao responder sobre a forma de geração do conjunto novo de atividades: *“O conjunto novo vem de duas vontades: a vontade de crescer e a vontade de pensar a longo prazo”.*

Entrevistado B1, ao responder sobre os motivadores do crescimento: *“Eu não consigo explicar totalmente. Aí tem alguma coisa do meu cérebro direito,... da intuição... A intuição é algo que já foi pensado... Eu não sou capaz de explicar porque crescer é fundamental para ser melhor. Mas é muito raro encontrar exemplos de organizações que ficaram menores e melhores. Isso não existe. As organizações podem ficar melhores e do mesmo tamanho, e isso já é um assombro. Quem ficou melhor, cresceu.... Crescer é a melhor maneira de ficar melhor, porque [a organização] consegue mobilizar mais recursos... ganhar escala... e pode incorporar novas tecnologias”.*

Entrevistado B2, ao responder sobre os motivadores do crescimento: *“Por duas razões: uma filosófica e uma prática. A [razão] prática é que nós precisamos adquirir escala para competir... porque se nós não crescemos, nós não conseguiremos remunerar adequadamente e reter os talentos. A razão filosófica é que as boas instituições têm que crescer. Porque elas estabelecem parâmetros*

de qualidade que as outras têm que seguir. A solidez de uma nação vem da solidez de suas instituições. As instituições éticas, honestas, que trabalham primordialmente pela qualidade e para servir a sociedade, quanto maiores elas forem, melhor será a sociedade”.

A formulação da estratégia é realizada principalmente por meio de alinhamento das ações estratégicas à missão, visão e valores:

Entrevistado B1: *“Estratégico, na minha opinião, são as ações de longo prazo que têm ligação direta com missão, visão e valores... e as ações voltadas ao crescimento da instituição.... Crescer é uma maneira de melhorar a instituição; então, crescer é estratégico”.*

Entrevistado B1, ao abordar o plano atual de crescimento: *“O que interessa é o que sua missão e visão dizem. Se elas são coerentes com o que você quer construir, tem grandes chances de chegar lá... Se a organização quiser se manter e crescer no mercado, ela tem que estar continuamente ligada à sua missão e visão ”.*

Entrevistado B1: *“A coisa mais importante de um executivo é construir o objetivo da organização e olhar onde ela está... A organização não consegue anular o ambiente ou construir outro ambiente... [porém] é lógico que a organização está interagindo e dialeticamente transformando o ambiente, que [por sua vez também] está transformando a organização... Então, o fundamental para o crescimento de uma organização é a capacidade que seus executivos têm de manter coerência da sua missão e visão com seu meio ambiente”.*

A organização B apresenta características de um processo emergente para o desenvolvimento da estratégia, em conjunto com algumas decisões deliberadas:

Entrevistado B1, ao responder sobre a decisão de abertura de uma nova unidade de atendimento descentralizada: *“Em parte a decisão foi nossa, e em parte foram as circunstâncias. Como o investidor do imóvel havia desenhado determinado modelo de negócios... nós tivemos que aceitar a montagem de um centro cirúrgico ambulatorial. Quanto à área de quimioterapia e de exames diagnósticos mais [invasivos], essa é uma decisão que já havíamos tomado... Nós temos fila na maioria dessas áreas, daí a decisão de levar para a unidade externa”.*

Entrevistado B2, ao responder sobre o processo decisório que resultou na decisão de abertura da unidade externa: *“Nós já estávamos procurando [um local] para serviços diagnósticos. Aí*

apareceu a oportunidade de, além dos serviços diagnósticos, abrigar alguns dos nossos serviços ambulatoriais que estavam sob pressão de demanda... Então nós fizemos o plano de negócios para os serviços adicionais e o estudo de viabilidade [que se mostrou viável]”.

A organização B não apresenta características típicas de uma abordagem mercadológica:

Entrevistado B1, ao responder sobre a análise de demanda e oferta de serviços de saúde: *“Na área da saúde nós usamos o instrumental disponível [capacidade econômica, concorrentes] e o nosso conhecimento epidemiológico sobre algumas doenças... Os leigos... partem da premissa que não tem jeito [de planejar o crescimento] se não fizer uma pesquisa, mas ela não serve para absolutamente nada uma vez que a decisão de crescer foi tomada”.*

Entrevistado B2: *“Na nossa missão, está escrito: a organização B é uma instituição brasileira... Ela tem que ser [uma instituição] de relacionamento, porque se ela não tiver a integração com a sociedade... a estratégia não dá certo. Nós não precisamos fazer um [detalhado] estudo de mercado... mas precisamos ter sensibilidade para compreender o que é necessário na sociedade brasileira em termos de prestação de serviços de saúde: acesso e uma qualidade mais homogênea”.*

Por outro lado, algumas citações apontam características da abordagem baseada nos recursos:

Entrevistado B1, ao responder sobre a decisão de abertura de uma nova unidade de atendimento descentralizada: *“É uma questão de sobrevivência. A área de apoio ao diagnóstico e terapêutica tem uma escalabilidade muito melhor do que as áreas-fim... e uma capacidade de gerar resultados para a organização duas vezes maior do que uma unidade de internação... Se nós quisermos melhorar a capacidade de investimentos nas áreas-fim, que é nossa atividade principal, nós precisamos melhorar nossa capacidade de alavancagem interna. Essa é uma boa estratégia que o [concorrente X, omitido por questões de confidencialidade] enxergou antes de todos nós”.*

Entrevistado B1, ao responder sobre a origem da decisão de abertura da nova unidade de atendimento e o surgimento de um novo modelo de negócios: *“Nós estamos tentando melhorar nossa capacidade de alavancar a atividade interna do hospital. É daí que veio [essa decisão]... [Para tanto] precisamos aumentar o SADT [serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutica] e aqui [no*

hospital]... não tem muito por onde crescer... Então a saída é ir para fora”.

Entrevistado B2, ao abordar a decisão de abertura de unidades externas: *“Nós temos uma pressão de demanda por exames [de medicina diagnóstica] que não conseguimos atender nessa unidade [hospital]... Nós precisamos atender essa demanda e que dá uma margem boa, para melhorar o conforto econômico do hospital. Então nada mais lógico do que nós olharmos para fora, para unidades externas”.*

6.4.2.2.3. Conteúdo da gestão estratégica

A organização B apresenta características da adoção de investimentos estratégicos, ou posições estratégicas individualizadas:

Entrevistado B1, ao responder sobre as decisões relacionadas à incorporação de tecnologias: *“Eu acho que é isso [o corpo clínico demanda a incorporação de tecnologias] e a própria indústria, que também vem aqui e diz: nós temos uma nova alternativa tecnológica. Nós falamos com o corpo clínico: a indústria nos trouxe essa alternativa, o que nós podemos fazer com ela? Então começa um jogo, no sentido estratégico, em que nós analisamos as capacidades e possibilidades de incorporação daquela tecnologia, e o impacto dessa incorporação tecnológica na instituição”.*

A organização B utiliza o *balanced scorecard* como ferramenta de monitoramento do desempenho estratégico:

Entrevistado B1: *“Mais recentemente [desde setembro de 2009] nós resolvemos [utilizar o BSC], e estamos razoavelmente bem, mas ainda não está totalmente implantado... Temos um mapa estratégico, o desenho dos indicadores, a forma de coleta e os responsáveis”.*

Entrevistado B2: *“Agora nós estamos utilizando o BSC [balanced scorecard] como ferramenta de gestão”.*

A disseminação da missão, visão e valores é uma das questões estratégicas da organização B:

Entrevistado B1: *“Recentemente nós redesenhamos os valores... É muito difícil, na minha opinião, conseguir que as pessoas transformem os valores em um mantra, que as acompanhe. A missão e visão de uma instituição são mais facilmente incorporadas ao discurso das pessoas do que os valores. E estes são muito*

estratégicos, porque os valores tem a ver em como as pessoas cumprem a missão e visão. Então se as pessoas não incorporarem os valores, fica muito difícil, dentro da cultura da organização, fazer com que as pessoas cumpram com o que está descrito na missão e visão”.

Algumas citações das entrevistas questionam premissas da gestão estratégica, particularmente a busca de vantagens competitivas:

Entrevistado B2: “Num mundo ideal, a organização B não sobrevive. Nesse mundo ideal, a organização B desenvolve tanto que as instituições públicas e gratuitas, e elas se tornam tão boas, que ninguém mais vai querer pagar seu plano de saúde, que é na verdade quem paga a organização B. Nós lutamos por um mundo ideal; se um dia nós não formos mais necessários na área da saúde, seremos necessários para outras áreas da sociedade que precisam ser desenvolvidas. Talvez a área de educação”.

Entrevistado B2, ao emitir uma opinião pessoal sobre vantagem competitiva: “Eu acredito profundamente que na prestação de serviços de saúde... a vantagem competitiva não é moralmente defensável... Vamos imaginar que a organização B descubra uma vacina para o câncer: essa poderia ser uma vantagem competitiva. Somente nós produziríamos e todos que quisessem deveriam tomar [a vacina] aqui, e fazer os exames aqui. É moralmente defensável? Nós vamos tratar aqui toda a população de São Paulo, do Brasil, do mundo? Não. Então vantagem competitiva não é defensável. O que existe [no hospital] é uma grande força de pioneirismo, e depois disseminação desse conhecimento. Sua vantagem competitiva teórica é ser reconhecido por ter excelência, descobrir e implantar coisas na frente [das demais instituições]. Esse na frente tem que ser disseminado rapidamente. Essa é uma visão acadêmica que eu tenho e que essa instituição tem”.

6.4.2.2.4. Discussão: estudo de caso B

A organização B apresenta características de uma configuração do tipo organização profissional. A estrutura de poder tende a ser descentralizada. A estrutura organizacional foi adaptada ao seu contexto organizacional, e a alta administração é formada principalmente por profissionais médicos. É uma organização madura, que atua em um ambiente externo relativamente estável, com profissionais de alta qualificação e modelo aberto de corpo clínico.

O processo dominante de formulação da estratégia é baseado em investimentos estratégicos. Para tanto, a organização B adota uma abordagem estratégica processual, com ênfase na proteção e alavancagem dos recursos existentes. O processo decisório tende a ser emergente, com posições estratégicas tanto deliberadas quanto emergentes, impulsionadas principalmente pelo corpo clínico.

As posições estratégicas estão associadas a um portfólio de posições individualizadas, resultantes de decisões deliberadas e emergentes. O alinhamento das ações estratégicas à missão, visão e valores é uma das principais questões estratégicas da organização B. Outra questão estratégica relevante foi o questionamento da premissa de vantagem competitiva. Ela utiliza o *balanced scorecard* para monitoramento do desempenho estratégico.

O estudo de caso B mostrou um alinhamento entre o tipo de organização e o modelo de formulação da estratégia, conforme proposição da pesquisa.

O estudo de caso ressaltou a necessidade de adaptação das técnicas de gestão para uma adequada aplicação no setor de saúde, particularmente ao considerar os resultados sociais em organizações sem fins lucrativos.

6.4.2.3. Análise do caso C

A organização C é uma empresa privada, filantrópica, com receita entre R\$ 250 e 500 milhões, acima de 250 leitos, e que atua na área hospitalar, de ensino e pesquisa. Ela foi fundada em 1921 por uma comunidade, e sua sede está localizada em São Paulo (SP). Possui uma unidade central. A alta administração é composta principalmente por profissionais não-médicos.

Nesse estudo de caso, foram entrevistados o superintendente executivo (entrevistado C1) e o superintendente operacional (entrevistado C2). A compilação das entrevistas é apresentada no anexo 6.

6.4.2.3.1. Contexto da gestão estratégica

Algumas citações das entrevistas abordam as particularidades e complexidades da gestão no setor de saúde:

Entrevistado C1, ao ser questionado sobre as diferenças na gestão estratégica da saúde em comparação com outros setores: *“[A gestão na saúde] é de uma complexidade muito maior do que eu encontrei em outros setores. Eu trabalhei no varejo e na indústria: é muito mais fácil!... [Na saúde], você trata com um cliente que não compra porque quer... aqui a pessoa está doente, ela não quer vir para cá, e já chega fragilizada... É um [setor] em que as pessoas têm negócios dentro do seu negócio... [o médico] traz o seu paciente do consultório para cá e o hospital é um prestador para o médico; mas também é um prestador para o paciente, que é cliente do hospital mas também é do médico”*.

Entrevistado C2, ao comentar sobre o início de suas atividades profissionais no setor de saúde, em 2000: *“Eu vim da indústria e tinha que conhecer [a gestão na saúde]. Numa instituição hospitalar, é tudo tão complexo que leva um tempo para entender”*.

Entrevistado C1: *“[O médico] é um recurso com vontade. É diferente da indústria, que contrata uma tecnologia, e faz o que quiser com ela. Na saúde, não. Nós trazemos um recurso [o médico] que tem vontade, pode querer ou não querer, fazer ou não fazer... O que é diferente [de outros setores]? Um ponto forte do seu negócio não é seu... você não o domina”*.

Entrevistado C2, ao ser questionado sobre as principais complexidades inerentes ao setor de saúde: *“Quem ordena a despesa é o médico. Quem é obrigado a fornecer o que está prescrito é o hospital, e tem que cumprir sob pena de se responsabilizar por algo que não é dele. Quem recebe o tratamento é o paciente, e depois nós chamamos outra pessoa [nesse caso, as operadoras de planos de saúde] para pagar a conta. Então nós temos que [entender] a posição de cada um desses stakeholders para ver como podemos agir da melhor forma”*.

Entrevistado C2: *“Quando eu me coloco no papel da operadora, eu digo: esses caras tem razão de fazer o que eles fazem... eles dão um cheque em branco todos os dias... O paciente paga o plano de saúde e não [se preocupa com questão financeira de cada procedimento, e segue as recomendações]... porque a confiança vem do médico. Então o médico pode dar um grande resultado para o hospital ou um grande prejuízo. E da mesma forma para a operadora”*.

Entrevistado C2: *“Há algo na saúde que é primordial e poucos têm: chama-se confiança.... Hospitais, área de diagnósticos e operadoras, todos se relacionam bem. Veja quantos conseguem desenvolver coisas em conjunto. Nenhum. E de máximo interesse de todos. Por quê? Porque um não confia no outro”.*

Entrevistado C2: *“Nós estamos com uma estratégia de, junto com outros hospitais, começar a pensar em uma forma de remuneração diferenciada, em que cada um ganharia no seu core business. Nós, como um hospital, não gostaríamos mais de [ter uma margem financeira] nos materiais médicos... faz vinte a trinta anos que o mercado da saúde é assim [os hospitais estão habituados a ter uma margem financeira nos materiais médicos]... Nós queremos ganhar na assistência”.*

Outras citações denotam a necessidade de adaptação das técnicas de gestão para uma adequada aplicação no setor de saúde, particularmente nas organizações de uma comunidade, sem fins lucrativos:

Entrevistado C1: *“Em um hospital de comunidade, a responsabilidade que eles [da associação] têm é imensa [citou números relacionados ao patrimônio e à receita]. Então eles pensam: [se ocorrer algo de errado], quem segura isso?... Se for analisar, é de arrepiar. Porque [alguns hospitais de comunidade] se tornaram mega-estruturas, grandes, complexas, e que não têm dono. Mas [cada um] precisa ter a expressão da vontade do dono, que deveria ser a expressão da comunidade que dá suporte àquele hospital. Só que, muitas vezes, [essa vontade] é representada pela pessoa que está dirigindo [o hospital]”.*

Algumas citações discutem os papéis e relacionamento entre médicos e gestores no setor de saúde:

Entrevistado C2: *“Hoje eu tenho uma convicção muito grande que cada um deve estar no seu lugar [médico na atividade assistencial e gestor na área de negócios]. Mas também tenho a convicção que esses dois profissionais devem trabalhar muito juntos. Porque o gestor precisa do médico, e o médico precisa do gestor”.*

Entrevistado C2: *“Você já ouviu, na saúde, que médico e gestor não falam a mesma língua. Parece que um fala grego e outro, italiano”.*

Entrevistado C2: *“Na área da indústria e serviços, em 90 ou 120 dias, [um gestor] já está adaptado. Na área da saúde, ele leva entre um a dois anos para aprender. O gestor não se tornará um médico,*

ele não vai saber tudo, mas ele passa a entender o médico, e a poder ajudá-lo naquilo que é sua expertise [de gestão]”

Entrevistado C2: *“Alguns médicos perceberam [suas limitações no conhecimento sobre gestão empresarial], e procuraram fazer cursos de gestão. Hoje, eles estão coordenando áreas. Além de serem médicos, eles precisam entender de negócios, porque são cobrados por resultados”.*

6.4.2.3.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica

A organização C apresenta características de um processo deliberado - e participativo - de planejamento estratégico. Este considera, de maneira balanceada, a abordagem baseada nos recursos e a mercadológica:

Entrevistado C2: *“O Superintendente Executivo [desenvolve a estratégia], senta com o conselho [de administração] e aprova a estratégia. Ao aprovar a estratégia, ele vem a mim,... e alinhamos a operação, como nós faremos para a [estratégia] descer e permear no sistema”.*

Entrevistado C1: *“A questão estratégica do hospital tinha [em 2006] duas grandes vertentes: uma voltada para a governança e outra voltada para mercado, para definição do posicionamento. Em 2006, nós avaliamos internamente a instituição, seus pontos fracos e fortes, a composição do corpo clínico e quais eram as grandes referências que tínhamos nas diversas especialidades médicas”.*

Entrevistado C1: *“Em 2006, depois que fizemos essa avaliação [interna]... nós fomos olhar o mercado: onde estavam as oportunidades e como elas se estabeleciam, quem eram os principais concorrentes e que tipo de posicionamento eles tinham. Fizemos uma certa avaliação da população num raio de 8 km do hospital, e como isso se comportava. Depois olhamos a prevalência de doenças e como elas aconteciam. [Essas análises objetivaram] olhar o ambiente externo”.*

Entrevistado C1: *“Isso não era suficiente para definir um posicionamento. Na verdade, era um roteiro, um indicador forte. Então procuramos a [consultoria X]... para revisar, checar e testar o posicionamento... [Nesse projeto], nós juntamos algumas lideranças da casa e fizemos reuniões, em que apresentamos [o posicionamento], e pedimos críticas e sugestões. Depois reunimos em torno de 150 médicos do corpo clínico, por especialidade, para que cada grupo dissesse para onde irá a especialidade, independente se ela era foco ou não... e fizemos uma correlação*

para saber se aquilo que estávamos pensando [fazia sentido]. Depois realizamos workshops com todo esse pessoal [citou 120 médicos, além de enfermeiros, engenheiros, colaboradores e conselheiros], em que fizemos duas grandes atividades: primeiro,... definimos as principais características da história do hospital e, a partir daí, identificamos seus pontos fortes... e depois apresentamos o posicionamento, para eles criticarem. Foi muito interessante, porque nós tínhamos enriquecido o roteiro [do posicionamento] com o que havíamos ouvido de todo mundo, e pudemos discutir de forma interdisciplinar... [Como decorrência desse processo], definimos o posicionamento, que foi, com alguns retoques, aquele que eu falei: atuar em toda a cadeia da saúde, e ter referência nas cinco áreas”.

Entrevistado C1: *“A ideia era atuar em toda a cadeia da saúde, desde a educação e prevenção até o seguimento de doenças. E fazer isso com foco em algumas áreas. Estas obrigatoriamente deveriam respeitar duas grandes questões: primeiro, o que o hospital tinha condições de fazer e o que já fazia bem; e a outra questão era a prevalência das doenças. Ou seja, não adianta fazer muito bem algo [e colocar foco em alguma especialidade] se ela não tiver prevalência”.*

A despeito de um processo deliberado, a organização C apresenta flexibilidade - com foco - para ações estratégicas emergentes:

Entrevistado C2, ao ser questionado sobre projetos estratégicos não-previstos no período corrente: *“O nosso orçamento, tanto de custeio como de investimentos, a rigor é nossa cartilha. Mas nós não somos radicais a isso. Todo projeto que vem, que está dentro do nosso planejamento estratégico, [alinhado ao] posicionamento estratégico que foi definido,... e faz parte dos objetivos estratégicos,... é [submetido a] uma análise de viabilidade... e levado ao conselho... Se o negócio for bom, nós fazemos, independente de estar orçado ou não”.*

6.4.2.3.3. Conteúdo da gestão estratégica

A organização C apresenta posições estratégicas bem definidas:

Entrevistado C2, ao ser questionado sobre o plano de expansão: *“Nós aumentaremos algo como 70 leitos. Nós não queremos passar de 350 leitos. O que estamos fazendo é uma modernização das nossas instalações... Nós não queremos ser um hospital enorme. Queremos ser um hospital que atende bem nas especialidades que tem. Queremos ser o melhor nas cinco áreas [definidas no posicionamento estratégico]”.*

Entrevistado C2: *“O diagnóstico é muito importante, ele é essencial. Mas não é nosso core business... Nós não sairemos colocando postos de diagnósticos por toda a área. Se você me perguntar: vocês podem um dia fazer a gestão [de unidades de atendimento de medicina diagnóstica]? Vamos imaginar que viesse aqui um plano de saúde e dissesse: nós vamos implementar áreas de diagnóstico na Zona Sul, Zona Leste, Zona Norte e Zona Oeste. Vocês querem ser meus sócios? Não. Querem fazer a gestão para mim? Fazemos... ou até podemos fazer. Porque pode ser uma forma de captação [de pacientes]... O nosso negócio é: cirurgia de alta complexidade”.*

A governança corporativa foi uma das duas principais iniciativas estratégicas dos gestores da alta administração, ao assumirem seus cargos. Isso reforça a importância de tratar a governança como um dos elementos críticos da gestão estratégica:

Entrevistado C1: *“A questão estratégica do hospital tinha [em 2006] duas grandes vertentes: uma voltada para a governança e outra voltada para mercado, para definição do posicionamento... Tivemos que trabalhar a governança, porque [antes de 2006] não havia um papel de governança. Mas, os conselheiros, cômicos de suas responsabilidades junto à comunidade, [atuavam em questões de execução]... Então nós tivemos um primeiro momento importante, que foi estabelecer internamente outro modelo de gestão”.*

Entrevistado C1: *“Nós fizemos uma análise do conjunto da associação. [Identificamos] quem são nosso sócios, de onde eles vêm, que idade eles têm. Contratamos a [consultoria Y], que fez um diagnóstico da situação e uma proposta de implementação de governança. A ideia era bastante ousada: o hospital dos próximos 25 anos em termos de governança. Porque em governança devemos pensar mais longe do que no planejamento operacional. Nós identificamos que o hospital tem 170 sócios, [muitos] em idade avançada,... e [apresentava] um exercício de governança que se confundia com a execução”.*

Entrevistado C2: *“Estrategicamente, nós estamos preparando nossa governança corporativa dentro do conselho. Isso é extremamente importante”.*

A organização C adota o *balanced scorecard* como ferramenta de monitoramento do desempenho estratégico:

Entrevistado C1: *“Usando a ferramenta do balanced scorecard [implantado em 2007], nós desenhamos a matriz estratégica para definir os objetivos estratégicos que dariam corpo ao*

posicionamento [estratégico]... Nós começamos pelo orçamento [de custeio e investimento], pela satisfação dos clientes [avaliação dos clientes pelos serviços prestados] e com alguns indicadores de qualidade assistencial que já eram medidos no hospital”.

Entrevistado C1: *“Nós começamos a realizar um acompanhamento mensal do orçamento [de custeio] e um acompanhamento trimestral do orçamento de investimento... estabelecido e aprovado pelo conselho... Nós começamos a criar uma cultura de acompanhamento, que não havia”.*

Entrevistado C2: *“A estratégia emana da superintendência executiva... e a operação da estratégia permeia por intermédio de cada superintendente [operacional, sustentabilidade social, assistencial e desenvolvimento institucional]. E isso dentro de um mapa estratégico que nós criamos, com 21 objetivos [estratégicos], sustentado pelos quatro pilares [do balanced scorecard]: mercado, financeiro, processos internos, e aprendizado e conhecimento”.*

Entrevistado C2: *“Para cada um dos 21 objetivos nós temos um guardião. Dentro desses guardiões estão os superintendentes, gerentes corporativos e outros gerentes... Cada um dos objetivos, além de ter um guardião, também tem uma pessoa que cuida das iniciativas, e outra que cuida dos indicadores”.*

A execução da estratégia é uma das principais questões estratégicas atuais da organização C:

Entrevistado C1: *“Na gestão da estratégia, há uma questão que é muito complicada. Em geral, nós entregamos um objetivo estratégico para uma liderança, que é uma pessoa chave dentro da instituição. No entanto, essa pessoa chave tem compromissos operacionais. E qual é a grande dificuldade? É que a prioridade sempre estará no objetivo operacional... Isso é um grande problema,... nós estamos com muita dificuldade nisso... Tirar o posicionamento do papel, fazer com que ele aconteça, desenvolver os projetos que darão corpo aos objetivos estratégicos não é uma coisa fácil”.*

Entrevistado C2: *“Esse hospital sempre foi de excelência, mas estava precisando... de uma visão [de execução] que pudesse permear pelo sistema todo”.*

6.4.2.3.4. Discussão: estudo de caso C

A organização C apresenta características de uma configuração organizacional do tipo máquina. A estrutura de poder tende a ser centralizada

na alta administração, formada principalmente por profissionais não-médicos. É uma organização madura, que atua em um ambiente externo relativamente estável, com profissionais de alta qualificação e modelo aberto de corpo clínico.

O processo dominante de formulação da estratégia é o planejamento estratégico, que ocorre por meio das abordagens mercadológica e baseada nos recursos. O processo decisório tende a ser deliberado, em que a organização impulsiona as ações estratégicas.

As posições estratégicas são bem definidas. A execução da estratégia é uma das principais questões estratégicas da organização C. Ela utiliza o *balanced scorecard* para monitoramento do desempenho estratégico. A principal contribuição à pesquisa sobre o conteúdo da estratégia foi a governança corporativa.

O estudo de caso C mostrou um alinhamento entre o tipo de organização e o modelo de formulação da estratégia, conforme proposição da pesquisa.

Ele ressaltou a necessidade de adaptação das técnicas de gestão para uma aplicação no setor de saúde, particularmente ao considerar o equilíbrio entre os resultados financeiros e sociais em organizações sem fins lucrativos. A complexidade de gestão foi identificada como uma questão relevante, em função das seguintes particularidades: lógica de consumo, lógica de geração de receita, dificuldades inerentes ao modelo de corpo clínico aberto e complexidade nas interações entre os diferentes. O estudo também identificou a necessidade de alinhamento entre as responsabilidades dos médicos e gestores.

6.4.2.4. Análise do caso D

A organização D é uma empresa privada, com fins lucrativos, de grande porte (acima de 800 leitos e receita superior a R\$ 500 milhões) e que atua na área hospitalar. Ela foi fundada em 1938 por um grupo de médicos, e sua sede está localizada em São Paulo (SP). Possui três unidades hospitalares em São

Paulo (SP). A alta administração é composta principalmente por profissionais não-médicos.

Nesse estudo de caso, foi entrevistado o presidente (entrevistado D1). A compilação da entrevista é apresentada no anexo 7.

6.4.2.4.1. Contexto da gestão estratégica

Algumas citações da entrevista mostraram particularidades da formação médica e seus impactos na gestão estratégica:

Entrevistado D1: *“O médico é imediatista, porque define a solução naquele momento e aplica [exemplificou com um procedimento cirúrgico]... ele é meio parecido com o acadêmico puro... que também tem um grande corporativismo e um jogo de egos e vaidades por vezes exagerado”.*

Entrevistado D1: *“O processo de decisão do médico é aqui e agora. Ele não faz planejamento estratégico... ele entra em uma emergência e tem que resolver”.*

A organização D realizou transição de uma empresa familiar para uma gestão independente (também conhecido como processo de profissionalização da gestão):

Entrevistado D1, ao comentar sobre essa transição: *“Para a organização, é um ciclo de mudança... para os acionistas, é um ciclo de vida... em que claramente você [subentende o pensamento dos acionistas]: eu quero que meu legado continue. Isso vale mais que qualquer dividendo”.*

Nesse processo, de maneira geral, há uma transição de uma organização empreendedora para uma organização máquina, segundo terminologia adotada nesse trabalho. Alguns comentários endossam essa questão:

Entrevistado D1: *“O processo de decisão, seja estratégico ou não,... nas empresas familiares, passa por um processo em que a liderança e a instituição, de maneira geral, estão sempre em uma posição confortável porque o dono diz o que elas têm que fazer... Esse é um comportamento estabelecido, mas não necessariamente resistente. Então [adotamos] o conceito que quanto mais envolvemos as pessoas, mais elas se sentem parte daquilo que estamos dizendo”.*

Entrevistado D1: *“Nosso grande desafio continua sendo fazer com que os líderes se sintam parte do processo decisório. Nós ainda temos uma cultura de empresa familiar... Quando as empresas familiares passam por um processo de profissionalização, ocorrem dois choques. Primeiro, o dono precisa se conter. Aí, é pura governança. Segundo, que é maior do que esse... é a liderança sair da inércia de que alguém têm que falar o que ela deve fazer”.*

6.4.2.4.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica

A organização implantou em 2009 um novo processo de planejamento estratégico:

Entrevistado D1: *“Nós chamamos 2009 do ano da mobilização interna, e nosso grande trabalho nesse ano foi: implantar o primeiro ciclo estratégico, coincidindo com uma adequação de estrutura e entendimento das competências”.*

Entrevistado D1: *“[2009] foi o primeiro ano que nós utilizamos uma metodologia clara e participativa para desenvolver o plano estratégico”.*

Entrevistado D1: *“Nosso ciclo orçamentário desse ano [2010] ficou pronto com uma base estratégica conhecida. Quando o orçamento estava pronto, também estavam prontos todos os planos de ação para chegar nos números [orçados]. Isso nunca havia sido feito”.*

Esse novo processo adota uma abordagem tipicamente deliberada (conclusão reforçada pela visão geral do processo de planejamento estratégico, conforme figura D1 do anexo 7), com efetiva participação do time gerencial:

Entrevistado D1: *“O envolvimento é fundamental... se não houver envolvimento, [a estratégia] top-down não dá certo. Nós chegamos à conclusão que, se chamarmos uma [grande consultoria de estratégia] para discutir planejamento estratégico, e depois realizar a divulgação, [isso não funciona]”.*

Entrevistado D1: *Nós vivemos o drama que toda empresa tem: comunicação interna”. “Uma vez por mês, nós reunimos 100 pessoas, que são todos do nível de supervisor para cima, para falar e discutir a estratégia... Nós também montamos uma rede de comunicadores para ajudar na comunicação interna, sem qualquer líder nessa rede, e que funciona como uma rádio-peão oficial”.*

6.4.2.4.3. Conteúdo da gestão estratégica

A organização D apresenta posições estratégicas bem definidas:

Entrevistado D1: *“Nosso negócio é tratar a doença”.*

Entrevistado D1: *“Do ponto de vista do modelo de negócios, nós não temos a competência para ser verticalizado [na direção das operadoras de planos de saúde]. O modelo de negócios dos planos de saúde é um, e do hospital é outro, completamente diferente... [citando outra fonte]: os hospitais estão preocupados com a doença, e os planos estão preocupados com a saúde. São duas questões completamente distintas. Nós não temos competência para atuar nos dois [simultaneamente]. O nosso posicionamento é: rede de hospitais. Nossa preocupação é tratar pessoas”.*

A organização D considera a adoção de boas práticas de governança corporativa como uma condição necessária para uma efetiva gestão estratégica. Isso reforça a importância de tratar a governança como um dos elementos críticos do conteúdo da estratégia:

Entrevistado D1: *“Primeira coisa [para a gestão estratégica]: implanta-se um processo de governança corporativa claro e transparente, como regem as normas de boa governança corporativa”.*

Entrevistado D1: *“[Em 2007], nós começamos um trabalho muito efetivo na governança corporativa. Definimos claramente o papel do conselho [de administração],... e [formamos] cinco comitês... Ficou definido que, num processo de profissionalização [da gestão],... todos os membros da família [dos acionistas] deixariam as funções executivas. [Atualmente] os acionistas ocupam duas cadeiras no conselho, e as demais cadeiras são de conselheiros independentes [sendo que um desses conselheiros representa os sócios minoritários]. Isso traz visões do mundo externo para a organização, que é importantíssimo para a definição de qualquer decisão estratégica e de futuro da empresa”.*

A organização D utiliza o *balanced scorecard* como ferramenta de monitoramento do desempenho estratégico:

Entrevistado D1: *“Nós utilizamos o balanced scorecard. Implantamos agora [2009]... com as quatro perspectivas, indicadores, planos de ação e responsáveis”.*

A execução da estratégia e a consolidação das lideranças gerenciais são as principais questões estratégicas atuais da organização D:

Entrevistado D1: *“O executivo, seja em que cadeira estiver, não vai olhar somente o médio e longo prazo. Tem o hands-on daquele momento, tem que fazer acontecer. Aliás, a maior parte das estratégias falha por falta de execução”.*

Entrevistado D1: *“Não dá para falar de estratégia sem associar à questão das competências que a organização tem, e sua estrutura [organizacional]. Muitas vezes nos deparamos com decisões simples,... porém ficávamos confusos se o processo não andava porque a estrutura não colaborava, ou se a estrutura não colaborava porque o processo não andava”.*

Entrevistado D1: *“A nossa pirâmide [organizacional], assim como em qualquer hospital, é muito larga. Nós temos trinta e poucos gerentes para 4500 funcionários. Nós contamos com pouca gente [para executar a estratégia]. Então nós precisamos de lideranças de fato, para contaminar positivamente [todos esses funcionários]”.*

6.4.2.4.4. Discussão: estudo de caso D

A organização D apresenta características de uma configuração organizacional empreendedora (típica de uma empresa familiar) que está em transição para o tipo máquina. A estrutura de poder tende a ser centralizada na alta administração, que é formada principalmente por profissionais não-médicos. É uma organização madura, que atua em um ambiente externo relativamente estável, com profissionais de alta qualificação e modelo aberto de corpo clínico.

O processo dominante de formulação da estratégia é o planejamento estratégico. O processo decisório tende a ser deliberado, em que a organização impulsiona as ações estratégicas.

Muito embora o entrevistado tenha citado elementos associados às abordagens mercadológica e baseada nos recursos, o pesquisador entende que o processo de desenvolvimento estava em consolidação no momento da pesquisa de campo. Por isso, ele considera que a pesquisa de campo não mostrou evidências que denotam a preponderância de uma dessas abordagens, ou mesmo a adoção de ambas.

As posições estratégicas são bem definidas. A execução da estratégia e a consolidação das lideranças gerenciais são as principais questões estratégicas da organização D. Ela utiliza o *balanced scorecard* para monitoramento do desempenho estratégico. A principal contribuição à pesquisa sobre o conteúdo da estratégia foi a governança corporativa.

O estudo de caso D mostrou um alinhamento entre o tipo de organização e o modelo de formulação da estratégia, conforme proposição da pesquisa.

Ele permitiu identificar algumas características dos médicos com potenciais impactos na gestão estratégica: imediatismo, dificuldade para planejar a longo prazo e corporativismo.

6.4.2.5. Análise do caso E (1961 a 2008)

A organização E é uma empresa privada, com fins lucrativos e capital aberto, de grande porte (receita superior a R\$ 1 bilhão) e que atua na área de medicina diagnóstica. Ela foi fundada em 1955 por dois médicos, e sua sede está localizada em Barueri (SP). Possui mais de 300 unidades distribuídas em doze estados e no Distrito Federal. A alta administração é formada por principalmente por não-médicos (somente o vice-presidente médico é médico).

Nesse estudo de caso, foram entrevistados o atual presidente (entrevistado E1), o ex-presidente e ex-presidente do conselho de administração (entrevistado E2) e o vice-presidente médico (entrevistado E3). A compilação das entrevistas é apresentada no anexo 8.

Essas três entrevistas mostraram a transição de uma organização empreendedora para uma organização máquina. A análise da configuração empreendedora é realizada neste tópico.

6.4.2.5.1. Contexto da gestão estratégica

A evolução da organização E pode ser dividida em três fases. Na primeira fase (1961 a 1999), a direção estratégica era definida pelos sócios proprietários da empresa. A segunda fase (1999 a 2008) corresponde ao

período de profissionalização, aporte de capital externo (por meio de *private equity* e abertura de capital), e um crescimento progressivo orgânico e por aquisições. A terceira fase (2009 até hoje) considera o período de gestão totalmente externa e controle acionário pulverizado. O entrevistado E1 descreve essas três fases:

Entrevistado E1: *“Eu divido a [organização E] em três fases... O [primeiro] momento foi do início da década de 60, quando o Dr. D. criou o laboratório, até 1999, quando o Dr. D. saiu, o Dr. A ficou como maior acionista, e entrou o [Banco] P. [no papel de private equity ou fundo de investimentos em participações]. Esse foi o primeiro grande movimento para [a organização E] se tornar uma empresa profissionalizada... A fase 2 foi de 1999 a 2008... [com foco em] crescimento por aquisições, [por meio] de uma série de novas unidades, [inclusive] mega-unidades e expansão regional... Foram feitos grandes investimentos. Primeiro ela usou o dinheiro que o [Banco] P. aportou, depois foi o IPO [abertura de capital], depois foi o follow-on, depois foi uma debênture, e depois um bond internacional. A [organização E] foi se financiar no mercado para crescer... A fase 3 começou no final de 2008 e início de 2009... [a empresa estava com o capital pulverizado] e os investidores... acharam que a empresa poderia ser mais eficiente, com uma melhor performance e com melhor retorno sobre o capital empregado”.*

A análise desse tópico contempla as duas primeiras fases, em que a organização E apresentava características de uma configuração organizacional empreendedora.

Os comentários a seguir mostram o contexto histórico da evolução da empresa, segundo a ótica do fundador:

Entrevistado E2: *“[Nos anos 70], inicialmente a preocupação não era o tamanho. A percepção que se tinha, desde o dia zero, é que [a medicina diagnóstica] era um mercado carente, que estava sendo provido de uma maneira similar nos últimos 60 anos. E que estava sendo atingido por uma revolução tecnológica brutal”.*

Entrevistado E2: *“A segunda motivação , que também estava clara nos anos 70, era que a evolução da medicina só poderia ser acompanhada de uma evolução da área diagnóstica... [Naquela época], o vocabulário da anamnese e do exame físico estava muito pequeno perante as novas doenças e as novas entidades que estavam sendo descobertas... O médico [realizava] uma atividade muito artesanal, em que o acúmulo de conhecimento e experiência fazia uma diferença enorme na hora da decisão médica”.*

Entrevistado E2: “[Nessa época], o Brasil vivia a elitização da medicina. Poucas pessoas tinham acesso... porque [a medicina] era cara e [havia] poucos profissionais para prestar [o serviço]”.

Entrevistado E2: “A [minha] ideia [ou visão] foi que: esse mercado vai crescer, as pessoas vão precisar de diagnóstico; diagnóstico não é só laboratório,... [pois] podíamos prever que a associação dos dois [imagem e laboratório] daria uma informação melhor do que separados. [Assim], o que eu precisava entregar não era um número [ex.: taxa de glicemia], mas sim um conhecimento... em medicina diagnóstica... Então, era claro que nós tínhamos que entregar conhecimento,... e integração de dados para o paciente”.

Entrevistado E2: “A primeira equação na época era: existe uma demanda de algo que não tem no mercado, possível de ser feita, e que não pode ser somente de uma elite. Desde o dia zero, nossa visão era de atender todas as classes sociais”.

Entrevistado E2: “Naquele momento, começaram as primeiras grandes redes de laboratórios nos Estados Unidos... [Havia] uma grande consolidação de laboratórios... Por quê?... As máquinas novas tinham uma tecnologia de ponta, uma eficiência e uma [acurácia] muito melhor do que o processo artesanal... Mas havia um problema: o custo [dos equipamentos],... mas a produção era enorme... Então a equação a resolver era: para eu ter essa máquina, preciso ter volume”.

Entrevistado E2: “Então tinha a tecnologia vindo; uma demanda não atendida, porque era só uma elite; e uma visão de que era necessário integrar [imagem com laboratório]. Em 1982, nós criamos a primeira associação entre análises clínicas e imagem”.

Entrevistado E2: “Se você equacionasse o volume, você democratizaria o uso e, ao mesmo tempo, melhoraria a qualidade... A evolução da marca D. nos anos 80 foi: buscar volume e centralizar. Nossa primeira unidade central foi [implantada] em 1986... em um prédio horizontal e integrado. E a surpresa ou a sorte, foi que a [evolução] da tecnologia foi absolutamente maior do que imaginávamos... e [praticamente] nos empurraram para frente”.

Entrevistado E2: “E tinha um desafio: o tempo... Porque, nessa época [anos 90], a consolidação [nos EUA] foi frenética, e se falava muito em laboratório americano vindo para cá, e tomando conta do mercado... Mas havia um gap [nos laboratórios americanos]: enquanto eles não juntassem imagem com análises clínicas, eles também não teriam a unidade de atendimento. [Nos EUA], o laboratório atendia o médico... [ou seja], o cliente do laboratório era o médico. Para nós, o cliente do laboratório era o paciente”.

Entrevistado E2: “Qual era o medo? Era que alguém fizesse antes [o processo de consolidação dos laboratórios e o ganho de escala resultante]”.

Entrevistado E2: “Havia uma [outra] realidade... Apareceu uma terceira figura [além do médico e do paciente], que começou pequena e foi crescendo: as [operadoras de] planos de saúde... A minha preocupação sempre foi a seguinte: como [o paciente] se relaciona com [a operadora]... Então a pergunta era: como [a operadora] vende para [o paciente]?... [As operadoras] ofereciam três padrões de planos de saúde, [e diziam]: de acordo com o que você vai pagar por mês, você vai ter acesso a [diferentes padrões de] provedores. [Logicamente], os mais caros eram os mais preferidos... Então o importante era a percepção de quem ia comprar o convênio: por isso [o foco foi] no paciente”.

Entrevistado E2: “Eu sabia da segmentação [dos planos de saúde]: ou seja, é impossível uma marca A atender uma classe C, ela não tem custo para isso. Mas não tem importância. Porque os valores do C não são iguais aos valores do A. O C não olha o mármore. Só o acesso já é uma coisa importante.... [Então] eu fiz exatamente como uma empresa de aviação: você voa no mesmo avião [e o laboratório oferece a mesma qualidade]... [porém pode escolher entre a primeira classe, executiva ou econômica, o que corresponde aos diferentes padrões de atendimento nas unidades]... Só que eu cheguei num impasse: eu não podia trabalhar com uma [única] marca... Então eu tinha que ter [outras] marcas. [Para tanto], eu tinha que saber quais eram os atributos que [as classes A, B e C] valorizavam. Isso eu copieei do avião [como referência à primeira classe, executiva e econômica]... O conceito de multimarca é natural se você entender [as diferentes necessidades dos pacientes das classes A, B e C]”.

Entrevistado E2: “Você acha que um plano de saúde vai colocar [ou seja, credenciar] uma marca que não representa nada para o paciente [em determinada região geográfica]? [Não]... Então adianta a marca D. ir para o Rio [de Janeiro]?... Nenhum [paciente] conhece a marca D. no Rio... Então é por isso que a multimarca existe, e é regional. Eu tinha que fazer aquisições... [porque] não tinha como ir [para outros estados], eu precisava de uma porta [de entrada]... [Sem a marca regional], eu não entrava em nenhum lugar”.

Entrevistado E2: “O financiamento no Brasil era inexistente. Juros altíssimos... [Nessa época], começaram a aparecer os primeiros [fundos de] private equity aqui... Eu fiquei uma semana em Chicago [onde meu filho estudava MBA] para [aprender] sobre private equity. Aí eu entendi que era a ferramenta que eu precisava”.

Entrevistado E2: *“Foi uma história construída, e tupiniquim. Porque não tinha modelo disso [em outro lugar do mundo]. Quando os americanos chegaram para fazer o private equity,... [eles disseram]: ‘Está tudo certo. Só temos uma [objeção]. Isso não existe no mundo. Então, nós concordamos em fazer o aporte financeiro, desde que você venda a imagem’... Eles não entenderam nada do que estava falando. [Porque] se fosse para vender a imagem, eu não precisaria deles... [Depois de algumas conversas com os principais laboratórios do mundo], eles aceitaram fazer [o investimento]”.*

6.4.2.5.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica

A formulação da estratégia na configuração organizacional empreendedora é decorrente da visão estratégica do líder. Essa questão é evidenciada nos seguintes comentários das entrevistas:

Entrevistado E3: *“O Dr. C. [fundador da organização E] tinha uma visão estratégica muito bem definida. Por volta de 1985, ele era sócio do Dr. H., no Laboratório D.A.. Eles começaram [a oferecer], junto com o laboratório [de análises clínicas], serviços de imagem, de cardiologia e outros métodos diagnósticos... Na época, o Laboratório Elkis foi pioneiro a oferecer cardiologia junto com o laboratório... A visão do Dr. C. era de que o laboratório deveria atender toda a necessidade diagnóstica do paciente, ou seja, todo o pedido médico após uma consulta”.*

Entrevistado E3: *“Em 1991 ou 1992, o Laboratório D.A. começou a fazer mega-unidades. Esse foi um conceito próprio do Dr. C., de fazer uma unidade grande, que tivesse todos os recursos juntos, de tal maneira que atendesse a necessidade do paciente [de exames de imagem e análises clínicas]. Eu não tenho dúvida que esse é um fator de sucesso da [organização E]... Esse [conceito nasceu] com foco no cliente, e não no prestador de serviço”.*

Entrevistado E3: *“[O modelo de integração de imagem com análises clínicas], no mundo inteiro, ainda hoje é questionado. A [organização E] é pioneira [nesse modelo] no mundo, em larga escala... Existe uma resistência dos profissionais [médicos], que vêem a sua especialidade como um processo único”.*

Entrevistado E3: *“Havia outra visão estratégica: os preços [dos serviços de saúde] iriam se reduzir progressivamente. E, nós tínhamos que buscar oportunidades de redução de custos em todas nossas ações”.*

Entrevistado E3: “A visão estratégica do Dr. C. era que, para [uma empresa de medicina diagnóstica] crescer, tinha que trazer capital. Como trazer esses recursos? Então ele fez um plano lá atrás, de transformar a empresa numa S.A. [sociedade anônima], adquirir [outras empresas] e, quando tivesse porte, abrir o capital [que ocorreu em 2004]”.

Entrevistado E3: “[Em 2001] se fez uma estratégia multimarca... com [diferentes] níveis de atendimento [aos clientes em cada marca]... mas o processo técnico é o mesmo... É o mesmo conceito do avião: o produto técnico é o mesmo [ex.: pontualidade e segurança]... são três atendimentos diferentes [primeira classe, classe executiva e classe econômica]... e se paga uma diferença de preço muito grande... Mas [o passageiro] pesa a mesma coisa para o avião... Essa explicação do avião é do Dr. C.... Seria antiético o produto técnico ser diferente”.

Entrevistado E2: “Tudo o que foi feito, qualquer coisa... eu fiz para integrar [imagem com análises clínicas], entregar conhecimento... e atingir todas as classes sociais com a mesma qualidade. Para fazer isso, você precisa de três coisas:... um corpo médico fantástico,... uma infra-estrutura e uma organização profissionalizada,... e um suporte econômico de longo prazo”.

Entrevistado E2: “Se eu não acreditasse nisso, eu não faria a [organização E]... Porque houve momentos difíceis [citou vários exemplos e circunstâncias]”.

Entrevistado E2: “Não tem segredo. [O crescimento bem-sucedido do grupo] foi [baseado em] uma série de eventos e uma série de perseguições de ideias, que eram [relacionadas] à modificação do modelo de negócios que existia [nos anos 70 e 80]”.

Esses comentários também apontam características de uma consideração balanceada da abordagem baseada nos recursos e a mercadológica. No caso da organização E, o líder empreendedor tinha uma percepção bastante clara do mercado e buscou os recursos necessários (principalmente financeiros e humanos) para viabilizar sua visão estratégica.

6.4.2.5.3. Conteúdo da gestão estratégica

O pensamento do líder é uma questão estratégica típica da configuração organizacional empreendedora:

Entrevistado E2: *"[Para] 90% das pessoas que estavam lá, eu não precisava nem falar o que eu queria... Elas já sabiam exatamente [o que fazer]. Porque eu não tinha condições de estar com as 14.000 pessoas [do grupo]. E, às vezes, a decisão é tomada pelo nível mais baixo [da estrutura organizacional]"*.

Entrevistado E3: *"O Dr.C.... pegava os livros [sobre gestão] com algumas novidades ou abordagens,... distribuía para [os líderes] e depois fazia seminários de discussão, para discutir como aquelas ideias se traduziam dentro do nosso negócio"*.

Diversos comentários reforçam a relevância da definição de um modelo de negócios claro e explícito para uma efetiva gestão estratégica:

Entrevistado E2: *"A [organização E] tem 7% do mercado. Você não precisa ficar preocupado com seu concorrente. Precisa ficar preocupado com seu modelo [de negócios]. Se você tiver fora do modelo [ou seja, tomando decisões não alinhadas ao seu modelo de negócios], uma hora você cai"*.

Entrevistado E2: *"A minha preocupação sempre foi a seguinte: se o modelo de negócios está certo"*.

Entrevistado E2: *"O que determina sua vulnerabilidade é seu modelo de negócios e a concorrência. E se você olhar a concorrência, não olhe para cima [os concorrentes com posicionamento superior], olhe para baixo. Porque, em geral, quem inova é quem mais precisa, que vem [evoluindo]. Então você tem olhar o que está acontecendo embaixo"*.

Entrevistado E3: *"Os pontos fortes da [organização E] são: volume [ou seja, escala], gestão, desenho estratégico [ou seja, modelo de negócios] e resultados"*.

A organização E utiliza o *balanced scorecard* desde a sua fase de configuração organizacional empreendedora:

Entrevistado E2: *"Nós trabalhamos a vida inteira com balanced scorecard e processos... Quando você trabalha por processos e tem uma expansão rápida, é muito fácil, porque você só reproduz [os processos definidos]"*.

A integração organizacional também foi identificada como uma das questões estratégicas da organização E no período analisado:

Entrevistado E3: *"Quebrar as lojinhas [no sentido de promover a integração entre departamentos e pessoas] foi outro objetivo"*.

estratégico. [Ou seja], juntar todos, focar no paciente e quebrar as estruturas individualistas”.

6.4.2.5.4. Discussão: estudo de caso E (1961 a 2008)

A organização E apresentava características de uma configuração organizacional do tipo empreendedora em sua primeira fase (1961 a 1999). Na segunda fase (1999 a 2008), ela também pode ser considerada como uma organização principalmente empreendedora, porém em transição gradual para uma configuração organizacional do tipo máquina. A estrutura de poder estava centralizada no líder empreendedor. A alta administração era formada por profissionais médicos (líder empreendedor e vice-presidência médica) e não-médicos (nas demais áreas). A organização amadureceu nesse período, e atuou em um ambiente externo relativamente dinâmico, particularmente no período de transição tecnológica da medicina diagnóstica. Ele contava com profissionais médicos de alta qualificação.

O processo dominante de formulação da estratégia foi a visão estratégica do líder empreendedor, que ocorreu por meio das abordagens mercadológica e baseada nos recursos. O processo decisório era basicamente deliberado, em que o líder impulsionava as ações estratégicas.

As posições estratégicas eram flexíveis, porém alinhadas à visão estratégica. O pensamento do líder e a integração organizacional foram as principais questões estratégicas identificadas. A organização E utilizava o *balanced scorecard* para monitoramento do desempenho estratégico. A principal contribuição à pesquisa sobre o conteúdo da estratégia foi o modelo de negócios.

O estudo de caso E, em sua fase empreendedora, mostrou um alinhamento entre o tipo de organização e o modelo de formulação da estratégia, conforme proposição da pesquisa.

6.4.2.6. Análise do caso E (2009 até hoje)

A análise da organização em seu estágio de organização máquina é realizada a seguir.

6.4.2.6.1. Contexto da gestão estratégica

Alguns comentários abordam a gestão de uma empresa na área da saúde, em particular a questão da profissionalização da gestão:

Entrevistado E3: *“Hoje os investimentos [para montar um hospital ou uma empresa de medicina diagnóstica] são astronômicos, e a gestão tem que ser totalmente profissionalizada, para as empresas terem retornos sustentáveis”.*

Entrevistado E2: *“A valorização do médico [era uma das prioridades]. Não existe uma empresa como essa se não tiver médicos bons. O médico bom não é necessariamente o maior professor universitário. É um médico que entendeu que a função dele era essa: ser médico. Vários médicos queriam vir aqui para trabalhar na área financeira. Eu dizia: você pode até [atuar na área financeira], mas tem que ser melhor do que o financeiro. Financeiro não é médico. Eu preciso de médico”.*

Entrevistado E1: *“Claro que o conhecimento na indústria [no caso, no setor de saúde] é extremamente importante. Mas, no final do dia, um gestor é um gestor... Um gestor é aquele que consegue realizar as coisas por meio de outras pessoas... Se você é um gestor numa área que tem talentos... e, no caso, os talentos são os médicos, você tem que ter habilidade para absorver as informações, mesmo que não seja um especialista nessa área, e saber motivá-los, e fazer com eles te respeitem. Mas eu não vejo necessidade da pessoa ser um médico”.*

Outros comentários abordam as particularidades e complexidades da gestão no setor de saúde:

Entrevistado E1, ao ser questionado sobre a complexidade do setor de saúde: *“O ecossistema [da saúde] é muito complexo. Resolver todas as questões [do setor] não é uma coisa simples... Por exemplo, Michael Porter e Clayton Christensen... são bem conceituados e têm ideias diferentes de como resolver [as questões críticas do setor de saúde]. Não é uma coisa simples: quem usa não paga... o mercado funciona baseado em incentivos... é mais difícil*

fazer comparativos [entre diferentes produtos e serviços]... ou seja, o ecossistema é muito difícil de resolver”.

Entrevistado E2: *“No conceito de multimarca, você tem que entender o seguinte:... na [saúde], a marca é regional”.*

Atualmente a organização E apresenta um controle acionário pulverizado e características de uma organização com configuração organizacional do tipo máquina:

Entrevistado E3: *“Hoje [em 2010] nós temos o [capital] totalmente pulverizado. O Dr. C. não tem mais nenhuma ação [da empresa]... Ele cumpriu seu grande projeto, feliz da vida. Essa máquina, agora, anda sozinha”.*

Entrevistado E1: *“Em uma empresa pulverizada, os executivos [geralmente] têm mais liberdade [de atuação], e [geralmente há] menos apradrinhamento e menos política”.*

Entrevistado E1: *“Queremos ser uma empresa mais focada na performance, em eficiência. Queremos ter uma cultura mais agressiva, atrair mais pessoas do mercado. As pessoas [do quadro atual] precisam entender que se elas não entregarem, elas não ficarão aqui... Estamos criando uma cultura mais agressiva, menos protecionista”.*

6.4.2.6.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica

A organização D apresenta características de um processo deliberado de formulação da estratégia:

Entrevistado E3: *“Temos um evento anual com todas as lideranças... em que todas as visões são colocadas e discutidas... [Atualmente] o planejamento estratégico está vindo muito mais pronto, e é pouco discutido”.*

Entrevistado E1, ao ser questionado sobre a utilização de um processo formal de planejamento estratégico: *“Todos os processos estão sendo revistos. [Inclusive] o planejamento estratégico, que era um processo muito fraco [pois não era realizado de maneira estruturada]. Provavelmente, começaremos a partir do próximo ano [em 2011], um processo em que faremos, no segundo semestre, um orçamento base zero [ou seja, para o ano seguinte]. E no primeiro semestre do ano [subsequente], criaremos um processo de planejamento [com horizonte de] 3 anos”.*

Muito embora os entrevistados tenham citado elementos associados às abordagens mercadológica e baseada nos recursos, o processo de planejamento estratégico estava em revisão no momento da pesquisa. Dessa forma, o pesquisador considera que a pesquisa de campo não mostrou evidências que denotam a preponderância de uma dessas abordagens, ou mesmo a adoção de ambas.

6.4.2.6.3. Conteúdo da gestão estratégica

A organização E apresenta posições estratégicas bem definidas:

Entrevistado E3: *“Nossa estratégia é multimarca, multiserviço [ou seja, imagem e análises clínicas], multipagador [governo, operadoras de saúde, pesquisa clínica, direto ao paciente],... multi-região e... [multimercado]”.*

Entrevistado E1: *“O nosso negócio é ser grande, [com altos] volumes, e fazer só medicina diagnóstica [imagem e análises clínicas]”.*

Entrevistado E1: *“Nós somos um provedor de serviços em uma área muito específica, e sabemos fazer bem esse pedaço [medicina diagnóstica]... O nosso componente [ou seja, nossa contribuição ao sistema de saúde] é:... nesse pedaço, que é a medicina diagnóstica, nós gostaríamos de garantir que, o que se gastar aqui, será bem gasto. Nós precisamos ser eficientes, ou seja, entregar mais exames, com a qualidade esperada e com [os recursos] que estão à disposição”.*

Entrevistado E1, ao ressaltar o posicionamento focado em medicina diagnóstica: *“Nós acreditamos muito em fazer poucas coisas, e ser muito bom naquilo que fazemos... O negócios de análises clínicas é um negócio de escala”.*

Entrevistado E1: *“A nossa visão... está muito alinhada às questões da escala e eficiência [operacional], que é a noção de que queremos prestar uma medicina diagnóstica de qualidade para todas as classes sociais. E só conseguimos fazer isso [se formos] muito eficientes. A [organização E] não é uma empresa elitista, desde a sua cultura interna até a sua posição no mercado. É uma posição de acessibilidade... e [permite] a inclusão social com [rentabilidade]”.*

Entrevistado E1: *“Nesse momento, estamos sendo mais seletivo nas aquisições, estamos fechando unidades que são deficitárias e...”*

eliminando alguns serviços [por exemplo, reabilitação]. Se antes nós olhávamos para 80 a 100 empresas [como potenciais objetivos para aquisição], hoje nós olhamos para 15 a 20”.

Alguns comentários reforçam a importância da definição do modelo de negócios para uma gestão estratégica bem-sucedida:

Entrevistado E1, ao ser questionado sobre os principais fatores que resultaram na estratégia realizada, com resultados bastante positivos, pela organização E: *“Eu acho que foi o modelo de negócios [o principal fator]... Nós temos um modelo de negócios que funciona, [com ênfase] em ganhos de escala. Esses ganhos se refletem tanto na área técnica como nas unidades [de atendimento]... [Continuaremos] com o modelo híbrido de imagem com análises clínicas, que nos dá um potencial de escala nas unidades [de atendimento]. [Continuaremos] agressivos em aquisições. A [organização E] conseguiu executar o que ela se propôs a [fazer]. E a escala nos deu uma margem boa”.*

A governança corporativa é um dos elementos fundamentais para a efetiva gestão estratégica da organização E:

Entrevistado E3: *“[Os autores que abordam] a governança corporativa nunca escreveram o último capítulo. Todos colocam a meta de pulverizar o capital. E depois? Como a empresa se mantém?... [Por exemplo], um acionista ou grupo de investimentos que exige um resultado a curto prazo e pode comprometer a sobrevivência a longo prazo. Isso acontece”.*

Entrevistado E3: *“Como se administra um negócio, às vezes, contra o interesse de um grupo importante de acionistas?... [Essa questão] é muito difícil”.*

Entrevistado E1: *“O papel estatutário do conselho [de administração] é a definição da estratégia... A diretoria realiza os planos e análises, e o conselho [questiona, fornece as diretrizes e os aprova]. Mas a responsabilidade estatutária é do conselho. E a responsabilidade da diretoria é a execução da estratégia”.*

A organização E continua utilizando o *balanced scorecard* na sua fase de organização do tipo máquina:

Entrevistado E3: *“Nós temos o *balanced scorecard*, com reuniões mensais [de acompanhamento], que chamamos de reuniões de resultados”.*

Entrevistado E3: *“Nós chegamos a ter 400 indicadores... Dentro da nossa visão, há uma [figura de] dupla roda... que [contempla] os*

indicadores estratégicos e os indicadores de processos operacionais... Então nós temos uma roda estratégica e a outra roda [que aborda a] gestão por processos... Hoje nós só temos 18 [indicadores] estratégicos que sobem para o BSC”.

O aprendizado organizacional decorrente de um controle acionário pulverizado é uma das questões estratégicas da organização C:

Entrevistado E1, ao ser questionado sobre governança e controle acionário pulverizado: *“Quando você tem uma empresa [com controle acionário] pulverizado, você acaba tendo um equilíbrio maior entre os conselheiros... Sempre haverá questionamentos sobre o que é melhor: uma empresa totalmente pulverizada ou uma empresa com donos? Ambas têm benefícios... Se a empresa tiver... um grupo equilibrado no conselho, eu acho que é o formato ideal”.*

Entrevistado E3: *“Eu vejo como um fato negativo o excesso de pressão de mercado, com foco de curto prazo, exclusivamente monetário, dentro desse modelo [de capital pulverizado]”.*

Entrevistado E1: *“O grupo [atual de investidores] achou que a empresa poderia ser mais eficiente, ela deveria continuar crescendo... mas de uma forma mais organizada, equilibrando crescimento e eficiência operacional”.*

Entrevistado E1: *“Assim como estamos em [uma fase] de amadurecimento da cultura e das práticas de gestão, o nosso conselho [de administração] também está amadurecendo... Estamos aprendendo a viver esse momento [de estrutura de controle acionário pulverizado]”.*

6.4.2.6.4. Discussão: estudo de caso E (2009 até hoje)

A organização E apresenta características de uma configuração organizacional do tipo máquina em sua terceira fase (2009 até hoje). A estrutura de poder tende a ser centralizada na alta administração, que é formada principalmente por profissionais não-médicos (somente o vice-presidente médico possui formação médica). É uma organização madura, que atua em um ambiente externo relativamente estável, e conta com profissionais médicos de alta qualificação.

O processo dominante de formulação da estratégia é o planejamento estratégico. O processo decisório tende a ser deliberado, em que a organização impulsiona as ações estratégicas.

As posições estratégicas são bem definidas. O aprendizado organizacional associado ao controle acionário pulverizado é uma das questões estratégicas da organização E. Ela continua utilizando o *balanced scorecard* para monitoramento do desempenho estratégico. As principais contribuições à pesquisa sobre o conteúdo da estratégia foram a governança corporativa e o modelo de negócios.

O estudo de caso E, em sua fase de organização máquina, mostrou um alinhamento entre o tipo de organização e o modelo de formulação da estratégia, conforme proposição da pesquisa.

O estudo de caso identificou a complexidade de gestão como inerente ao ecossistema da saúde. Ele também identificou a saúde como um setor regionalizado. O estudo ressaltou a necessidade de alinhamento entre as responsabilidades dos médicos e gestores.

6.4.2.7. Análise do caso F

A organização F é uma empresa privada, com fins lucrativos e capital aberto, de grande porte (receita superior a R\$ 500 milhões) e que atua na área de medicina diagnóstica e outros serviços complementares (promoção de saúde, check up e gestão de doenças crônicas). Ela foi fundada em 1926 por um médico, e sua sede está localizada em São Paulo (SP). Possui mais de 150 unidades distribuídas em seis estados e no Distrito Federal. A alta administração é formada por principalmente médicos (dos cinco diretores executivos estatutários, somente o financeiro não é médico).

Nesse estudo de caso, foram entrevistados o atual presidente (entrevistado F1), o presidente do conselho de administração e ex-superintendente geral (entrevistado F3) e o ex-presidente e membro do conselho de administração (entrevistado F3). A compilação das entrevistas é apresentada no anexo 9.

6.4.2.7.1. Contexto da gestão estratégica

Uma das citações das entrevistas apontou uma característica da formação médica e seu impacto na gestão estratégica:

Entrevistado F3: *“Nós, médicos, não fomos formados para planejar... Então tudo é feito sem planejamento”.*

Algumas citações das entrevistas abordam algumas particularidades e limitações de gestão no setor de saúde:

Entrevistado F1: *“[Há uma] precariedade de gestão nas empresas na área da saúde. Se na área diagnóstica, você tem um caminho longo a percorrer, na área hospitalar, então, o nível de precariedade em gestão é abissal”.*

Entrevistado F1: *“A concorrência muda de local para local. Essa é uma das características do setor de saúde: ele é muito regionalizado”.*

A organização F surgiu por meio de uma abordagem empreendedora. Numa fase seguinte, adotou o modelo societário de *partnership*, composto por especialistas em disciplinas médicas:

Entrevistado F3: *“O primeiro que montou [a empresa] foi o Dr. G.F.S.... Num primeiro momento, foram [realizadas] verdadeiras fusões. Então entrou o Dr. W.L., e depois entrou um grupo de cinco médicos, que eram de outro laboratório”.*

Entrevistado F3: *“O modelo societário, foi a nossa geração que discutiu... A ideia do modelo era dividir o crescimento... por todos. Era um modelo como se fosse um grupo de advogados, ou uma Promon, por exemplo. Por quê? Porque naquela época, o laboratório era [organizado] por disciplinas [ex.: hematologia, bioquímica, endocrinologia]... [e os exames eram analisados] quase que [de maneira] artesanal”.*

Entrevistado F3: *“O nosso modelo societário foi muito interessante durante um certo tempo porque ele permitiu trazer pessoas [para a organização F]. Mas ele se mostrou ruim num certo momento... e era um modelo inviável. Por quê? Nós comprávamos as participações [quando os sócios saíam]... e chegou um momento que não tinha dividendos para os sócios [que permaneciam na sociedade]... e nem [capital suficiente] para investir... Então começou a se mostrar que nosso modelo era inviável mesmo. Enquanto era uma empresa com*

dependência tecnológica da área técnica e artesanal, [o modelo societário foi muito importante]. [Quando] fomos para algo totalmente automatizado... o trabalho médico se tornou mais importante no centro diagnóstico [por imagem] do que no laboratório [de análises clínicas]... Porém todos os sócios eram da área técnica... Ficou claro que aquele modelo [societário] não funcionava mais”.

Esse modelo organizacional proporcionou o crescimento da organização. O pesquisador entende que esse modelo também foi o propulsor de algumas das características de uma organização adocrática, apresentadas pela organização F.

De acordo com Mintzberg (2007), as principais características dessa configuração organizacional são: (1) poder centrado em grupos de especialistas, que geralmente trabalham em projetos de conteúdo inovador e ambientes dinâmicos; (2) organização predominantemente oportunística, uma vez que tendem a responder rapidamente (e, por vezes, impulsivamente) às mudanças no ambiente; (3) a formulação da estratégia ocorre principalmente por meio de um processo coletivo; (4) em algumas situações, essas organizações podem deixar de lado a direção estratégia geral com o intuito de manter o status adocrático.

O poder centrado em especialistas está associado às características do modelo societário que foi adotado. Os elementos que evidenciam a adaptação ao ambiente externo, o oportunismo e a formulação da estratégia por meio de um processo coletivo foram identificados, e são apresentadas no tópico seguinte. E algumas citações das entrevistas denotam ações de manutenção do status adocrático:

Entrevistado F3: *“Antigamente existia a ditadura da área técnica... pois [os processos] de atendimento tinham que se adaptar ao que a área técnica queria”.*

Entrevistado F3, ao responder porque a organização F não adotou o modelo de crescimento financiado por *private equity*, na época que seu principal concorrente tomou essa decisão: *“Porque nós tínhamos lucro, tínhamos dinheiro. Nós não precisávamos deles [naquele momento]. Para o grupo de sócios... e nossa cultura... era [temerosa] a entrada de [um sócio investidor]... [Na época], nós*

[obtivemos empréstimos] da IFC... porque nós tínhamos capacidade... de pagamento”.

Entrevistado F2, ao comentar sobre a mesma decisão: “Nós não quisemos um *private equity* porque não estávamos preparados para ter um sócio participando da gestão, e fazendo ingerências... Nós não queríamos... um fundo de *private equity* participando das decisões”.

O status adocrático pode estar relacionado ao poder interno associado à estrutura organizacional. Muito embora a organização F tenha passado por um processo de profissionalização, ela atribui as principais posições da alta administração a profissionais com formação médica:

Entrevistado F2: “Junto com a questão da qualidade e os movimentos do mercado [consolidação de empresas], havia também uma preocupação... com a questão da profissionalização. Isso porque, até então, o laboratório era administrado inteiramente por médicos. Até o diretor financeiro era médico... Nos anos de 1996-97, vem a proposta da profissionalização, com a criação de algumas diretorias e do Conselho de Administração... Este foi um ponto de inflexão importante”.

Entrevistado F3: “Foi nessa época [final dos anos 90] que nós introduzimos o Conselho de Administração... E, com a profissionalização, nós começamos a trazer gestores de outras empresas... e, com isso, aprendemos com outras áreas, mais avançadas do que a saúde”.

Site de relações com investidores da organização F (setembro de 2010): a companhia possui cinco diretores executivos estatutários (presidente; diretor executivo de finanças e relações com investidores; diretor executivo de medicina diagnóstica; diretor executivo de medicina integrada; diretora executiva de pessoas). Destes, somente o diretor executivo de finanças e relações com investidores não é médico.

6.4.2.7.2. Processo de desenvolvimento da gestão estratégica

A organização F apresenta um processo formal e consolidado de planejamento estratégico, que foi implantado nos anos 90:

Entrevistado F3: “Nessa época [início dos anos 90], nós fizemos nosso primeiro planejamento estratégico... com dois consultores independentes, que vieram nos auxiliar”.

Entrevistado F2: *“Até então [segunda metade dos anos 90], a abertura de novas unidades [de atendimento] vinha sendo mais reativa do que proativa. Nesse novo cenário [de processo de consolidação], nós imaginamos que precisaríamos ter um planejamento estratégico. Ou seja, ser mais proativo na... [consecução] dos objetivos [organizacionais]. [Assim, o planejamento estratégico começou a ser realizado nessa época]”.*

Entrevistado F1: *“Habitualmente nós temos uma revisão anual [do planejamento estratégico]. Mas, a certos intervalos de tempo, que podem ser 2 ou 3 anos, nós fazemos um mergulho mais profundo, tentamos olhar para um horizonte maior, e questionar [com maior ênfase] as premissas previamente definidas”.*

Entrevistado F1, ao ser questionado sobre a integração entre os planejamentos estratégico e orçamentário: *“A revisão do planejamento estratégico deve terminar no final de julho... [Essa revisão] define as diretrizes maiores... [Na sequência], nós começamos o planejamento orçamentário do ano, por volta do final de julho ou início de agosto, que termina em outubro, com aprovação do conselho em outubro ou novembro. Isso é o que define as atividades do ano que se segue”.*

A organização F apresenta uma abordagem evolucionária de gestão estratégica. A questão central dessa abordagem considera que a empresa deve se adaptar ao ambiente externo. As premissas de que os mercados são voláteis e imprevisíveis são típicas da abordagem evolucionária, e aparecem em trechos das entrevistas:

Entrevistado F1: *“[A saúde] é um setor claramente em transição. É um setor imaturo da economia, é um dos setores mais jovens, e é complexo pelas relações existentes entre os diferentes stakeholders. Seguramente o que temos hoje, não é o que teremos dentro de 5 ou 10 anos... É um setor muito vigoroso, resiliente, em expansão, ela traz oportunidades, mas é um setor muito nervoso no sentido de que as relações entre os stakeholders não são estáveis, não são equilibradas... É um setor em transição, talvez seja inviável na forma como está desenhado hoje”.*

Entrevistado F1: *“É óbvio que eu, como presidente, tenho condições de, dentro desse caminho definido, priorizar determinadas definições. Mas sempre dentro de um mapa que foi desenhado previamente... Isso dá consistência, porque o caminho não é curto, ele pode ser muito errático, as oportunidades existem o tempo todo”.*

Entrevistado F3: *“Nós fazemos o planejamento estratégico... mas normalmente erramos. É difícil acertar... porque tem tanta coisa que acontece no mercado, tem tantas interferências”.*

Uma empresa com abordagem evolucionária e um processo formal de planejamento estratégico tende a adotar uma atitude flexível e de aprendizado em relação aos planos gerados e ações realizadas:

Entrevistado F1: *“[A saúde é um setor em transição], então ter um mapa de condução, com as limitações e imprecisões que ele traz, é um primeiro ponto fundamental”.*

Entrevistado F3: *“[O processo de planejamento estratégico] não pode estar amarrado, engessado. Uma empresa como a nossa, por ser grande, até perde oportunidades... Tem muitas oportunidades [no mercado], e nós devemos estar abertos a isso. [A empresa] tem que ficar olhando o mercado, procurando coisas”.*

Entrevistado F3, ao ser questionado sobre a importância do planejamento estratégico: *“[É importante] para a empresa aprender a olhar para fora... Geralmente o técnico é voltado para dentro, ele tem dificuldade de olhar para fora... E o planejamento [proporciona] esse momento de buscar, de conhecer, de saber o que está acontecendo... É isso que é importante, não pode ser algo que amarre [a empresa]... Se a empresa não faz, ela não aprende”.*

Entrevistado F2: *“Nem tudo que nós começamos, foi um sucesso,... ou porque o cenário mudou, ou porque cometemos um erro estratégico... Então encerramos [a iniciativa],... desde que não comprometa o todo. Não é proibido errar; você só tem que acertar mais”.*

Alguns trechos das entrevistas evidenciam as características de adaptação ao ambiente externo como elemento central da formulação da estratégia:

Entrevistado F2: *“Ao longo [desses anos], parece que teve muito planejamento estratégico. Mas eu não sei se teve... Num dos eventos da IFC [provavelmente em 2004], eu fiz uma apresentação do case [da organização F],... mostrei nossos gráficos de crescimento, [que eram] muito bonitos, e comentei: gostaria de dizer para vocês que tudo isso é fruto de planejamento estratégico e tirocínio, mas se tem uma coisa que nós fizemos direito, foi ouvir o cliente. E quando ele disse que precisava de mais unidades de atendimento e outros serviços [exemplo: raio-X, endoscopia, teste ergométrico, tomografia],... nós o ouvimos e atendemos”.*

Entrevistado F1: *“É óbvio que os movimentos [dos concorrentes], seja de definição estratégica, seja de abrangência, acabam influenciando a nossa atividade... A oportunidade é se estimular pelas atuações, entender os movimentos da concorrência, e entender qual é nossa melhor resposta em relação [aos concorrentes]. Mas com um certo grau de cautela para não cair na armadilha de ficar simplesmente respondendo às ações da concorrência, e desviar da sua proposta estratégica”.*

Entrevistado F3: *“As aquisições vieram depois que a [organização E] adotou uma estratégia de crescimento por aquisições]. Foi uma reação em relação à [organização E]... Nós aprendemos que não dava para entrar com a marca F. nesses locais [fora de São Paulo]... e que precisávamos fazer aquisições... Fomos pressionados pela [organização E], mas foi uma coisa que nos auxiliou [a crescer]”.*

Como consequência da abordagem evolucionária, a empresa tende a apresentar um comportamento oportunístico, no sentido de aproveitar as oportunidades identificadas. Esse comportamento é evidenciado por diferentes citações dos entrevistados. Para tanto, as ações estratégicas ocorreram tanto por meio de decisões emergentes (ex.: ampliação dos serviços de diagnóstico por imagem; abertura do hospital-dia) como deliberadas (ex.: encerramento das atividades do hospital-dia; lançamento do serviço de gestão de doenças crônicas; encerramento do serviço de pesquisa clínica):

Entrevistado F1: *“Num setor com essas características, em transição e uma certa instabilidade, não faltam oportunidades. Você tem que ter a consciência [para analisar] se a oportunidade [está alinhada] com a vocação da empresa e o planejamento que foi definido, senão você se perde no meio de tantas oportunidades”.*

Entrevistado F2: *“Talvez tenha sido mais crítica a decisão de ampliar os serviços de centro diagnóstico [imagem], numa hora que éramos praticamente só um laboratório de análises clínicas. Mas como tudo, [a decisão] vem aos poucos. Não é alguma coisa assim: de repente, tivemos uma ideia genial e aconteceu... Nós [já] tínhamos o serviço de medicina nuclear. Por que isso? Foi alguma decisão estratégica?... A história diz que não: foi apenas uma oportunidade. Tinha alguém que fazia, houve um acordo, e a [organização F] começou a prestar esse serviço. No momento seguinte, ao ouvir os clientes pacientes, nós começamos a oferecer serviços de cardiologia não-invasiva [ex.: teste ergométrico]... e ultrassonografia”.*

Entrevistado F2, ao ser questionado sobre a decisão de implantar o hospital-dia: *“Foi um serviço a mais nessa linha: temos aqui algo que está sendo demandado, e talvez nós tenhamos condições de oferecer... Enfim, a ideia vai se formando. Talvez também tivesse uma influência externa, porque era uma época... que, nos Estados Unidos, isso [hospital-dia] estava em efervescência”*.

Entrevistado F3, ao ser questionado sobre a decisão de implantar o hospital-dia: *“O hospital-dia é muito interessante. [Esse conceito] tinha sido um sucesso na Bahia. O grupo baiano que construiu o hospital-dia [na Bahia] iria construir em Higienópolis. E nós tínhamos muito interesse em ter uma unidade [de atendimento] em Higienópolis... [O grupo baiano] queria fazer o hospital-dia. Não fomos nós que quisemos. Foi uma oportunidade que surgiu... Nós oferecemos o hospital-dia [para outras organizações, porém a negociação não progrediu]... Então nós resolvemos assumir [junto com o grupo baiano]. Analisamos as metas, e resolvemos fazer. Não foi uma estratégia que nós iríamos fazer o hospital-dia... E tivemos que voltar atrás agora por causa da abertura de capital. Eu acho que ele seria um sucesso”*.

Entrevistado F1, ao ser questionado sobre o encerramento dos procedimentos cirúrgicos do hospital-dia (em 19/11/2009): *“Foi uma decisão puramente legal [interpretação da norma constitucional e abertura de capital]. Foi uma pena, porque ele estava entrando em seu quinto ano de operação, os meses anteriores à desativação foram os [melhores] meses... em termos de número de procedimentos, receita e resultado. O que se projetava claramente é que agora, por volta exatamente desse período [início de 2010], nós alcançaríamos o break-even. O break-even, em atividade hospitalar, demora cerca de 3 a 5 anos. Nesse caso, o [break-even] seria no limite superior de tempo porque era um novo conceito, um novo negócio, ... tivemos que impregnar o novo conceito no mercado,... [tivemos que] romper uma resistência de credenciamento junto às operadoras, que demorou 2 anos para se concluir”*.

Entrevistado F3, ao ser questionado sobre a decisão de implantar um serviço de gestão de doenças crônicas, em parceria com uma empresa norte-americana: *“Nós tínhamos ideias de vários outros serviços... Sempre existem dificuldades para entrar em outros setores... mas nós procuramos analisar bons projetos, que estão alinhados conosco e [oferecem] bons resultados... A gestão de doenças crônicas tem muita sinergia, pois estamos resolvendo um problema do pagador... e é uma tendência futura... [Esse serviço] foi bem estudado e planejado”*.

Entrevistado F2, ao ser questionado sobre o processo decisório que resultou na implantação do serviço de gestão de doenças crônicas: *“Ele foi tipicamente [resultante do processo de planejamento estratégico]... Esse não [foi pedido pelos clientes]... Em geral, as ideias não nascem no grupo. Você vê o que está acontecendo no mundo. Talvez não sejamos um grupo gerador de ideias. Mas somos um grupo atento”*.

Entrevistado F1: *“Algo que é muito difícil em qualquer organização, que se não tiver uma atuação firme da presidência, não acontecerá é a descontinuidade de negócios. Essa talvez seja uma das decisões mais difíceis... Por exemplo, nossa área de pesquisa clínica, que é um serviço líder no setor, lucrativo, mas que olhando no contexto definido no planejamento estratégico de médio prazo, não tem mais aderência... Fazia sentido há 10 ou 15 anos, quando foi instituído... porque necessitávamos de atividades que viriam a contribuir com a consolidação das áreas especializadas e de exames complexos... e foi importante para desenvolver uma cultura de acreditação na empresa... [Além de várias questões citadas], esse público que [o serviço de pesquisa clínica] atende, a indústria farmacêutica, não se configura como um agente de grande relevância no contexto em que atuamos [como solucionador de problemas]. Ou seja, a contribuição [do serviço de pesquisa clínica] para o futuro da empresa, e portanto aderência ao planejamento estratégico, é muito limitada, e a permanência desse negócio simplesmente funciona como uma fonte de desvio de energia, pessoas e recursos”*.

Como uma das características de uma configuração organizacional adocrática, a organização F toma decisões estratégicas principalmente por meio de um processo coletivo:

Entrevistado F2, ao abordar a cultura decisória da organização F: *“A longo prazo, é melhor seguir a média das opiniões. Eu acho que conosco aconteceu sempre isso... Nós discutimos muito e seguimos a média. E raramente nós votamos. Há sempre um trabalho de convencimento dos demais, de modo que, quando se decide, nem parece que estamos optando pela média, mas sim pela opinião do grupo. Para que isso aconteça, não se pode ter uma pessoa com poder total de decisão... Eu acho isso importante... e, a médio e longo, faz a diferença”*.

6.4.2.7.3. Conteúdo da gestão estratégica

A organização F apresenta posições estratégicas relativamente amplas:

Entrevistado F1: *“Nós definimos há algum tempo atrás, e isso continua válido, que do ponto de vista mais amplo, nós atuaríamos muito mais como um provedor de soluções do que uma empresa processadora de materiais biológicos... A vocação da empresa sempre foi essa: atuar como... um solucionador, um solution provider”.*

Entrevistado F1: *“A grande decisão lá atrás foi: atuaremos exclusivamente com medicina diagnóstica ou atuaremos de uma forma ampliada? Atuaremos de uma forma ampliada... Se você quer atender de uma forma mais ampliada as necessidades das operadoras, dos pacientes, e também talvez da comunidade médica, isso pressupunha ampliar nossa atividade, mesmo na área de medicina diagnóstica, e deixar de atender somente os planos que são mais premium, e passar a atender todas as camadas de planos... e deixar de atuar exclusivamente em São Paulo, e atuar em outros grandes centros”*

Entrevistado F1: *“Se [uma empresa se posiciona] como um solucionador de problemas, não faz sentido ficar restrito a uma área exclusiva. Embora medicina diagnóstica seja o negócio principal, nós devemos... atuar de forma mais ampliada na cadeia de valor”.*

Alguns comentários reforçam a consideração da governança corporativa como um dos elementos fundamentais para a gestão estratégica:

Entrevistado F1, ao ser questionado sobre os pontos fortes da organização F: *“Governança corporativa é um ponto forte... A [organização F] investe em governança há 15 anos, e sempre se posicionou muito à frente da concorrência,... e mesmo [quando comparada] com outros setores”.*

Entrevistado F1: *“O presidente tem o papel de catalisar e potencializar [as decisões estratégicas], mas não tem as mãos livres. Dentro de uma governança bem instituída, para as decisões mais delicadas, ele tem que submeter e obter a aprovação do conselho de administração”.*

A organização F utiliza o *balanced scorecard* como ferramenta de monitoramento do desempenho estratégico, conforme verificado *in loco* pelo pesquisador. Isto reforça a disseminação dessa técnica nas organizações pesquisadas.

O aprendizado organizacional decorrente da abertura de capital é uma das questões estratégicas da organização C:

Entrevistado F1, ao ser questionado sobre os novos *stakeholders* decorrentes da abertura de capital: “[A abertura de capital] traz um novo conjunto de agentes... Nós temos que aprender a lidar com esses [novos stakeholders]... E eles também têm que aprender conosco, para entender o que é a empresa e como ela se diferencia das outras. Então, esse é um processo de aprendizado mútuo”.

Entrevistado F2, ao ser questionado sobre o influência dos diferentes *stakeholders* na trajetória da organização F, particularmente dos acionistas decorrentes da abertura de capital: “Uma pergunta foi feita, no devido tempo: uma empresa prestadora de serviços médicos pode ter capital aberto? Ou existe uma incompatibilidade entre os interesses do acionista e do paciente?... Porque a organização precisa criar valor para o acionista, que faz um investimento na empresa... E nós respondemos sim... porque acreditamos ter uma operação boa, que sempre foi geradora de caixa,... [atuamos] em um setor que demanda cada vez mais serviços... e temos bons profissionais. Portanto, não há nenhum motivo razoável para imaginar que ela não seja uma operação [rentável]. Sim, ela dará retornos... adequados para alguns investidores... O nosso compromisso é oferecer ao investidor o melhor [resultado consolidado em um determinado período de tempo], nem o melhor pico [em um trimestre], nem o [menor] vale,... o que traz a ideia de tempo. Ou seja, por favor, não nos pressione pelo resultado do trimestre... [porque] não podemos deixar de fazer nosso trabalho por conta do resultado de um trimestre... Nesse aspecto, não tem nenhum problema ser uma empresa de capital aberto, não há nenhum conflito se isso estiver bem entendido”.

6.4.2.7.4. Discussão: estudo de caso F

A organização F apresenta características de uma configuração do tipo adocrática. A estrutura de poder tende a ser parcialmente descentralizada, em que o poder interno está localizado na alta administração e nos sócios, em função do modelo de *partnership* adotado pela organização. A entrada de um grupo investidor e a abertura de capital, que ocorreram em 2009, podem alterar essa estrutura de poder. A alta administração é formada principalmente por profissionais médicos. É uma organização madura, que atua em um ambiente externo relativamente estável, e conta com profissionais médicos de alta qualificação.

O processo dominante de formulação da estratégia é o aprendizado estratégico. Para tanto, a organização F adota uma abordagem estratégica deliberada com flexibilidade para ações estratégicas emergentes. O processo decisório tende a seguir uma abordagem evolucionária, com decisões tanto emergentes quanto deliberadas, que são impulsionadas principalmente pelo ambiente externo.

As posições estratégicas são relativamente amplas, resultantes de decisões deliberadas e emergentes. O aprendizado organizacional no contexto de uma empresa de capital aberto é uma das principais questões estratégicas da organização F. Ela utiliza o *balanced scorecard* para monitoramento do desempenho estratégico. A principal contribuição à pesquisa sobre o conteúdo da estratégia foi a governança corporativa.

O estudo de caso F mostrou um alinhamento entre o tipo de organização e o modelo de formulação da estratégia, conforme proposição da pesquisa.

O estudo de caso identificou limitações de gestão no setor. Ele também identificou a saúde como um setor regionalizado. O estudo identificou a dificuldade para planejar como uma das características dos médicos com potenciais impactos na gestão estratégica.

6.4.3. Análise inter-casos

A análise cruzada dos casos (ou inter-casos) realiza uma comparação entre os casos e procura identificar similaridades e diferenças entre eles. Dessa forma, essa análise permite gerar algumas conclusões e reflexões que não poderiam obtidas somente por meio das análises individuais dos casos.

Como ferramenta de apoio, foram elaboradas duas tabelas comparativas. A tabela 6.3. apresenta uma síntese da análise intra-casos em relação ao contexto organizacional, do setor de atuação e geográfico. A tabela 6.4. apresenta uma síntese dos casos quanto ao processo e conteúdo da gestão estratégica.

A análise individual dos seis casos identificou todos os tipos de configuração organizacional, atualmente e em períodos anteriores (figura 6.2).

A configuração organizacional do tipo máquina foi identificada nas organizações A, C, D (atual) e E (atual). A configuração empreendedora foi identificada em períodos anteriores, nas organizações D, E e F. A configuração adocrática foi identificada na organização F (atual). E a configuração do tipo organização profissional foi identificada na organização B.

A origem das organizações com fins lucrativos ocorre principalmente por meio de iniciativas empreendedoras (vide, por exemplo, Bhidé, 2000). Outras formas de origem estão associadas a *spin offs* de outras organizações, centros de pesquisa e universidades (vide, por exemplo, a formação de empresas de biotecnologia a partir de universidades, conforme relatado em Pisano, 2006). A pesquisa de campo identificou a origem empreendedora nas três organizações com fins lucrativos: D, E e F (conforme figura 6.2). No caso da organização E, as informações coletadas nas entrevistas permitiram uma análise individual dedicada à sua fase empreendedora.

As organizações A, B e C não têm fins lucrativos e cada uma delas foi criada por uma comunidade. Nas entrevistas, somente foi possível identificar as configurações organizacionais atuais dessas três organizações. Pesquisas futuras poderiam explorar a formação de organizações hospitalares sem fins lucrativos e analisar a evolução de suas configurações organizacionais.

CONTEXTO		ORGANIZAÇÃO					
Contexto geográfico	Contexto do setor de atuação	Contexto organizacional					
		Configuração da organização	ORGANIZAÇÃO A	ORGANIZAÇÃO B	ORGANIZAÇÃO C	ORGANIZAÇÃO D	ORGANIZAÇÃO E (fases 1 e 2)
		Principais características	Organização privada, filantrópica, de grande porte (acima de 500 leitos e receita superior a R\$ 500 milhões)	Organização privada, filantrópica, de grande porte (acima de 300 leitos e receita superior a R\$ 500 milhões)	Organização privada, filantrópica, com receita entre R\$ 250 e 500 milhões, acima de 250 leitos	Organização privada, com fins lucrativos, de grande porte (acima de 800 leitos e receita superior a R\$ 500 milhões)	Organização privada, com fins lucrativos, de grande porte (receita superior a R\$ 1 bilhão)
		Estrutura de poder	Centralizada	Descentralizada	Centralizada	Centralizada	Centralizada
		Centro do poder	Alta administração	Alta administração e corpo clínico	Alta administração	Alta administração	Alta administração
		Condições	Organização madura (fundada em 1955), ambiente externo relativamente estável, profissionais (corpo clínico aberto) com alta qualificação	Organização madura (fundada em 1921), ambiente externo relativamente estável, profissionais (corpo clínico aberto) com alta qualificação	Organização madura (fundada em 1897), ambiente externo relativamente estável, profissionais (corpo clínico aberto) com alta qualificação	Organização madura (fundada em 1961), ambiente externo relativamente estável, profissionais (corpo clínico aberto) com alta qualificação	Organização madura (fundada em 1926), ambiente externo relativamente estável, profissionais médicos com alta qualificação
		Formação dominante na alta gestão	Mista: médico (presidente) e não-médicos (superintendente geral e alta administração)	Médicos (superintendente corporativo e superintendente de estratégia corporativa)	Não-médicos (superintendente executivo, superintendente operacional e alta administração)	Não-médicos (presidente e alta administração)	Mista: médico (presidente) e não-médicos (alta administração)
		Atividade central	Hospitalar e medicina diagnóstica	Hospitalar	Hospitalar	Hospitalar	Medicina diagnóstica
		Atividades adjacentes	Ensino e pesquisa, filantropia, check up	Ensino e pesquisa, filantropia, medicina diagnóstica, check up	Ensino e pesquisa, filantropia, check up	Ensino e pesquisa, filantropia, check up	Promoção de saúde, check up, gestão de doenças crônicas
		Particularidades do setor	Evolução tecnológica rápida e não substituíva	-	Complexidade de gestão, lógica de consumo, lógica de geração de receita, corpo clínico aberto, vários stakeholders	-	Complexidade inerente ao ecossistema da saúde, setor regionalizado
		Adaptação do conhecimento em gestão	Equilíbrio entre resultados financeiros e sociais	Consideração dos objetivos sociais	Equilíbrio entre resultados financeiros e sociais	-	-
		Características da profissão médica	Autonomia, independência profissional, corporativismo, privilégio do ato médico, conservadorismo e investimento extenso na formação	-	Necessidade de alinhamento entre as responsabilidades dos médicos e gestores	Imediatismo, dificuldade para planejar a longo prazo e corporativismo	Necessidade de alinhamento entre as responsabilidades dos médicos e gestores
		Sede	São Paulo (SP)	São Paulo (SP)	São Paulo (SP)	São Paulo (SP)	Barueri (SP)
		Atuação regional	Possui 8 unidades na região metropolitana de São Paulo.	Possui uma unidade central e duas unidades externas (São Paulo e Campinas) a serem inauguradas	Possui uma unidade central	Possui 3 unidades hospitalares na cidade de São Paulo	Possui mais de 300 unidades distribuídas em 12 estados e no Distrito Federal
							São Paulo (SP)
							Possui mais de 150 unidades distribuídas em 6 estados e no Distrito Federal

Tabela 6.3. Análise inter-casos: contexto

		ORGANIZAÇÃO A	ORGANIZAÇÃO B	ORGANIZAÇÃO C	ORGANIZAÇÃO D	ORGANIZAÇÃO E (fases 1 e 2)	ORGANIZAÇÃO E (fase 3)	ORGANIZAÇÃO F
PROCESSO	Formulação dominante da estratégia	Planejamento estratégico	Investimentos estratégicos	Planejamento estratégico	Planejamento estratégico	Visão estratégica (do líder)	Planejamento estratégico	Aprendizado estratégico
	Processo de desenvolvimento	Deliberado	Emergente (com posições estratégicas deliberadas e emergentes)	Deliberado	Deliberado	Deliberado	Deliberado	Deliberado (com flexibilidade para ações estratégicas emergentes)
	Impulso estratégico	Organização impulsiona as ações estratégicas	Corpo clínico impulsiona as ações estratégicas	Organização impulsiona as ações estratégicas	Organização impulsiona as ações estratégicas	Líder empreendedor impulsiona as ações estratégicas	Organização impulsiona as ações estratégicas	Ambiente impulsiona as ações estratégicas
	Abordagem estratégica	Mercadológica	Processual, com ênfase nos recursos (alavancar e proteger os recursos existentes)	Mercadológica e baseada nos recursos	Sem conclusões	Mercadológica e baseada nos recursos	Sem conclusões	Abordagem evolucionária, com decisões emergentes e deliberadas
	Posições estratégicas	Posições estratégicas bem definidas	Portfólio de posições estratégicas individualizadas (deliberadas e emergentes)	Posições estratégicas bem definidas	Posições estratégicas bem definidas	Posições estratégicas flexíveis, alinhadas à visão estratégica	Posições estratégicas bem definidas	Perspectiva ampla, posições estratégicas deliberadas e emergentes
CONTEÚDO	Contribuições ao conteúdo da estratégia	Governança corporativa; modelo de negócios	-	Governança corporativa	Governança corporativa	Modelo de negócios	Modelo de negócios e governança corporativa	Governança corporativa
	Utiliza o balanced scorecard (BSC)?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Principais questões estratégicas	Reconhecimento da necessidade de melhoria e mudança	Alinhamento das ações estratégicas à missão, visão e valores; questionamento da premissa de vantagem competitiva	Execução da estratégia	Execução da estratégia; consolidação das lideranças gerenciais	Pensamento do líder; integração organizacional	Aprendizado organizacional (no contexto de controle acionário pulverizado)	Aprendizado organizacional (no contexto de uma empresa de capital aberto)

Tabela 6.4. Análise inter-casos: processo e conteúdo

Figura 6.2. Análise inter-casos: configuração organizacional

As organizações com configuração organizacional atual do tipo máquina apresentam formação dominante de não-médicos (casos C, D e E) ou mista (caso A) na alta administração. Por outro lado, as organizações com configuração do tipo profissional (caso B) e adocrática (caso F) apresentam formação dominante de médicos na alta administração.

Essa questão conduz a algumas reflexões. A configuração máquina poderia ser uma causa – ou mesmo uma consequência – da política de alocar gestores não-médicos, com formação e/ou experiência de gestão em outras empresas. Nos casos D e E, houve um processo explícito de profissionalização da organização. Nesse sentido, pode-se considerar que a evolução para uma configuração máquina e a utilização de gestores não-médicos na alta administração foram uma consequência do processo de profissionalização.

Seguindo um raciocínio similar, as configurações adocrática e profissional também poderiam ser uma causa – ou mesmo uma consequência – da política de alocar gestores médicos na alta administração. As organizações B e F

possuem uma estrutura de poder mais descentralizada, em que o centro do poder está localizado na alta administração e nos médicos: no corpo clínico (caso B) e nos sócios (caso F).

Os estudos de casos mostraram que os médicos apresentam características inerentes à sua formação profissional, com impactos na gestão das empresas. Uma hipótese que poderia ser pesquisada no futuro consiste em analisar se há uma correlação (de causa ou de efeito) entre as características dos profissionais médicos e as configurações organizacionais do tipo profissional e adocrática encontradas em empresas que atuam no setor.

A maioria dos casos mostrou que o setor de saúde tem um conjunto de peculiaridades que lhe confere uma complexidade de gestão. Nesse sentido, o conhecimento do setor pode ser considerado como uma necessidade para uma efetiva gestão estratégica. Além disso, faz-se necessário uma adaptação das técnicas de gestão para uma adequada aplicação no setor, particularmente nas organizações filantrópicas.

Todos os estudos de casos mostraram um alinhamento entre o tipo de organização e o modelo de formulação da estratégia, conforme proposição da pesquisa. Nesse sentido, pode-se concluir que a identificação da configuração organizacional é uma técnica que auxilia a análise da gestão estratégica das empresas, particularmente no que diz respeito ao processo de formulação da estratégia.

Os elementos relacionados à governança corporativa e ao modelo de negócios foram as principais contribuições à pesquisa sobre o conteúdo da gestão estratégica.

Todas as organizações pesquisadas utilizam o *balanced scorecard* (BSC). Esse fato é um indicativo da sua disseminação como ferramenta de monitoramento do desempenho estratégico no setor de saúde, particularmente em organizações de grande porte (em linha com a revisão bibliográfica).

6.5. CONCLUSÕES DA PESQUISA DE CAMPO

A metodologia de pesquisa utilizada – múltiplos estudos de casos – foi adequada aos objetivos e questões de pesquisa do trabalho.

A escolha dos entrevistados foi uma questão extremamente relevante na pesquisa de campo. Dos 13 entrevistados, 11 são ou foram presidentes executivos (ou cargos equivalentes) ou presidentes do conselho de administração. Assim, a responsabilidade atual ou anterior dos gestores para tomada de decisões e execução de ações de natureza estratégica é um fator essencial na escolha dos entrevistados.

A pesquisa de campo mostrou que a identificação da configuração organizacional é uma técnica efetiva para auxiliar na análise da gestão estratégica das empresas, particularmente quanto ao seu processo de formulação da estratégia.

As informações das entrevistas dos estudos de casos E e F consideraram períodos de tempo reativamente longos, quando comparadas com os demais casos. Em função do grau de detalhe das informações, o caso E foi desmembrado em duas análises, pois foram identificados dois tipos de configuração organizacional. Além disso, também foram identificadas duas configurações organizacionais nos casos D e E. Essas questões sugerem que estudos de casos longitudinais poderiam trazer maiores contribuições para analisar e compreender a evolução da configuração organizacional e da maturidade da gestão estratégica, pois mostram a evolução – ou mudanças – da configuração da organização ao longo do tempo.

A pesquisa de campo mostrou que há uma complexidade relativamente grande no setor de saúde, quando comparado com outros setores. Esse fato implica numa maior complexidade de gestão. A análise da cadeia de valor da saúde pode contribuir para uma melhor compreensão desse setor.

O estudo de campo ressaltou a necessidade de adaptação das técnicas de gestão ao serem aplicadas no setor de saúde. Essa adequação deveria ser realizada em pelos menos duas questões: (1) consideração da saúde como um bem social; e (2) lógica de demanda, uma vez que grande parte do consumo,

particularmente aquela associada às patologias ocorre por necessidade, e não diretamente como um desejo de consumo.

A pesquisa de campo mostrou que as características inerentes à formação médica (por exemplo: independência profissional, atuação com autonomia, dificuldade para trabalhar em equipe, corporativismo, conservadorismo, foco na resolução de problemas e no curto prazo, dificuldade para planejamento) geram um impacto na gestão estratégica das organizações. Estudos posteriores poderiam ser realizados para aprofundar essa questão.

Por fim, o estudo de campo apontou a importância da governança corporativa e do modelo de negócios para o conteúdo da estratégia. E identificou o *balanced scorecard* como uma ferramenta disseminada para apoiar o monitoramento do desempenho estratégico de organizações de grande porte no setor de saúde.

CAPÍTULO 7. MODELO DE GESTÃO ESTRATÉGICA PARA SERVIÇOS DE SAÚDE

7.1. INTRODUÇÃO

Esse capítulo apresenta duas contribuições: (1) uma representação esquemática da cadeia de valor da saúde; (2) um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde.

7.2. CADEIA DE VALOR DA SAÚDE

Esse item apresenta uma visão da cadeia de valor de saúde no Brasil por meio de uma representação esquemática. Esta é uma resultante de três elementos: (1) revisão da literatura sobre a abrangência da saúde; (2) revisão da literatura sobre o tema cadeia de valor na saúde; (3) conhecimento e experiência do autor no tema cadeia de valor (figura 7.1). As duas questões iniciais foram abordadas no capítulo 2. O conhecimento prévio do autor é baseado em sua experiência profissional e acadêmica. Parte desse conhecimento é encontrada em pesquisas e publicações do autor (por exemplo, Pedroso, 2002; 2007; Pedroso e Zwicker, 2007; 2008; Pedroso et al., 2008; Pedroso e Nakano, 2009)⁸².

Figura 7.1. Elementos conceituais para a proposição da cadeia de valor da saúde

⁸² O tema é encontrado na literatura segundo diferentes nomenclaturas, tais como gestão da cadeia de suprimentos ou *supply chain management*.

7.2.1. Modelo de gestão da saúde

Com base na revisão da literatura, o trabalho adota as seguintes questões para delimitar a abrangência da saúde:

- a saúde é o principal bem do ser humano, pois é condicionante o alcance de suas demais metas;
- a saúde aborda o estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (conforme definição da Organização Mundial da Saúde);
- há diferentes graus de saúde, que variam desde a perspectiva positiva (que inclui o estado saudável e os elementos de bem-estar) até a perspectiva patológica (que contempla doenças de diferentes severidades);
- há diferentes condicionantes de saúde, que abordam os elementos individuais (idade, gênero, fatores hereditários e estilo de vida), vínculos e relacionamentos sociais dos indivíduos, condições de vida e trabalho, e macro-condições sócio-econômicas, culturais e ambientais (Dahlgren e Whitehead, 1991);
- o desenvolvimento da saúde engloba os recursos e processos de promoção de saúde, proteção de saúde, prevenção de doenças e cuidados de saúde (Bauer et al., 2006). Estes incluem os processos de diagnóstico, tratamento, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas (Porter e Teisberg, 2006).

A partir dessas questões, o presente trabalho apresenta um modelo integrado de gestão da saúde (figura 7.2). Esse modelo contempla quatro elementos:

- (1) **Graus de saúde:** variam desde a saúde ótima (perspectiva positiva) até a saúde subótima (perspectiva patológica).
- (2) **Atividades de gestão da saúde:** promoção de saúde, prevenção de doenças (e proteção da saúde), diagnóstico, tratamento, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas.

(3) **Dimensões da saúde:** bem estar (perspectiva positiva), fatores de risco (associados à proteção da saúde e prevenção de doenças) e doença (perspectiva patológica).

(4) **Condicionantes da saúde:** consideram os níveis macro (condições econômicas, sociais e ambientais), meso (condições de vida e de trabalho), micro (estilo de vida e relacionamentos sociais) e inerentes às condições do indivíduo (idade, gênero, fatores genéticos).

Figura 7.2. Modelo integrado de gestão da saúde

7.2.2. Representação esquemática da cadeia de valor da saúde

A representação esquemática da cadeia de valor de saúde é apresentada na figura 7.3. Ela contempla as principais atividades da cadeia de valor, agrupadas em elos verticais e horizontais, e a missão de cada um desses elos.

Figura 7.3. Representação esquemática da cadeia de valor da saúde

A cadeia de valor da saúde proposta nesse trabalho é formada por seis elos verticais e três horizontais, perfazendo um total de nove. Cada um desses agrega um conjunto de atividades com missões específicas. O fluxo das atividades percorre esses elos até a entrega de produtos e serviços aos consumidores, que representam o elo final da cadeia de valor. Dessa forma, o processo de agregação de valor aos pacientes tem início no elo localizado na porção inicial da cadeia (também denominada parte à montante ou *upstream* da cadeia) e se move para a porção final da cadeia de valor (também denominada parte à jusante ou *downstream* da cadeia). Elos horizontais contemplam atividades que permeiam os elos verticais e seus objetivos são: regular as atividades do setor de saúde, distribuir os produtos de saúde e executar atividades que apóiam ou complementam as missões de cada um dos elos verticais.

O conhecimento em saúde é o principal insumo na porção inicial (ou *upstream*) da cadeia e é gerado no primeiro elo vertical, o do desenvolvimento de conhecimento em saúde. Este é representado pelas atividades de ensino e

pesquisa básica e aplicada. A missão desse elo é gerar e disseminar este conhecimento, transformado e incorporado em produtos (ex.: medicamentos, materiais médicos) e tecnologias (ex.: equipamentos médico-hospitalares, tecnologia da informação) no elo seguinte.

O segundo elo vertical contempla o fornecimento de produtos e tecnologias de saúde, tais como: produtos farmacêuticos sintéticos e biotecnológicos; equipamentos médico-hospitalares; órteses, próteses e materiais médicos; e tecnologia da informação. Sua missão é transformar o conhecimento em produtos e tecnologias, entregues ao próximo elo.

O terceiro elo vertical consiste nos serviços de saúde. Esse elo aloca os recursos financeiros colocados à disposição pelo elo seguinte (o da intermediação financeira), utiliza a infra-estrutura disponível nele próprio (ex.: instalações hospitalares) e consome os recursos oferecidos pelos anteriores (ex.: conhecimento, medicamentos e materiais médicos). Assim, sua missão é a de utilizar os recursos disponíveis para a prestação de serviços aos consumidores finais. Esse elo é composto pelas atividades de promoção de saúde, proteção da saúde e prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas.

O quarto elo vertical considera a intermediação financeira do sistema de saúde, sendo representado pela intermediação dos subsistemas público (SUS) e privado (de Saúde Suplementar) e os gastos diretos das empresas e indivíduos (nesse caso, sem intermediação). O subsistema privado incorpora as atividades de intermediação das operadoras de saúde em suas diferentes modalidades, tais como seguro saúde, autogestão, medicina de grupo e cooperativas médicas. Sua missão é repassar o financiamento da saúde aos elos anteriores da cadeia, além de diluir os riscos e prover acesso (universal no SUS; ou restrito às condições dos planos que foram contratados, na Saúde Suplementar). No subsistema público, ele representa os pagamentos do SUS às organizações públicas e privadas que participam dos elos verticais anteriores (ex.: provedores de serviços e fornecedores de produtos e tecnologias) e horizontais. No subsistema privado, representa o fluxo monetário das operadoras de saúde aos elos verticais anteriores e horizontais.

Nas empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas, quando atuam como organizações integradas de saúde, o fluxo monetário considera o consumo de recursos da própria organização (ex.: hospitais próprios) ou os pagamentos à rede credenciada.

O quinto elo vertical corresponde ao financiamento da saúde⁸³, que pode ser público ou privado. Este, por sua vez, é desdobrado nos gastos dos empregadores e dos indivíduos. Nesse sentido, esses três atores – governo, empregadores e indivíduos – são os responsáveis pelo financiamento da saúde. Sua missão é alocar os recursos financeiros ao sistema de saúde.

O sexto elo vertical (e final da cadeia de valor) consiste no consumo de produtos e serviços de saúde, realizado pelos pacientes, pessoas saudáveis e empresas. O objetivo dos consumidores é manter e melhorar sua própria condição de saúde e bem-estar. Para maximizar o valor entregue aos consumidores da cadeia, dever-se-ia buscar o alinhamento dos objetivos e incentivos de todos os participantes dos elos verticais anteriores e os horizontais da cadeia de valor da saúde. Os consumidores podem assumir papéis de pacientes e/ou de indivíduos saudáveis, pois podem passar por diferentes graus de saúde (ou seja, desde a perspectiva positiva até a perspectiva patológica).

Adicionalmente, três elos horizontais permeiam os verticais acima descritos. O primeiro deles contempla a atividade de regulação da saúde, que se refere à regulação constitucional e à setorial, realizada pelas agências reguladoras nacionais (ANS e ANVISA) e internacionais (FDA nos EUA, e EMEA na Comunidade Européia)⁸⁴. A missão desse elo é regular as diferentes atividades relacionadas aos produtos e serviços de saúde.

O segundo elo horizontal aborda as atividades de distribuição de produtos de saúde. Ele é composto principalmente pelos distribuidores de produtos médicos e farmacêuticos, pelo varejo especializado (ex.: farmácias e varejo de produtos médicos hospitalares) e pelo varejo generalista. Sua missão é

⁸³ O financiamento da saúde, em um país, corresponde aos seus gastos totais com saúde.

⁸⁴ As agências reguladoras internacionais devem ser consideradas para as organizações que prestam serviços para outros países (ex.: pesquisa clínica) ou exportam produtos (ex.: medicamentos).

distribuir os produtos utilizados no setor e, dessa forma, agregar valor de conveniência e disponibilidade.

O terceiro elo horizontal considera os serviços de apoio e complementares, tais como serviços gerais, financeiros, tributários, judiciais, logísticos, de tecnologia da informação, manutenção, engenharia clínica e pesquisa clínica. Cabe-lhe apoiar ou complementar as atividades dos demais. Embora esse elo geralmente tenha menor visibilidade em comparação aos demais, ele apresenta relevância para a cadeia de valor da saúde. Alguns exemplos podem ser citados. Nos EUA, há uma tendência de aumento de Organizações Representativas para Pesquisa Clínica (CROs - *Contract Research Organizations*) (Shuchman, 2007) e de Organizações de Informações da Saúde (RHIOs - *Regional Health Information Organizations*) (Adler-Milstein et al., 2009). Os serviços judiciais são essenciais no contexto da judicialização da saúde, como ocorre no fornecimento de medicamentos por ação judicial (Chieffi e Barata, 2009). No Brasil, há uma tendência de terceirização de serviços gerais de baixa complexidade e intensivos em mão-de-obra, tais como limpeza, segurança e recepção (Vecina Neto e Malik, 2007).

A figura 7.4 apresenta uma visão geral dos elos da cadeia de valor da saúde, incluindo as principais atividades de cada um deles.

Figura 7.4. Atividades nos elos da cadeia de valor da saúde

Os elos da cadeia de valor representam atividades. Nesse sentido, as organizações do setor de saúde podem atuar em um ou mais elos, bem como

realizar uma ou mais atividades. Assim, uma empresa especializada tende a focar em um elo, e por vezes em alguma atividade específica deste elo. Por exemplo, uma empresa de medicina diagnóstica pode ser focada somente nessa atividade. Outras organizações podem atuar somente em um elo, porém com uma oferta ampliada de produtos ou serviços. Esse é o caso de empresas que oferecem equipamentos médico-hospitalares, produtos farmacêuticos sintéticos, e biotecnológicos.

Outras empresas podem atuar em mais de um elo simultaneamente. Algumas empresas de medicina de grupo e cooperativa médica atuam nos elos de intermediação financeira e na execução de serviços de saúde. Alguns hospitais filantrópicos de referência atuam nos elos de serviços de saúde e de desenvolvimento de conhecimento, por meio das atividades de ensino e pesquisa. Por fim, um paciente também pode assumir papéis em mais de um elo. No caso do pagamento direto por produtos e serviços de saúde, ele atua nas atividades de consumo, financiamento e intermediação financeira.

7.2.3. Principais fluxos da cadeia de valor da saúde

Os fluxos da cadeia de valor representam elementos de entrada e saída em cada um dos seus elos (e dentro destes, das atividades envolvidas), que se propagam em determinados sentidos de modo a atingir objetivos específicos. No caso da cadeia de valor da saúde, os fluxos contemplam quatro elementos principais - inovação e conhecimento; capital; informações; produtos e serviços - que, na forma de entradas e saídas, fluem de maneira bidirecional entre os nove elos. Esses fluxos se propagam da porção inicial da cadeia (ou *upstream*) até a porção final (ou *downstream*), e vice-versa (figura 7.5). Cada um deles é descrito a seguir.

Figura 7.5. Principais fluxos da cadeia de valor da saúde

7.2.3.1. Fluxo de inovação e conhecimento na cadeia de valor da saúde

O fluxo de inovação e conhecimento representa a propagação das inovações e dos conhecimentos de saúde de diferentes naturezas (tais como científico, médico, tecnológico e até mesmo empírico) entre os elos da cadeia de valor da saúde. A principal direção de propagação ocorre da porção inicial para a final da cadeia de valor (Burns, 2005). Exemplos desse fluxo podem ser encontrados na indústria farmacêutica (figura 7.6), em que as empresas atuam como disseminadoras de conhecimento aos médicos e pacientes, com o objetivo de alavancar as vendas de seus medicamentos (Collier e Iheanacho, 2002; Pedroso e Nakano, 2009).

Figura 7.6. Exemplos de fluxos de conhecimento no setor farmacêutico (Pedroso et al., 2008)

O fluxo de inovação e conhecimento é crítico para o desempenho da cadeia de valor da saúde. A inovação tecnológica no setor é considerada um dos principais fatores responsáveis pelo incremento contínuo dos custos médicos (Cutler e McClellan, 2001; Bodenheimer, 2005). Conforme citado anteriormente, os investimentos públicos e privados em pesquisa e desenvolvimento na área de saúde são geralmente elevados, quando comparados com outros setores da economia. Não obstante os altos investimentos, a inovação nesse setor geralmente se propaga de maneira lenta e deficiente (Berwick, 2003). Além disso, o processo de inovação na saúde é particularmente complexo, em função de diferentes fatores tais como: os diferentes - e não raramente conflitantes - objetivos dos atores (ou participantes) da cadeia de valor; as particularidades do financiamento na saúde; a regulamentação do setor; a taxa de incorporação de tecnologias médicas; o aumento do poder dos pacientes nas decisões sobre saúde; e a necessidade de prestação de contas e redução de custos (Herzlinger, 2006).

Uma regulamentação muito rígida na saúde pode inibir a introdução de inovações de ruptura no setor (Curtis e Schulman, 2006). No Brasil, por exemplo, há a questão da regulamentação do exercício da medicina, que delimita os procedimentos que podem ser realizados exclusivamente por médicos (o denominado “ato médico”) e, portanto, restringe a possibilidade de atuação de outros profissionais da saúde (ex.: enfermeiros, fisioterapeutas) a procedimentos selecionados (Guimarães e Rego, 2005; Machado, 2005).

Ressalta-se ainda que grande parte do fluxo de inovações e conhecimentos lida com intangíveis, como por exemplo, o componente tácito do conhecimento. Apesar do caráter intangível, esse fluxo pode ser analisado e gerenciado de modo a prover valor aos clientes, sejam eles intermediários ou finais (Pedroso et al., 2008).

7.2.3.2. Fluxo de produtos e serviços na cadeia de valor da saúde

O fluxo de produtos e serviços contempla o conjunto de processos e respectivas atividades, que unem as entradas e saídas de cada um dos elos (e dentro destes, dos participantes envolvidos) até entregar saúde e bem-estar aos pacientes e indivíduos saudáveis. Assim, sua principal direção de propagação ocorre da parte inicial para a parte final da cadeia. O conhecimento tácito representa a principal entrada do primeiro elo, que os transforma em conhecimento codificado (ou explícito). Este é utilizado no elo seguinte, que os incorpora em produtos e tecnologias, utilizados e alocados nos serviços de saúde no terceiro elo. Este entrega os serviços aos pacientes e indivíduos saudáveis (sexto elo) e é remunerado por meio do quarto elo (intermediação financeira), que, por sua vez, recebe recursos financeiros provenientes do financiamento da saúde (quinto elo). Os processos e atividades do fluxo de produtos e serviços são regulados pelo primeiro elo horizontal. A distribuição de produtos de saúde (segundo elo horizontal) interage com os demais elos verticais e horizontais para realizar os processos logísticos de suprimentos, distribuição e vendas. Por fim, os serviços de apoio e complementares (terceiro elo horizontal) interagem com os demais elos

verticais e horizontais, com o intuito de apoiar e complementar os processos e atividades inerentes a cada um dos elos.

No fluxo de produtos e serviços, é importante analisar como as operações são realizadas. Em particular, no elo dos serviços de saúde, pode-se utilizar a segmentação conforme nível de complexidade (figura 7.7). A esfera de atendimento primário foca nos atendimentos de menor complexidade. Geralmente esse atendimento ocorre nas organizações voltadas à atenção primária (ex.: centros de saúde e ambulatórios gerais), que deveriam funcionar como porta de entrada aos níveis de maior complexidade do sistema. A esfera de atendimento secundário enfatiza o atendimento com níveis intermediários de complexidade, como ocorre em ambulatórios com especialidades clínicas e cirúrgicas, alguns serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), determinados serviços de atendimento de urgência e emergência e hospitais gerais. A esfera de atendimento terciário foca os atendimentos de maior complexidade, tais como os serviços realizados por hospitais especializados que atuam no nível regional, estadual ou mesmo nacional (Cecílio, 1997; Cohn e Elias, 2003).

Figura 7.7. Esferas de atendimento em serviços de saúde (adaptado de Cohn e Elias, 2003)

A figura 7.8 ilustra o fluxo de produtos e serviços na cadeia de valor da saúde. Os fluxos principais de produtos se propagam principalmente na direção do fornecimento de produtos e tecnologias para os consumidores. Os fluxos reversos de produtos (ou seja, no sentido inverso ao principal), tais como devoluções, retornos de itens obsoletos, reparos e reciclagem não são apresentados na figura.

Figura 7.8. Fluxos de produtos e serviços na cadeia de valor da saúde

Os fluxos principais de serviços de saúde convergem para o elo dos serviços de saúde. Esses fluxos apresentam dois processos polares: (1) processos iterativos de cuidados de saúde, em que as atividades são mais customizadas e, portanto, cuja sequência é de mais difícil previsão antes do início do processo; e (2) processos sequenciais de cuidados de saúde, em que as atividades podem ser padronizadas e, assim, ter sua sequência prevista (Bohmer, 2005; 2009). De maneira geral, os processos iterativos são mais adequados ao diagnóstico e tratamento de casos de maior complexidade,

enquanto os processos sequenciais podem ser utilizados para a resolução eficiente de casos de menor complexidade (Bohmer, 2009).

Nesse contexto, a esfera de atendimento primário, posicionada como porta de entrada dos serviços de saúde, tende a apresentar processos mais padronizados de cuidados de saúde, para atendimentos de menor complexidade. A esfera de atendimento terciário tende a atuar por meio de processos mais customizados e iterativos, para atendimentos de maior complexidade. A esfera de atendimento secundário geralmente contempla uma composição de processos padronizados e customizados, para atendimentos de complexidade intermediária. Os consumidores percorrem as esferas de atendimento em função de suas necessidades de serviços de saúde e complexidade do atendimento.

Por fim, os fluxos de serviços de apoio ou complementares contemplam a entrega de serviços que apóiam ou complementam os serviços principais de saúde. Esses fluxos se propagam dos serviços de apoio e complementares aos demais elos da cadeia de valor.

7.2.3.3. Fluxo financeiro na cadeia de valor da saúde

O fluxo financeiro representa a propagação – e retenção – do capital ao longo da cadeia de valor. Ao contrário dos anteriores, sua direção principal de propagação ocorre da parte final ou, mais especificamente, do financiamento para a porção inicial da cadeia.

A figura 7.9 apresenta os fluxos financeiros na cadeia de valor da saúde. Nessa figura, o mercado é considerado como um conjunto de transações financeiras. Nesse contexto, há quatro mercados na cadeia de valor da saúde: (1) mercado financeiro da saúde, formado pelo financiamento da saúde (cujos recursos são alocados diretamente pelo governo, empregadores e indivíduos, e indiretamente por meio do pagamento de impostos); (2) mercado de oferta e operações de saúde, que abrange os serviços de saúde e o fornecimento de produtos e tecnologias; (3) mercado de consumo de saúde, que contempla os consumidores; (4) mercado de conhecimento em saúde, que aborda o

desenvolvimento de conhecimento em saúde. Esses mercados são regulados por meio de quatro conjuntos principais de políticas e regras: (1) financiamento da saúde (ex.: políticas de financiamento do sistema público); (2) alocação dos recursos de saúde (ex.: políticas de distribuição das verbas de saúde); (3) utilização dos recursos de saúde (ex.: políticas de vacinação do sistema público, regras de utilização do sistema de saúde suplementar); (4) monetização (ou mercantilização) do conhecimento em saúde, ou seja, transformação do conhecimento em dinheiro (ex.: regras de patentes e propriedade intelectual).

Figura 7.9. Fluxos financeiros na cadeia de valor da saúde

A análise do fluxo financeiro pode ser utilizada para mapear ineficiências na cadeia de valor, verificar quais elos apresentam maior valor financeiro adicionado ou identificar padrões de consumo de saúde. Na primeira questão, é importante notar que ineficiências em elos anteriores podem se propagar aos elos posteriores, resultando em ineficiências sistêmicas. Assim, aumentos nos custos médico-hospitalares percebidos na intermediação financeira podem ser

causados por ineficiências localizadas nos elos anteriores (por exemplo, nos serviços de saúde e no fornecimento de produtos e tecnologias) quando as empresas repassam suas ineficiências, incorporando-as aos preços dos produtos e serviços. Nos EUA há importantes variações regionais nos custos de saúde, não explicadas somente por diferenças na disponibilidade de recursos tecnológicos e na forma de pagamentos. Nesse sentido, alguns autores sugerem que a reorganização dos serviços de saúde e a eliminação de serviços desnecessários poderiam melhorar a eficiência do sistema e, portanto, reduzir o crescimento dos custos (Fisher et al., 2009).

No que diz respeito à agregação de valor na cadeia, Campos et al. (2009) verificaram que médicos, indústria farmacêutica, hospitais privados e empresas de medicina diagnóstica, nessa ordem, são os atores que geram o maior valor financeiro adicionado na cadeia de saúde do Brasil. Em relação aos padrões de consumo de saúde, sabe-se que a adoção de políticas que aumentam o compartilhamento de custos com os consumidores altera suas decisões quanto às opções de provedores de serviços de saúde, aderência e escolha de custos de tratamento. Verifica-se que essas políticas (por exemplo, co-participação e franquia) reduzem o consumo e os custos de saúde. Por outro lado, os consumidores tendem a economizar também na utilização de produtos e serviços essenciais de saúde quando o compartilhamento de custos é excessivo (Buntin et al., 2006; Rosenthal, 2009).

7.2.3.4. Fluxo de informação na cadeia de valor da saúde

O fluxo de informação representa a propagação de informações entre as atividades da cadeia de valor da saúde. Três fluxos principais podem ser identificados: (1) informação médica; (2) informação sobre oferta e demanda de saúde; e (3) informação sobre disponibilidade financeira e regras de utilização e acesso (figura 7.10).

Figura 7.10. Fluxos de informação na cadeia de valor da saúde

O fluxo de informação médica aborda o armazenamento das informações de saúde sobre os pacientes, bem como o acesso e intercâmbio dessas informações pelos participantes da cadeia de valor da saúde. O principal componente desse fluxo é o prontuário médico eletrônico. Este consiste em um sistema com informações integradas sobre o paciente, apresentando quatro principais funcionalidades: (1) dados gerais sobre o paciente, por exemplo: informações demográficas, lista de medicamentos utilizados e histórico de saúde; (2) gestão de requisições, tais como prescrições e solicitações de testes diagnósticos; (3) gestão de resultados de exames diagnósticos, tais como a visualização dos resultados de exames para diagnóstico; (4) sistema de suporte à decisão clínica, que inclui avisos sobre interações e efeitos colaterais de medicamentos, alertas sobre resultados de exames fora dos padrões normais e lembretes sobre seguimento de protocolos clínicos (Institute of Medicine, 2003; Blumenthal e Glaser, 2007; DesRoches et al., 2008).

O fluxo de informação sobre oferta e demanda de saúde contempla a gestão das informações sobre como a demanda de saúde dos consumidores se propaga e é atendida pelos elos dos serviços de saúde, distribuição de produtos, fornecimento de produtos e tecnologias e desenvolvimento de conhecimento em saúde. A principal direção de propagação ocorre dos consumidores aos elos iniciais da cadeia de valor da saúde. O fluxo de informação sobre disponibilidade financeira e regras de acesso considera dois tipos de informação. A primeira consiste na gestão de informações sobre a disponibilidade e alocação de recursos financeiros aos elos dos serviços de saúde, distribuição de produtos, fornecimento de produtos e tecnologias e desenvolvimento de conhecimento em saúde. A segunda considera as regras de utilização e acesso dos consumidores, bem como as autorizações dos participantes da intermediação financeira aos provedores de serviços de saúde, distribuição de produtos, fornecimento de produtos e tecnologias, e desenvolvimento de conhecimento.

Alguns autores sugerem o desenvolvimento de uma plataforma tecnológica para a gestão da informação de saúde. Essa plataforma deveria: gerenciar a privacidade dos dados; adotar uma arquitetura flexível (por exemplo, arquitetura modular e interdependente); adotar padrões abertos (e não proprietários); e permitir a conexão com diferentes sistemas (Mandl e Kohane, 2009). Mandl e Kohane (2008) apresentam um modelo em que os provedores de dados (ex.: hospitais, farmácias, clínicas, médicos, operadoras e empresas de medicina diagnóstica) informam os dados de saúde de seus clientes a uma plataforma de prontuário médico eletrônico pessoal. Esta, por sua vez, provê informações para diferentes aplicações, tais como ferramentas de gestão de doenças, aplicações de saúde e bem-estar, ferramentas de gestão de pesquisas clínicas e ferramentas de redes sociais. Tanto a transferência de dados dos provedores à plataforma quanto o acesso à informação pelas aplicações é controlado pelo paciente, de modo a manter a privacidade e confidencialidade das informações.

7.3. MODELO DE GESTÃO ESTRATÉGICA PARA SERVIÇOS DE SAÚDE

Conforme apresentado no capítulo 3, esse trabalho adota a seguinte definição para gestão estratégica:

A gestão estratégica consiste em um conjunto de análises e decisões que resultam na alocação de recursos e na realização de mudanças que apresentam importantes impactos no desempenho da organização. Essas mudanças ocorrem ao longo do tempo e têm o intuito de atender os objetivos estratégicos da organização e de seus *stakeholders*.

A gestão estratégica é uma das atividades organizacionais mais complexas em função de seu caráter multidimensional e por estar apoiado em um processo decisório não completamente estruturado, por vezes baseado em informações incompletas e com direcionamentos dependentes da estrutura de poder das organizações. Por outro lado, as decisões e ações estratégicas podem afetar fortemente o desempenho de uma organização uma vez que:

- (1) Geralmente envolvem uma significativa alocação de recursos;
- (2) Podem apresentar um importante impacto no longo prazo;
- (3) São relativamente difíceis de reverter, ou o custo para retroceder é relativamente alto.

O trabalho considera que qualquer gestão estratégica contempla pelo menos duas atividades básicas: decisão e ação. Toda ação é necessariamente precedida de uma decisão. Não realizar uma ação implica na decisão, consciente ou inconsciente, de nada fazer. E postergar uma ação significa a decisão explícita ou implícita de não executá-la no momento presente, sendo que a ação pode ou não ser executada posteriormente.

Essas duas atividades - decisão e ação - estão associadas, respectivamente às etapas de escolhas estratégicas (ou formulação da estratégia) e execução da estratégia. Em função do relevante impacto decorrente dessas atividades, sugere-se que: as escolhas sejam baseadas em um análise estratégica e que seja realizado um monitoramento do

desempenho estratégico, de modo a verificar se os resultados das ações estratégicas estão alinhados com os objetivos estratégicos e adequados às expectativas dos principais *stakeholders*.

Conforme discutido na revisão da literatura, a aprendizagem estratégica está associada principalmente à formulação da estratégia como um processo emergente. Assim, as decisões estratégicas emergentes podem estar associadas a um ou mais fatores, tais como: necessidade de adaptação ao ambiente; deficiências na análise estratégica, resultando em decisões pouco efetivas; deficiências no processo decisório; limitações na execução da estratégia. Por outro lado, esse trabalho considera que o aprendizado estratégico também pode ser proativo. Nesse sentido, as empresas poderiam utilizar um processo de gestão do conhecimento estratégico para realimentar as principais etapas da gestão estratégica.

Nesse contexto, o presente trabalho adota um modelo de gestão estratégica baseado em cinco elementos (figura 7.11):

- (1) Análise estratégica
- (2) Escolhas estratégicas (ou formulação da estratégia)
- (3) Execução da estratégia
- (4) Monitoramento do desempenho estratégico
- (5) Aprendizagem estratégica

Figura 7.11. Cinco elementos da gestão estratégica

De acordo com a literatura e com os resultados da pesquisa de campo, o entendimento do contexto estratégico é fundamental para uma efetiva gestão estratégica. Assim, todas essas cinco etapas e suas respectivas atividades deveriam ser adaptadas ao contexto geográfico, setorial e organizacional de uma empresa. A figura 7.12 ilustra essas discussões.

Figura 7.12. Elementos básicos da gestão estratégica

7.3.1. Diretrizes para o modelo de gestão estratégica

As diretrizes para o modelo de gestão estratégica abordam as seguintes questões:

(1) Considerar os cinco principais elementos da gestão estratégica: análise estratégica; escolhas estratégicas (ou formulação da estratégia); execução da estratégia; monitoramento do desempenho estratégico; e aprendizagem estratégica.

(2) Compreender e analisar o contexto da gestão estratégica antes da definição do processo de gestão estratégica. De acordo com a literatura, o contexto estratégico pode ser desdobrado em: geográfico, setorial e organizacional. Essas questões foram observadas na pesquisa de campo, uma vez que esta identificou as seguintes questões:

- a saúde é regionalizada no Brasil (contexto geográfico);

- o entendimento das complexidades e particularidades do setor de saúde é condição fundamental para uma efetiva gestão estratégica (contexto setorial);

- a identificação do tipo de configuração organizacional auxilia na adaptação do processo de formulação da estratégia em uma determinada empresa. Algumas das características inerentes à formação médica podem gerar impactos na gestão das empresas. Além disso, as organizações filantrópicas podem demandar uma adaptação das técnicas de gestão estratégica para um alinhamento aos seus objetivos. Essas questões foram identificadas na pesquisa de campo e fazem parte do contexto organizacional.

(3) Colocar, no conteúdo da gestão estratégica, ênfase na governança corporativa e na definição do modelo de negócios, conforme resultados da pesquisa de campo.

(4) Equacionar as questões de governança corporativa antes da definição do processo de gestão estratégica, conforme recomendações da pesquisa de campo

(5) Considerar o *balanced scorecard* como ferramenta de monitoramento do desempenho estratégico uma vez que ela já está disseminada no setor de saúde, particularmente em organizações de grande porte. Essa foi uma das conclusões da pesquisa de campo.

A figura 7.13 sintetiza as diretrizes para o modelo de gestão estratégica proposto nesse trabalho.

Figura 7.13. Diretrizes para o modelo de gestão estratégica

7.3.2. Abordagem adotada para o desenvolvimento da gestão estratégica

Baseado na revisão da literatura, esse trabalho adota duas principais dimensões para o desenvolvimento da estratégia: (1) um eixo vertical, que considera os extremos entre um desenvolvimento deliberado da estratégia e, no outro, uma estratégia emergente; (2) um eixo horizontal, que aborda, de um lado, a ênfase no mercado e estrutura do setor, e no outro, a ênfase nos recursos e capacidades organizacionais.

Essas dimensões caracterizam cinco abordagens distintas:

(1) *Abordagem clássica mercadológica*, que considera uma estratégia deliberada com ênfase no mercado e na estrutura do setor (representada pela abordagem SCP, ou *structure-conduct-performance*).

(2) *Abordagem baseada nos recursos*, que contempla uma estratégia deliberada com ênfase nos recursos e capacidades organizacionais (representada pela abordagem RBV, ou *resource based view*).

(3) *Abordagem evolucionária*, que adota a premissa de volatilidade e imprevisibilidade dos mercados, o que reduz a efetividade de estratégias deliberadas. Nesse sentido, essa abordagem considera que a empresa deve se adaptar ao ambiente externo.

(4) *Abordagem processual*, que adota a premissa de imperfeição e alta complexidade dos mercados e das organizações. Essa abordagem é cética em relação ao planejamento deliberado e racional. Assim, ela considera que as empresas devem realizar um ajuste gradual de suas rotinas ao ambiente externo e interno.

(5) *Abordagem sistêmica adaptativa*⁸⁵, que adota duas premissas principais. Primeiro, que as estratégias não são completamente deliberadas ou emergentes; segundo, que tanto a estrutura do setor quanto os recursos e capacidades organizacionais podem direcionar a estratégia, a depender do contexto e das necessidades.

A figura 7.14 ilustra essas dimensões e abordagens.

Figura 7.14. Abordagens de gestão estratégica adotadas no trabalho

⁸⁵ Nomenclatura adotada pelo presente trabalho.

Dois diferentes exemplos podem ser apresentados para ilustrar a segunda premissa da abordagem sistêmica adaptativa. O desenvolvimento de novos negócios por meio de novas empresas (ou *start-ups*) ou novas divisões (ou *spin-offs*) de uma organização estabelecida poderia adotar uma ênfase no mercado. Essa abordagem poderia ser adequada ao se assumir que os recursos e capacidades organizacionais atuais não são limitações para o desenvolvimento da estratégia, e as sinergias com os negócios atuais são relativamente pouco relevantes (no caso de empresas estabelecidas). Por outro lado, o desenvolvimento de novos negócios por meio de novas unidades de negócios de uma organização estabelecida poderia adotar ênfase nos recursos e capacidades organizacionais. Isso seria adequado para uma empresa que possui uma ou mais capacidades distintas e diferenciadas, que lhe permitem alavancar importantes sinergias nos novos negócios.

Esse trabalho adota as premissas e elementos direcionadores da abordagem sistêmica adaptativa. Assim, o desenvolvimento da estratégia deve buscar um equilíbrio entre os processos deliberados e emergentes, e entre as ênfases no mercado e estrutura do setor, e nos recursos e capacidades organizacionais (figura 7.15). Essa lógica é similar ao que Slack et al. (2002; 2006) e Slack e Lewis (2003) sugerem para o desenvolvimento da estratégia de operações.

Figura 7.15. Gestão estratégica segundo a abordagem sistêmica adaptativa

Esse trabalho também adota a teoria geral de formulação da estratégia proposta por Mintzberg (2007), que sugere alinhamento biunívoco entre os quatro tipos de configurações organizacionais e os quatro processos básicos de formulação da estratégia. A consideração da proposição de Mintzberg (2007) é realizada com algumas adaptações, conforme a tabela 7.1. Esta acrescenta alguns elementos do contexto (organizacional, do setor e geográfica) e incorpora as abordagens de gestão estratégica previamente citadas.

CONTEXTO	Contexto organizacional	Configuração da organização	Organização burocrática	Organização empreendedora	Organização adocrática	Organização profissional
		Estrutura de poder	Centralizada	Centralizada	Descentralizada	Descentralizada
		Centro do poder	Alta gestão (poder permeia a organização)	Líder empreendedor	Times de especialistas (ou de projetos)	Cada profissional
		Condições	Produtos e serviços padronizados, organizações maduras, ambientes estáveis	Startup, ampla reestruturação, pequenas empresas, ambiente dinâmico	Inovação, alta tecnologia, ambientes dinâmicos	Profissionais com alta qualificação, ambientes estáveis
		Integração	Integrada pelo desenho organizacional	Alinhada ao líder	Média ou baixa integração	Baixa integração
		Formação dominante na alta gestão	Médicos / não-médicos	Médicos / não-médicos	Médicos / não-médicos	Médicos / não-médicos
	Contexto do setor de atuação	Atividade central	Hospitalar / medicina diagnóstica	Hospitalar / medicina diagnóstica	Hospitalar / medicina diagnóstica	Hospitalar / medicina diagnóstica
		Atividades adjacentes	Medicina diagnóstica / ensino e pesquisa / check up / gestão de doenças crônicas	Medicina diagnóstica / ensino e pesquisa / check up / gestão de doenças crônicas	Medicina diagnóstica / ensino e pesquisa / check up / gestão de doenças crônicas	Medicina diagnóstica / ensino e pesquisa / check up / gestão de doenças crônicas
	Contexto geográfico	Sede	São Paulo	São Paulo	São Paulo	São Paulo
		Atuação regional	Estados?	Estados?	Estados?	Estados?
PROCESSO	Formulação dominante da estratégia	Planejamento estratégico	Planejamento estratégico	Visão estratégica (do líder)	Aprendizado estratégico (coletivo)	Investimentos estratégicos
		Processo de desenvolvimento	Deliberado	Deliberado (com flexibilidade para posições estratégicas emergentes)	Emergente	Emergente (com posições estratégicas deliberadas e emergentes)
		Impulso estratégico	Organização impulsiona as ações estratégicas	Líder empreendedor impulsiona as ações estratégicas	Ambiente impulsiona as ações estratégicas	Profissionais impulsionam a estratégia
		Abordagens estratégicas	Mercadológica (controlar o mercado) e/ou baseada nos recursos (alavancar e proteger os recursos existentes)	Mercadológica (aproveitar oportunidades de mercado) e/ou baseada nos recursos (desenvolver e adaptar os recursos)	Abordagem evolucionária	Abordagem processual
		Padrão de mudanças estratégicas	Longa estabilidade, interrompida por ocasionais grandes reestruturações	Progresso sólido, com mudanças periódicas	Ciclicidade entre dentro e fora do foco estratégico	Frequentes mudanças nas posições individualizadas, dentro de uma estabilidade geral
CONTEÚDO	Estratégias	Posições estratégicas bem definidas	Posições estratégicas bem definidas	Posições estratégicas flexíveis, alinhadas à visão estratégica	Perspectivas amplas, posições estratégicas emergentes	Portfólio de posições estratégicas individualizadas (deliberadas e emergentes)
		Principais questões estratégicas	Reconhecimento da necessidade de mudança	Pensamento do líder	Pensamento coletivo	Questionamento da gestão estratégica

Tabela 7.1. Características da gestão estratégica segundo o tipo de organização

Por fim, a estrutura do modelo genérico de gestão estratégica adotado nesse trabalho é apresentada na figura 7.16. Conforme explicitado nessa figura, a estrutura do processo de gestão estratégica compreende seis etapas principais: (1) análise estratégica; (2) formulação da estratégia; (3) implantação das decisões estratégicas; (4) controle estratégico; (5) retroalimentação; (6) aprendizagem estratégica. As etapas de controle estratégico e

retroalimentação correspondem a um desdobramento do monitoramento estratégico.

Figura 7.16. Estrutura do modelo genérico de desenvolvimento da gestão estratégica adotado nesse trabalho

7.3.3. Modelo genérico proposto para gestão estratégica

O modelo genérico de gestão estratégica proposto neste trabalho é apresentado na figura 7.17. Ele contempla as seis etapas citadas no tópico anterior: (1) análise estratégica; (2) formulação da estratégia; (3) implantação das decisões estratégicas; (4) controle estratégico; (5) retroalimentação; e (6) aprendizagem estratégica.

Figura 7.17. Modelo genérico de gestão estratégica

A análise do contexto externo abrange o contexto geográfico e setorial. Essas questões são abordadas por meio da análise da cadeia de valor e das seguintes dimensões externas: macro-variáveis externas, forças estratégicas e estágio do ciclo de vida. A análise do contexto externo deve identificar as oportunidades e riscos (ou ameaças).

A análise do contexto interno inclui o contexto organizacional. Para tanto, são identificadas as capacidades organizacionais e analisadas as seguintes dimensões internas: recursos e processos, produtos e mercados, estrutura organizacional e social. A análise do contexto interno deve identificar os pontos fortes e fracos da organização.

A etapa de análise é complementada pelo mapeamento dos *stakeholders* e definição (confirmação ou redefinição) da intenção estratégica.

A etapa de formulação está associada às escolhas estratégicas. Estas contemplam a definição (confirmação ou redefinição) do posicionamento estratégico e do modelo de negócios da organização. Na sequência, são definidas as opções estratégicas, e seu desdobramento em níveis e direções estratégicas. As escolhas estratégicas devem estar alinhadas à intenção estratégica, e considerar as análises dos contextos externo e interno.

A etapa de implantação está relacionada à execução estratégica. Esta inclui o planejamento orçamentário, a definição dos projetos estratégicos e planos de ação, e a gestão de mudanças. A obtenção de vantagens competitivas é uma consequência das ações estratégicas. A empresa pode decidir pela manutenção e proteção das vantagens obtidas, ou por disseminá-las (por exemplo, quando essa decisão está associada aos objetivos sociais da organização).

A etapa de controle está associada à governança corporativa, inteligência estratégica e monitoramento do desempenho estratégico. Este é realizado por meio de indicadores de desempenho e adoção de metodologias tais como o *balanced scorecard*.

O modelo proposto considera que as etapas adotadas (e suas atividades) não são necessariamente sequenciais, muito embora as quatro primeiras (análise, formulação, implantação e controle) estejam relacionadas a um

processo estratégico deliberado, e as duas últimas etapas (retroalimentação e aprendizagem) estejam mais associadas a uma estratégica emergente. Na realidade, essas seis etapas são iterativas, o que é reforçado pelas atividades inerentes à retroalimentação e aprendizagem. Os elementos situados na parte esquerda da figura (contexto externo, cadeia de valor do setor e dimensões externas) abordam a ênfase no mercado e na estrutura do setor (abordagem SCP). Os elementos apresentados na parte direita da figura (contexto interno, capacidades organizacionais e dimensões internas) contemplam a ênfase nos recursos e capacidades organizacionais (abordagem RBV).

Por fim, cabe ressaltar que nem sempre as empresas (mesmo aquelas consideradas como bem-sucedidas) adotam todas essas etapas em seu processo de gestão estratégica. Por exemplo, Bhidé (2000) mostra que grande parte das iniciativas empreendedoras bem-sucedidas é resultante de um processo improvisado e com recursos limitados. Os novos negócios⁸⁶, concebidos de maneira planejada e com recursos de investidores privados⁸⁷, geralmente são exceções. Esse autor considera que os empreendedores que investem em negócios com alto grau de incerteza adotam uma abordagem de adaptação oportunista para lidar com situações inesperadas. Limitações de tempo e recursos, relação custo benefício desfavorável (em função dos pequenos lucros esperados) e alta incerteza do negócio são motivos para esses empreendedores limitarem os esforços em análise e formulação da estratégia.

7.3.4. Conteúdo proposto para a gestão estratégica

Conforme discussão anterior, o conteúdo da gestão estratégica contempla o conjunto de decisões e ações estratégicas de uma organização. O modelo proposto considera o conjunto de etapas, atividades e conteúdo conforme a tabela 7.2 (reapresentada).

⁸⁶ Em inglês, *startups*.

⁸⁷ Em inglês, *venture capital*.

ETAPAS	ATIVIDADES	CONTEÚDO
Análise	Mapeamento dos <i>stakeholders</i>	▪ <i>Stakeholders</i>
	Intenção estratégica	▪ Missão ▪ Visão ▪ Valores e cultura organizacional ▪ Objetivos estratégicos
	Análise do ambiente externo	▪ Cadeia de valor do setor ▪ Macro variáveis externas ▪ Forças estratégicas ▪ Estágio do ciclo de vida
	Análise do ambiente interno	▪ Recursos tangíveis e intangíveis ▪ Processos de negócios ▪ Estrutura organizacional e social ▪ Capacidades organizacionais
Formulação	Definição do posicionamento estratégico	▪ Posicionamento estratégico ▪ Modelo de negócios
	Opções estratégicas	▪ Níveis da estratégia ▪ Direções da estratégia
Implantação	Execução da estratégia	▪ Planos de ação ▪ Orçamento ▪ Mudanças e projetos estratégicos
Controle	Mensuração da vantagem competitiva	▪ Vantagem competitiva
	Monitoramento do desempenho estratégico	▪ Indicadores de desempenho ▪ <i>Balanced scorecard</i>
	Definição da governança corporativa e seu papel na gestão estratégica	▪ Governança corporativa
Retroalimentação	Atividades de retroalimentação da gestão estratégica	▪ Inteligência estratégica
Aprendizagem	Atividades de aprendizagem organizacional em gestão estratégica	

Tabela 7.2. Etapas, atividades e conteúdo da gestão estratégica

A seguir o trabalho apresenta proposições relacionadas ao conteúdo, adicionais ao que foi discutido na revisão da literatura.

7.3.4.1. Intenção estratégica

Esse trabalho considera a intenção estratégica de uma organização de maneira abrangente. Ela contempla seu propósito dominante (missão), a posição futura desejada (visão), as crenças sobre o que é importante para a empresa (valores organizacionais) e os resultados esperados (objetivos estratégicos). O tabela 7.3 apresenta esses elementos, classificando-os em ideológicos e aspiracionais.

	INTENÇÃO ESTRATÉGICA
Elementos ideológicos	Missão: qual é o propósito dominante da organização? Qual é a razão de sua existência? Qual é sua contribuição aos clientes e à sociedade?
	Valores: o que é importante para a organização? Quais são as diretrizes que moldam as decisões, ações e interações de seus recursos humanos?
Elementos aspiracionais	Visão: qual é a posição futura desejada?
	Objetivos estratégicos: quais são os resultados esperados? Quando eles devem ser atingidos? Quem será beneficiado com esses resultados?

Tabela 7.3. Elementos da intenção estratégica

A título de ilustração, alguns exemplos de missão, visão e valores de organizações que atuam na prestação de serviços de saúde no Brasil são apresentados, respectivamente, nas tabelas 7.4, 7.5 e 7.6.

Organização	Missão
Dasa	“Superar todos os dias, com iniciativa e criatividade a expectativa de nossos clientes, proporcionando diagnósticos de qualidade através de processos eficientes” ⁸⁸ .
Einstein ⁸⁹	“Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira” ⁹⁰ .
Grupo Fleury	“Prover soluções cada vez mais completas e integradas para a gestão da saúde e o bem-estar das pessoas, com excelência, humanidade e sustentabilidade” ⁹¹ .
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	“Instituição comprometida com as necessidades de saúde da população, voltada para um atendimento integral, individualizado e qualificado, e orientada para o desenvolvimento científico através do ensino e da pesquisa” ⁹² .
Hospital do Rim e Hipertensão	“Promover a excelência na assistência, ensino e pesquisa com foco na geração de conhecimento e capacitação de pessoas, na busca contínua de tratamento e prevenção das doenças de rim e da hipertensão arterial em benefícios da população. Qualificar-se para contribuir na consolidação das políticas públicas de saúde em sua área de atuação” ⁹³ .
Hospital São Luiz	“O nosso compromisso é atingir e superar as expectativas dos clientes, garantindo sua total satisfação, fazendo do São Luiz sinônimo de excelência em serviços hospitalares” ⁹⁴ .
Hospital Sírio-Libanês	“Ser um centro de excelência pioneiro e de vanguarda na assistência à saúde, o qual busca a melhoria da qualidade de vida com calor humano” (missão do Hospital). “Gerar e difundir conhecimento e capacitar profissionais, contribuindo para a excelência da assistência à saúde” (missão do Instituto de Ensino e Pesquisa). “Apoiar as ações sociais, de ensino, pesquisa e assistência médica da Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês, visando desenvolver o bem comum” (missão da Filantropia) ⁹⁵ .
Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas	“Prestar assistência hospitalar humanizada a pacientes portadores de doenças cardiopulmonares de alta complexidade; incorporar e desenvolver novas tecnologias em saúde; disseminar o conhecimento científico; desenvolver pesquisas que proporcionem avanços na prevenção, no diagnóstico e na cura das doenças cardiopulmonares, garantindo a sustentabilidade e o uso racional dos recursos” ⁹⁶ .

Tabela 7.4. Exemplos de missão de alguns serviços de saúde do Brasil

⁸⁸ Disponível em: www.diagnosticosdaamerica.com.br/sobre_missao.php. Acesso em: 02/04/2010.

⁸⁹ Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

⁹⁰ Disponível em: www.einstein.br/sobre-a-sociedade/Paginas/missao-visao-e-valores.aspx. Acesso em: 02/04/2010.

⁹¹ Disponível em: www.fleury.com.br/Sobre/Pages/MissaoEValores.aspx. Acesso em: 02/04/2010.

⁹² Disponível em: www.hospitalalemao.org.br/haoc/Default.aspx?idPagina=35324. Acesso em: 02/04/2010.

⁹³ Disponível em: www.hrim.com.br/missao.php. Acesso em: 02/04/2010.

⁹⁴ Disponível em: www.saoluiz.com.br/sobre_missao.aspx. Acesso em: 02/04/2010.

⁹⁵ Disponível em: www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/conheca_hospital_sirio_libanes/missao_visao_valores.asp. Acesso em: 02/04/2010.

Organização	Visão
Dasa	“Ser reconhecido mundialmente pela qualidade e eficiência na realização de exames de apoio diagnóstico com entrega de conhecimento médico, atendendo a todas as classes sociais” ⁹⁷ .
Einstein	“Ser líder e inovadora na assistência médico-hospitalar, referência na gestão do conhecimento e reconhecida pelo comprometimento com a responsabilidade social” ⁹⁸ .
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	“Ser uma Instituição de Saúde reconhecida por sua excelência em atender seus pacientes, de forma integral e individualizada, com ênfase nas áreas de Doenças Digestivas, Doenças Circulatórias, Doenças Osteomusculares, Doenças Oncológicas e Atenção ao Idoso” ⁹⁹ .
Hospital do Rim e Hipertensão	“Consolidar-se como referência internacional em transplantes renais e como referência nacional em ensino e pesquisa clínica visando a capacitação profissional nas áreas de Nefrologia, Metabologia e Doenças Cardiovasculares” ¹⁰⁰ .
Hospital Sírio-Libanês	“Ser reconhecida internacionalmente pela excelência, liderança e pioneirismo em assistência à saúde e na geração de conhecimento, com responsabilidade social, ambiental e auto-sustentabilidade, atraindo e retendo talentos” ¹⁰¹ .
Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas	“Ser um referencial de excelência cardiopulmonar, reconhecido nacional e internacionalmente, na assistência, no ensino e na pesquisa; agregando, dessa forma, valor ao cenário mundial dessas especialidades, por meio do conhecimento gerado em suas pesquisas” ¹⁰² .

Tabela 7.5. Exemplos de visão de alguns serviços de saúde do Brasil

⁹⁶ Disponível em: www.incor.usp.br/sites/webincor/index.php?option=com_content&task=view&id=113&Itemid=954. Acesso em: 02/04/2010.

⁹⁷ Disponível em: www.diagnosticosdaamerica.com.br/sobre_missao.php. Acesso em: 02/04/2010.

⁹⁸ Disponível em: www.einstein.br/sobre-a-sociedade/Paginas/missao-visao-e-valores.aspx. Acesso em: 02/04/2010.

⁹⁹ Disponível em: www.hospitalalemao.org.br/haoc/Default.aspx?idPagina=35324. Acesso em: 02/04/2010.

¹⁰⁰ Disponível em: www.hrim.com.br/visao.php. Acesso em: 02/04/2010.

¹⁰¹ Disponível em: www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/conheca_hospital_sirio_libanes/missao_visao_valores.asp. Acesso em: 02/04/2010.

¹⁰² Disponível em: www.incor.usp.br/sites/webincor/index.php?option=com_content&task=view&id=113&Itemid=954. Acesso em: 02/04/2010.

Organização	Valores
Dasa	Foco no cliente; bom humor; trabalho em equipe; capacidade de decisão; compromisso com propósito superior; ética; visão de futuro; efetividade operacional ¹⁰³ .
Einstein	Boas ações; saúde; educação; justiça social; honestidade; verdade; integridade; diligência; competência; justiça ¹⁰⁴ .
Fleury Medicina e Saúde	Excelência; respeito; interdependência; solidariedade; voltado ao cliente; integridade; inovação; entusiasmo ¹⁰⁵ .
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Ética; acolhimento; valorização do funcionário; comprometimento; desenvolvimento técnico-científico; responsabilidade social ¹⁰⁶ .
Hospital do Rim e Hipertensão	Ética; justiça; equidade social; compromisso com a capacitação; responsabilidade socio-ambiental; respeito; comprometimento ¹⁰⁷ .
Hospital Sírio-Libanês	Calor humano; excelência; pioneirismo; conhecimento; filantropia ¹⁰⁸ .
Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas	Excelência; conhecimento; humanização; integridade; transparência; responsabilidade social; responsabilidade fiscal; trabalho em equipe; planejamento estratégico ¹⁰⁹ .

Tabela 7.6. Exemplos de valores organizacionais de alguns serviços de saúde do Brasil

7.3.4.2. Análise do ambiente externo

A análise do ambiente externo consiste na identificação, coleta, processamento e disseminação de informações para a tomada de decisões estratégicas. As forças estratégicas e macro-variáveis externas foram discutidas anteriormente.

Esse tópico discute a adoção de uma curva-S para representar os desenvolvimentos tecnológicos e a maturidade do conhecimento médico (figura 7.18).

¹⁰³ Disponível em: www.diagnosticosdaamerica.com.br/sobre_missao.php. Acesso em: 02/04/2010.

¹⁰⁴ Disponível em: www.einstein.br/sobre-a-sociedade/Paginas/missao-visao-e-valores.aspx. Acesso em: 02/04/2010.

¹⁰⁵ Disponível em: www.fleury.com.br/Sobre/Pages/MissaoEValores.aspx. Acesso em: 02/04/2010.

¹⁰⁶ Disponível em: www.hospitalalemao.org.br/haoc/Default.aspx?idPagina=35324. Acesso em: 02/04/2010.

¹⁰⁷ Disponível em: www.hrim.com.br/missao.php. Acesso em: 02/04/2010.

¹⁰⁸ Disponível em: www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/conheca_hospital_sirio_libanes/missao_visao_valores.asp. Acesso em: 02/04/2010.

¹⁰⁹ Disponível em: www.incor.usp.br/sites/webincor/index.php?option=com_content&task=view&id=113&Itemid=954. Acesso em: 02/04/2010.

Figura 7.18. Curva-S na saúde

Para tanto, o trabalho adota as três modalidades (ou estágios) de conhecimento médico propostos por Christensen et al. (2009), porém modifica e adapta a terminologia para medicina experimental (em vez de medicina intuitiva), medicina fundamentada em evidências (no lugar de medicina empírica) e medicina padronizada (em substituição a medicina de precisão). Assim:

(1) Medicina experimental: nesse estágio, as tecnologias e conhecimentos fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos sobre uma determinada doença (ou condição médica) apresentam um desempenho relativamente baixo (por exemplo, mensurado na forma de precisão do diagnóstico, eficácia do tratamento e variabilidade nos resultados). Nesse sentido, os resultados dos serviços de saúde dependem, em grande parte, da capacitação e experiência dos profissionais de saúde, inclusive dos médicos. Nessa modalidade, há um menor potencial para codificação e disseminação do conhecimento médico, menores possibilidades de definição de padrões na assistência à saúde e maior variabilidade no uso dos recursos, nos processos e nos resultados comparativamente às demais modalidades.

(2) Medicina fundamentada em evidências: nesse estágio, há um reconhecimento das relações de causa-e-efeito (ou de ação-e-efeito) na utilização das tecnologias e conhecimentos médicos em determinada doença. A adoção dos preceitos da medicina baseada em evidências pode contribuir

para acelerar o desenvolvimento dos conhecimentos aplicados no diagnóstico e tratamento dessa doença. Dessa forma, geralmente há melhorias gradativas e consistentes no desempenho de uma determinada tecnologia ou conhecimento médico. Os resultados são mais previsíveis e, em determinados casos, podem ser estimados de maneira probabilística. A disseminação do conhecimento médico pode reduzir a dependência da capacitação e experiência dos médicos e profissionais de saúde nos resultados dos serviços de saúde (comparativamente ao estágio anterior). O potencial para codificação e disseminação do conhecimento médico, as possibilidades de definição de padrões na assistência à saúde e a variabilidade no uso dos recursos apresentam um nível intermediário, quando comparados aos demais estágios.

(3) Medicina padronizada: nessa modalidade, as tecnologias e conhecimentos sobre determinada doença estão consolidados. As mudanças são relativamente pequenas e a melhoria de desempenho é incremental. Há elevada compreensão dos mecanismos causadores da doença, e das técnicas para seu diagnóstico e tratamento. Dessa forma, essa doença pode ser diagnosticada e tratada por meio da utilização de regras, algoritmos ou protocolos. Os resultados do diagnóstico e tratamento apresentam variabilidade relativamente baixa. Assim, podem ser utilizados profissionais de saúde com menor capacitação e experiência relativamente àqueles necessários nos estágios anteriores. Nesse estágio, há maior potencial para codificação e disseminação do conhecimento médico, maiores possibilidades de definição de padrões na assistência à saúde e menor variabilidade no uso dos recursos, nos processos e nos resultados comparativamente às demais modalidades.

A figura 7.19 ilustra os estágios de desenvolvimento das tecnologias e conhecimentos na saúde e os adapta ao conceito de curva-S.

Figura 7.19. Estágios de desenvolvimento das tecnologias e conhecimentos na saúde

A figura 7.20 mostra o alinhamento entre os estágios do desenvolvimento das tecnologias e conhecimentos médicos e o grau de personalização e complexidade da assistência à saúde. A utilização de modelos de serviços personalizados e de alta complexidade para procedimentos diagnósticos e terapêuticos no estágio de medicina padronizada pode acarretar uma baixa eficiência operacional (ou seja, maiores custos). Por outro lado, a adoção de modelos de serviços padronizados e de baixa complexidade para o diagnóstico e tratamento de doenças (e condições médicas) no estágio de medicina experimental pode gerar baixa resolubilidade.

Figura 7.20. Alinhamento entre a maturidade do conhecimento e o grau de personalização e complexidade em serviços de saúde

Assim, o grau de maturidade do conhecimento médico pode causar impactos na gestão estratégica e organização do sistema de saúde (por exemplo, na definição de processos personalizados ou padronizados), na incerteza e variabilidade do diagnóstico e tratamento, bem como na variabilidade dos recursos, dos processos e dos resultados. Como consequência disso, impactos relevantes podem ocorrer na eficiência operacional (por exemplo, nos custos de tratamento) e nos benefícios gerados (por exemplo, associados a indicadores de qualidade na assistência à saúde).

7.3.4.3. Análise do ambiente interno

A seguir, são abordados: processos de negócios, segmentação de serviços e mercados, capacidades organizacionais e estrutura organizacional.

7.3.4.3.1. Representação dos processos de negócios

Baseado na cadeia de valor de Porter (1985, p. 46), esse trabalho adota uma cadeia de valor genérica de uma organização (figura 7.21) que segmenta os processos em três categorias:

(1) Processos fundamentais, formados principalmente por processos estratégicos e com foco no mercado (ex.: planejamento e execução estratégica; projeto da infra-estrutura da empresa, fusões e aquisições; *marketing*; inovação e desenvolvimento de produtos; desenvolvimento tecnológico);

(2) Processos centrais, compostos pelos principais processos de transformação (ex.: suprimentos e relacionamento com os fornecedores; manufatura; logística e distribuição; serviços; vendas e relacionamento com os clientes; pós-vendas);

(3) Processos de apoio, formados pelos processos que suportam os processos fundamentais e centrais (ex.: gestão da tecnologia da informação; sustentabilidade e sistemas de gestão; processos financeiros e de orçamentos; gestão do capital humano; processos jurídicos e institucionais). Ressalta-se que essa é uma cadeia de valor genérica: assim, cada empresa deve desenvolver a sua cadeia de valor, conforme sua organização e estratégia de atuação.

Figura 7.21. Cadeia de valor genérica de uma organização

A figura 7.22 ilustra um exemplo de decomposição funcional de uma empresa. A parte direita da figura apresenta os recursos da organização, conforme desdobramento discutido no item anterior. A parte central aborda três macro-processos:

- (1) Aquisição de clientes, formado pelos processos de comunicação e de vendas.
- (2) Desenvolvimento e entrega de soluções, que incluem os processos de desenvolvimento e de entrega de soluções.
- (3) Processos de apoio.

O macro-processo de aquisição de clientes tem como objetivo a identificação das necessidades atendidas e não-atendidas dos clientes atuais e potenciais da empresa. O macro-processo de desenvolvimento e entrega de soluções objetiva desenvolver e entregar produtos, serviços, informações e conhecimentos (ou seja, as saídas do sistema de operações) aos clientes da empresa, de modo a atender suas necessidades. Nesse sentido, deve ocorrer alinhamento entre as necessidades dos clientes e as soluções entregues, de forma a prover valor a esses clientes. A definição de valor aos clientes implica em que os benefícios percebidos pelos clientes são maiores ou iguais àqueles

pelos quais eles estão dispostos a pagar¹¹⁰ para adquirir ou utilizar as soluções dessa empresa.

Figura 7.22. Decomposição funcional de uma organização

Os processos apresentados na parte central da figura 7.22 podem ser desdobrados em sub-processos. Estes, por sua vez, podem ser decompostos em micro-atividades, para maior detalhamento e análise. A tabela 7.7 apresenta exemplos de sub-processos associados a cada um dos processos adotados neste trabalho.

Como exemplificação, a figura 7.23 ilustra a decomposição dos processos de desenvolvimento para uma empresa farmacêutica. A figura 7.24 ilustra o desdobramento dos processos de entrega para uma empresa de serviços de saúde.

¹¹⁰ Em inglês, o termo utilizado é *willingness to pay*.

PROCESSOS	Exemplos de SUB-PROCESSOS
Comunicação	Gestão de marcas (<i>branding</i>) Marketing institucional Comunicação com os clientes Relação com investidores
Vendas	Gestão da força de vendas Gestão dos canais de vendas Relacionamento com os clientes Gestão de contratos
Desenvolvimento	Desenvolvimentos tecnológicos Desenvolvimento de produtos e serviços Desenvolvimento de processos Desenvolvimento de novos modelos de negócios
Entrega	Suprimentos (matérias-primas) Produção Logística e distribuição Atendimento aos clientes
Apoio	Finanças Recursos humanos Tecnologia da informação Suprimentos (materiais indiretos) Jurídico

Tabela 7.7. Exemplos de sub-processos genéricos de uma organização

Figura 7.23. Exemplo de decomposição funcional dos processos de desenvolvimento em uma empresa farmacêutica

Figura 7.24. Exemplo de decomposição funcional dos processos de entrega em serviços de saúde

Por fim, é importante ressaltar que os processos permeiam as funções de uma organização, estabelecidas na estrutura organizacional. A figura 7.25 ilustra essa questão, com exemplos de processos e funções em serviços de saúde.

Figura 7.25. Processos e funções organizacionais

7.3.4.3.2. Segmentação de serviços e mercados

Na saúde, a segmentação de produtos e mercados pode apresentar uma relativa complexidade. Por exemplo, os serviços podem ser classificados por especialidade médica. No caso da segmentação de mercados (e clientes), é necessário definir quem é o cliente. Assim, esse cliente pode assumir diferentes papéis, tais como de pagador (ex.: operadoras de planos de saúde), usuário (ex.: pacientes) e decisor (ex.: médico). Nesse contexto, pode ser necessária uma segmentação em três ou mais dimensões. A figura 7.26 apresenta um exemplo de segmentação tridimensional, sendo que cada dimensão pode ser desdobrada em outras duas. Assim, há serviços, que podem ser relacionados às especialidades; os pagadores, que podem pagar pelos serviços segundo diferentes formas de pagamento; e os clientes, que podem assumir os papéis de usuários e decisores.

Figura 7.26. Exemplo de segmentação tridimensional na saúde

7.3.4.3.3. Análise das capacidades organizacionais

O presente trabalho adota as seguintes definições:

(1) Capacidades organizacionais contemplam a habilidade de uma organização em monitorar, explorar e desenvolver seu conjunto de recursos e processos que, de maneira integrada, habilitam a entrega de produtos e serviços aos seus clientes.

(2) Capacidades estratégicas (ou essenciais, ou críticas, ou ainda distintas) são as capacidades organizacionais de uma empresa que contribuem efetivamente para a criação de valor superior aos clientes (posicionamento de diferenciação) ou para a entrega de produtos e serviços de maneira mais eficiente (posicionamento de baixo custo) em relação aos seus concorrentes.

Um exemplo de capacidade organizacional em serviços de saúde pode ser citado. A capacidade de um centro integrado de gastroenterologia depende da integração de conhecimentos e capacidades em ultra-sonografia, endoscopia, anatomia patológica, tratamento clínico, cirurgia do aparelho

digestivo, tratamento pré e pós-operatório, motilidade digestiva, fisiologia digestiva e nutrição.

A identificação e compreensão das capacidades organizacionais pode ser uma tarefa, em alguns casos, relativamente complexa. Para tanto, esse trabalho apresenta uma variação da aplicação da metodologia VRIO (Barney e Hesterly, 2008) para análise dos recursos e capacidades organizacionais. Três dimensões são consideradas:

(1) Importância estratégica do recurso ou capacidade, que analisa se estes provêm valor competitivo à organização. Essa dimensão é equivalente à vertente valor (V).

(2) Desempenho do recurso ou capacidade, que analisa se a organização consegue explorá-los e obter um desempenho superior. Essa dimensão é equivalente à vertente organização (O).

(3) Barreiras de entrada, que analisam a dificuldade e os custos relativos para outra empresa adquirir ou desenvolver um determinado recurso ou capacidade. Essa dimensão consolida as vertentes raridade (R), custoso para imitar (I) e recurso ou capacidade não-substituível (N, da sigla VRIN).

O resultado das avaliações dos recursos e capacidades é apresentado de forma escalonada. Algumas ações estratégicas podem ser associadas a essa análise, nas situações extremas. Recursos ou capacidades com importância, desempenho e barreiras de entrada simultaneamente altos provêm vantagem competitiva. Dessa forma, a empresa deveria protegê-los e continuar com seu ritmo de desenvolvimento com o intuito de manter a vantagem competitiva.

Recursos ou capacidades com importância e desempenho altos e barreiras de entrada baixas provêm vantagem competitiva temporária (quando poucas empresas do setor os possuem) ou paridade competitiva (quando diversas empresas do setor os possuem). Nesse caso, a empresa também deveria protegê-los e continuar com seu ritmo de desenvolvimento para manter a posição competitiva.

Recursos ou capacidades com importância e barreiras de entrada altas, porém com desempenho baixo implicam em desperdícios de recursos organizacionais ou de oportunidades. Nesse caso, a empresa deveria se

reorganizar de modo a explorar ao máximo os recursos e capacidades existentes, de modo a torná-los fonte de vantagem competitiva.

Recursos ou capacidades com baixa importância competitiva devem ser avaliados. Eles podem representar alocação inadequada de esforços organizacionais.

A figura 7.27 ilustra essa análise.

Figura 7.27. Análise dos recursos e capacidades estratégicas da organização

7.3.4.3.4. Estrutura organizacional

Os tipos básicos de estrutura organizacional são: funcional, multidivisional e matricial. Este tópico apresenta alguns exemplos sobre a adoção de diferentes formas de estrutura organizacional de prestadores de serviços de saúde no Brasil.

A Dasa utilizava, em junho de 2010, uma estrutura funcional¹¹¹ (figura 7.28), formada pelas seguintes áreas: Negócios; Operação; Administrativo-financeiro; Recursos Humanos; Processo e Qualidade; Médica, Científica e Inovação; e Relações Institucionais.

Figura 7.28. Estrutura organizacional funcional da Dasa¹¹²

O Einstein¹¹³ adotava, em 2008, uma estrutura matricial¹¹⁴, composta por quatro unidades de negócios (Hospital, Medicina Diagnóstica e Preventiva, Instituto Israelita de Responsabilidade Social e Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa) e oito áreas funcionais (Prática Médica; Prática Assistencial,

¹¹¹ Disponível em: www.diagnosticsdaamerica.com.br/RI/portugues/governanca_corporativa_estrutura_governanca.php. Acesso em: 01/06/2010.

¹¹² Disponível em: www.diagnosticsdaamerica.com.br/RI/portugues/governanca_corporativa_estrutura_governanca.php. Acesso em: 01/06/2010.

¹¹³ Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

¹¹⁴ Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. *Relatório de Responsabilidade Corporativa 2008*.

Qualidade e Segurança; Suprimentos e Logística; Engenharia e Manutenção; Financeira; Recursos Humanos; Tecnologia da Informação; Comercial e Marketing).

Em maio de 2010, o Grupo Fleury utilizava, em maio de 2010, uma estrutura matricial¹¹⁵ formada por duas unidades de negócios (Medicina Diagnóstica; Medicina Preventiva e Terapêutica) e quatro áreas funcionais (Pessoas e Desenvolvimento Organizacional; Cadeia de Suprimentos, Tecnologia da Informação e Instalações; Estratégia e Marketing; Finanças e Relações Institucionais).

7.3.4.4. Posicionamento estratégico

Conforme definido anteriormente, o posicionamento estratégico (ou competitivo) consiste no primeiro nível das escolhas estratégicas. Ele determina a posição que a organização (ou seus produtos e serviços) ocupa - ou deseja ocupar - em relação aos seus concorrentes em determinado mercado.

A seguir, esse tópico aborda a utilização do mapa de posicionamento competitivo como ferramenta de análise do posicionamento estratégico e uma discussão sobre modelos de negócios.

7.3.4.4.1. Mapa de posicionamento competitivo

Esse trabalho adota o mapa de posicionamento competitivo proposto por D'Aveni (2007), e baseado nos conceitos apresentados em D'Aveni e Gunther (1994). Nesse sentido, o trabalho considera que as posições competitivas estão localizadas em um contínuo, em que num extremo tem-se os produtos e serviços de menor custo e, no outro, os produtos e serviços com maior diferenciação.

¹¹⁵ Disponível em: http://ri.fleury.com.br/fleury/web/arquivos/Presentation_Fleury_Group_May10.pdf. Acesso em: 01/06/2010.

As estratégias genéricas de liderança em custo total e diferenciação de Porter (1980) podem ser associadas, respectivamente, a dois conjuntos de posicionamentos: produtos e serviços de baixo custo; produtos e serviços diferenciados. Em relação às disciplinas de valor de Treacy e Wiersema (1995), pode-se considerar que: (1) a disciplina de excelência operacional pode ser associada a produtos e serviços de baixo custo; (2) as disciplinas de liderança em produto e intimidade com os clientes podem ser consideradas como estratégias distintas de diferenciação; dessa forma, estão associadas a produtos e serviços diferenciados.

O mapa de posicionamento competitivo pode ser utilizado como uma forma prática de visualizar o posicionamento de uma organização, suas marcas, ou seus produtos e serviços em relação aos seus concorrentes. Esse mapa mostra o preço ou custo total para o comprador (no eixo vertical ou das ordenadas) e o benefício principal ou o conjunto de benefícios (no eixo horizontal ou das abscissas).

Nos serviços de saúde do Brasil, alguns provedores adotam o posicionamento competitivo por meio de diferentes marcas. Por exemplo, a Dasa (Diagnósticos da América) possui várias marcas que são segmentadas em três categorias: *premium*, executivo e básico (figura 7.29).

As categorias definidas pela Dasa podem ser representadas no mapa de posicionamento competitivo, conforme a figura 7.30. Esta apresenta algumas decisões estratégicas, inerentes à organização e seu posicionamento. Essas decisões serão discutidas no tópico a seguir.

Figura 7.29. Segmentação das marcas da Dasa ¹¹⁶

Figura 7.30. Exemplo de mapa de posicionamento competitivo para serviços de saúde

¹¹⁶ Disponível em: www.dasa.com.br/conheca_segmentacao_marcas.php. Acesso em: 02/04/2010.

7.3.4.4.2. Modelo de negócios

A definição do modelo de negócios de uma empresa complementa o posicionamento competitivo ao realizar uma análise dos elementos organizacionais que suportam a proposta de valor aos clientes, a forma de geração de receitas, a estrutura de custos e o modelo econômico de uma organização.

Na área da saúde no Brasil, pode-se apresentar um exemplo de modelo de negócios. A Dasa (Diagnósticos da América S.A.) possui um modelo explícito e divulgado em seu site institucional (figura 7.31).

Figura 7.31. Modelo de negócios da Dasa ¹¹⁷

Essa organização define seu modelo de negócios como¹¹⁸:

- Multi-produto: associado a um atendimento concentrado em um mesmo local (ou *one-stop-shop*) por meio de mega unidades que oferecem uma ampla

¹¹⁷ Disponível em: www.diagnosticosdaamerica.com.br/sobre_estrategia.php. Acesso em: 02/04/2010.

¹¹⁸ Disponível em: www.diagnosticosdaamerica.com.br/sobre_estrategia.php. Acesso em: 02/04/2010.

linha de serviços diagnósticos, e integram análises clínicas com diagnósticos por imagem.

- Multi-marca: relacionado ao conceito de unidades de atendimento segmentadas por marca, que estão alinhadas à proposta de valor entregue aos clientes.

- Multi-região: diz respeito à atuação geográfica da organização, que atende em diferentes estados brasileiros.

- Multi-mercado: associado a atuação da empresa em diferentes mercados, tais como o ambulatorial, hospitalar, setor público e apoio a outros laboratórios.

- Multi-pagador: implica na adequação das marcas (e respectivo serviços) a segmentos específicos de mercado, em consonância com os diferentes produtos oferecidos pelos planos de saúde e com as diferenças socioeconômicas de cada região.

O presente trabalho segue os fundamentos conceituais apresentados por Osterwalder (2004) e Casadesus-Masanell e Ricart (2010). O trabalho considera modelo de negócios como a arquitetura dos principais elementos organizacionais que entregam e capturam valor econômico e social. Na gestão estratégica, esse modelo conceitual serve como elo entre o posicionamento estratégico e as opções estratégicas da organização.

A delimitação de modelo de negócios adotada contempla os seguintes componentes:

- (1) Modelo de operações: considera como a cadeia de valor e os principais recursos e processos de negócios são estruturados de forma a entregar o valor proposto aos clientes da empresa.

- (2) Posicionamento competitivo: consiste na posição da empresa em relação aos seus concorrentes, e na tradução desse posicionamento em uma proposição de valor aos clientes. Esta considera os benefícios entregues aos clientes, desdobrados em atributos funcionais (o que é entregue aos clientes?), de conveniência (como esse valor é entregue?) e aspiracionais (qual é o significado social, emocional ou cultural do valor entregue aos clientes?), além do preço cobrado para os clientes terem acesso a esses benefícios.

(3) Modelo de relacionamento com os clientes: considera a identificação dos papéis dos clientes (usuários, decisores, pagadores), a definição do modelo de relacionamento (ex.: relacionamento com os consumidores ou clientes empresariais) com esses clientes e forma de cobrança (ex.: pagamento por serviço, por pacote, por afiliação) de forma a capturar o valor entregue.

(4) Modelo econômico: analisa a estrutura de custos (relacionada com o modelo de operações), o modelo de geração de receita (associado ao preço e ao modelo de relacionamento com os clientes) e a fórmula de geração de lucro (que equaciona os custos e receitas).

A figura 7.32 representa os componentes do modelo de negócios adotados nesse trabalho.

Figura 7.32. Componentes de um modelo de negócios

7.3.4.5. Vantagem competitiva

Esse trabalho considera que uma empresa possui vantagem competitiva quando ela consegue criar mais valor – econômico e social - do que seus concorrentes.

A literatura não é conclusiva sobre como mensurar a vantagem competitiva. Assim, na falta de pesquisas conclusivas e considerando a disponibilidade de dados, esse trabalho adota duas categorias, e respectivas métricas, como *proxies* da vantagem competitiva:

(1) Métricas de lucratividade: margem EBITDA (e/ou fluxo de caixa livre) e retorno sobre o capital investido (ROIC), sendo que essas métricas devem ser adaptadas às informações financeiras das empresas sem fins lucrativos.

(2) Métricas de adaptabilidade: tamanho (em receita) e taxa de crescimento (da receita).

A figura 7.33 ilustra a discussão, realizada na revisão da literatura, sobre os efeitos da empresa (e sua posição competitiva), do setor e da interação setor-país no seu retorno financeiro e na adaptabilidade ao mercado. A figura também apresenta as métricas adotadas nesse trabalho.

Figura 7.33. Métricas da competitividade

Cabe ressaltar que a forma de mensuração da vantagem competitiva adotada não contempla o valor social. A aplicação prática desse elemento em organizações sem fins lucrativos poderia incorporar métricas de natureza social.

7.3.4.6. Balanced scorecard

O *balanced scorecard* é um sistema de indicadores financeiros e não-financeiros que são desdobrados a partir da visão e estratégia corporativa. Ele vem sendo utilizado por diversas organizações do setor de saúde (Zelman et al., 2003; Yap et al., 2005). Essa questão também foi identificada na pesquisa de campo.

A literatura é extensiva sobre a implantação do *balanced scorecard* (Kaplan e Norton, 1992; 1993; 1996a; 1996b; 2001). Como contribuição adicional, esse trabalho apresenta um mapa estratégico genérico para serviços de saúde (figura 7.34). Os mapas estratégicos podem ser utilizados desdobrar a estratégia em objetivos, que são interligados por meio de relações de causa e efeito (Kaplan e Norton, 2000; 2004).

Figura 7.34. Exemplo de mapa estratégico para serviços de saúde

7.3.4.7. Inteligência estratégica

Esse trabalho considera inteligência estratégica como o conjunto de mecanismos utilizados pela organização para realizar as atividades de retroalimentação e aprendizagem estratégicas.

A figura 7.35 representa a abordagem adotada para inteligência estratégica.

Figura 7.35. Abordagem de inteligência estratégica

As atividades de análise estratégica, decisões estratégicas, ações estratégicas, monitoramento do desempenho estratégico e aprendizagem estratégica contemplam os cinco principais elementos da gestão estratégica (vide figura 7.11). A inteligência estratégica insere três elementos adicionais:

(1) Monitoramento do ambiente, que consiste na capacidade de identificação e interpretação dos sinais fortes e fracos que podem influenciar a posição competitiva da organização.

(2) Percepção estratégica, que considera a habilidade da organização em perceber, filtrar e conformar os sinais fortes e fracos, associando-os às oportunidades e riscos estratégicos.

(3) Repositório de informações estratégicas, que aborda a estrutura para organização e armazenamento das informações estratégicas da organização.

7.4.4. Modelo de gestão estratégica adaptado ao contexto da empresa

Com base na literatura e nos resultados da pesquisa de campo, o presente trabalho sugere a adoção de um modelo de gestão estratégica adaptado ao contexto da empresa.

Esse modelo é baseado em três sugestões:

(1) Equacionar as questões de governança corporativa antes da implantação (ou redesenho) do processo de gestão estratégica.

(2) Compreender e analisar o contexto geográfico, setorial e organizacional antes da implantação (ou redesenho) do processo de gestão estratégica.

(3) Utilizar o modelo genérico de gestão estratégica (vide figura 7.17) como referência e adaptá-lo às necessidades e ao contexto estratégico da organização.

A figura 7.36 ilustra essas sugestões.

Figura 7.36. Modelo de gestão estratégica adaptado ao contexto da empresa

CAPÍTULO 8. CONCLUSÕES

8.1. CONCLUSÕES

As conclusões finais do trabalho são apresentadas de acordo com as seguintes questões: objetivos do trabalho, questões de pesquisa, revisão da literatura, metodologia de pesquisa, pesquisa de campo, e modelo proposto.

8.1.1. Objetivos do trabalho

O presente trabalho considerou três objetivos principais:

(1) **Representar a cadeia de valor** do segmento de saúde no Brasil

O trabalho apresentou uma representação esquemática da cadeia de valor da saúde no Brasil no capítulo 8.

(2) **Analisar o contexto, o conteúdo e o processo** de gestão estratégica de organizações privadas que atuam na prestação de serviços do setor de saúde no Brasil.

A pesquisa de campo abordou essas questões em suas etapas:

- No planejamento, nas atividades de escolha das empresas, definição dos entrevistados e elaboração do protocolo de pesquisa.

- Na coleta de dados, ao seguir o planejamento da pesquisa.

- Na análise, por meio da análise intra-casos e inter-casos.

- Na reflexão, ao considerar as questões propostas nas conclusões da pesquisa de campo.

(3) **Apresentar um modelo de gestão estratégica** adaptado às particularidades dos serviços de saúde no Brasil.

O trabalho apresentou um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde no capítulo 8.

8.1.2. Questões de pesquisa

O trabalho abordou uma pesquisa de natureza exploratória, com a seguinte questão principal de pesquisa (ou *research question*):

Como os elementos de gestão estratégica de uma organização privada que atua na prestação de serviços de saúde do Brasil podem contribuir para que ela alcance seus objetivos organizacionais?

Essa questão principal de pesquisa foi desdobrada nas seguintes questões:

- Qual é o escopo dos serviços de saúde?
- Como a cadeia de valor de saúde no Brasil pode ser representada?
- Onde os serviços de saúde estão posicionados nessa cadeia de valor?

Essas três questões foram consideradas na proposta da cadeia de valor da saúde. A representação dessa cadeia é apresentada na figura 8.1, que destaca o posicionamento dos serviços de saúde. O escopo destes considera as seguintes atividades: promoção da saúde; proteção da saúde e prevenção de doenças; diagnóstico; tratamento; reabilitação; monitoramento e gestão de doenças crônicas.

- Quais são as principais dimensões da gestão estratégica?

O trabalho considerou três principais dimensões da gestão estratégica: contexto (geográfico, setorial e organizacional); conteúdo (quais os elementos compõem a gestão estratégica); e processo (como as decisões estratégicas são tomadas).

Figura 8.1. Posicionamento dos serviços de saúde na cadeia de valor proposta

- Quais são os objetivos das organizações que atuam na prestação de serviços do sistema privado no setor de saúde no Brasil?

Os objetivos organizacionais foram considerados nas discussões sobre intenção estratégica. Em particular, a pesquisa de campo apontou a necessidade de alinhamento e adaptação das técnicas dos elementos de gestão estratégica aos objetivos de organizações filantrópicas. Ao abordar a vantagem competitiva, o trabalho considera que uma empresa apresenta vantagem competitiva quando consegue criar mais valor – econômico e social - do que seus concorrentes. Nesse sentido, o trabalho adota uma definição expandida de valor, por meio da consideração simultânea dos benefícios econômicos e sociais. Este é criado quando os produtos e serviços geram melhoria nas vidas dos indivíduos ou da sociedade como um todo, adicionalmente ao valor econômico. Em síntese, o trabalho considera que: (1) o objetivo central das organizações de saúde deveria ser a criação de valor econômico e social (que inclui o valor ambiental); (2) esses objetivos devem estar alinhados à missão, visão e valores da organização (tratados no âmbito da intenção estratégica); (3) o processo e o conteúdo da gestão estratégico deve considerar esses objetivos em organizações com e sem fins lucrativos.

- Quais atividades compõem o processo de gestão estratégica de serviços de saúde?

O trabalho adotou o seguinte conjunto de atividades (denominado conteúdo da gestão estratégica): mapeamento dos *stakeholders*; definição da intenção estratégica; análise do ambiente externo; análise do ambiente interno; definição do posicionamento estratégico; opções estratégicas; execução da estratégia; mensuração da vantagem competitiva; monitoramento do desempenho estratégico; governança corporativa; retroalimentação; e aprendizagem estratégica.

- Como são tomadas as decisões inerentes ao processo de gestão estratégica de serviços de saúde?

Com base na literatura e na pesquisa de campo, o trabalho apresentou um modelo de gestão estratégica em seis etapas: (1) análise estratégica; (2) formulação da estratégia; (3) implantação das decisões estratégicas; (4)

controle estratégico; (5) retroalimentação; e (6) aprendizagem estratégica. A sequência e o inter-relacionamento entre as atividades de cada uma das etapas foram discutidos no capítulo 7 e estão sintetizados na figura 7.17.

- Como modelos bem-sucedidos de gestão estratégica utilizados em outros setores podem ser adaptados às necessidades e particularidades dos serviços de saúde?

O trabalho apresentou (no capítulo 7) um modelo de gestão estratégica adaptado ao contexto da empresa, baseado em três sugestões: (1) equacionar as questões de governança corporativa antes da implantação (ou redesenho) do processo de gestão estratégica; (2) compreender e analisar o contexto geográfico, setorial e organizacional antes da implantação (ou redesenho) do processo de gestão estratégica; (3) utilizar o modelo genérico de gestão estratégica (figura 7.17) como referência e adaptá-lo às necessidades e ao contexto estratégico da organização.

8.1.3. Modelo proposto

A cadeia de valor da saúde apresentada nesse trabalho teve como propósito uma adequação do modelo teórico à realidade brasileira. Além disso, a caracterização da cadeia por meio de atividades (e não por participantes) permite maior generalização e flexibilidade de aplicação. Por exemplo, a identificação do escopo de atuação de uma determinada organização pode ser realizada independentemente de sua classificação. As empresas ligadas à saúde suplementar, como as medicinas de grupo e cooperativas, geralmente atuam tanto na intermediação financeira quanto na prestação de serviços. Na cadeia proposta, fica explícita a atuação dessas organizações em dois elos.

Os nove elos adotados – seis verticais e três horizontais – representam a cadeia de valor do setor de saúde do Brasil. Os quatro fluxos – inovação e conhecimento, produtos e serviços, financeiro e informação – contemplam uma visão integrada das principais variáveis de gestão de uma cadeia de valor.

O modelo de gestão estratégica para serviços de saúde teve como objetivo a proposição de uma arquitetura conceitual que pudesse ser adaptada

às necessidades e peculiaridades do setor de saúde, em particular aos prestadores serviços. A proposta apresentada é abrangente e pode ser utilizada como um modelo de referência para a gestão estratégica de empresas que atuam em praticamente todos os setores, inclusive de prestadores de serviços de saúde. Ou seja, o modelo sugerido não é específico do setor de saúde. Por outro lado, o modelo é flexível e passível de adaptação conforme discussão sobre o modelo de gestão estratégica adaptado ao contexto da empresa (apresentada no tópico 7.4.4).

O trabalho identificou algumas questões que caracterizam a saúde como um setor com elevada complexidade de gestão e importantes particularidades. Dentre os elementos de complexidade de gestão na saúde, destacam-se a fragmentação da cadeia de valor e a intensidade de conhecimento. Para auxiliar na adaptação do modelo de gestão estratégica, o trabalho apresentou propostas de representação esquemática da cadeia de valor e de utilização da curva-S para interpretar os estágios de desenvolvimento das tecnologias e conhecimentos na saúde.

Em relação às particularidades do setor, ao menos três questões podem ser ressaltadas: (1) a dimensão social da saúde, que inclui a consideração da saúde como um bem social e do caráter filantrópico de algumas organizações do setor; (2) a consideração da lógica de demanda do setor, em que consumo de produtos e serviços de saúde (particularmente associado às doenças) ocorre principalmente por necessidade, e não como um desejo de consumo *per si*; (3) as características inerentes à formação médica, que geram um impacto na gestão estratégica das organizações.

Essas questões, inerentes às complexidades e particularidades do setor, devem ser levadas em consideração na adaptação do modelo proposto para uma efetiva gestão estratégica em serviços de saúde.

ANEXO 1: Carta convite aos entrevistados

Caro [entrevistado],

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa de campo da minha tese de doutorado, conduzida na Faculdade de Medicina da USP sob orientação da Prof^a. Dr^a. Ana Maria Malik.

O tema da pesquisa é “gestão estratégica em serviços de saúde”. Estou entrevistando importantes gestores estratégicos que atuam (ou atuaram) em organizações de destaque nessa área (ou seja, os executivos dos principais hospitais filantrópicos e privados, e de grandes empresas de medicina diagnóstica de São Paulo). Foram selecionadas seis organizações, sendo a [sua organização] uma delas.

Cada entrevista tem duração máxima de 1:30, a ser agendada durante os meses de fevereiro a abril de 2010. As organizações participantes receberão os resultados da pesquisa. Além disso, coloco-me à disposição para apresentar e discutir pessoalmente os resultados obtidos.

Ressalto que a pesquisa segue as diretrizes científicas e éticas da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), conforme registro de pesquisa n. 5035 e projeto CAPPesq n. 1095/09. As regras de confidencialidade das informações de caráter sigiloso estão consideradas nessas diretrizes.

Atenciosamente,

ANEXO 2: Termo de consentimento livre e esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde

PESQUISADOR: Marcelo Caldeira Pedroso

CARGO/FUNÇÃO: Doutorando no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA, ARQUITETURA E AGRONOMIA (CREA) Nº 5060056841

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒

RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 6 meses

- 1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa identificar e analisar experiências modelares de gestão de organizações de serviços de saúde no Brasil;
- 2 – O procedimento a ser realizado consiste em uma entrevista presencial com roteiro baseado em um questionário semi-estruturado;
- 3 – A entrevista adota um roteiro semi-estruturado de tópicos a serem abordados. Estes se referem aos elementos de gestão de organizações de saúde que serão analisados na tese de doutorado do pesquisador. A entrevista será gravada com o intuito de prover um registro da pesquisa de campo e possibilitar análises mais detalhadas *a posteriori*;
- 4 – Não há risco ou desconforto associado aos procedimentos descritos nos itens 2 e 3;
- 5 – Não há benefício direto para o participante. Trata-se de estudo de natureza exploratória que analisa a hipótese de que experiências modelares de gestão de organizações de serviços de saúde possam ser utilizadas por outras organizações. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício;
- 6 – O procedimento alternativo consiste em entrevistas por telefone, que pode ser utilizado nos casos de disponibilidade ou localização física do entrevistado.
- 7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Marcelo Caldeira Pedroso que pode ser encontrado no endereço Av. Professor Luciano Gualberto, 908 – tel.: (11) 3818-4039 / (11) 9944-1008 – E-mail: mpedroso@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br;
- 8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;
- 09 – Há o direito de confidencialidade: as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras organizações, não sendo divulgada a identificação de nenhuma organização;
- 10 – Há o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
- 11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em

qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa;

12 – Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito às indenizações legalmente estabelecidas;

13 – Há o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde".

Eu discuti com o Dr. Marcelo Caldeira Pedroso sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____/____/____

Assinatura da testemunha Data ____/____/____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

ANEXO 3: Protocolo de pesquisa**PROTOCOLO DE PESQUISA**

Tema: Gestão estratégica em serviços de saúde

Empresa: _____

Entrevistado: _____

Data: ____/____/____.

Tema 1: Informações gerais sobre a organização

- Áreas de atuação?
- Porte da empresa? (receita, quantidade de colaboradores)
- Natureza da organização? (com ou sem fins lucrativos)
- Estrutura societária? (capital fechado, capital aberto)

Tema 2: Perfil do entrevistado

- Cargo, função e responsabilidades atuais e anteriores?
- Formação profissional?
- Histórico profissional?

Tema 3: Histórico de projetos estratégicos na organização

- Quais foram os principais projetos da organização nos últimos anos?
- Quais foram seus objetivos?
- Como as decisões foram tomadas?

Tema 4: Gestão estratégica na saúde

- Em sua opinião, o que é diferente a gestão estratégica na saúde de outros setores?
- Quais são as particularidades do setor de saúde? E as complexidades?

Tema 5: Processo de desenvolvimento

- Quais são os elementos considerados na formulação da estratégia da organização?
- Como é o processo de formulação da estratégia da organização?
- Qual a frequência do ciclo de decisões do planejamento estratégico?
- Qual área da organização é responsável por coordenar esse processo?

Tema 6: Stakeholders

- Quem são os principais *stakeholders* da organização?
- Como é realizada a gestão dos *stakeholders*?
- Como eles são comunicados sobre as principais decisões estratégicas?

Tema 7: Intenção estratégica

- Qual é a visão da organização?
- Qual é a missão da organização?
- Quais são os valores da organização?
- Como esses elementos foram definidos?

Tema 8: Análise do ambiente externo

- Como a organização identifica as oportunidades e os riscos estratégicos associados ao seu ambiente externo?
- Quais são os elementos de análise:
 - Cadeia de valor da saúde?
 - Macro variáveis externas (políticas, regulatórias/legais, econômicas, demográficas, sociais, culturais, tecnológicas, ambientais)?
 - Forças estratégicas (concorrentes, compradores, fornecedores, novos entrantes, produtos substitutos, produtos complementares)?
 - Estágio do conhecimento médico?

Tema 9: Análise do ambiente interno

- Como a organização identifica os pontos fortes e fracos associados ao seu ambiente interno?
- Quais são os elementos de análise:
 - Recursos tangíveis e intangíveis?
 - Processos de negócios?
 - Competências organizacionais?

Tema 10: Posicionamento estratégico

- Qual é o posicionamento estratégico da organização?
- Ele é divulgado?
- Como é a governança para essa tomada de decisão?
- Qual é o modelo de negócios da organização?

Tema 11: Opções estratégicas

- Qual é a estratégia de produtos e serviços da organização? Como essa decisão é tomada?
- Qual é a estratégia de atuação em mercados? Como essa decisão é tomada?
- Qual é a política de preços da organização? Como essa decisão é tomada?
- Qual é a estratégia de operações da organização? Como essa decisão é tomada?
- Qual é a estratégia de aquisições da organização? Como essa decisão é tomada?
- Qual é a estratégia de diversificação e verticalização da organização? Como essa decisão é tomada?

Tema 12: Execução da estratégia

- Quais são os instrumentos utilizados para a execução estratégica?
- Utiliza ferramentas de gestão de projetos estratégicos (PMO estratégico)?

Tema 13: Monitoramento do desempenho estratégico

- Quais são os instrumentos utilizados para a avaliação do desempenho estratégico:
 - Adota o *balanced scorecard* (BSC)?
- Quais são as principais métricas estratégicas da organização?

Tema 14: Governança corporativa
--

- Quais são os principais elementos da governança corporativa da organização?- Qual é o papel do Conselho de Administração da definição das ações estratégicas da organização?- No caso de capital aberto, como a influência dos acionistas afeta os objetivos e ações estratégicas da organização?

Tema 15: Retroalimentação e aprendizagem estratégica

- Como a organização percebe a necessidade de realizar mudanças ou adaptações à sua trajetória estratégica?- Quais são os processos e práticas que fomentam o aprendizado organizacional em gestão estratégica?

ANEXO 4: Estudo de caso A

1. Entrevistado A1 (Presidente)

Data: 12/03/2010

Duração: 18 minutos

Gestão estratégica na saúde

“O academicismo tradicional se mostra improdutivo não [somente] na gestão da saúde, mas em uma série de frentes com as quais não casam com as operações do dia-a-dia”.

“A saúde, muito embora tenha uma vertente comercial e financeira extremamente importante, é um direito social. Então você tem que administrar um direito social com as boas ferramentas de gestão, o que nem sempre são coisas conciliatórias”.

“Cada um entende que [a saúde] deve ser [tratada como] uma linha de produção industrial, mas na hora de ser atendido, ele quer [um atendimento] bem customizado”.

“Quem está prestando o serviço, sabe que a qualidade é muito importante... [Para essa pessoa] é muito evidente que o resultado financeiro [cobrado] não necessariamente pode ser atingido nos padrões de qualidade [esperados]. Então, quando você vai compor uma estratégia de gestão, é muito importante que você utilize as pessoas com visões conciliatórias... ou até divergentes, mas que busquem a conciliação no exercício diário das atividades”.

“Essas coisas [rentabilidade, filantropia, equidade] trazem um cenário que envolvem raciocínios financeiros, aritméticos, estratégicos e de desenvolvimento tecnológico, mas também alta sensibilidade social”.

Processo de desenvolvimento

Ao responder sobre o modelo de atendimento descentralizado: *“Ele foi planejado. Nós percebemos que, para atender os pacientes, precisaríamos estar perto deles, e levar o atendimento para onde eles estão... Na baixa complexidade, nós precisamos dar uma alternativa a mais [aos pacientes]”.*

Stakeholders

“O board, muitas vezes, acaba criando um conflito com quem atua na área operacional. Às vezes, o board é formado por acionistas e aí eles até se

alinham naquilo que o executivo quer. O que o executivo quer legitimamente: desempenhar a curto prazo. O que o acionista pretende: que sua companhia persista ao longo do tempo,... a médio e longo prazo”.

“O médico é um indivíduo que ainda não consegue entender o contexto da atividade em equipe. Ele é um profissional muito isolado, que age com muita independência, e ele não entende que a medicina muda [com o tempo]. De repente, ele não percebe que sua própria especialidade desapareceu... ou teve sua importância reduzida”.

“Eu não sei até que ponto o médico consegue perceber [a evolução tecnológica] e mudar. Ele prefere agir corporativamente e não percebe que está prejudicando, não uma classe ou o bolso dele, mas fundamentalmente o paciente, que pode ficar furtado das melhores práticas”.

“Esse perfil [preferência do médico por métodos antigos] tem a ver com uma visão pobre por parte do profissional médico, que não entende de liderança... Isso, em geral, acontece com [os indivíduos com] idades mais avançadas, com as pessoas que têm medo de perder seu mercado. Quando o indivíduo é mais jovem, ele não tem muito a perder, então ele muda rapidamente... Se você não tiver uma visão holística do comportamento humano, em particular do médico, você não consegue gerenciar”.

Intenção estratégica

“Uma coisa não é independente da outra: eu não posso ter uma [organização] que dure se ela não for rentável; por outro lado, eu não posso maximizar o rendimento imaginando que eu possa sacrificar o destino e a perenidade do negócio. Em saúde, esses ingredientes são duros de se equilibrar... tem questões como rentabilidade, como filantropia no sentido social da saúde... Você não pode imaginar... que não vai ofertar um sistema que não tenha equidade”.

Análise do ambiente externo

Ao responder sobre o novo modelo de atendimento: “É uma tendência... O que está acontecendo com a medicina: está segregando entre o [atendimento] ambulatorial e hospitalar. Então nós estamos apenas evitando fluxos que competem entre si, para melhorar a qualidade do atendimento. Os pacientes querem... a medicina integrada, mas não querem concorrer com quem está internado... [pois] precisam de um fluxo rápido”.

Ao responder sobre os concorrentes: “Claro que nós olhamos. Os concorrentes são todos, não são os hospitais grandes... Quem achar que está concorrendo com hospitais, está fora do mercado... Não existe mais o hospital, existe o sistema de saúde... O modelo hospitalocêntrico é caro, custoso, oneroso. A sociedade não quer”.

Ao responder sobre as medicinas de grupo e cooperativas: *“Eu acho que a única coisa que elas fazem é verticalizar. Eu sou contra isso. Na verticalização, você concentra o poder decisório entre quem paga e quem vai utilizar o recurso. Eu acho que isso cria um conflito. Não dá para centrar no modelo da qualidade, o conflito de interesses é evidente... Eu acho que não poderia haver verticalizações por parte das fontes pagadoras. Eles deveriam poder cobrar [dos prestadores] as atividades que são feitas. Esse é o mesmo erro que acontece na esfera pública. O SUS tem que pagar, e não prestar o atendimento. Quando ele quer prestar o atendimento, não tem competência para isso. Quando ele faz as duas coisas, ele sacrifica a qualidade...O SUS deveria dizer: eu quero que o hospital faça isso e com esse custo, e [o hospital] vai ver se consegue. Se não conseguir, [o hospital] deve brigar para tentar encontrar uma alternativa. Senão fica muito fácil cortar recursos, e quem paga por isso somos nós”.*

Análise do ambiente interno

“A [organização] é muito firme com seus valores. Ela é muito sólida em relação a respeitar seus valores. Ela tem uma verdadeira obsessão pela qualidade e um desejo permanente de buscar a excelência”.

Posicionamento estratégico

Ao analisar os conflitos entre diferenciação e rentabilidade: *“[A organização] poderia ser, do ponto de vista econômico, muito mais rentável do que ele é. Só que deixaria de ser o [que ela é]”.*

Governança corporativa

“Nossa instituição tem um processo de governança muito peculiar, porque é uma sociedade sem fins lucrativos. Então, por mais que ela tenha executivos, a responsabilidade formal da operação é minha [do presidente]... Em alguns momentos, você é obrigado a participar e decidir lá em baixo [da hierarquia], o que cria um cenário de conflito. Entretanto, nós temos algumas premissas pactuadas que dizem respeito à maneira com que nós queremos crescer, ao mercado que nós queremos atender, sobre aquilo que nós queremos concentrar esforços para criar uma percepção de valor mais diferenciada, nossa relação com o corpo clínico, a visão do contexto social que nós queremos atender... esses pilares são claros para aqueles que fazem parte da liderança”.

“A regra [básica] da governança... é que a organização precisa ter transparência, saber lidar com o conflito de interesses, e ter muito claro o pensamento estratégico”.

Retroalimentação e aprendizagem estratégica

“A organização estuda questões de saúde no senso amplo, como o processo tecnológico no atendimento, questões de qualidade, crescimento de mercado, segmentação e uma série de elementos, e faz isso de maneira muito bem estruturada”.

2. Entrevistado A2 (Superintendente Geral)

Data: 12/03/2010

Duração: 83 minutos

Gestão estratégica na saúde

“Nós estamos trazendo práticas de outros setores. Talvez essa seja a vantagem de ter pessoas de outros setores... nós importamos muito os instrumentos... Nós estamos trazendo para nossa organização as melhores práticas das empresas lá fora”.

“Se você não entender as particularidades dos médicos [privilégio do ato médico, autonomia e independência profissional, corporativismo, investimento extenso na formação], então a transferência de conhecimento de outros setores é mecanicista. E aí gera um conflito entre a razão e emoção das pessoas”.

Processo de desenvolvimento

“O modelo que nós utilizamos é parecido com outros modelos de planejamento [estratégico] de organizações de grande porte do mundo empresarial”.

“Nós analisamos o ambiente externo, parte macro-econômica, ambiente político-social, mercado, e dentro de mercado, particularmente as operadoras de planos de saúde, tecnologia em saúde, indicadores demográficos e epidemiológicos, competição; e sumamos tudo isso em pontos-chaves do ambiente externo. Em seguida nós realizamos uma análise do ambiente interno, descrevemos as atividades, as diversas áreas de atuação, a cadeia de valor... [que aborda as] áreas-fins e áreas de suporte... e os bens intangíveis... Temos [também] o mapeamento dos riscos”.

“[Os planos gerados são classificados em] iniciativas estratégicas e processos de melhorias... que decorrem dessa análise [do ambiente externo e interno]”.

“Nós revisatamos muitos desses pontos ao longo do ano... não necessariamente todos os pontos, mas nós cobrimos alguns deles periodicamente pelo nível de supervisão e diretoria”.

“O ciclo de planejamento é anual... e o horizonte é de cinco anos”.

“[O alinhamento do orçamento ao planejamento] é total. Na realidade, o orçamento é a peça [principal]... O primeiro ano do planejamento é o orçamento... O orçamento está inserido no planejamento estratégico”.

“É uma abordagem clássica [de planejamento estratégico]”.

“[O modelo descentralizado de operações no atendimento] foi planejado. Na verdade, essa ideia é do final da década de 90”.

Ao falar sobre a adaptação do processo de planejamento ao setor de saúde:

“Os dados de mercado, de natureza epidemiológica, são mais difíceis de encontrar e lidar... A demanda é algo que não existe com muita clareza”.

“Tecnologia em saúde é outro assunto diferente de outras áreas. A sua evolução é muito rápida. Não chega sequer a haver evidência ou obsolescência... É difícil obter uma visão mais quantitativa dos benefícios da tecnologia, e antes que isso ocorra, já se tem uma nova tecnologia não substitutiva à anterior, mas que se acumula”.

“No hospital, há 52 especialidades diferentes. Então o planejamento estratégico, do ponto de vista de prática médica, necessitaria ser segmentado. Nós estamos organizando algumas especialidades, consideradas estratégicas... Essas estão organizadas; há um gestor para cada uma delas”.

Ao abordar o novo modelo de atendimento, citou: *“Na verdade, houve uma primeira decisão de construção de infra-estrutura que foi orientada por algumas premissas: necessidade de espaço decorrente da projeção da demanda e também uma percepção que o modelo ambulatorial estava ganhando importância. Ou seja, muitas das questões dos pacientes eram resolvidas no ambiente ambulatorial e não no ambiente hospitalar. Isso é visível, particularmente nos EUA, onde caiu o tempo de permanência, como aqui também caiu. E percebemos também o crescimento dos volumes [de procedimentos] na área ambulatorial”.*

Stakeholders

“O documento [resultante do planejamento estratégico] é submetido ao board, acompanhado por uma apresentação... Evidentemente ele é fortemente influenciado por quem está propondo o plano. Esse plano é apresentado e discutido. Outras pessoas gostariam de se envolver na discussão de cada um

dos pontos. Existe uma crítica ao trabalho de que os executivos estão fazendo a estratégia”.

“Um dos nossos grandes esforços atualmente é o de aumentar a participação do corpo clínico nesse processo. No board da diretoria eleita da sociedade, dos onze membros, seis são médicos do corpo clínico aberto. Então há uma representação. No segundo nível de organização da sociedade, há os comitês, em que os médicos também estão representados”.

Ao descrever o novo modelo de atendimento, comentou: *“...com a visão de tornar mais exclusiva a relação entre o hospital e o médico... e ao mesmo tempo permitir uma maior integração desse médico do corpo clínico aberto com a vida do hospital. E num certo sentido, essa proximidade também se transmitiria para as questões estratégicas”.*

Intenção estratégica

Ao abordar a cultura organizacional: *“Existe um alto nível de crítica interna. Nada está bom, nunca. Sempre é possível fazer melhor. Algumas pessoas gostam desse desafio, de efetivamente serem provocadas para fazer melhor”.*

Análise do ambiente externo

“Nós segmentamos em mercado hospitalar e mercado de medicina diagnóstica... Nós obtemos informações dos principais competidores, essencialmente os balanços... e analisamos receita, volumes, EBITDA e margem, e quanto eles estão investindo. Com esses números, nós conseguimos um retrato bastante preciso [da concorrência] e, como nós fazemos isso todo ano... temos um bom insight do que está acontecendo”.

“Os competidores são A, B, C, D e E [omitidos por questões de confidencialidade]. Esses são os que nós consideramos nossos peers, que estão disputando o mesmo segmento de mercado. Em medicina diagnóstica, nós vemos o F e H [omitidos por questões de confidencialidade], que são os nossos principais competidores”.

Sobre o plano de expansão: *“Nós temos um mapeamento sócio-demográfico de São Paulo... [Ao mostrar o mapa de São Paulo] as áreas mais escuras são aquelas que, nos aspectos sócio-demográficos, suportam a nossa expansão...e as estrelas são sinalizações das oportunidades... Nós sabemos onde estão os médicos que têm maior relacionamento com o hospital. Então nós fazemos um overlapping disso [demanda] com os médicos. Nós sabemos onde há demanda qualificada, onde se situa geograficamente e onde estão os consultórios médicos. Nós sabemos muito bem o que queremos fazer. É só uma questão de recursos financeiros”.*

Ao abordar o sistema de saúde do Brasil: *“O Brasil tem um modelo diferente... No nosso planejamento, nós não vislumbramos uma rediscussão desse modelo”.*

Ao abordar a filantropia: *“...é [um regime] muito incerto... O sistema filantrópico não tem a estabilidade e as garantias suficientes, nem o reconhecimento suficiente do governo para efetivamente dizer que não há uma insegurança envolvida nessa prestação de serviço. Na verdade, há uma discussão permanente sobre filantropia”.*

Ao responder sobre conta poupança-saúde (ou *health savings accounts*): *“Nos EUA, a regulamentação do health savings accounts... acelerou a tendência de convergência entre produtos de proteção à saúde e produtos financeiros... Do ponto de vista prático, eu acho que isso pode funcionar como um mecanismo inibidor do consumo excessivo de serviços [de saúde]”.*

Ao responder sobre corpo clínico fechado: *“Nós fomos à Colômbia, e lá, há vinte anos atrás, o corpo clínico aberto desapareceu... Nós conhecemos bem o MD Anderson... em que os médicos são todos contratados. O MD Anderson defende efetivamente esse modelo porque eles entendem que existe um melhor alinhamento entre os interesses do paciente e a ação dos médicos, na medida que eles [os médicos] não têm benefícios decorrentes dos custos do tratamento. Na nossa percepção, isso é algo que pode acontecer num horizonte distante. Mas nossa reflexão é que a [organização A] será o último hospital onde isso vai acontecer. Porque o público da nossa organização faz questão de escolher seu médico... A maior parte dos clientes não vem ao hospital por causa do hospital, mas por causa dos médicos. Nós acreditamos que esta é uma mudança que ocorrerá a longo prazo. Nós temos uma visão muito clara de que não competimos com os médicos do corpo clínico aberto”.*

Análise do ambiente interno

Quais são os pontos fortes da Organização A?

“(1) Governança avançada...; (2) É uma organização empreendedora...; (3) Visão estratégica...; (4) Alta eficiência na agregação de valor...; (5) Bom relacionamento com as operadoras de planos de saúde...; (6) Qualidade do corpo clínico aberto, equipe médica contratada e paramédicos... existe um processo de busca por excelência; (7) Parque tecnológico avançado, embora não tão diferenciado quanto no passado... (pois) hoje em dia o recurso financeiro ficou mais fácil para outras organizações...; (8) Base de clientes grande...; (9) Rede de distribuição de serviços bem localizada e com grande expansão de capacidade em curso...; (10) Elevada qualidade dos serviços hospitalares e de medicina diagnóstica; (11) Alto nível de satisfação com os serviços prestados; (12) Programas avançados de segurança do paciente...; (13) Boa capacidade de geração de caixa e solidez financeira...; (14) Forte cultura de qualidade; (15) Boa capacidade de gerenciamento de projetos...; (16) Capacidade de desenvolver e aperfeiçoar novas competências para

assistência à saúde...; (17) Programa abrangente de atividades de apoio ao poder público em saúde...; (18) Uma força de trabalho engajada e comprometida...; (19) Modelo de remuneração aos colaboradores avançado para o setor...; (20) Programas voltados para a qualidade de vida dos colaboradores...; (21) Ênfase crescente no desenvolvimento de competências...; (22) Processo estruturado para desenvolvimento de talentos...; (23) Imagem e reputação... É uma lista grande...”

Quais desses pontos fortes geram uma vantagem competitiva à organização?

“Eu acho que a governança é o principal. É o fundamento de todo o resto. O segundo é o foco em qualidade. E o terceiro é que esse foco em qualidade não é independente da sustentabilidade [no sentido de perpetuidade]. Então há sempre um stress na organização entre a qualidade e a sustentabilidade”.

Posicionamento estratégico

“Nós trabalhamos no grupo A1. Esse grupo é importante do ponto de vista de volume, mas ele não tem crescimento pois os planos de saúde já entraram. Então há uma discussão estratégica se nós ficamos nesse segmento, ou se nós [também] oferecemos atendimento [para outras classes sociais]... independente do SUS”.

Ao responder sobre as clínicas de varejo no mercado americano: *“Em algum momento até conversamos com a [organização X, omitida por questões de confidencialidade] sobre isso, mas é evidente que a proposta da [organização X] não tem nada a ver com a proposta da nossa organização. Elas são incompatíveis. Nossa organização fala em qualidade, complexidade e resolubilidade... e [no modelo das clínicas de varejo], é uma questão de volume e baixo ticket médio”.*

Ao abordar o modelo de negócios: *“O nosso modelo de negócios evoluiu ao longo do tempo. Algumas coisas [ocorreram] por sorte [ao citar a localização do hospital]... [A organização] decidiu focar numa medicina de qualidade e excelência, que exigia recursos; e procurou o público que podia pagar por esse tipo de recurso. Isso implicou na escolha sobre tecnologia, muito cedo, e sobre qualidade. E na medida que esse modelo ganhou massa crítica, a questão da governança passou a ser importante”.*

Opções estratégicas

“Temos um plano diretor [para a expansão]... que não pode exceder certos limites disponíveis de caixa... Temos as previsões e evidentemente nós vamos ajustando, pois depende do caixa e das oportunidades”.

Monitoramento do desempenho estratégico

“Nós temos indicadores [gerenciais] em vários níveis. Por exemplo, temos objetivos estratégicos (de primeiro nível), de segundo nível, indicadores, metas e iniciativas... No nível mais alto, nós fechamos um acordo de objetivos”.

“Esse é o nosso balanced scorecard institucional” (ao mostrar a documentação do balanced scorecard da organização A, cujos indicadores estão alinhados aos planos resultantes do planejamento estratégico e do orçamento).

“Do ponto de vista de acompanhamento da gestão do desempenho, nós vamos trabalhar com 27 indicadores [no balanced scorecard]”.

“Temos um custo para gerar todas essas informações, porém não há qualidade sem a geração de informações. O princípio da qualidade é que nós precisamos medir... Nós estamos procurando automatizar na medida do possível... porém muitos dos indicadores ligados à saúde são de origem manual”.

Governança corporativa

Quando questionado sobre os pontos fortes da Organização A: “Primeiro, é uma governança avançada. Nós fomos auxiliados por uma empresa de consultoria na elaboração da nossa governança. Ela copia o que existe de melhor nas organizações do Brasil e do exterior... Ela funciona de uma forma bastante organizada”.

Retroalimentação e aprendizagem estratégica

“Nós trocamos informações com cinco hospitais de São Paulo e, sempre que encontramos algo que somos piores, ficamos mortificados”.

“Nós vamos muito para fora, nós vamos muito aos EUA... nós visitamos os melhores hospitais [americanos]... A pergunta que fazemos quando vamos para lá é: o que nós podemos trazer para cá?”.

Ao falar sobre as visitas a outras organizações: “O exercício é muito disso: olhar e, de forma bem humilde, ter a certeza de que sempre temos alguma coisa a aprender. Se tivermos esse olhar de humildade, nós aprendemos um monte de coisas... O importante é que o exercício de benchmarking seja distribuído, particularmente na parte assistencial”.

ANEXO 5: Estudo de caso B

1. Entrevistado B1 (Superintendente Corporativo)

Data: 22/02/2010

Duração: 81 minutos

Gestão estratégica na saúde

Ao falar sobre a estratégia de crescimento: *“Na área hospitalar, há muito medo de ser um mega-hospital porque eles são inadmissíveis. Só que... todos os melhores hospitais... têm mais de 500 leitos”.*

Processo de desenvolvimento

“Há um esforço contínuo para se ter um planejamento de longo prazo... nas três grandes áreas de atuação do hospital: assistência médica, ensino e pesquisa, e filantropia”.

“O planejamento estratégico vinha muito na esteira da realização do orçamento anual”.

“Nós estamos migrando do modelo de quatro vetores [denominado Pulsar, que contempla quatro dimensões: Proex – programa de excelência, Comunicação, Controle de Resultados e Futuro] para o modelo do balanced scorecard... [O modelo de quatro vetores] é um modelo de planejamento feito em casa. Ele é muito bom. A dificuldade é que, como ele não estava estruturado com uma metodologia, nem sempre todo mundo de qualquer parte da organização tem a mesma visão”.

Ao responder sobre a decisão de abertura de uma nova unidade de atendimento descentralizada (no Itaim, em São Paulo): *“É uma questão de sobrevivência. A área de apoio ao diagnóstico e terapêutica tem uma escalabilidade muito melhor do que as áreas-fim... e uma capacidade de gerar resultados para a organização duas vezes maior do que uma unidade de internação... Se nós quisermos melhorar a capacidade de investimentos nas áreas-fim, que é nossa atividade principal, nós precisamos melhorar nossa capacidade de alavancagem interna. Essa é uma boa estratégia que o [concorrente X, omitido por questões de confidencialidade] enxergou antes de todos nós”.*

Ao responder sobre a origem da decisão de abertura da nova unidade de atendimento e o surgimento de um novo modelo de negócios: *“Nós estamos tentando melhorar nossa capacidade de alavancar a atividade interna do*

hospital. É daí que veio [essa decisão]... [Para tanto] precisamos aumentar o SADT [serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutica] e aqui [no hospital]... não tem muito por onde crescer... Então a saída é ir para fora”.

Como foi o processo decisório associado à abertura da nova unidade de atendimento?

“Em parte a decisão foi nossa, e em parte foram as circunstâncias. Como o investidor do imóvel havia desenhado determinado modelo de negócios... nós tivemos que aceitar a montagem de um centro cirúrgico ambulatorial. Quanto à área de quimioterapia e de exames diagnósticos mais [invasivos], essa é uma decisão que já havíamos tomado... Nós temos fila na maioria dessas áreas, daí a decisão de levar para a unidade externa”.

Stakeholders

“A organização B não é mais [um hospital] de uma comunidade [fechada]”.

Intenção estratégica

“Nós recuperamos algumas discussões que consideramos estratégicas para definir o funcionamento do hospital. Essas definições diziam respeito a reescrever o que entendíamos por missão, visão e valores e, em seguida, a um redesenho do futuro do hospital”.

“Recentemente nós redesenhamos os valores... É muito difícil, na minha opinião, conseguir que as pessoas transformem os valores em um mantra, que as acompanhe. A missão e visão de uma instituição são mais facilmente incorporadas ao discurso das pessoas do que os valores. E estes são muito estratégicos, porque os valores tem a ver em como as pessoas cumprem a missão e visão. Então se as pessoas não incorporarem os valores, fica muito difícil, dentro da cultura da organização, fazer com que as pessoas cumpram com o que está descrito na missão e visão”.

“A filantropia está na origem do hospital... Nós conseguimos recuperar a filantropia como um valor importante... e, em vez de falar em filantropia, falamos em responsabilidade social, ampliando o conceito mais tradicional de filantropia... A responsabilidade social amplia [o conceito de filantropia] porque além da assistência social, ela fala do respeito ao colaborador e ao meio ambiente. E nós fomos um pouco mais além, porque além dessas três questões... nós ligamos esse conjunto de ações, na medida do possível, ao poder público”.

“Nós temos a certeza de que, num país com nossas características, no nosso estágio de desenvolvimento social, não dá para imaginar que o setor privado possa ser o transformador da sociedade sem a participação do setor

público... então nós devemos fazer essas ações [de responsabilidade social], na medida do possível, com o Estado”.

“É óbvio que somos uma instituição que não pode gerar prejuízo. Ela tem que andar de maneira equilibrada”.

“Estratégico, na minha opinião, são as ações de longo prazo que têm ligação direta com missão, visão e valores... e as ações voltadas ao crescimento da instituição.... Crescer é uma maneira de melhorar a instituição; então, crescer é estratégico”.

Por que crescer é estratégico? Qual a origem da motivação do crescimento?

“Eu não consigo explicar totalmente. Aí tem alguma coisa do meu cérebro direito,... da intuição... A intuição é algo que já foi pensado... Eu não sou capaz de explicar porque crescer é fundamental para ser melhor. Mas é muito raro encontrar exemplos de organizações que ficaram menores e melhores. Isso não existe. As organizações podem ficar melhores e do mesmo tamanho, e isso já é um assombro. Quem ficou melhor, cresceu.... Crescer é a melhor maneira de ficar melhor, porque [a organização] consegue mobilizar mais recursos... ganhar escala... e pode incorporar novas tecnologias”.

Ao abordar o plano de crescimento, comentou: *“O que interessa é o que sua missão e visão dizem. Se elas são coerentes com o que você quer construir, tem grandes chances de chegar lá... Se a organização quiser se manter e crescer no mercado, ela tem que estar continuamente ligada à sua missão e visão ”.*

“A coisa mais importante de um executivo é construir o objetivo da organização e olhar onde ela está... A organização não consegue anular o ambiente ou construir outro ambiente... [porém] é lógico que a organização está interagindo e dialeticamente transformando o ambiente, que [por sua vez também] está transformando a organização... Então, o fundamental para o crescimento de uma organização é a capacidade que seus executivos têm de manter coerência da sua missão e visão com seu meio ambiente”.

Análise do ambiente externo

“O corpo clínico do hospital é muito importante... ele traz demandas de tecnologias e condições de atendimento”.

Ao responder sobre a análise de demanda e oferta de serviços de saúde: *“Na área da saúde nós usamos o instrumental disponível [capacidade econômica, concorrentes] e o nosso conhecimento epidemiológico sobre algumas doenças... Os leigos... partem da premissa que não tem jeito [de planejar o crescimento] se não fizer uma pesquisa, mas ela não serve para absolutamente nada uma vez que a decisão de crescer foi tomada”.*

A ser questionado sobre as fontes pagadoras: *“É importante ter um relacionamento adequado com as fontes pagadoras. Elas não pagam muitas das coisas que fazemos aqui. E isso significa uma área contínua de atrito [o entrevistado apresentou exemplos na área de oncologia]”*.

Análise do ambiente interno

Quais são as principais capacidades organizacionais ou elementos de destaque da organização B?

“O corpo clínico da organização B é muito diferenciado. A [organização B] fez uma aposta em um corpo clínico com vínculo universitário, principalmente da USP, mas também da Santa Casa e Paulista [Escola Paulista de Medicina, da UNIFESP]... A posição geográfica é uma vantagem do hospital. Essa proximidade com a USP fez com que a organização B tivesse uma história de pioneirismo em relação aos outros hospitais... Eu acho que o principal valor da organização B está na sua ligação a um corpo clínico com visão acadêmica da assistência à saúde. Com isso, nós conseguimos buscar coisas que estão na fronteira do conhecimento”.

Ao ser questionado sobre o corpo clínico aberto: *“Esse aberto não é tão aberto. Há um conjunto de regras que devem ser atendidas... O hospital é uma comunidade organizada. Os médicos de maior presença conseguem [realizar suas tarefas] com mais facilidade”*.

Depois do corpo clínico, qual é próximo diferencial competitivo?

“É um conjunto de coisas. A capacidade do próprio hospital de absorver, utilizar e financiar novas tecnologias. A necessidade dos fabricantes [de equipamentos médicos] de criar associações com o hospital... para o desenvolvimento de novas tecnologias. Então são as três coisas: a presença do médico, a presença da indústria... e o hospital em si, que tem uma capacidade de atração de pacientes diferenciados, e portanto, exigem soluções diferenciadas”.

Opções estratégicas

“Dado um orçamento linear, ou seja, ceteris paribus, nós acrescentamos ao orçamento o conjunto novo de atividades ou de transformações desejadas para o ano seguinte”.

Como é gerado esse conjunto novo de atividades?

“O conjunto novo vem de duas vontades: a vontade de crescer e a vontade de pensar a longo prazo”.

Ao abordar o vetor futuro do denominado Pulsar: *“Esse vetor futuro é o que nos levou a tomar a decisão de buscar empréstimos e construir um plano diretor [de ampliação da infra-estrutura física], que começou a ser feito há quatro ou cinco anos por uma empresa contratada. Ele sofreu várias alterações nesses anos, e finalmente está em execução... É um conjunto complexo de decisões que resultará, em três anos, numa duplicação do hospital”*.

Ao responder sobre as decisões relacionadas à incorporação de tecnologias: *“Eu acho que é isso [o corpo clínico demanda a incorporação de tecnologias] e a própria indústria, que também vem aqui e diz: nós temos uma nova alternativa tecnológica. Nós falamos com o corpo clínico: a indústria nos trouxe essa alternativa, o que nós podemos fazer com ela? Então começa um jogo, no sentido estratégico, em que nós analisamos as capacidades e possibilidades de incorporação daquela tecnologia, e o impacto dessa incorporação tecnológica na instituição”*.

Ao abordar a crise econômica de 2009: *“Chegou a crise, ela não nos atingiu, mas poderia ter acontecido. Nós tínhamos planos de contingência para dar respostas, caso houvesse uma queda importante da demanda”*.

Execução da estratégia

Ao falar sobre a importância do curto prazo: *“As questões de curto prazo e a gestão econômico-financeira são importantes. O executivo não pode descuidar delas, e muito pelo contrário, ser comandado por elas”*.

O que é o curto prazo? *“No máximo, um ano. É o tempo de resposta para o menor espaço de planejamento que realizamos... e não de três em três meses, senão você respira sangue todo dia”*.

Monitoramento do desempenho estratégico

Ao abordar o BSC (*balanced scorecard*): *“Mais recentemente [desde setembro de 2009] nós resolvemos [utilizar o BSC], e estamos razoavelmente bem, mas ainda não está totalmente implantado... Temos um mapa estratégico, o desenho dos indicadores, a forma de coleta e os responsáveis”*.

“Nesse momento, nós ligamos o BSC ao planejamento orçamentário e ao acompanhamento da situação assistencial do hospital conforme as exigências da Joint Commission. Nós tentamos criar um espaço único para abordar três questões: econômico-financeira, qualidade assistencial e a construção de um conjunto coerente de atividades voltadas ao desenvolvimento e crescimento. Estamos aprendendo. Não está totalmente implantado, e acho que nunca estará, pois sempre estará em transformação. Mas é uma forma mais estruturada de realizar o acompanhamento da gestão”.

Ao ressaltar a importância dos mecanismos de comunicação: *“O número de tomadores de decisão chega a 250 [considera o primeiro, segundo e terceiro escalões]. Esse povo precisa saber o que está acontecendo”.*

Governança corporativa

“As decisões de crescimento são tomadas em conjunto entre a Superintendência Corporativa e a Superintendência Estratégica”.

Ao falar sobre a estratégia de crescimento: *“As pessoas tendem a buscar a zona de conforto. Principalmente numa instituição filantrópica, onde os decisores não são donos do empreendimento... Essas decisões são tomadas no conselho [de administração], que está preocupado primariamente em não correr riscos com o dinheiro que não é deles”.*

2. Entrevistado B2 (Superintendente de Estratégia Corporativa)

Data: 05/03/2010

Duração: 65 minutos

Gestão estratégica na saúde

“Eu não considero os sistemas público e privado do Brasil como antagônicos. Eu vejo como complementares. Quanto maior for o sistema privado, mais chances nós teremos para dar uma assistência decente no sistema público”.

Processo de desenvolvimento

O que a organização B contempla no processo de desenvolvimento da estratégia? *“Nós olhamos tudo isso [tecnologia, regulação, mercado]. É como olhar para construir uma estratégia. Temos que preservar seus pontos fortes, lidar com suas fraquezas, verificar as ameaças... Agora nós estamos utilizando o BSC [balanced scorecard] como ferramenta de gestão e fazemos também o SOWT [strengths, opportunities, weaknesses and threats]”.*

Ao responder sobre o processo decisório que resultou na decisão de abertura da unidade externa: *“Nós já estávamos procurando [um local] para serviços diagnósticos. Aí apareceu a oportunidade de, além dos serviços diagnósticos, abrigar alguns dos nossos serviços ambulatoriais que estavam sob pressão de demanda... Então nós fizemos o plano de negócios para os serviços adicionais e o estudo de viabilidade [que se mostrou viável]”.*

Ao responder sobre diferentes abordagens (e modelos mentais) de gestão estratégica: *“A análise SOWT e o mapa estratégico do BSC são quase que ferramentas de comunicação... O desenvolvimento da estratégia pelo relacionamento e pelas competências já desenvolvidas... é quase intuitivo. Mas como você comunica uma intuição, uma forte crença? Nós precisamos de uma ferramenta, que as pessoas enxerguem as coisas se desenvolvendo”.*

Ao responder sobre o horizonte de planejamento estratégico: *“Nós planejamos para 10 anos... [com revisões] a cada ano... [e realizamos as revisões] cada vez que nós vamos orçar”.*

Stakeholders

“Na nossa missão, está escrito: a organização B é uma instituição brasileira... Ela tem que ser [uma instituição] de relacionamento, porque se ela não tiver a integração com a sociedade... a estratégia não dá certo. Nós não precisamos fazer um [detalhado] estudo de mercado... mas precisamos ter sensibilidade para compreender o que é necessário na sociedade brasileira em termos de prestação de serviços de saúde: acesso e uma qualidade mais homogênea”.

“Algumas instituições encaram o médico como uma das partes da engrenagem que move o hospital... que deve ser tratado como um funcionário da estrutura. Outras supervalorizam o médico, e o encaram como o principal cliente do hospital... Nós consideramos o médico como o principal parceiro da instituição... que participa das suas decisões estratégicas... O médico não é mais o cliente que pode tudo,... ele não é o funcionário, uma parte da engrenagem; ele é a própria cabeça da instituição, integrado em suas decisões maiores”.

Ao ser questionado sobre as questões relacionadas ao corpo clínico aberto: *“Nós teríamos que caminhar para o modelo da Clínica Mayo [de corpo clínico contratado pelo hospital]. Na visão de dez anos, isso está muito integrado na organização B. [Isso implica] na participação do médico nas decisões relacionadas à sua prática: o que investir em tecnologia, que produtos desenvolver, como abordar o mercado... Tudo isso é um acultramento da classe médica, que a leva a um patamar mais alto do que ela está hoje”.*

Ao ser questionado sobre a tendência de atuar com corpo clínico fechado: *“Inclusive [com a possibilidade de atuar com corpo clínico fechado]. Nós devemos trabalhar, durante um certo tempo, com um corpo clínico misto.... Nos EUA, há os departamentos [com corpo clínico fechado] e há os médicos com privilégios, ou seja, com a capacidade de atuar no hospital. Este vai fortalecendo os departamentos a ponto [dos médicos com privilégios] quererem entrar no departamento, ou irem embora porque a competição é muito grande”.*

Intenção estratégica

Por que crescer? *“Por duas razões: uma filosófica e uma prática. A [razão] prática é que nós precisamos adquirir escala para competir... porque se nós não crescemos, nós não conseguiremos remunerar adequadamente e reter os talentos. A razão filosófica é que as boas instituições têm que crescer. Porque elas estabelecem parâmetros de qualidade que as outras têm que seguir. A solidez de uma nação vem da solidez de suas instituições. As instituições éticas, honestas, que trabalham primordialmente pela qualidade e para servir a sociedade, quanto maiores elas forem, melhor será a sociedade”.*

“A filantropia é um ponto forte do ponto de vista econômico, mas também nossa razão de ser... Nós atendemos as classes A e B1 para gerar recursos para nossos projetos filantrópicos... Essa é a razão pela qual a organização B foi criada: para atender o número máximo possível de pessoas, independente da classe social... Por que fazer isso? Para retribuir à nação brasileira, a acolhida que ela deu à comunidade [fundadora da instituição], que saiu de uma situação extremamente desfavorável [na região de origem], veio para cá e encontrou condições de dignidade e de vida muito melhores”.

“Quando há um acionista, a organização tem o compromisso de remunerar o investimento desse acionista. Nosso acionista é a sociedade brasileira. Nós não podemos fraquejar, senão faltaremos nos compromissos [associados aos] projetos filantrópicos”.

“Os projetos filantrópicos atuais são muito menos assistencialistas e muito mais educacionais. Ao reconhecer que a organização B se diferencia dos hospitais públicos pela excelência, ela tem a obrigação de devolver esse conhecimento adquirido a sociedade brasileira”.

“Essa instituição é assim: muito mais de relacionamento do que de resultado”.

“Hoje nós temos pouco acesso e uma qualidade ruim dos serviços públicos [de saúde], por uma série de razões: financiamento, gestão, etc. Então o que nós podemos fazer? Melhorar a gestão na área pública... tornar os outros hospitais os mais parecidos possíveis com os padrões de excelência da organização B”.

“Num mundo ideal, a organização B não sobrevive. Nesse mundo ideal, a organização B desenvolve tanto que as instituições públicas e gratuitas, e elas se tornam tão boas, que ninguém mais vai querer pagar seu plano de saúde, que é na verdade quem paga a organização B. Nós lutamos por um mundo ideal; se um dia nós não formos mais necessários na área da saúde, seremos necessários para outras áreas da sociedade que precisam ser desenvolvidas. Talvez a área de educação”.

“[Esse mundo ideal] nunca chegará. Sempre haverá a primeira classe e a classe econômica no avião... Nós queremos que seja assim. O que nós queremos dizer com isso? Que a segurança para o passageiro seja a mesma em qualquer lugar, e que todos saiam e cheguem na mesma hora. Se alguém quiser pagar a mais para sentar mais confortável, então nossa instituição sempre terá um papel [como uma analogia à primeira classe das companhias aéreas]. Se a sociedade for tão igualitária, que ninguém queira pagar a mais [por esse conforto], que é um certo desperdício para a sociedade, então nós não existiremos mais. Porque nossa missão é de acordo com a necessidade; ela se mantém enquanto houver necessidade”.

“Nós vamos crescer o máximo que pudermos para poder fazer mais da nossa missão filantrópica... Basicamente as nossas isenções são em torno de 10% da receita. Então se nós dobrarmos a receita... em vez de termos 12 a 18 mil alunos, poderemos ter 30 a 40 mil alunos, nossas consultorias serão mais sólidas, nossos projetos educacionais serão melhores, nossos projetos de pesquisa - que são todos translacionais - serão melhores”.

“Para um prestador de serviço de saúde, é fundamental que ele esteja imbuído de um espírito acadêmico. Senão ele não garantirá a excelência. Isso não vale [somente] para médicos.... Vale para todas as profissões [gestão, enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia] da área de [assistência] e gestão da saúde... O que é fundamental na estratégia da [organização B]? Isso é o fundamental”.

Análise do ambiente externo

Ao abordar as questões legais associadas às instituições filantrópicas na saúde: *“Agora há um marco legal [regulatório] bem consolidado, ou em consolidação. Isso nos confere um enorme conforto do ponto de vista da nossa relação com o Estado... Agora nós sabemos que devolvemos à sociedade, até com vantagens [aquilo que a sociedade espera de nós]”.*

Ao analisar o cenário do setor de saúde no Brasil: *“Outro desafio para nós é a gestão administrativa das entidades de saúde, que está melhorando. Então a competitividade é maior. Alguns prestadores estão se consolidando, e formando grandes redes [citou exemplos, que foram omitidos]. Então há um cenário de maior competitividade, que nos obriga a um posicionamento para manter nosso diferencial de qualidade e a nossa sustentabilidade econômica. Esse é o cenário atual, que nos obriga a crescer”.*

Ao discorrer sobre o plano de crescimento: *“Nos próximos três anos, nós dobraremos a área construída [do hospital]... também por uma pressão de demanda de internação... E, com o que se antevê para o país nos próximos anos, não haverá um alívio dessa pressão de demanda”.*

Ao explorar a questão dos hospitais que atendem simultaneamente os sistemas privado e público: *“Um elemento de complementaridade [entre os*

sistemas público e privado] que não está devidamente explorado é o modelo de organizações sociais e parcerias público-privadas... [O atendimento simultâneo aos sistemas privado e público] confere uma competição injusta para o paciente do SUS, e uma dificuldade de controle de qualidade e de gestão [por parte dos hospitais]... Eu acho que nós veremos mais [parcerias público-privadas] no Brasil e será uma oportunidade para melhor cumprirmos a nossa missão”.

Quem são os concorrentes da organização B? “Há vários tipos de concorrentes. Na geração de recursos para atrair e reter talentos, e investir em tecnologia, na área diagnóstica [U e V, omitidos por questões de confidencialidade] são os maiores [concorrentes]. E na área de prestadores de serviços [de saúde], [V e X], e num certo sentido [Y e Z, que são] os outros [hospitais] estratégicos que estão no mesmo nicho que nós atuamos. O maior é o [V], sem dúvida nenhuma. No cumprimento da nossa missão filantrópica, nós não vemos concorrentes. Porque não faz sentido encarar os demais como concorrentes. Quanto mais gente fizer isso [missão filantrópica], melhor”.

“Mesmo os [concorrentes] que estão em nichos diferentes, são competidores, não pelos pacientes, mas pelos nossos talentos... Essa é uma ameaça real”.

Ao discorrer sobre o endowment (transferência de recursos financeiros e propriedades às instituições, com regras associadas à sua utilização): “As necessidades e oportunidades para o desenvolvimento de uma instituição como essa, são muito maiores do que a capacidade de investimento... Como se resolve essa equação?... Nos EUA, isso se resolve com endowment, que é a capacidade de doar com isenção, do imposto a pagar, às instituições na área da cultura, saúde e educação, em que se constitui um fundo de investimento em benefício de uma instituição. Esta não usa o principal, ela usa a rentabilidade do endowment que foi feito. O Brasil não tem essa lei e deveria ter”.

“Eu acho que a proporção de organizações sem finalidade lucrativa, nas áreas básicas de necessidades da sociedade – educação, cultura e saúde – em relação às lucrativas deveria aumentar porque ela é moduladora do lucro nessas atividades... Como se aumenta essa proporção? Com incentivo econômico [por exemplo, com endowment]”.

Análise do ambiente interno

“Uma das grandes forças e, paradoxalmente, uma das nossas maiores vulnerabilidades, é o corpo clínico. Ele é de excelência, mas ele não é cativo do hospital. Então nós sempre estamos sob ameaça de perder os talentos. Diferentemente da Clínica Mayo, que estabelece uma relação contratual com o staff médico, nós não temos isso, e nenhum outro hospital do Brasil, a não ser os universitários. O corpo clínico é dito como aberto... Nós acreditamos que

uma plataforma acadêmica, tanto para ensino quanto pesquisa, dará perenidade ao corpo clínico. E nós temos isso, nós construímos isso”.

“Os nossos grandes talentos são estimulados pela atividade acadêmica. Não são todos, mas a maioria sim”.

Posicionamento estratégico

“Nós, além do [concorrente X] e mais quatro hospitais, somos os hospitais [considerados como] estratégicos [no Brasil]”.

Opções estratégicas

Ao abordar a decisão de abertura de unidades externas: “Nós temos uma pressão de demanda por exames [de medicina diagnóstica] que não conseguimos atender nessa unidade [hospital]... Nós precisamos atender essa demanda e que dá uma margem boa, para melhorar o conforto econômico do hospital. Então nada mais lógico do que nós olharmos para fora, para unidades externas”.

Ao discorrer sobre o plano de crescimento: “Nós vamos crescer as unidades externas para atender rapidamente a demanda de SADT [serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutica]. E vamos crescer aqui [no hospital] para atender a demanda de internação”.

Execução da estratégia

Como assegurar que os pontos fortes serão mantidos ao longo do tempo? “A própria execução da estratégia. Tudo que nós estamos fazendo é para atrair e reter os maiores talentos, e para a filantropia”.

Vantagem competitiva

Quais são os pontos fortes ou diferenciais da organização B?

“A [organização B] sempre teve um forte perfil acadêmico, por atividades realizadas internamente ou pela atração de médicos e outros profissionais de saúde que tivessem uma ligação acadêmica basicamente com a Universidade de São Paulo, mas também com outras escolas na área de saúde do Brasil. Mas basicamente com a Universidade de São Paulo. Isso gera aquela qualidade permanente, que é a curiosidade científica, a vontade de estar na fronteira do conhecimento, e conseqüentemente, incorporar as tecnologias mais modernas. Isso é um dos diferenciais importantes”.

“A outra questão, tão importante quanto [o forte perfil acadêmico], é o fato de ser uma instituição filantrópica. Assim, ela não remunera o acionista; ela reinveste todo o produto de sua atividade, o que confere [à instituição] uma ótima capacidade tanto de atração e retenção de talentos, quanto de

incorporação de novas tecnologias... Ela tem duas coisas que se somam: ela não remunera o acionista e... tem incentivos [isenção de imposto de renda e de algumas taxas de importação]... Essa é uma vantagem competitiva que essa e outras instituições [filantrópicas] têm”.

Ao emitir uma opinião pessoal sobre vantagem competitiva: *“Eu acredito profundamente que na prestação de serviços de saúde... a vantagem competitiva não é moralmente defensável... Vamos imaginar que a organização B descubra uma vacina para o câncer: essa poderia ser uma vantagem competitiva. Somente nós produziríamos e todos que quisessem deveriam tomar [a vacina] aqui, e fazer os exames aqui. É moralmente defensável? Nós vamos tratar aqui toda a população de São Paulo, do Brasil, do mundo? Não. Então vantagem competitiva não é defensável. O que existe [no hospital] é uma grande força de pioneirismo, e depois disseminação desse conhecimento. Sua vantagem competitiva teórica é ser reconhecido por ter excelência, descobrir e implantar coisas na frente [das demais instituições]. Esse na frente tem que ser disseminado rapidamente. Essa é uma visão acadêmica que eu tenho e que essa instituição tem”.*

Monitoramento do desempenho estratégico

“Agora nós estamos utilizando o BSC [balanced scorecard] como ferramenta de gestão”.

Governança corporativa

“[No final de 2007], nós criamos [uma estrutura diferente]... com dois executivos em pé de igualdade, sem hierarquia, um cuidando da operação [Superintendente Corporativo] e outro cuidando da estratégia [Superintendente de Estratégia Corporativa], o primeiro cuidando do hoje e o segundo, do amanhã... É quase um personograma... e nós assumimos efetivamente em janeiro de 2008”.

ANEXO 6: Estudo de caso C

1. Entrevistado C1 (Superintendente Executivo)

Data: 24/03/2010

Duração: 60 minutos

Gestão estratégica na saúde

“[Atualmente temos] um paciente muito melhor informado e que faz parte da decisão, no sentido de escolher onde ele vai”.

Ao ser questionado sobre as diferenças na gestão estratégica da saúde em comparação com outros setores: *“[A gestão na saúde] é de uma complexidade muito maior do que eu encontrei em outros setores. Eu trabalhei no varejo e na indústria: é muito mais fácil!... [Na saúde], você trata com um cliente que não compra porque quer... aqui a pessoa está doente, ela não quer vir para cá, e já chega fragilizada... É um [setor] em que as pessoas têm negócios dentro do seu negócio... [o médico] traz o seu paciente do consultório para cá e o hospital é um prestador para o médico; mas também é um prestador para o paciente, que é cliente do hospital mas também é do médico”.*

“[O médico] é um recurso com vontade. É diferente da indústria, que contrata uma tecnologia, e faz o que quiser com ela. Na saúde, não. Nós trazemos um recurso [o médico] que tem vontade, pode querer ou não querer, fazer ou não fazer... O que é diferente [de outros setores]? Um ponto forte do seu negócio não é seu... você não o domina”.

Contexto da gestão estratégica

A descrever a história do hospital, comentou: *“O hospital nasceu para servir a comunidade. Ele nasceu como algo que não precisava dar dinheiro, mas precisava ser muito bom para cuidar da comunidade. E não podia discriminar credo religioso... Então o aspecto da assistência social é o âmago da instituição”.*

“Com o [desenvolvimento] do setor de saúde complementar... o hospital, além de atender e ajudar a comunidade... teve que se bancar... pois não [era mais possível] viver somente de doações”.

“O hospital passou a ser de assistência social quando saiu a nova lei [da filantropia]... que diz: ou atendimento de 60% de pacientes do SUS, ou 20% de gratuidade, ou os hospitais de excelência podem realizar projetos para

desenvolver o Sistema Único de Saúde... Essa [nova] lei abriu [uma alternativa] que era coerente com aquilo que era a instituição”.

Processo de desenvolvimento

“A questão estratégica do hospital tinha [em 2006] duas grandes vertentes: uma voltada para a governança e outra voltada para mercado, para definição do posicionamento. Em 2006, nós avaliamos internamente a instituição, seus pontos fracos e fortes, a composição do corpo clínico e quais eram as grandes referências que tínhamos nas diversas especialidades médicas”.

“Em 2006, depois que fizemos essa avaliação [interna]... nós fomos olhar o mercado: onde estavam as oportunidades e como elas se estabeleciam, quem eram os principais concorrentes e que tipo de posicionamento eles tinham. Fizemos uma certa avaliação da população num raio de 8 km do hospital, e como isso se comportava. Depois olhamos a prevalência de doenças e como elas aconteciam. [Essas análises objetivaram] olhar o ambiente externo. Fizemos isso com recursos do hospital, sem envolver consultoria ou pessoal externo”.

“Isso não era suficiente para definir um posicionamento. Na verdade, era um roteiro, um indicador forte. Então procuramos a [consultoria X]... para revisar, checar e testar o posicionamento... [Nesse projeto], nós juntamos algumas lideranças da casa e fizemos reuniões, em que apresentamos [o posicionamento], e pedimos críticas e sugestões. Depois reunimos em torno de 150 médicos do corpo clínico, por especialidade, para que cada grupo dissesse para onde irá a especialidade, independente se ela era foco ou não... e fizemos uma correlação para saber se aquilo que estávamos pensando [fazia sentido]. Depois realizamos workshops com todo esse pessoal [citou 120 médicos, além de enfermeiros, engenheiros, colaboradores e conselheiros], em que fizemos duas grandes atividades: primeiro,... definimos as principais características da história do hospital e, a partir daí, identificamos seus pontos fortes... e depois apresentamos o posicionamento, para eles criticarem. Foi muito interessante, porque nós tínhamos enriquecido o roteiro [do posicionamento] com o que havíamos ouvido de todo mundo, e pudemos discutir de forma interdisciplinar... [Como decorrência desse processo], definimos o posicionamento, que foi, com alguns retoques, aquele que eu falei: atuar em toda a cadeia da saúde, e ter referência nas cinco áreas”.

“Usando a ferramenta do balanced scorecard [implantado em 2007], nós desenhamos a matriz estratégica para definir os objetivos estratégicos que dariam corpo ao posicionamento [estratégico]... Nós começamos pelo orçamento [de custeio e investimento], pela satisfação dos clientes [avaliação dos clientes pelos serviços prestados] e com alguns indicadores de qualidade assistencial que já eram medidos no hospital”.

“Levamos a matriz estratégica ao conselho, e a aprovamos. Definimos os guardiões de cada objetivo estratégico. E começamos a definir os indicadores para medir cada um dos projetos”.

Stakeholders

“Em um hospital de comunidade, a responsabilidade que eles [da associação] têm é imensa [citou números relacionados ao patrimônio e à receita]. Então eles pensam: [se ocorrer algo de errado], quem segura isso?... Se for analisar, é de arrepiar. Porque [alguns hospitais de comunidade] se tornaram mega-estruturas, grandes, complexas, e que não têm dono. Mas [cada um] precisa ter a expressão da vontade do dono, que deveria ser a expressão da comunidade que dá suporte àquele hospital. Só que, muitas vezes, [essa vontade] é representada pela pessoa que está dirigindo [o hospital]”.

“Uma instituição como a nossa tem dois clientes. Ela tem o cliente-paciente, que é a pessoa na sua dimensão integral, com valores, hábitos e gosto... e nós temos que entender isso na integralidade, e não [somente] na doença que ele tem. O outro cliente é o médico, e nós temos que entender suas vaidades... e o que oferecemos como solução, pois ele precisa do hospital para exercer sua profissão... O médico é cliente. Ele não é parceiro, ele é cliente”.

Ao abordar a questão do corpo clínico fechado: “Nós já temos algumas coisas [nesse sentido]. Porque quando fazemos um posicionamento [de referência] em especialidades, nós temos que ter o médico aqui dentro... Acho que é esse binômio [médico-hospital] que aos poucos vai se [configurar]... Estou falando de corpo clínico misto, porque podemos fechar o corpo clínico, mas não podemos impedir que outro médico queira trazer seu paciente e utilizar nossa [infra-estrutura]. Mas a atratividade que devemos ter para o cliente é: ter os melhores médicos aqui”.

Intenção estratégica

“A ênfase não é no [objetivo] financeiro. A ênfase é na excelência assistencial ou institucional. O financeiro é uma decorrência. Se perguntarmos ao conselho [de administração]: vocês querem dinheiro no caixa ou uma instituição reconhecida pela comunidade? Eles querem uma instituição reconhecida pela comunidade, como de excelência”.

“O hospital é uma entidade beneficente de assistência social por excelência, desde a fundação. A questão legal é subsidiária a essa questão”.

Análise do ambiente externo

Ao analisar a questão do corpo clínico fechado: *“O que eu acho que pode acontecer no futuro é que o médico virá para dentro do negócio [hospitalar]. E acho que isso já está começando”.*

“As grandes instituições americanas [consideram] o médico como um recurso. Elas [procuram] e contratam a pessoa que mais publica, que é o top [da especialidade]... O médico é da instituição, ele é contratado... e se ele não continuar publicando, elas podem [demiti-lo] e trazer outro. Ou o médico diz: não quero mais ficar aqui porque outra instituição [oferece melhores condições]”.

Análise do ambiente interno

Ao ser questionado sobre os pontos fortes do hospital: *“Primeiro, a questão da excelência assistencial. Esse hospital tem um corpo assistencial de enfermeiros, técnicos, nutricionistas, fisioterapeutas que é muito bom. O hospital tem uma cultura de assistência muito boa. A outra questão identificada como ponto forte é o corpo clínico. O hospital tem um corpo clínico diferenciado... Quando se pergunta aos médicos: qual é o melhor hospital de São Paulo? Eles dizem: é a [organização C], por causa da assistência e da infra-estrutura, que é o terceiro ponto [forte]. O hospital tem uma infra-estrutura muito boa... com excelente tecnologia em condições de uso e manutenção, sem exacerbar... ele sabe usar [a tecnologia] que tem, põe à disposição dos médicos, e estes usam e sabem que é útil”.*

“E se você me perguntar: e o mais forte? É a cultura assistencial... centrada nas pessoas, em relações, com uma qualidade técnica muito boa e pessoas muito bem preparadas”.

“E se você me perguntar: qual é o grande marketing do hospital? Ele é feito dentro do hospital, é o boca-a-boca das pessoas que saem daqui. O hospital é low profile em comunicação”.

“O hospital é forte no relacionamento com o corpo clínico, paciente, visitante e acompanhante”.

“Uma senhora, que se chama L., tem um papel muito importante no desenvolvimento da assistência... ela separou claramente o binômio médico-enfermeiro: o papel do enfermeiro, a importância e respeito ao seu trabalho”.

Posicionamento estratégico

“[Após a análises dos ambientes interno e externo, em 2006], nós desenhamos um primeiro roteiro para o posicionamento, que era:... atuar em toda a cadeia da saúde e, não somente focado no tratamento. A outra questão

era que um hospital geral teria grandes dificuldades no futuro se não tivesse uma referência [ou seja, um destaque em determinadas especialidades]”.

“A ideia era atuar em toda a cadeia da saúde, desde a educação e prevenção até o seguimento de doenças. E fazer isso com foco em algumas áreas. Estas obrigatoriamente deveriam respeitar duas grandes questões: primeiro, o que o hospital tinha condições de fazer e o que já fazia bem; e a outra questão era a prevalência das doenças. Ou seja, não adianta fazer muito bem algo [e colocar foco em alguma especialidade] se ela não tiver prevalência”.

“Identificamos claramente que teríamos cinco grandes áreas para atuar: doenças circulatórias, digestivas, oncológicas, osteomusculares,... e atenção ao idoso... O hospital era muito forte em [doenças] osteomusculares e digestivas... A atenção ao idoso veio como consequência,... porque se nós vamos fazer seguimento de doenças, as doenças crônicas aparecem pois a expectativa de vida está aumentando. Outro detalhe importante [para focar na atenção ao idoso]:... o hospital era muito mais conhecido por pacientes com mais de 50 anos”.

“No nosso posicionamento, nós também colocamos o ensino e a pesquisa como base, como algo importante. Um hospital que deseja ser referência nessas áreas deve ter ensino e pesquisa, deve desenvolver conhecimento, senão ele não será referência”.

Execução da estratégia

“Na gestão da estratégia, há uma questão que é muito complicada. Em geral, nós entregamos um objetivo estratégico para uma liderança, que é uma pessoa chave dentro da instituição. No entanto, essa pessoa chave tem compromissos operacionais. E qual é a grande dificuldade? É que a prioridade sempre estará no objetivo operacional... Isso é um grande problema,... nós estamos com muita dificuldade nisso... Tirar o posicionamento do papel, fazer com que ele aconteça, desenvolver os projetos que darão corpo aos objetivos estratégicos não é uma coisa fácil”.

Monitoramento do desempenho estratégico

*Ao abordar a implantação do *balanced scorecard* em 2007, citou: “Nós começamos a realizar um acompanhamento mensal do orçamento [de custeio] e um acompanhamento trimestral do orçamento de investimento... estabelecido e aprovado pelo conselho... Nós começamos a criar uma cultura de acompanhamento, que não havia”.*

Governança corporativa

“Com relação à governança [em 2006], a primeira [atividade] foi um projeto de transição no nível executivo e, depois a definição da relação do executivo do hospital com os representantes da mantenedora”.

“Nós fizemos uma análise do conjunto da associação. [Identificamos] quem são nosso sócios, de onde eles vêm, que idade eles têm. Contratamos a [consultoria Y], que fez um diagnóstico da situação e uma proposta de implementação de governança. A ideia era bastante ousada: o hospital dos próximos 25 anos em termos de governança. Porque em governança devemos pensar mais longe do que no planejamento operacional. Nós identificamos que o hospital tem 170 sócios, [muitos] em idade avançada,... e [apresentava] um exercício de governança que se confundia com a execução”.

“Tivemos que trabalhar a governança, porque [antes de 2006] não havia um papel de governança. Mas, os conselheiros, cômicos de suas responsabilidades junto à comunidade, [atuavam em questões de execução]... Então nós tivemos um primeiro momento importante, que foi estabelecer internamente outro modelo de gestão”.

“No final de 2009, foi retomada a questão do regimento interno da administração, estabelecendo o regimento do conselho [de administração]... [Atualmente] são dez conselheiros, e podem ser até doze. Eles mantêm em dez”.

“Na questão da governança, [o foco tem sido] a estruturação, a projeção de como será a transição do grupo atual [da associação], que está na faixa de 70-75 anos, por outros que devem assumir o hospital”.

Ao discutir as particularidades de um hospital de comunidade: “É interessante essa questão estratégica, de como você estrutura a governança para garantir que uma instituição de comunidade seja viva e pujante, daqui a 25 anos”.

Retroalimentação e aprendizagem estratégica

‘No final de 2009, trouxemos a [consultoria X] de volta para fazer uma crítica do que fizemos no último ano e meio, e nos ajudar a ver onde estão nossas principais questões a corrigir”.

Ao abordar os hospitais de comunidades: “Eles [da associação] foram ver as experiências de outros hospitais de comunidade [citou exemplos na Argentina e Chile]”.

2. Entrevistado C2 (Superintendente Operacional)

Data: 24/03/2010

Duração: 88 minutos

Gestão estratégica na saúde

Quando iniciou as atividades profissionais no setor de saúde, em 2000: *“Eu vim da indústria e tinha que conhecer [a gestão na saúde]. Numa instituição hospitalar, é tudo tão complexo que leva um tempo para entender”.*

“Hoje eu tenho uma convicção muito grande que cada um deve estar no seu lugar [médico na atividade assistencial e gestor na área de negócios]. Mas também tenho a convicção que esses dois profissionais devem trabalhar muito juntos. Porque o gestor precisa do médico, e o médico precisa do gestor”.

“O médico prima por querer ter o melhor em tudo, mas nem sempre você precisa do melhor em tudo para resolver a questão do paciente [exemplificou com os equipamentos de tomografia computadorizada de 256, 128 e 64 cortes]”.

“Na área da indústria e serviços, em 90 ou 120 dias, [um gestor] já está adaptado. Na área da saúde, ele leva entre um a dois anos para aprender. O gestor não se tornará um médico, ele não vai saber tudo, mas ele passa a entender o médico, e a poder ajudá-lo naquilo que é sua expertise [de gestão]”

“Alguns médicos perceberam [suas limitações no conhecimento sobre gestão empresarial], e procuraram fazer cursos de gestão. Hoje, eles estão coordenando áreas. Além de serem médicos, eles precisam entender de negócios, porque são cobrados por resultados”.

Ao ser questionado sobre as principais complexidades inerentes ao setor de saúde: *“Quem ordena a despesa é o médico. Quem é obrigado a fornecer o que está prescrito é o hospital, e tem que cumprir sob pena de se responsabilizar por algo que não é dele. Quem recebe o tratamento é o paciente, e depois nós chamamos outra pessoa [nesse caso, as operadoras de planos de saúde] para pagar a conta. Então nós temos que [entender] a posição de cada um desses stakeholders para ver como podemos agir da melhor forma”.*

“Você já ouviu, na saúde, que médico e gestor não falam a mesma língua. Parece que um fala grego e outro, italiano”.

Processo de desenvolvimento

“O Superintendente Executivo [desenvolve a estratégia], senta com o conselho [de administração] e aprova a estratégia. Ao aprovar a estratégia, ele vem a mim,... e alinhamos a operação, como nós faremos para a [estratégia] descer e permear no sistema”.

Ao ser questionado sobre projetos estratégicos não-previstos no período corrente: *“O nosso orçamento, tanto de custeio como de investimentos, a rigor é nossa cartilha. Mas nós não somos radicais a isso. Todo projeto que vem, que está dentro do nosso planejamento estratégico, [alinhado ao] posicionamento estratégico que foi definido,... e faz parte dos objetivos estratégicos,... é [submetido a] uma análise de viabilidade... e levado ao conselho... Se o negócio for bom, nós fazemos, independente de estar orçado ou não”.*

Stakeholders

Ao ser questionado sobre o corpo clínico aberto: *“É verdade, o hospital é de corpo clínico aberto. O médico, antes de ser nosso cliente, é nosso parceiro. Nós procuramos dar todas as condições para que ele possa exercer uma boa medicina. Entregamos uma assistência de primeiríssima linha, que [lhe] dá segurança... Nós entregamos medicamentos e materiais na qualidade necessária... Nós oferecemos ótimas instalações para ele exercer sua medicina. E temos um relacionamento com o médico que é pactuado antes; então ele conhece as regras da instituição... [Tudo] isso é um diferencial para o corpo clínico, e motivo pelo qual ele também gosta de atuar aqui”.*

Ao ser questionado sobre as principais complexidades inerentes ao setor de saúde: *“Quando eu me coloco no papel da operadora, eu digo: esses caras tem razão de fazer o que eles fazem... eles dão um cheque em branco todos os dias... O paciente paga o plano de saúde e não [se preocupa com questão financeira de cada procedimento, e segue as recomendações]... porque a confiança vem do médico. Então o médico pode dar um grande resultado para o hospital ou um grande prejuízo. E da mesma forma para a operadora... Nós temos um objetivo, uma obrigação de trabalhar pela redução dos custos na área da saúde, em toda a cadeia da saúde”.*

“Nós mostramos [os custos de determinado procedimento] ao médico... e dizemos: como nós podemos ter um custo menor?... Nós podemos ser descredenciados por uma operadora porque nosso custo está muito elevado... e o problema é do médico também. Porque se nós não tivermos essa operadora, o médico também (poderia ficar impossibilitado) de realizar os procedimentos aqui... Então discutimos o protocolo e a técnica [adotada pelo médico]... e vamos ajustando”.

“Há algo na saúde que é primordial e poucos têm: chama-se confiança.... Hospitais, área de diagnósticos e operadoras, todos se relacionam bem. Veja

quantos conseguem desenvolver coisas em conjunto. Nenhum. E de máximo interesse de todos. Por quê? Porque um não confia no outro”.

“Hoje, [nossa] maior perspectiva é conseguir ter transparência, mostrar isso [falando sobre custos de procedimentos] para a operadora, ela acreditar, e ambos conseguirem desenvolver um projeto juntos. Estamos tentando isso há dois anos. É por causa disso que queremos ser o parceiro preferencial [das operadoras]. Nós queremos uma tabela de remuneração que seja justa”.

“Nós já fizemos contratos de novas formas de remuneração... em que nós acompanhamos uma conta aberta e uma conta compactada... e o combinado foi: se uma das partes ganhar algo muito maior do que o previsto, aquela que se beneficiou, devolve”.

“Nós discutimos com fornecedores de equipamentos, para que, nos contratos, tenhamos um treinamento para determinado número de médicos... alguns [médicos] já sabem [utilizar o equipamento], mas há vários que precisam ser treinados... Porque senão alguns [médicos] ficam donos dos equipamentos... o que é ruim para a instituição e para o paciente”.

“Nós temos que cuidar bem de quatro [categorias de stakeholders], e entender que todos estão no mesmo barco: o médico, a operadora, o hospital, e os fornecedores [laboratórios e fornecedores de materiais médicos]”.

“Nós estamos com uma estratégia de, junto com outros hospitais, começar a pensar em uma forma de remuneração diferenciada, em que cada um ganharia no seu core business. Nós, como um hospital, não gostaríamos mais de [ter uma margem financeira] nos materiais médicos... faz vinte a trinta anos que o mercado da saúde é assim [os hospitais estão habituados a ter uma margem financeira nos materiais médicos]... Nós queremos ganhar na assistência. No caso de materiais e medicamentos, nós teríamos uma taxa de comercialização para cobrir os custos de administração [da aquisição até a utilização dos materiais e medicamentos]”.

“Hoje as tabelas [de serviços médicos e materiais médico-hospitalares] são um horror. Não são boas para [as operadoras] e não são boas para nós. Elas [as operadoras] não acreditam nos hospitais, e os hospitais não acreditam nelas”.

“Os stakeholders [da saúde] precisam sentar e achar uma forma [de resolver os problemas de interfaces entre organizações que atuam na cadeia de valor da saúde]. Eles precisam ter maturidade para mudar, pensar diferente. Esse [atual] é um modelo falido”.

Intenção estratégica

“[A nossa posição de mercado] está trazendo retorno. Não é o melhor resultado do mundo, mas... permite reinvestir no hospital, e mantê-lo no estado da arte”.

“A pesquisa nos hospitais é extremamente importante. É isso que mantém o corpo clínico aqui. Você vê que tudo se resume às pessoas. A parte da capacitação dos profissionais de saúde não-médicos [também é importante]. Tanto é que hoje nós temos uma área de capacitação fora daqui... somente para fazer treinamento”.

“Essa parte eu acho extremamente estratégica: a parte de pessoal, que são os recursos humanos que precisam estar treinados e capacitados. Estou falando de médicos, da área assistencial e do [hospital] como um todo”.

Análise do ambiente externo

Ao discutir a introdução de um robô cirúrgico em um centro de uma determinada especialidade: *“Nós imaginamos que, daqui a cinco anos, os médicos precisarão [saber utilizar robôs] porque a recuperação do paciente é mais rápida, e o risco é menor... Hoje os médicos ainda não estão preparados para isso... As operadoras também entenderam [que a utilização dos robôs se tornará uma realidade]... e sabem que vão precisar disso”.*

Ao ser questionado sobre tendências no setor de saúde: *“O mundo é globalizado. Há um grande nicho que está vindo, e talvez em dez anos, terá uma participação significativa: é o turismo saúde, por intermédio das seguradoras internacionais... O Brasil, atualmente, tem um preço competitivo e está [se tornando] uma referência na área da saúde”.*

“Desde o ano de 2002 e 2003, eu e o [Superintendente Executivo] estamos discutindo sobre quando nós passaremos a ter pacientes institucionais nos hospitais. Quanto isso ocorrer, o corpo clínico fechado funcionará, porque o paciente vem para ser tratado no [hospital X]... Nós já estamos [realizando iniciativas] para o paciente institucional [por exemplo, protocolos cirúrgicos]... não sabemos se ele vem em 5 ou 10 anos, mas ele vem”.

“Até por sua localização, nós temos um grande índice de pacientes com idade superior a 60 anos. O que se enquadra bastante bem no nosso posicionamento estratégico, e dentro das nossas áreas de ênfase”.

“A tecnologia médica está cada vez mais delicada e sensível [citou exemplos de robô cirúrgico e equipamentos de endoscopia]”.

“O atendimento é extremamente importante, porque cada vez mais os [pacientes] serão acompanhados [citou exemplo do acompanhante no Centro de Terapia Intensiva]”.

Análise do ambiente interno

Ao ser questionado sobre os pontos fortes da organização C: “O hospital tem um corpo clínico diferenciado... e nas áreas de especialidades, ele tem pessoas, não somente de reconhecimento nacional, mas internacional... Isso é uma das coisas que alavanca: o nome do médico, que é muito importante, associado à marca do hospital. A outra questão: é um reconhecimento público dos médicos que a [organização C] tem a melhor assistência de São Paulo. E, se é de São Paulo, é do país... A marca do hospital é forte. Ele tem instalações de primeira linha... A [organização C] é um hospital reservado. O paciente que entra aqui, seja ele global ou político, é acolhido com discrição”.

“O hospital tem a seguinte atitude:... ele só anuncia depois que ele fez... Se nós [implantarmos] um centro de oncologia, quando nós tivermos o centro de oncologia pronto e for abrir ao público, nós dizemos que temos... Nós divulgamos aquilo que nós temos... aquilo que está pronto, aquilo que podemos entregar”.

Posicionamento estratégico

Ao ser questionado sobre o plano de expansão: “Nós aumentaremos algo como 70 leitos. Nós não queremos passar de 350 leitos. O que estamos fazendo é uma modernização das nossas instalações... Nós não queremos ser um hospital enorme. Queremos ser um hospital que atende bem nas especialidades que tem. Queremos ser o melhor nas cinco áreas [definidas no posicionamento estratégico]”.

“Os quartos da ala [X] vão dar lugar a ambulatorios... Teremos um serviço em que queremos integrar a área de diagnóstico com o consultório, onde o paciente vem e faz tudo no mesmo lugar”.

“O diagnóstico é muito importante, ele é essencial. Mas não é nosso core business... Nós não sairemos colocando postos de diagnósticos por toda a área. Se você me perguntar: vocês podem um dia fazer a gestão [de unidades de atendimento de medicina diagnóstica]? Vamos imaginar que viesse aqui um plano de saúde e dissesse: nós vamos implementar áreas de diagnóstico na Zona Sul, Zona Leste, Zona Norte e Zona Oeste. Vocês querem ser meus sócios? Não. Querem fazer a gestão para mim? Fazemos... ou até podemos fazer. Porque pode ser uma forma de captação [de pacientes]... O nosso negócio é: cirurgia de alta complexidade”.

“O hospital quer manter [um tamanho] da ordem de 340 leitos e sua estrutura atual. Eu não vou dizer que ele é uma boutique [hospitalar], mas é um hospital de excelência. Ele é predominantemente cirúrgico, e vai atuar muito

forte na alta complexidade, [com foco] nas suas áreas de especialização, [atuando] na prevenção, diagnóstico, tratamento e seguimento da saúde... Nós achamos que é uma posição bem forte de mercado”.

“Nós queremos fazer bem no segmento [escolhido]. É por isso que nós somos especializados”.

Opções estratégicas

Ao discutir a introdução de um robô cirúrgico em um centro de uma determinada especialidade: “Nós criamos uma área de desenvolvimento de médicos. Fizemos um investimento, e começamos a fazer com que os médicos pudessem utilizar o robô,... independente se ele está dando resultado ou não. O nosso negócio é ter a melhor equipe médica para trabalhar em robô, porque nós apostamos que daqui a cinco anos, virão outros robôs, eles serão utilizados, e nós precisamos ter a equipe preparada”.

Execução da estratégia

“A estratégia emana da superintendência executiva... e a operação da estratégia permeia por intermédio de cada superintendente [operacional, sustentabilidade social, assistencial e desenvolvimento institucional]. E isso dentro de um mapa estratégico que nós criamos, com 21 objetivos [estratégicos], sustentado pelos quatro pilares [do balanced scorecard]: mercado, financeiro, processos internos, e aprendizado e conhecimento”.

“Para cada um dos 21 objetivos nós temos um guardião. Dentro desses guardiões estão os superintendentes, gerentes corporativos e outros gerentes... Cada um dos objetivos, além de ter um guardião, também tem uma pessoa que cuida das iniciativas, e outra que cuida dos indicadores”.

“As iniciativas [consideram] como nós vamos fazer para realizar os objetivos [estratégicos]... e a pessoa responsável pela iniciativa levanta todas as necessidades para que possamos ver como atender um determinado objetivo estratégico... A pessoa responsável pelos indicadores cria os indicadores para ver se estamos atingindo [os objetivos estratégicos]”.

“Então nós temos uma pessoa que é o guardião do objetivo, e as outras duas que são aquelas que ficam ativas o tempo todo para que [o objetivo] seja concretizado”.

“Um objetivo bastante importante [do balanced scorecard] é a gestão da estratégia. Nós [verificamos] como estamos fazendo a gestão da estratégia, se estamos no caminho certo, e como medimos se estamos fazendo isso”.

“Nós trouxemos um sistema de [planejamento] e acompanhamento do orçamento, que havíamos desenvolvido anteriormente”.

“[Em 2005], começamos a fazer reuniões mensais de acompanhamento do orçamento... por centro de custo... Hoje o orçamento é acompanhado sistematicamente... e para aqueles [centros de custo] que requerem um plano de ação, este já é definido no momento [da reunião mensal]... Essa é a forma de acompanhamento que dá resultado”.

“Esse hospital sempre foi de excelência, mas estava precisando... de uma visão [de execução] que pudesse permear pelo sistema todo”.

“Com relação aos objetivos estratégicos, nós temos reuniões trimestrais com os guardiões, responsáveis pelas iniciativas e pelos indicadores, e o nosso chamado grupo executivo, que são [as lideranças] que tocam o hospital, ... [composto por aproximadamente] 26 a 40 pessoas”.

Ao abordar o alinhamento entre a estratégia e a execução: *“Nós fazemos, ao mesmo tempo, o orçamento de custeio da instituição [receitas e custos] e o orçamento de investimentos, que é onde entram os projetos para atingir [os objetivos estratégicos]”.*

Monitoramento do desempenho estratégico

No contexto da discussão do *balanced scorecard*, em textos citados anteriormente no tópico sobre execução da estratégia: *“Nós criamos um mapa estratégico, com 21 objetivos [estratégicos], sustentado pelos quatro pilares [do balanced scorecard]: mercado, financeiro, processos internos, e aprendizado e conhecimento”.*

“As iniciativas [consideram] como nós vamos fazer para realizar os objetivos [estratégicos]... e a pessoa responsável pela iniciativa levanta todas as necessidades para que possamos ver como atender um determinado objetivo estratégico... A pessoa responsável pelos indicadores cria os indicadores para ver se estamos atingindo [os objetivos estratégicos]”.

“Com relação aos objetivos estratégicos, nós temos reuniões trimestrais com os guardiões, responsáveis pelas iniciativas e pelos indicadores, e o nosso chamado grupo executivo, que são [as lideranças] que tocam o hospital, ... [composto por aproximadamente] 26 a 40 pessoas”.

Governança corporativa

“Estrategicamente, nós estamos preparando nossa governança corporativa dentro do conselho. Isso é extremamente importante”.

Retroalimentação e aprendizagem estratégica

“A implementação do balanced scorecard começou em meados de 2008”. Não estamos 100%, mas estamos aprendendo”.

“Os gestores não conheciam [os resultados] das suas áreas. Então, a partir do planejamento estratégico, do desenvolvimento da área de orçamento e execução, da forma transparente como nós demos conhecimento aos gestores... eles começaram a conhecer o que aconteceu no passado, e começaram a idealizar o que iriam realizar no [orçamento] daquele ano”.

ANEXO 7: Estudo de caso D

1. Entrevistado D1 (Presidente)

Data: 03/03/2010

Duração: 61 minutos

Gestão estratégica na saúde

“Na área da saúde, há [diversos elementos] atuando com focos diferentes, cada um com seu ciclo de receita, seja uma operadora, médico ou laboratório. Então um líder deve ter uma boa gestão de parceria... [Na saúde], parceria é fundamental”.

“Ainda é pecado falar em dinheiro na saúde”.

“O médico é imediatista, porque define a solução naquele momento e aplica [exemplificou com um procedimento cirúrgico]... ele é meio parecido com o acadêmico puro... que também tem um grande corporativismo e um jogo de egos e vaidades por vezes exagerado”.

“O processo de decisão do médico é aqui e agora. Ele não faz planejamento estratégico... ele entra em uma emergência e tem que resolver”.

Contexto da gestão estratégica

“Era uma cultura típica de uma empresa familiar, em que alguém fala o que tem que fazer, e todos seguem... A cultura [atual] é de bastante respeito... admiração pelas pessoas... e existe um aconchego, um carinho”.

Ao comentar a transição de uma empresa familiar para uma gestão independente: *“Para a organização, é um ciclo de mudança... para os acionistas, é um ciclo de vida... em que claramente você [subentende o pensamento dos acionistas]: eu quero que meu legado continue. Isso vale mais que qualquer dividendo”.*

“O processo de decisão, seja estratégico ou não,... nas empresas familiares, passa por um processo em que a liderança e a instituição, de maneira geral, estão sempre em uma posição confortável porque o dono diz o que elas têm que fazer... Esse é um comportamento estabelecido, mas não necessariamente resistente. Então [adotamos] o conceito que quanto mais envolvemos as pessoas, mais elas se sentem parte daquilo que estamos dizendo”.

“Nosso grande desafio continua sendo fazer com que os líderes se sintam parte do processo decisório. Nós ainda temos uma cultura de empresa familiar... Quando as empresas familiares passam por um processo de profissionalização, ocorrem dois choques. Primeiro, o dono precisa se conter. Aí, é pura governança. Segundo, que é maior do que esse... é a liderança sair da inércia de que alguém têm que falar o que ela deve fazer”.

Processo de desenvolvimento

“Nós começamos a entender que, e isso é muito evidente no segmento de saúde: discutir o desenvolvimento da estratégia dentro de um hospital... passa desde o processo de identificar e definir claramente a governança [corporativa] da empresa;... depois identificar uma metodologia que seja o mais simples possível... pois, se colocar muita complexidade, ninguém tem paciência de seguir; e, por fim, junto com a definição da metodologia, se nós falamos de estratégia, [significa que] nós falamos de decisão, [então devemos identificar] que tipo de competências a nossa liderança deve ter. E, dentro dessas competências, como nós podemos arranjar nossa estrutura [organizacional]”.

“Nós trouxemos uma metodologia [de gestão estratégica], que foi facilitada porque eu dou aula de estratégia... e não contratamos uma grande consultoria. No nosso segmento, as pessoas ainda precisam mais transpirar do que inspirar. Elas precisam sentir, precisam fazer um plano, avaliar o ambiente externo, avaliar nossas fraquezas, os pontos críticos de sucesso”.

“Em alguns momentos chaves, nós estendíamos [as atividades do comitê de Estratégia] até o nível operacional. Por exemplo, [a definição dos] fatores críticos de sucesso foi fruto de uns dez workshops em várias frentes do hospital”.

“Nós chamamos 2009 do ano da mobilização interna, e nosso grande trabalho nesse ano foi: implantar o primeiro ciclo estratégico, coincidindo com uma adequação de estrutura e entendimento das competências”.

“O envolvimento é fundamental... se não houver envolvimento, [a estratégia] top-down não dá certo. Nós chegamos à conclusão que, se chamarmos uma [grande consultoria de estratégia] para discutir planejamento estratégico, e depois realizar a divulgação, [isso não funciona]. Nós vivemos o drama que toda empresa tem: comunicação interna”.

“[O envolvimento no processo de planejamento estratégico] é uma crença, de fato [e não uma adaptação ao contexto da organização D]. Eu me vejo há dez ou quinze anos atrás, quando eu recebia o plano pronto, não entendia direito, mas como falavam que eu tinha que fazer isso, então eu fazia. Mas você fica dependente muito mais da boa vontade, do que do desempenho propriamente dito... Naquela época, a estratégia ficava escondida, e se achava

que todos caminhariam na mesma direção... Eu me senti, muitas vezes, não engajada numa história por não feito parte dela ”.

Ao ressaltar a necessidade de comunicação interna: *“Uma vez por mês, nós reunimos 100 pessoas, que são todos do nível de supervisor para cima, para falar e discutir a estratégia... Nós também montamos uma rede de comunicadores para ajudar na comunicação interna, sem qualquer líder nessa rede, e que funciona como uma rádio-peão oficial”.*

“Nosso ciclo orçamentário desse ano [2010] ficou pronto com uma base estratégica conhecida. Quando o orçamento estava pronto, também estavam prontos todos os planos de ação para chegar nos números [orçados]. Isso nunca havia sido feito”.

“[2009] foi o primeiro ano que nós utilizamos uma metodologia clara e participativa para desenvolver o plano estratégico”.

A organização D forneceu uma apresentação institucional, em arquivo eletrônico, que foi incluída na base de dados da pesquisa de campo. Essa apresentação contempla uma visão geral do seu processo de planejamento estratégico, conforme apresentado na figura D1.

Figura D.1. Visão geral do processo de planejamento estratégico da organização D (fonte: material interno da organização D)

Stakeholders

“Num passado recente, nós dizíamos: o grande cliente do hospital é o médico... Então há a questão da fidelização do médico, sem dúvida nenhuma. Mas nós estamos começando a entender que temos uma área captadora de pacientes, que deve ser tratada com a devida atenção... é o pronto-socorro, a porta de entrada [do hospital]. Então a questão é: como nós podemos nos aproximar desse cliente de fato [o paciente]? E tratar o médico como um parceiro, e não numa relação de cliente, o que é bem diferente. Isso é uma quebra de paradigma aqui... Além do cliente-paciente, há o acompanhante... pois é ele quem gera o tumulto [quando este ocorre]”.

Ao ser questionado sobre o relacionamento com o corpo clínico aberto: *“É um programa de relacionamento ou de fidelização [do médico] como qualquer outro lugar [citou diferentes atividades]... Nós temos um corpo de enfermagem altamente preparado para receber e atendê-lo... Quando nós mudamos o conceito de cliente para parceiro, começamos a mensurar a atuação do médico aqui [citou métricas de volume e glosas, e classificação entre médicos]... Isso é parceira: nós damos aos médicos alguma coisa [exemplo, privilégios na alocação de recursos e agendamento]... mas eles têm que entregar o desempenho também... Essa é uma relação de longo prazo”.*

Intenção estratégica

“Nosso negócio é tratar a doença”.

“Temos uma vantagem muito objetiva: aqui você sabe sempre, ou quase sempre, exatamente o que cada um pensa... Você pode sair chateado, pode não concordar,... mas as pessoas falam o que pensam, seja na pessoa de um acionista ou médico... Isso facilita o conhecimento do ambiente em que você está”.

Análise do ambiente externo

“As operadoras de saúde se profissionalizaram mais rapidamente que os hospitais... Acho que os hospitais começaram a perceber [que eles teriam que mudar]”.

Ao ser questionado sobre a expansão dos hospitais filantrópicos em São Paulo: *“Há duas questões. Primeiro, o crescimento desses hospitais [é uma ameaça], porque para eles é muito mais fácil crescer do que para nós... Eles têm isenção de impostos na aquisição de equipamentos e outros incentivos, tais como doações... Nós não achamos que competimos de igual para igual”.*

“A saúde é um mercado com alto potencial... [o entrevistado enumerou vários fatores: acesso da população aos planos de saúde, análise dos concorrentes, dados macro-econômicos, questões regionais do Brasil, mercado

alvo]... Então nós acreditamos que há espaço para crescimento, inclusive em São Paulo”.

“Um dos dramas das empresas verticalizadas [ou seja, que oferecem planos de saúde e, simultaneamente, prestam serviços de assistência à saúde] é o conflito de interesses [entre sinistralidade e assistência à saúde]”.

Ao comentar sobre abertura de capital e investimentos estrangeiros em hospitais: *“Enquanto a lei não permitir [investimentos provenientes de] capital estrangeiro [em hospitais], nós não podemos abrir o capital... ou receber investimentos de um private equity estrangeiro... Frequentemente somos procurados por fundos estrangeiros, ou seja, o mundo lá fora está olhando para o país. Nós achamos que isso é um caminho sem volta. Se você olhar a educação, já aconteceu isso. O próximo passo será a saúde... Essa lei limita o crescimento desse segmento no país. Eu acho que é uma condição da Constituição que vai mudar. Não sei dizer se no curto ou médio prazo, mas vai mudar. Existe uma pressão forte para que isso mude”.*

Análise do ambiente interno

“Não dá para falar de estratégia sem associar à questão das competências que a organização tem, e sua estrutura [organizacional]. Muitas vezes nos deparamos com decisões simples,... porém ficávamos confusos se o processo não andava porque a estrutura não colaborava, ou se a estrutura não colaborava porque o processo não andava”.

“Quando falamos em estratégia, nós precisamos envolver as lideranças... mas se não soubermos que tipo de competências extrair delas, também não dará certo... Então fizemos um trabalho para definir as competências essenciais... pensando em [um horizonte de] dois a três anos”.

“A nossa pirâmide [organizacional], assim como em qualquer hospital, é muito larga. Nós temos trinta e poucos gerentes para 4500 funcionários. Nós contamos com pouca gente [para executar a estratégia]. Então nós precisamos de lideranças de fato, para contaminar positivamente [todos esses funcionários]”.

“Nós tomamos uma decisão importante. No ano passado [2009], decidimos que RH [recursos humanos] deveria ser uma diretoria... e [para desenvolver a gestão estratégica] nós começamos por competências”.

“Quando começamos a falar de estratégia num ciclo que não existia, a diretora de RG pergunta: para nós chegarmos [nos objetivos], nossa equipe deve ser boa em que?... [Então] deve estar bem claro para as pessoas: esse é o caminho que vamos trilhar e, para tanto, vocês têm esses gaps [de competências] a preencher”.

“Nós tivemos que desenvolver mais competência em marketing, para entender esse público [pacientes e acompanhantes], e identificar suas necessidades”.

Ao ser questionado sobre os pontos fortes da organização D: *“Identificamos pelo menos seis [pontos fortes].... Somos uma rede e estamos em pontos estratégicos da cidade [de São Paulo]... Construímos uma marca forte ao longo de setenta anos... Somos referência em algumas especialidades [discorreu sobre a maternidade]... Em relação ao hospital geral, fomos o hospital escolhido para [um importante evento esportivo internacional], que está atrelado à nossa eficiência na gestão de riscos... Temos alguns índices assistenciais que são os melhores do mercado [citou o índice de infecção hospitalar]... A governança corporativa instalada é um ponto forte”.*

Posicionamento estratégico

“Nós somos uma empresa privada, com fins lucrativos, definitivamente uma rede hospitalar. Nós não vamos partir para verticalização, ou seja, ser um hospital mais convênio. E temos um processo de expansão [em execução]”.

“Do ponto de vista do modelo de negócios, nós não temos a competência para ser verticalizado [na direção das operadoras de planos de saúde]. O modelo de negócios dos planos de saúde é um, e do hospital é outro, completamente diferente... [citando outra fonte]: os hospitais estão preocupados com a doença, e os planos estão preocupados com a saúde. São duas questões completamente distintas. Nós não temos competência para atuar nos dois [simultaneamente]. O nosso posicionamento é: rede de hospitais. Nossa preocupação é tratar pessoas”.

Opções estratégicas

Ao abordar a questão do pronto atendimento como uma porta de entrada para o atendimento hospitalar, comentou: *“Nós vamos investir alguns milhões de reais na reforma do nosso pronto-socorro [em um dos hospitais da organização D]. É muito importante que nosso pronto-socorro seja uma referência, porque se o [paciente e acompanhante] tiverem uma boa experiência, eles provavelmente voltarão aqui”.*

Execução da estratégia

“O executivo, seja em que cadeira estiver, não vai olhar somente o médio e longo prazo. Tem o hands-on daquele momento, tem que fazer acontecer. Aliás, a maior parte das estratégias falha por falta de execução”.

Monitoramento do desempenho estratégico

“Nós utilizamos o balanced scorecard. Implantamos agora [2009]... com as quatro perspectivas, indicadores, planos de ação e responsáveis”.

Governança corporativa

“[Em 2007], nós começamos um trabalho muito efetivo na governança corporativa. Definimos claramente o papel do conselho [de administração],... e [formamos] cinco comitês... Ficou definido que, num processo de profissionalização [da gestão],... todos os membros da família [dos acionistas] deixariam as funções executivas. [Atualmente] os acionistas ocupam duas cadeiras no conselho, e as demais cadeiras são de conselheiros independentes [sendo que um desses conselheiros representa os sócios minoritários]. Isso traz visões do mundo externo para a organização, que é importantíssimo para a definição de qualquer decisão estratégica e de futuro da empresa”.

“O conselho é formado por cinco conselheiros independentes, inclusive o presidente do conselho, todos eles oriundos de grandes empresas e bastante experientes; duas cadeiras onde sentam os acionistas majoritários e uma cadeira que representa os minoritários. Então são oito conselheiros, e mais três ouvintes. Eu, como presidente da companhia, participo de todas as reuniões de conselho, e não tenho direito a voto. E cada acionista tem a terceira geração sentada [no conselho], como uma espécie de aprendiz, sem direito a voto também... [Essa formação representa] um número bastante interessante entre conselheiros independentes e de dentro de casa. Isso traz uma diversidade interessante para as questões [estratégicas]”.

“A montagem do conselho foi feita por uma grande empresa de hunting... e, logo na sequência, montamos os principais comitês de governança, entre conselho e diretoria executiva, do ponto de vista consultivo... Todos os comitês são presididos por um membro do conselho... Temos um comitê de Auditoria e Finanças, um comitê que trata de Riscos Jurídicos, um comitê de RH [recursos humanos], um comitê de Estratégia, e por fim, um comitê Operacional, com foco assistencial”.

“[A montagem do conselho e dos comitês] foi um processo muito bem elaborado”.

“Primeira coisa [para a gestão estratégica]: implanta-se um processo de governança corporativa claro e transparente, como regem as normas de boa governança corporativa”.

“Um dos comitês mais importantes, e o último a ser criado [em 2009], foi o comitê de Estratégia, [com o objetivo de] olhar a visão de longo prazo do segmento, e para onde essa organização deseja caminhar. Aí começamos a trabalhar, de fato, essa questão de explorar o processo decisório... Nós criamos as frentes de estratégia de curto prazo, que chamamos, de forma simplificada, de frente 1, que é a frente de execução, ... e de médio e longo prazos”.

Ao abordar o processo decisório estratégico e o modelo de governança que foi implantado na organização D: *“Eu [como presidente], e nenhum executivo, podem simplesmente acatar uma ordem de um acionista... Ele não tem o direito de decidir sem passar pelo conselho [de administração]”*.

ANEXO 8: Estudo de caso E

1. Entrevistado E1 (Presidente)

Data: 07/04/2010

Duração: 57 minutos

Gestão estratégica na saúde

“Claro que o conhecimento na indústria [no caso, no setor de saúde] é extremamente importante. Mas, no final do dia, um gestor é um gestor... Um gestor é aquele que consegue realizar as coisas por meio de outras pessoas... Se você é um gestor numa área que tem talentos... e, no caso, os talentos são os médicos, você tem que ter habilidade para absorver as informações, mesmo que não seja um especialista nessa área, e saber motivá-los, e fazer com eles te respeitem. Mas eu não vejo necessidade da pessoa ser um médico”.

Ao ser questionado sobre a complexidade do setor de saúde: *“O ecossistema [da saúde] é muito complexo. Resolver todas as questões [do setor] não é uma coisa simples... Por exemplo, Michael Porter e Clayton Christensen... são bem conceituados e têm ideias diferentes de como resolver [as questões críticas do setor de saúde]. Não é uma coisa simples: quem usa não paga... o mercado funciona baseado em incentivos... é mais difícil fazer comparativos [entre diferentes produtos e serviços]... ou seja, o ecossistema é muito difícil de resolver”.*

Contexto da gestão estratégica

“Eu divido a [organização E] em três fases... O [primeiro] momento foi do início da década de 60, quando o Dr. D. criou o laboratório, até 1999, quando o Dr. D. saiu, o Dr. A ficou como maior acionista, e entrou o [Banco] P. [no papel de private equity ou fundo de investimentos em participações]. Esse foi o primeiro grande movimento para [a organização E] se tornar uma empresa profissionalizada... A fase 2 foi de 1999 a 2008... [com foco em] crescimento por aquisições, [por meio] de uma série de novas unidades, [inclusive] mega-unidades e expansão regional... Foram feitos grandes investimentos. Primeiro ela usou o dinheiro que o [Banco] P. aportou, depois foi o IPO [abertura de capital], depois foi o follow-on, depois foi uma debênture, e depois um bond internacional. A [organização E] foi se financiar no mercado para crescer... A fase 3 começou no final de 2008 e início de 2009... [a empresa estava com o capital pulverizado] e os investidores... acharam que a empresa poderia ser mais eficiente, com uma melhor performance e com melhor retorno sobre o capital empregado”.

Processo de desenvolvimento

Ao ser questionado sobre a utilização de um processo formal de planejamento estratégico: *“Todos os processos estão sendo revistos. [Inclusive] o planejamento estratégico, que era um processo muito fraco [pois não era realizado de maneira estruturada]. Provavelmente, começaremos a partir do próximo ano [em 2011], um processo em que faremos, no segundo semestre, um orçamento base zero [ou seja, para o ano seguinte]. E no primeiro semestre do ano [subsequente], criaremos um processo de planejamento [com horizonte de] 3 anos”.*

Stakeholders

“O grupo [atual de investidores] achou que a empresa poderia ser mais eficiente, ela deveria continuar crescendo... mas de uma forma mais organizada, equilibrando crescimento e eficiência operacional”.

Intenção estratégica

“O nosso negócio é ser grande, [com altos] volumes, e fazer só medicina diagnóstica [imagem e análises clínicas]”.

“Queremos ser uma empresa mais focada na performance, em eficiência. Queremos ter uma cultura mais agressiva, atrair mais pessoas do mercado. As pessoas [do quadro atual] precisam entender que se elas não entregarem, elas não ficarão aqui... Estamos criando uma cultura mais agressiva, menos protecionista”.

“O objetivo [atual] é [obter melhoria] na eficiência sem [comprometer] a qualidade médica. De todas as mudanças que estão sendo feitas, nenhuma vai de encontro à qualidade [citou exemplos de eficiência em suprimentos e estoques, e de racionalização de unidades de atendimento]”.

“Nós somos um provedor de serviços em uma área muito específica, e sabemos fazer bem esse pedaço [medicina diagnóstica]... O nosso componente [ou seja, nossa contribuição ao sistema de saúde] é:... nesse pedaço, que é a medicina diagnóstica, nós gostaríamos de garantir que, o que se gastar aqui, será bem gasto. Nós precisamos ser eficientes, ou seja, entregar mais exames, com a qualidade esperada e com [os recursos] que estão à disposição”.

“A nossa visão... está muito alinhada às questões da escala e eficiência [operacional], que é a noção de que queremos prestar uma medicina diagnóstica de qualidade para todas as classes sociais. E só conseguimos fazer isso [se formos] muito eficientes. A [organização E] não é uma empresa elitista, desde a sua cultura interna até a sua posição no mercado. É uma posição de acessibilidade... e [permite] a inclusão social com [rentabilidade]”.

Análise do ambiente externo

Ao ser questionado sobre os concorrentes: *“Nós estamos em vários segmentos e vários mercados, dentro da medicina diagnóstica. Nós temos concorrentes na área pública, que são empresas de menor tamanho. Temos concorrência no [laboratório de] apoio, que é o [concorrente Y]... Em hospitais, basicamente é o [concorrente X], [que se posiciona] com um preço muito superior ao nosso... E, no [atendimento] ambulatorial, os concorrentes são regionais [citou exemplos em diferentes estados]”.*

Ao ser questionado sobre o avanço de alguns grandes hospitais em serviços de medicina diagnóstica: *“Eu acho que são movimentos mais preocupantes para o [concorrente X]. Os dois players citados [atuam] no mercado do [concorrente X], e não no mercado [de uma das marcas da organização E]... Pela estrutura de custos,... acho muito difícil que [esses hospitais] tenham o nível de eficiência [operacional] que nós temos... Claro que são novos players, mas nós não nos preocupamos tanto [com essa concorrência]”.*

“Eu não vejo os movimentos [dos hospitais e das operadoras de medicina de grupo] como uma ameaça ao futuro da empresa. Até porque o mercado [de medicina diagnóstica] é muito grande [e ainda pouco concentrado no Brasil. O entrevistado citou dados sobre a participação no mercado das empresas Quest, LabCorp e Sonic, em diferentes países]”.

Ao ser questionado sobre o desenvolvimento do SUS: *“Para nós é bom [ele nos beneficia], porque atuamos no SUS... Estimamos... que o nosso market share está entre 20 e 25% desse mercado [público e terceirizado de medicina diagnóstica]. Nós temos condições de prestar um excelente serviço, com preços [adequados] ao SUS”.*

“Muitos investidores perguntam: o que pode mudar? Quais são os riscos? Eu não vejo grandes riscos. Os nossos reagentes são impactados pelo dólar, esse é um risco que pode afetar nosso custo”.

Sobre o desenvolvimento das clínicas de varejo no mercado brasileiro: *“As clínicas de varejo... ajudariam, porque [aumentaria a demanda] por exames”.*

“O que poderia ser uma tecnologia disruptiva é o point-of-care, em que os próprios médicos fizessem o exame na hora. Aí poderia afetar [como uma ameaça aos negócios da organização E]”.

“[No contexto da] medicina personalizada... faz todo o sentido realizar testes... e de acordo com o resultado, o médico receita [o medicamento adequado]... Nós temos, por um lado, ameaças como o point-of-care. Por outro lado, nós temos novas oportunidades na área de medicina diagnóstica”.

Ao ser questionado sobre a implantação do mecanismo de conta poupança saúde (ou *health savings account*): *“Você está falando de um modelo para tentar fazer algo mais próximo do mercado... [Isso poderia acarretar] que menos exames sejam feitos... [porém] nós não queremos fazer mais exames do que o necessário. [Além disso], há também uma massa de pessoas que não faz nenhum exame... [ou seja], a inclusão da classe C é muito mais forte [como fator gerador de demanda]... Como nós temos a melhor [relação] custo-benefício [do mercado de medicina diagnóstica], o health savings account [pode ser mais favorável à organização E quando comparada ao concorrente X]... [Assim], um maior consumerismo viria a nos beneficiar, e não a nos prejudicar”.*

Ao ser questionado sobre o impacto na estratégia de aquisições decorrente da abertura de capital do concorrente X: *“Está claro que o preço que pagaremos [pelas aquisições] será mais alto agora. Porque temos um concorrente, e [o preço maior é explicado] pela teoria dos jogos”.*

Ao ser questionado sobre questões relevantes adicionais: *“Uma coisa no mundo inteiro cada vez mais importante é a questão regulatória... que pode ter um efeito negativo ou positivo. Por exemplo, estamos escutando que há um projeto de lei em que os preços dos provedores serão indexados. Para nós, seria muito bom, porque não precisaríamos mais [negociar] os preços a cada ano”.*

Ao ser questionado sobre a implantação da TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar): *“[Para nós], em tese é bom... a padronização poderia nos ajudar”.*

Análise do ambiente interno

Ao ser questionado sobre os pontos fortes da organização E: *“A [organização E] sempre teve uma cultura de escala e eficiência... [Atualmente], estamos indo mais a fundo [na eficiência operacional]... Por exemplo, no [mercado de laboratório de] apoio... nós [temos uma boa rentabilidade]... e o capital investido é praticamente zero. Na realidade nós temos o mesmo laboratório e para crescer, só precisamos ter mais representantes... [uma vez que] nossa logística já está no Brasil inteiro... Nós só conseguimos [ter uma boa rentabilidade] porque somos eficientes. Esse é o nosso grande diferencial: ter escala e saber tirar proveito disso, ter essa cultura de eficiência”.*

Posicionamento estratégico

Ao ser questionado sobre os principais fatores que resultaram na estratégia realizada, com resultados bastante positivos, pela organização E: *“Eu acho que foi o modelo de negócios [o principal fator]... Nós temos um modelo de negócios que funciona, [com ênfase] em ganhos de escala. Esses ganhos se refletem tanto na área técnica como nas unidades [de*

atendimento]... [Continuaremos] com o modelo híbrido de imagem com análises clínicas, que nos dá um potencial de escala nas unidades [de atendimento]. [Continuaremos] agressivos em aquisições. A [organização E] conseguiu executar o que ela se propôs a [fazer]. E a escala nos deu uma margem boa”.

“Modelo de negócios é atender a necessidade que as operadoras têm de resolver seus problemas de medicina diagnóstica... [Em comparação com o concorrente X], a [organização E] sempre foi muito mais focada... e [possui] uma cultura mais frugal”.

Ao ressaltar o posicionamento focado em medicina diagnóstica: “Nós acreditamos muito em fazer poucas coisas, e ser muito bom naquilo que fazemos... O negócios de análises clínicas é um negócio de escala”.

“O nosso modelo de negócios está em questionamento:... multi-mercado continua muito forte, multi-pagador [também], com [ênfase] na diversificação da receita... multi-região e multi-produto [continuam], mas com seletividade... e multimarca [continua]... [porém] com uma visão regionalizada”.

Opções estratégicas

“Nesse momento, estamos sendo mais seletivo nas aquisições, estamos fechando unidades que são deficitárias e... eliminando alguns serviços [por exemplo, reabilitação]. Se antes nós olhávamos para 80 a 100 empresas [como potenciais objetivos para aquisição], hoje nós olhamos para 15 a 20”.

Execução da estratégia

“As prioridades do ano [2010] são: gestão do portfólio de unidades [de atendimento]; gestão do portfólio de produtos ou serviços; redução de custos e despesas, porém em nada que vá de encontro a ter uma melhor qualidade; faturamento, que é a redução de glosas;... e gestão do portfólio de clientes e preços [dos serviços]”.

“[Em 2010], há [também] duas [iniciativas] que são estratégicas: uma delas é qualidade... e a outra é TI [tecnologia da informação]”.

Vantagem competitiva

“Nós temos um modelo de negócios que funciona, [com ênfase] em ganhos de escala... O negócios de análises clínicas é um negócio de escala... E a escala nos deu uma margem boa”.

Ao ser questionado sobre o avanço de alguns grandes hospitais em serviços de medicina diagnóstica: “Pela estrutura de custos,... acho muito difícil que [esses hospitais] tenham o nível de eficiência [operacional] que nós temos”.

Ao ser questionado sobre a implantação do mecanismo de conta poupança saúde (ou *health savings account*): *“Como nós temos a melhor [relação] custo-benefício [do mercado de medicina diagnóstica], o health savings account... viria a nos beneficiar, e não a nos prejudicar”.*

Monitoramento do desempenho estratégico

“Estamos usando o NPS [Net Promoter Score] para medir a percepção de qualidade pelos clientes”.

Governança corporativa

Ao ser questionado sobre governança e controle acionário pulverizado: *“Quando você tem uma empresa [com controle acionário] pulverizado, você acaba tendo um equilíbrio maior entre os conselheiros... Sempre haverá questionamentos sobre o que é melhor: uma empresa totalmente pulverizada ou uma empresa com donos? Ambas têm benefícios. Em uma empresa pulverizada, os executivos [geralmente] têm mais liberdade [de atuação], e [geralmente há] menos apradrinhamento e menos política. Se a empresa tiver... um grupo equilibrado no conselho, eu acho que é o formato ideal”.*

“O papel estatutário do conselho [de administração] é a definição da estratégia... A diretoria realiza os planos e análises, e o conselho [questiona, fornece as diretrizes e os aprova]. Mas a responsabilidade estatutária é do conselho. E a responsabilidade da diretoria é a execução da estratégia”.

Retroalimentação e aprendizagem estratégica

“Assim como estamos em [uma fase] de amadurecimento da cultura e das práticas de gestão, o nosso conselho [de administração] também está amadurecendo... Estamos aprendendo a viver esse momento [de estrutura de controle acionário pulverizado]”.

2. Entrevistado E2 (Ex-Presidente, Ex-Presidente do Conselho de Administração)

Data: 04/03/2010

Duração: 76 minutos

Gestão estratégica na saúde

Ao ser questionado sobre o futuro do setor de saúde (em 10 anos):
“[Deve surgir] um novo modelo [mais] centrado no paciente e no conhecimento”.

Contexto da gestão estratégica

“[Nos anos 70], inicialmente a preocupação não era o tamanho. A percepção que se tinha, desde o dia zero, é que [a medicina diagnóstica] era um mercado carente, que estava sendo provido de uma maneira similar nos últimos 60 anos. E que estava sendo atingido por uma revolução tecnológica brutal”.

“[As principais pessoas da organização] tinham uma base muito clara de que estávamos vivendo uma revolução tecnológica muito importante”.

“A segunda motivação , que também estava clara nos anos 70, era que a evolução da medicina só poderia ser acompanhada de uma evolução da área diagnóstica... [Naquela época], o vocabulário da anamnese e do exame físico estava muito pequeno perante as novas doenças e as novas entidades que estavam sendo descobertas... O médico [realizava] uma atividade muito artesanal, em que o acúmulo de conhecimento e experiência fazia uma diferença enorme na hora da decisão médica”.

“Eu vivi exatamente essa transição: de uma medicina 100% curativa... [para uma medicina preventiva]. A medicina preditiva, então, nem se falava... Prevenção estava sempre associada a você tomar alguma ação antes de sinais e sintomas... A endocrinologia foi o ramo que mais precocemente foi beneficiado por essa revolução tecnológica. [Até então], as dosagens hormonais eram praticamente impossíveis,... o coeficiente de variação de uma análise podia ser 30 a 40%... [A endocrinologia] foi a primeira beneficiada quando se começou a dosar as substâncias que circulavam em mínimas quantidades [tais como os hormônios]... Esse outro vocabulário [além anamnese e do exame físico] podia identificar muito mais especificamente uma doença”.

“[Na evolução da medicina], você tem três grandes fases: a medicina curativa, a medicina preventiva e a medicina preditiva [por exemplo, o projeto genoma]... Era um objetivo [da medicina] você identificar a doença antes de

qualquer manifestação [prevenção] e, se possível, com algum indicador que pudesse identificar pessoas com possibilidade de vir a ter aquela doença [predição]”.

“Quando você vai da [medicina] curativa para preventiva,... só tem um jeito: medicina diagnóstica”.

“Um exemplo típico [de medicina diagnóstica] era uma reunião clínica que tinha na Escola Paulista [de Medicina], em que você colocava o laboratório, o raio-X e o ultrassom junto com os clínicos... Se é esse o serviço o médico precisava em seu consultório, ele não existia... [A oferta de um serviço integrado entre imagem e laboratório] nada mais foi do que a expressão que eu tinha na Escola... A barreira [dos médicos para um serviço integrado de medicina diagnóstica] era muito grande. Mas a [minha] visão era mais forte”.

“[Nessa época], o Brasil vivia a elitização da medicina. Poucas pessoas tinham acesso... porque [a medicina] era cara e [havia] poucos profissionais para prestar [o serviço]”.

“A [minha] ideia [ou visão] foi que: esse mercado vai crescer, as pessoas vão precisar de diagnóstico; diagnóstico não é só laboratório,... [pois] podíamos prever que a associação dos dois [imagem e laboratório] daria uma informação melhor do que separados. [Assim], o que eu precisava entregar não era um número [ex.: taxa de glicemia], mas sim um conhecimento... em medicina diagnóstica... Então, era claro que nós tínhamos que entregar conhecimento,... e integração de dados para o paciente”.

“Nos anos 60 ou 70, o número de testes disponíveis para diagnósticos era em torno de 60 a 70. Hoje são 4000 [testes disponíveis]”.

“A primeira equação na época era: existe uma demanda de algo que não tem no mercado, possível de ser feita, e que não pode ser somente de uma elite. Desde o dia zero, nossa visão era de atender todas as classes sociais”.

“Naquele momento, começaram as primeiras grandes redes de laboratórios nos Estados Unidos... [Havia] uma grande consolidação de laboratórios... Por quê?... As máquinas novas tinham uma tecnologia de ponta, uma eficiência e uma [acurácia] muito melhor do que o processo artesanal... Mas havia um problema: o custo [dos equipamentos],... mas a produção era enorme... Então a equação a resolver era: para eu ter essa máquina, preciso ter volume”.

“Então tinha a tecnologia vindo; uma demanda não atendida, porque era só uma elite; e uma visão de que era necessário integrar [imagem com laboratório]. Em 1982, nós criamos a primeira associação entre análises clínicas e imagem”.

“Se você equacionasse o volume, você democratizaria o uso e, ao mesmo tempo, melhoraria a qualidade... A evolução da marca D. nos anos 80 foi: buscar volume e centralizar. Nossa primeira unidade central foi [implantada] em 1986... em um prédio horizontal e integrado. E a surpresa ou a sorte, foi que a [evolução] da tecnologia foi absolutamente maior do que imaginávamos... e [praticamente] nos empurraram para frente”.

“E tinha um desafio: o tempo... Porque, nessa época [anos 90], a consolidação [nos EUA] foi frenética, e se falava muito em laboratório americano vindo para cá, e tomando conta do mercado... Mas havia um gap [nos laboratórios americanos]: enquanto eles não juntassem imagem com análises clínicas, eles também não teriam a unidade de atendimento. [Nos EUA], o laboratório atendia o médico... [ou seja], o cliente do laboratório era o médico. Para nós, o cliente do laboratório era o paciente”.

“Então a primeira pergunta [sempre] foi: o que o cliente [paciente] quer?... A minha ideia foi trazer uma Disney [para a unidade de atendimento]... para trazer um aspecto de casa e não de hospital. Eu copiei isso da Disney... e seus quatro grandes pilares: 1) segurança,... 2) cortesia,... 3) show, quer dizer, tem que ser um lugar agradável... e com bom humor,... e 4) tem que ser eficiente”.

“Havia uma [outra] realidade... Apareceu uma terceira figura [além do médico e do paciente], que começou pequena e foi crescendo: as [operadoras de] planos de saúde... A minha preocupação sempre foi a seguinte: como [o paciente] se relaciona com [a operadora]... Então a pergunta era: como [a operadora] vende para [o paciente]?... [As operadoras] ofereciam três padrões de planos de saúde, [e diziam]: de acordo com o que você vai pagar por mês, você vai ter acesso a [diferentes padrões de] provedores. [Logicamente], os mais caros eram os mais preferidos... Então o importante era a percepção de quem ia comprar o convênio: por isso [o foco foi] no paciente”.

“Eu sabia da segmentação [dos planos de saúde]: ou seja, é impossível uma marca A atender uma classe C, ela não tem custo para isso. Mas não tem importância. Porque os valores do C não são iguais aos valores do A. O C não olha o mármore. Só o acesso já é uma coisa importante.... [Então] eu fiz exatamente como uma empresa de aviação: você voa no mesmo avião [e o laboratório oferece a mesma qualidade]... [porém pode escolher entre a primeira classe, executiva ou econômica, o que corresponde aos diferentes padrões de atendimento nas unidades]... Só que eu cheguei num impasse: eu não podia trabalhar com uma [única] marca... Então eu tinha que ter [outras] marcas. [Para tanto], eu tinha que saber quais eram os atributos que [as classes A, B e C] valorizavam. Isso eu copiei do avião [como referência à primeira classe, executiva e econômica]... O conceito de multimarca é natural se você entender [as diferentes necessidades dos pacientes das classes A, B e C]”.

“No conceito de multimarca, você tem que entender o seguinte:... na [saúde], a marca é regional... Você acha que um plano de saúde vai colocar

[ou seja, credenciar] uma marca que não representa nada para o paciente [em determinada região geográfica]? [Não]... Então adianta a marca D. ir para o Rio [de Janeiro]?... Nenhum [paciente] conhece a marca D. no Rio... Então é por isso que a multimarca existe, e é regional. Eu tinha que fazer aquisições... [porque] não tinha como ir [para outros estados], eu precisava de uma porta [de entrada]... [Sem a marca regional], eu não entrava em nenhum lugar”.

“A primeira aquisição foi o [laboratório L.]. Eu tentei comprar em 1997 e 1998, mas só consegui em 1999. Eu queria duas marcas em São Paulo. E tive que criar uma marca premium, porque só havia uma marca premium em São Paulo, que era o [laboratório F.]”.

“O financiamento no Brasil era inexistente. Juros altíssimos... [Nessa época], começaram a aparecer os primeiros [fundos de] private equity aqui... Eu fiquei uma semana em Chicago [onde meu filho estudava MBA] para [aprender] sobre private equity. Aí eu entendi que era a ferramenta que eu precisava”.

“Foi uma história construída, e tupiniquim. Porque não tinha modelo disso [em outro lugar do mundo]. Quando os americanos chegaram para fazer o private equity,... [eles disseram]: ‘Está tudo certo. Só temos uma [objeção]. Isso não existe no mundo. Então, nós concordamos em fazer o aporte financeiro, desde que você venda a imagem’... Eles não entenderam nada do que estava falando. [Porque] se fosse para vender a imagem, eu não precisaria deles... [Depois de algumas conversas com os principais laboratórios do mundo], eles aceitaram fazer [o investimento]”.

“Eu já tinha auditoria em 1986. Sabe por quê? Porque eu tinha medo. Eu não entendia nada de contabilidade... [Eu falava]: me explica se não [há alguma fraude],... e se estamos obedecendo a lei. Quando veio o private equity, eu já tinha 10 anos de auditoria [completa]”.

Processo de desenvolvimento

“Não tem segredo. [O crescimento bem-sucedido do grupo] foi [baseado em] uma série de eventos e uma série de perseguições de ideias, que eram [relacionadas] à modificação do modelo de negócios que existia [nos anos 70 e 80]”.

Intenção estratégica

“Tudo o que foi feito, qualquer coisa... eu fiz para integrar [imagem com análises clínicas], entregar conhecimento... e atingir todas as classes sociais com a mesma qualidade. Para fazer isso, você precisa de três coisas:... um corpo médico fantástico,... uma infra-estrutura e uma organização profissionalizada,... e um suporte econômico de longo prazo”.

“A valorização do médico [era uma das prioridades]. Não existe uma empresa como essa se não tiver médicos bons. O médico bom não é necessariamente o maior professor universitário. É um médico que entendeu que a função dele era essa: ser médico. Vários médicos queriam vir aqui para trabalhar na área financeira. Eu dizia: você pode até [atuar na área financeira], mas tem que ser melhor do que o financeiro. Financeiro não é médico. Eu preciso de médico”.

“[Para] 90% das pessoas que estavam lá, eu não precisava nem falar o que eu queria... Elas já sabiam exatamente [o que fazer]. Porque eu não tinha condições de estar com as 14.000 pessoas [do grupo]. E, às vezes, a decisão é tomada pelo nível mais baixo [da estrutura organizacional]”.

“Se eu não acreditasse nisso, eu não faria a [organização E]... Porque houve momentos difíceis [citou vários exemplos e circunstâncias]”.

Análise do ambiente externo

“[As operadoras] só vão credenciar alguém que facilite a vida delas”.

“Quanto mais você sobe na classe social, mais ele [o paciente] é influenciado pelo médico. Conforme você desce, ele não é [tanto influenciado]”.

“Acho que o grande diferencial da [organização F] é [o relacionamento com a classe médica]. Isso é difícil de reproduzir... Se você imaginar que uma geração de médicos tem 30 anos de prática, então durante 30 anos ela terá [a preferência dos médicos]”.

“Eu não precisava [competir de frente com a marca F.]. Aliás, eu precisava dela. Ela era o maior guarda-chuva [no sentido de referência no posicionamento estratégico] que eu tinha, pois tinha preços altos e atendimento pequeno. Ela já se encastelou muito bem lá em cima [no atendimento premium]... e me protegeu. Foi meu guarda-chuva”.

“Provavelmente quem será seu concorrente não está na manchete”.

Análise do ambiente interno

“O que determina sua vulnerabilidade é seu modelo de negócios e a concorrência. E se você olhar a concorrência, não olhe para cima [os concorrentes com posicionamento superior], olhe para baixo. Porque, em geral, quem inova é quem mais precisa, que vem [evoluindo]. Então você tem olhar o que está acontecendo embaixo”.

“Se a concorrência não se mexer, a [organização E] terá vida longa. [No mínimo], por inércia. Eu digo no sentido estratégico, não é só mexer em [decisões táticas ou operacionais]”.

Posicionamento estratégico

Ao ser questionado sobre a decisão de foco no relacionamento no paciente ou no médico: *“Eu não tinha duas balas [no sentido de recursos suficientes], só tinha uma. E a [organização F] fazia muito bem [o relacionamento com os médicos]... Então minha preferência tinha que ser pelo paciente”.*

“A [organização E] tem 7% do mercado. Você não precisa ficar preocupado com seu concorrente. Precisa ficar preocupado com seu modelo [de negócios]. Se você tiver fora do modelo [ou seja, tomando decisões não alinhadas ao seu modelo de negócios], uma hora você cai”.

“A minha preocupação sempre foi a seguinte: se o modelo de negócios está certo”.

Opções estratégicas

Ao abordar a integração entre imagem e análises clínicas, em mega-unidades: *“O estudo [econômico de uma unidade de atendimento integrada] é fantástico. Porque o laboratório só funciona de manhã, e [imagem] é o dia inteiro, mas a [instalação] é a mesma. Se eu fizer um centro de custo, ele é igual: o pagador é o mesmo, o paciente é o mesmo, etc... Se você fizer uma análise econômica, verá que faz todo o sentido”.*

Em relação à estratégia de aquisições: *“O princípio das aquisições era:... comprar marcas que o paciente reconheça e o convênio pague”.*

Execução da estratégia

“Nós trabalhamos a vida inteira com balanced scorecard e processos... Quando você trabalha por processos e tem uma expansão rápida, é muito fácil, porque você só reproduz [os processos definidos]”.

Vantagem competitiva

“Qual era o medo? Era que alguém fizesse antes [o processo de consolidação dos laboratórios e o ganho de escala resultante]”.

“Acho que o grande diferencial da [organização F] é [o relacionamento com a classe médica]. Isso é difícil de reproduzir... Se você imaginar que uma geração de médicos tem 30 anos de prática, então durante 30 anos ela terá [a preferência dos médicos]”.

3. Entrevistado E3 (Vice-Presidente Médico)

Data: 03/03/2010

Duração: 101 minutos

Gestão estratégica na saúde

“Hoje os investimentos [para montar um hospital ou uma empresa de medicina diagnóstica] são astronômicos, e a gestão tem que ser totalmente profissionalizada, para as empresas terem retornos sustentáveis”.

Contexto da gestão estratégica

“O Dr. C. [fundador da organização E] tinha uma visão estratégica muito bem definida. Por volta de 1985, ele era sócio do Dr. H., no Laboratório D.A.. Eles começaram [a oferecer], junto com o laboratório [de análises clínicas], serviços de imagem, de cardiologia e outros métodos diagnósticos... Na época, o Laboratório Elkis foi pioneiro a oferecer cardiologia junto com o laboratório... A visão do Dr. C. era de que o laboratório deveria atender toda a necessidade diagnóstica do paciente, ou seja, todo o pedido médico após uma consulta... A [organização F] foi bem posterior [em integrar serviços de imagem com análises clínicas]”.

“Em 1991 ou 1992, o Laboratório D.A. começou a fazer mega-unidades. Esse foi um conceito próprio do Dr. C., de fazer uma unidade grande, que tivesse todos os recursos juntos, de tal maneira que atendesse a necessidade do paciente [de exames de imagem e análises clínicas]. Eu não tenho dúvida que esse é um fator de sucesso da [organização E]... Esse [conceito nasceu] com foco no cliente, e não no prestador de serviço”.

“[O modelo de integração de imagem com análises clínicas], no mundo inteiro, ainda hoje é questionado. A [organização E] é pioneira [nesse modelo] no mundo, em larga escala... Existe uma resistência dos profissionais [médicos], que vêem a sua especialidade como um processo único”.

“O foco no cliente levou a [organização E] a fazer unidades confortáveis, bonitas, sem cara de hospital, e absolutamente limpas. Esse modelo era muito mais próximo de um shopping da saúde do que um serviço médico-hospitalar”.

“Em 1996, [a sede da organização E] veio para Alphaville e fez um núcleo técnico horizontal... [ou seja], uma indústria [de processamento de material biológico] em um único plano, absolutamente móvel, com colunas de utilidades que vêm por cima e lay-out [flexível] das máquinas”.

“Quebrar as lojinhas [no sentido de promover a integração entre departamentos e pessoas] foi outro objetivo estratégico. [Ou seja], juntar todos, focar no paciente e quebrar as estruturas individualistas”.

“Foi definida uma estrutura multiprofissional. Nós não precisávamos de médico para apertar o botão das máquinas. [Nós passamos a utilizar] técnicos, biomédicos e farmacêuticos, cada um realizando a sua função. E os médicos interpretavam e validavam as metodologias. Essa estrutura multiprofissional foi bem integrada dentro da [organização E]”.

“Com isso [integração entre departamentos e pessoas, adoção da estrutura multiprofissional e desenvolvimento de processos únicos de atendimento], se conseguiu cada vez mais uma melhor produtividade e menor custo... Na operação em si, se ganhou muita sinergia e redução de custo”.

“Havia outra visão estratégica: os preços [dos serviços de saúde] iriam se reduzir progressivamente. E, nós tínhamos que buscar oportunidades de redução de custos em todas nossas ações”.

“A visão estratégica do Dr. C. era que, para [uma empresa de medicina diagnóstica] crescer, tinha que trazer capital. Como trazer esses recursos? Então ele fez um plano lá atrás, de transformar a empresa numa S.A. [sociedade anônima], adquirir [outras empresas] e, quando tivesse porte, abrir o capital [que ocorreu em 2004]”.

“A melhor interpretação dos recursos [provenientes da abertura de capital] foi dada aqui, nessa sala, pelo deputado Jamil Murad¹¹⁹, do PCdoB..., que é médico:... Vocês inventaram uma nova solução. Porque vocês construíram essa maravilha toda com dinheiro que não estava no orçamento público nem privado da saúde. Vocês atraíram dinheiro de uma elite de investidores. Vocês fizeram a maior distribuição de renda que existe na área da saúde do país”.

“Hoje [em 2010] nós temos o [capital] totalmente pulverizado. O Dr. C. não tem mais nenhuma ação [da empresa]... Ele cumpriu seu grande projeto, feliz da vida. Essa máquina, agora, anda sozinha”.

Processo de desenvolvimento

“Temos um evento anual com todas as lideranças... em que todas as visões são colocadas e discutidas... [Atualmente] o planejamento estratégico está vindo muito mais pronto, e é pouco discutido”.

Stakeholders

“Como se administra um negócio, às vezes, contra o interesse de um grupo importante de acionistas?... [Essa questão] é muito difícil”.

¹¹⁹ Na época, deputado federal.

“Eu vejo como um fato negativo o excesso de pressão de mercado, com foco de curto prazo, exclusivamente monetário, dentro desse modelo [de capital pulverizado]”.

Intenção estratégica

“O Dr.C.... pegava os livros [sobre gestão] com algumas novidades ou abordagens,... distribuía para [os líderes] e depois fazia seminários de discussão, para discutir como aquelas ideias se traduziam dentro do nosso negócio”.

Análise do ambiente externo

“Quem começou com a [segmentação de planos para diferentes faixas da população] foi a fonte pagadora e o sistema de saúde do Brasil”.

“A lei 199¹²⁰ diz que é vedada a participação do capital estrangeiro na área de assistência à saúde. Essa assistência à saúde é interpretada como assistência médica, ou seja, atos médicos... É vedada, salvo lei específica [na realidade, salvo nos casos previstos em lei]... Isso é uma incongruência legal, e alguns constitucionalistas dizem que esse artigo é inválido de origem... Hoje há um [desvio dessa lógica] porque tem uma lei que [considera] que planos de saúde podem ter capital estrangeiro. E planos de saúde podem ter hospitais. Então a [medicina de grupo A.] abriu o capital, tem participação de capital estrangeiro, e vem comprando vários hospitais. E os hospitais não podem abrir seu capital [em função do art. 199]”.

“A segmentação social não representa o acesso à saúde. Porque tem um indivíduo que ganha 400 reais, é empregado de uma empresa e tem plano de saúde. E há outro que ganha 5000 reais e não tem plano de saúde, porque ele é autônomo. Então o acesso ao plano de saúde é pelo tipo de emprego, e não por classe [social]”.

“Há uma certa correlação entre o tipo de empresa e os níveis de plano [de saúde]. Empresas de mão-de-obra intensiva têm planos de baixo nível. Empresas intelectualmente intensivas têm planos de nível mais alto. É por ramo [de negócio]”.

“A [organização F] é o nosso concorrente. Só que nós não consideramos a marca F. como concorrente, porque ela atua essencialmente no triple A [classe AAA]. Nós temos a marca C. com outra finalidade [atender as necessidades de segmentação dos planos de saúde]”.

Ao ser questionado sobre os concorrentes: “Nossos concorrentes são... os laboratórios que têm uma receita média por exame [de análises clínicas]”

¹²⁰ Artigo 199 da Constituição da República Federativa do Brasil

entre 10 e 14 reais. A [organização A] tem [uma receita média] de 48 reais e a [organização F] tem de 55 reais. Assim, [estes atuam] em mercados diferentes... Nosso foco é no segmento um pouco mais baixo, que [corresponde] a 30% da população. Quem tem direito [ou acesso] à [organização A] é 0,6 ou 0,7% da população brasileira... E quem tem direito à [organização F] também deve ser 0,7 ou 0,8% [da população]. Nós não estamos disputando esse mercado [classe AAA]”.

Análise do ambiente interno

“Os pontos fortes da [organização E] são: volume [ou seja, escala], gestão, desenho estratégico [ou seja, modelo de negócios] e resultados”.

“Nós temos 70 médicos [na área] de análises clínicas”.

“Existe uma propaganda orquestrada [contra a organização E]”.

Posicionamento estratégico

“A [organização E] ficou focada em atender a necessidade das fontes pagadoras e trabalhar com custos reduzidos... e disponibilizar exames para todas as faixas da população”.

“[Em 2001] se fez uma estratégia multimarca... com [diferentes] níveis de atendimento [aos clientes em cada marca]... mas o processo técnico é o mesmo... É o mesmo conceito do avião: o produto técnico é o mesmo [ex.: pontualidade e segurança]... são três atendimentos diferentes [primeira classe, classe executiva e classe econômica]... e se paga uma diferença de preço muito grande... Mas [o passageiro] pesa a mesma coisa para o avião... Essa explicação do avião é do Dr. C.... Seria antiético o produto técnico ser diferente”.

“Nossa estratégia é multimarca, multiserviço [ou seja, imagem e análises clínicas], multipagador [governo, operadoras de saúde, pesquisa clínica, direto ao paciente],... multi-região e... [multimercado]”.

“A [organização F, nosso concorrente] focou na vinculação [do relacionamento] com o médico. Nós focamos no paciente. É uma diferença de foco estratégico”.

Opções estratégicas

“Nas aquisições... nós mantemos as marcas locais. Porque o relacionamento do cliente é com a marca”.

“Nós abrimos a marca L. popular. É o mesmo preço, ou um pouco mais do os convênios pagam, só que cobrado direto do paciente... e eles te pagam no caixa [ou seja, à vista e sem risco de glosas]. Isto é um dos nossos

negócios que mais cresce. Ele é dirigido a um segmento da população não segurado [ou seja, que não possui um plano de saúde]”.

Ao ser questionado sobre o modelo de negócios multi-região: “[Nós adotamos a estratégia de] adquirir as marcas mais importantes em cada estado. Aqui houve dois processos [ou estratégias] diferentes. Nós adquirimos marcas estabilizadas e de sucesso. A [organização F] adquiriu, na [divisão N.], marcas que podiam ter importância, mas que estavam em situação financeira difícil”.

“Hoje nós temos [operações hospitalares] em 32 hospitais privados e... 66 hospitais públicos. São quase 100 locais, fora os nossos núcleos técnicos... Nós conseguimos ser muito mais eficientes do que a concorrência, porque temos uma infra-estrutura central que faz os exames de menor frequência com muita velocidade”.

“Temos 5600 tipos de exames disponíveis. No Brasil se faz 1500 a 2000 [tipos de exames]... Nós fazemos normalmente 1000 tipos [os demais são enviados para laboratórios de apoio]... Mas 70 tipos de exames [correspondem] a 90 a 98% do movimento de um laboratório. Então você tem que direcionar os [exames] de baixa frequência à centralização, para eles serem viáveis. E serem bem-feitos, porque se você faz pouco, você faz mal... [Segundo] o Institute of Medicine, em laboratório, quem faz mais [em volume], faz melhor”.

“Hoje nós trabalhamos em torno de 5,6 sigma de erro técnico verdadeiro”.

“Nossa verba de marketing é muito pequena”.

Execução da estratégia

“Partimos para um desafio de atender todos os níveis da população, conforme proposto na nossa visão. Hoje [2010] isso já foi atingido. Nós fazemos 10 milhões de exames por mês no laboratório, sendo 3 milhões para o serviço público [SUS]”.

Vantagem competitiva

Ao ser questionado sobre os pontos fortes da organização E: “Custos baseados em produtividade e volume... É o desenho [organizacional] de alta produtividade alimentado por volume”.

Monitoramento do desempenho estratégico

“Nós temos o balanced scorecard, com reuniões mensais [de acompanhamento], que chamamos de reuniões de resultados”.

“Nós chegamos a ter 400 indicadores... Dentro da nossa visão, há uma [figura de] dupla roda... que [contempla] os indicadores estratégicos e os indicadores de processos operacionais... Então nós temos uma roda estratégica e a outra roda [que aborda a] gestão por processos... Hoje nós só temos 18 [indicadores] estratégicos que sobem para o BSC”.

Governança corporativa

“[Os autores que abordam] a governança corporativa nunca escreveram o último capítulo. Todos colocam a meta de pulverizar o capital. E depois? Como a empresa se mantém?... [Por exemplo], um acionista ou grupo de investimentos que exige um resultado a curto prazo e pode comprometer a sobrevivência a longo prazo. Isso acontece”.

ANEXO 9: Estudo de caso F

1. Entrevistado F1 (Presidente)

Data: 22/03/2010

Duração: 75 minutos

Gestão estratégica na saúde

“[A saúde] é um setor claramente em transição. É um setor imaturo da economia, é um dos setores mais jovens, e é complexo pelas relações existentes entre os diferentes stakeholders. Seguramente o que temos hoje, não é o que teremos dentro de 5 ou 10 anos... É um setor muito vigoroso, resiliente, em expansão, ela traz oportunidades, mas é um setor muito nervoso no sentido de que as relações entre os stakeholders não são estáveis, não são equilibradas... É um setor em transição, talvez seja inviável na forma como está desenhado hoje”.

“A concorrência muda de local para local. Essa é uma das características do setor de saúde: ele é muito regionalizado”.

“Eu acho que não existe, e deveria existir, com clareza, uma política de estado para o setor de saúde. Não há uma manifestação do governo... [sobre] qual é o papel e tamanho que deverá ter o setor privado versus o público, e as interfaces entre ambos”.

“[Há uma] precariedade de gestão nas empresas na área da saúde. Se na área diagnóstica, você tem um caminho longo a percorrer, na área hospitalar, então, o nível de precariedade em gestão é abissal”.

Contexto da gestão estratégica

“Abertura de capital foi uma evolução natural da governança da empresa... um movimento natural que se daria em algum momento, e tem como forte apelo uma maior possibilidade de perenizar a empresa... e tem a ver com o modelo societário da [organização F], que tem elementos de partnership”.

Processo de desenvolvimento

“Uma primeira necessidade é ter a definição clara do que é um planejamento estratégico com alguns horizontes: de curto prazo, médio prazo e longo prazo. É óbvio que a posição de presidente te permite influenciar [no

processo de desenvolvimento],... [principalmente] na elaboração e execução desse planejamento”.

“[A saúde é um setor em transição], então ter um mapa de condução, com as limitações e imprecisões que ele traz, é um primeiro ponto fundamental”.

“Como presidente, eu tenho um papel primeiro de assegurar que [o plano estratégico] exista. E, segundo, de assegurar que essa visão de caminho futuro esteja clara para toda a organização, não só no sentido de onde ela quer chegar ou que ela fará, mas também o que ela não fará para chegar lá. E isso, muitas vezes, impõe decisões não muito simples, [como] abandonar certos caminhos que foram optados anteriormente”.

“É óbvio que eu, como presidente, tenho condições de, dentro desse caminho definido, priorizar determinadas definições. Mas sempre dentro de um mapa que foi desenhado previamente... Isso dá consistência, porque o caminho não é curto, ele pode ser muito errático, as oportunidades existem o tempo todo”.

“[O presidente] é o primeiro guardião das definições iniciais [intenção estratégica e posicionamento estratégico]. Ele pode não somente influenciar, como também deveria ser seu guardião”.

“Habitualmente nós temos uma revisão anual [do planejamento estratégico]. Mas, a certos intervalos de tempo, que podem ser 2 ou 3 anos, nós fazemos um mergulho mais profundo, tentamos olhar para um horizonte maior, e questionar [com maior ênfase] as premissas previamente definidas”.

Ao ser questionado sobre a integração entre os planejamentos estratégico e orçamentário: *“A revisão do planejamento estratégico deve terminar no final de julho... [Essa revisão] define as diretrizes maiores... [Na sequência], nós começamos o planejamento orçamentário do ano, por volta do final de julho ou início de agosto, que termina em outubro, com aprovação do conselho em outubro ou novembro. Isso é o que define as atividades do ano que se segue”.*

Stakeholders

“Para ser de fato um solution provider, nós temos que entender as necessidades dos diferentes agentes do setor... Temos que entender as necessidades do paciente, do médico, dos empregadores e das operadoras”.

Ao ser questionado sobre os novos stakeholders decorrentes da abertura de capital: *“[A abertura de capital] traz um novo conjunto de agentes... Nós temos que aprender a lidar com esses [novos stakeholders]... E eles também têm que aprender conosco, para entender o que é a empresa e como ela se diferencia das outras. Então, esse é um processo de aprendizado mútuo”.*

Intenção estratégica

“Nós definimos há algum tempo atrás, e isso continua válido, que do ponto de vista mais amplo, nós atuaríamos muito mais como um provedor de soluções do que uma empresa processadora de materiais biológicos... A vocação da empresa sempre foi essa: atuar como... um solucionador, um solution provider”.

“Nós enxergamos nosso negócio principal... que é um negócio na área de medicina diagnóstica, não como atividade única em si, mas como um veículo para prover a solução. Essa solução, na área médica, é a informação. Então, tudo que nós pudemos fazer para adicionar informação para os públicos que interagimos – empresas, médicos, pacientes –, nós estaremos no caminho definido como o maior”.

“Você tem que impregnar, e esse é o papel do presidente,... uma cultura de excelência, de qualidade, mas com eficiência operacional. Ela [excelência/qualidade] não é a qualquer custo... Não é um balanço simples de encontrar, particularmente numa empresa que, por muitos anos, se acostumou com a cultura da qualidade, da excelência a qualquer custo... Eu acho que a transformação de uma empresa paulistana para uma empresa de abrangência nacional, de uma marca premium para um [posicionamento] guarda-chuva, com diferentes marcas, que têm diferentes necessidades e diferentes soluções, contribuiu muito para essa mudança cultural”.

Ao ser questionado sobre os objetivos sociais da organização F: *“Eu acho que não pensar nisso hoje é inaceitável. Lógico que nós, como empresa na área da saúde, somos diferentes de uma empresa que claramente tem um potencial de impacto ambiental ou social muito importante. Não é o caso das empresas na área da saúde. Mas toda e qualquer empresa tem a obrigação de olhar sob essa perspectiva... Nós fazemos isso de diferentes formas: primeiro, pela própria estratégia de atuação, o mais ampliada possível, seja ampliada na cadeia, seja ampliada nos segmentos da população que atendemos... [Segundo, por uma atuação] que contribua para o desenvolvimento do setor... e da sociedade... [por meio] da redução de custos e melhor assistência [citou os exemplos do hospital-dia e os serviços de gestão de doenças crônicas]... Outra coisa que nós acreditamos fortemente... é no desenvolvimento dos profissionais... [que] é uma obrigação social também. Seja para que eles ocupem novas posições dentro da empresa, ou para ocupar posições fora da empresa”.*

Ao ser questionado sobre os novos stakeholders decorrentes da abertura de capital: *“É óbvio que o resultado de curto prazo é muito importante. Mas jamais... nós vamos comprometer o médio ou longo prazo em função de um resultado de curto prazo. [Isso] não faz parte da vocação, da cultura, e dos princípios e valores da empresa, e não é isso que caracteriza os profissionais que hoje fazem a gestão da empresa”.*

Análise do ambiente externo

“Num setor com essas características, em transição e uma certa instabilidade, não faltam oportunidades. Você tem que ter a consciência [para analisar] se a oportunidade [está alinhada] com a vocação da empresa e o planejamento que foi definido, senão você se perde no meio de tantas oportunidades”.

Ao discutir a atuação como um consolidador do mercado de medicina diagnóstica: *“Os pacientes e as operadoras, ambos, requeriam que nós tivéssemos uma atuação em outras regiões do país e em outros segmentos econômicos da população... As operadoras têm um conjunto de planos de saúde que vão desde o mais premium, até o intermediário, e até o básico. Elas precisam acomodar diferentes prestadores de serviço em cada um desses tipos de planos. Se você tiver uma solução... que seja acomodada em cada um desses níveis de planos é ótimo, porque [as operadoras] lidam com um prestador só, que tem as diferentes opções debaixo de um mesmo guarda-chuva, o que significa ter uma garantia mínima de qualidade”.*

“Agora o panorama mudou. Depois da crise [de 2008-2009], se aponta um cenário muito positivo de expansão do setor [por meio de] ingresso de novas vidas [no sistema privado de saúde] e expansão de gastos das vidas existentes... Existe uma demanda das operadoras e dos clientes por [maior] consumo de serviços da [organização F]”.

“Nós fizemos uma lição de casa muito grande nos últimos dois a três anos [que foi] a integração da operação, da administração, de sistemas de back-office e front-office, e incorporação de empresas”.

“Essa é uma tendência universal: outsourcing das atividades de medicina diagnóstica em hospitais”.

Ao ser questionado sobre a influência dos concorrentes nas decisões estratégicas, apresentou uma análise muito abrangente da concorrência por linhas de negócios (unidades de atendimento, operações hospitalares e laboratório de apoio) e comentou: *“É óbvio que os movimentos, seja de definição estratégica, seja de abrangência, acabam influenciando a nossa atividade... A oportunidade é se estimular pelas atuações, entender os movimentos da concorrência, e entender qual é nossa melhor resposta em relação [aos concorrentes]. Mas com um certo grau de cautela para não cair na armadilha de ficar simplesmente respondendo às ações da concorrência, e desviar da sua proposta estratégica. Porque as empresas têm posicionamentos estratégicos distintos”.*

“Hoje em torno de 55% do dinheiro do setor de saúde vai para o setor privado, para atender um pouco mais de 40 milhões de pessoas de uma população de 190 milhões. Então toda essa carga dos 150 milhões restantes vai para o setor público, que não dá conta dessa enorme carga que tem para

atender. Por isso, é do interesse do governo que o setor privado absorva o maior número possível de vidas”.

Ao ser questionado sobre as trajetórias estratégicas dos concorrentes: “É muito difícil o [concorrente X] fazer um movimento de upgrade. É mais fácil fazer downgrade do que um upgrade das suas marcas... A questão da verticalização é bem controvertida... Na minha opinião, não dá muito certo em países que têm mercados maduros e bem estruturados. Talvez dê certo no Brasil...por dois aspectos. Primeiro, pela precariedade de gestão que existe nas empresas na área da saúde... No Brasil, são pouquíssimas as redes hospitalares... a área hospitalar é de capital intensiva... e a ineficiência de gestão é brutal... Outro componente, que se soma a esse e influencia também, é a filantropia. O componente filantrópico permite... o uso do recurso de maneira não tão eficaz, é intrínseco a ele... O movimento de verticalização acaba existindo em função dessa precariedade [de gestão]... Verticalização [especificamente] na área diagnóstica existe, mas é mais limitada. Mesmo as [redes hospitalares] que têm [sua área diagnóstica própria], elas conseguem suprir uma parte pequena da sua rede de clientes, pois não têm escala na área diagnóstica... [A verticalização] nos hospitais [filantrópicos], é muito mais um custo de oportunidade, porque eles têm uma marca, uma certa projeção e incentivos tributários. As verticalizações nesses hospitais [ocorrem] muito mais na área de imagem, pois é onde eles têm o benefício tributário da importação dos equipamentos. Isso cria uma competição não muito saudável nesse sentido, porque eles têm uma série de benefícios que o concorrente privado não tem... No caso do [concorrente Y, que possui uma área diagnóstica própria],... por maior que ele seja, jamais terá a escala ou a capacidade para desenvolver internamente tudo aquilo que uma empresa do nosso porte tem”.

“Um ponto relevante no nosso setor é o papel da agência reguladora... Passada aquela fase inicial, de um papel regulatório para garantir a saúde financeira das operadoras e evitar uma crise no setor... já se começa a ouvir, nos últimos 2 anos, [iniciativas para] a adoção de indicadores de qualidade dos prestadores de serviço. Em um primeiro momento [para os] hospitais, mas também outros tipos de prestadores de serviço. Isso é muito benéfico para o setor”.

Ao ser questionado sobre clínicas de varejo: “Eu vejo com certo ceticismo. Por duas razões [culturais]. Primeiro, aqui, a cultura da atividade é muito distinta da que acontece no exterior [como referência à execução da assistência por enfermeiras, cujo papel é mais amplo nos EUA]... Outro aspecto, faz parte da cultura norte-americana você tratar as pequenas intercorrências ou aquelas que precisam de uma intervenção rápida de uma forma menos ligada às estruturas formais [como referência à localização das clínicas em supermercados]... No Brasil, [em função] da cultura, [a população] não vê [essas questões] de forma tranquila”.

Ao ser questionado sobre o mecanismo de conta poupança saúde: “A busca da solução [para o financiamento na saúde, particularmente da

população idosa] via health savings account ou outra forma, é quase que imperiosa. Quem colocar esse ovo em pé, vai se beneficiar terrivelmente”.

Análise do ambiente interno

Ao ser questionado sobre os pontos fortes da organização F: *“Governança corporativa é um ponto forte. O posicionamento estratégico é um ponto forte, que se diferencia. A marca, que foi construída ao longo de décadas. Seguramente, esses são pontos fortes. A marca é forte porque ela carrega uma série de atributos, como confiança, credibilidade, reputação e excelência... A [organização F] investe em governança há 15 anos, e sempre se posicionou muito à frente da concorrência,... e mesmo [quando comparada] com outros setores. O posicionamento estratégico é algo de bastante valor porque diferencia o grupo. Não é simples você se impor esse tipo de posicionamento... pois precisa ter reunido um conjunto de atributos, uma equipe muito qualificada e uma marca que propicie isso”.*

Posicionamento estratégico

“Nós somos um solucionador de problemas para os diferentes stakeholders da área de saúde, e atuamos exclusivamente no setor privado de saúde e não no setor público”.

Ao comentar sobre a decisão de ampliação do escopo de serviços, e expansão do negócio para outras camadas da população e outras regiões geográficas: *“A grande decisão lá atrás foi: atuaremos exclusivamente com medicina diagnóstica ou atuaremos de uma forma ampliada? Atuaremos de uma forma ampliada... Se você quer atender de uma forma mais ampliada as necessidades das operadoras, dos pacientes, e também talvez da comunidade médica, isso pressupunha ampliar nossa atividade, mesmo na área de medicina diagnóstica, e deixar de atender somente os planos que são mais premium, e passar a atender todas as camadas de planos... e deixar de atuar exclusivamente em São Paulo, e atuar em outros grandes centros”.*

“Nós optamos por diferenciação, por intimidade com o cliente, qualquer que seja o serviço e a entrega que fazemos. No nosso caso, precisamos de uma massa crítica mínima para que se consiga atuar via diferenciação. Mas não faz sentido ir para a extrema base da pirâmide ou mesmo o setor público, porque ali a regra do jogo é puramente preço”.

Ao ser questionado sobre as diretrizes estratégicas associadas à eficiência operacional e diferenciação: *“A eficiência operacional não conflita [com a vocação para diferenciação]. Para mim, é uma premissa básica: você tem que ter [eficiência operacional]. Não é uma opção ter ou não ter. O limite que você a leva muda um pouco, dependendo do seu posicionamento estratégico... [Por outro lado], dependendo do que você faz para obter essa eficiência, você pode colidir com seu posicionamento estratégico... Esse equilíbrio é sempre difícil”.*

Opções estratégicas

“Outro pilar [da gestão estratégica] é para que públicos ofereçamos nossos serviços. Nós temos uma definição, eu diria que esta mais sujeita a modificação: nós definimos uma [atuação restrita] ao setor privado de saúde, por entender que o setor público tem uma série de oportunidades, mas ele constitui um outro negócio, outra forma de atuar. [O setor público de saúde] não está muito alinhado ao nosso posicionamento estratégico”.

“Se [uma empresa se posiciona] como um solucionador de problemas, não faz sentido ficar restrito a uma área exclusiva. Embora medicina diagnóstica seja o negócio principal, nós devemos... atuar de forma mais ampliada na cadeia de valor. Quando adicionamos serviços como promoção de saúde, gestão de riscos na área da saúde, programas de bem-estar para empresas, nós estamos entendendo uma necessidade específica de uma empresa ... [Esses serviços] têm um caráter muito mais estratégico do que [somente prover] fontes alternativas de receita. Eles são estratégicos porque se completam com outras soluções e atendem uma necessidade do empregador”.

“Quando você olha os empregadores, e suas necessidades de gerir melhor seus custos [de saúde]... e no mercado não tem um serviço na forma como está estruturado o nosso, de gestão de doentes crônicos, você diz: vou montar um serviço de gestão de doenças crônicas, que está numa [área] de prevenção secundária e terapêutica”.

“Algo que é muito difícil em qualquer organização, que se não tiver uma atuação firme da presidência, não acontecerá é a descontinuidade de negócios. Essa talvez seja uma das decisões mais difíceis... Por exemplo, nossa área de pesquisa clínica, que é um serviço líder no setor, lucrativo, mas que olhando no contexto definido no planejamento estratégico de médio prazo, não tem mais aderência... Fazia sentido há 10 ou 15 anos, quando foi instituído... porque necessitávamos de atividades que viriam a contribuir com a consolidação das áreas especializadas e de exames complexos... e foi importante para desenvolver uma cultura de acreditação na empresa... [Além de várias questões citadas], esse público que [o serviço de pesquisa clínica] atende, a indústria farmacêutica, não se configura como um agente de grande relevância no contexto em que atuamos [como solucionador de problemas]. Ou seja, a contribuição [do serviço de pesquisa clínica] para o futuro da empresa, e portanto aderência ao planejamento estratégico, é muito limitada, e a permanência desse negócio simplesmente funciona como uma fonte de desvio de energia, pessoas e recursos”.

Ao comentar sobre a decisão de expansão do negócio para outras camadas da população e outras regiões geográficas: *“Pelas características do setor de saúde do país, entrar em diferentes regiões ou em diferentes camadas*

de planos de saúde, se dá de uma maneira muito mais efetiva se você fizer via aquisição”.

“Nós sempre vimos as aquisições muito mais para cumprir uma entrega estratégica do que uma alavanca para impulsionar o crescimento de receita. Então [a estratégia de] aquisições, para nós, sempre foi ou uma complementação de portfólio, ou entrar em centros que nós não atuamos, ou seja, [o meio] de entregar a estratégia de atender diferentes públicos de uma forma mais ampliada”.

“Nunca se deixou de fazer qualquer tipo de investimento, seja em aquisição ou ampliação da rede de atendimento, por restrições de capital.... A [organização F] sempre se beneficiou de uma estrutura de capital muito saudável. O nível de endividamento sempre foi extremamente baixo, por duas razões. Primeiro, por uma gestão muito conservadora no que diz respeito aos ativos e ao nível de endividamento... Segundo, porque sempre foi uma operação fortemente geradora de caixa”.

“Nosso laboratório de apoio é centrado em exames de alta complexidade, assim chamados de exames esotéricos. Nós não queremos exames de alto volume. Essa definição leva a implicações importantes. Por exemplo, nós selecionamos os clientes com base nisso”.

Ao ser questionado sobre o encerramento dos procedimentos cirúrgicos do hospital-dia (em 19/11/2009): *“Foi uma decisão puramente legal [interpretação da norma constitucional e abertura de capital]. Foi uma pena, porque ele estava entrando em seu quinto ano de operação, os meses anteriores à desativação foram os [melhores] meses... em termos de número de procedimentos, receita e resultado. O que se projetava claramente é que agora, por volta exatamente desse período [início de 2010], nós alcançaríamos o break-even. O break-even, em atividade hospitalar, demora cerca de 3 a 5 anos. Nesse caso, o [break-even] seria no limite superior de tempo porque era um novo conceito, um novo negócio, ... tivemos que impregnar o novo conceito no mercado,... [tivemos que] romper uma resistência de credenciamento junto às operadoras, que demorou 2 anos para se concluir”.*

Governança corporativa

“O presidente tem o papel de catalisar e potencializar [as decisões estratégicas], mas não tem as mãos livres. Dentro de uma governança bem instituída, para as decisões mais delicadas, ele tem que submeter e obter a aprovação do conselho de administração”.

2. Entrevistado F2 (Presidente do Conselho de Administração, Ex-Superintendente Geral)

Data: 22/03/2010

Duração: 120 minutos

Contexto da gestão estratégica

“Algumas vezes eu gastei tempo pensando porque a [organização F] era a [organização F]. Talvez ela só pudesse acontecer em São Paulo, num determinado momento. Ela se tornou a [organização F] porque reuniu as condições para tanto. Ela cresceu e se consolidou porque tinha... o grupo de profissionais adequados e tomou as decisões estratégicas... corretas”.

Ao ser questionado sobre as principais decisões estratégicas da história da (organização F): *“Coisas que hoje parecem muito óbvias, foram objeto de muita discussão no passado... Eu citaria a abertura da primeira unidade fora da [localização da única unidade]... Ela foi aberta porque a [única unidade] ficaria saturada, em função do crescimento [da organização F]... Outra decisão importante do ponto de vista estratégico... foi quando a [organização F] aceitou, de uma maneira mais estruturada, a contratação pelos convênios [nos anos 80]... Nessa década houve um crescimento das operadoras de planos [de saúde]... e muitas das pessoas que procuraram esses planos eram clientes da [organização F]. Ao contratarem um plano, elas queriam os nossos serviços. Então, a [organização F] acabou sendo procurada pelas operadoras com a proposta de fazer um contrato de prestação de serviços... e nós [tínhamos] uma posição adequada para negociar os preços... A [organização F] entendeu que o setor passava por uma mudança [crescimento das operadoras]... e que deveria acompanhá-la... A ampliação do número de unidades, ou da rede [no começo dos anos 80], com mais oferta de serviços, foi uma decisão que veio naturalmente, e foi mais reativa do que proativa”.*

“Ao fim dos anos 80 e começo dos anos 90, foi a época da qualidade... Nós sempre achamos que tínhamos bastante qualidade técnica, e qual não foi nossa surpresa quando ouvimos... a expressão: quem diz se você tem qualidade ou não é o cliente... E aí foi quase que uma década de trabalho [com foco na gestão da qualidade e certificação do sistema de qualidade]... e uma [consequente] mudança de mind set”.

“No decorrer da década de 90, começam a surgir conversas sobre uma mudança à vista no setor:... ele tem as características de um setor a sofrer consolidação... a exemplo do que vinha acontecendo nos Estados Unidos. Havia muito alarde... sobre laboratórios americanos [que estavam] sendo consolidados... E, como de hábito, depois de alguns anos, essa tendência deveria chegar aqui no Brasil”.

“Junto com a questão da qualidade e os movimentos do mercado [consolidação de empresas], havia também uma preocupação... com a questão da profissionalização. Isso porque, até então, o laboratório era administrado inteiramente por médicos. Até o diretor financeiro era médico... Nos anos de 1996-97, vem a proposta da profissionalização, com a criação de algumas diretorias e do Conselho de Administração... Este foi um ponto de inflexão importante”.

“Na segunda metade dos anos 90, vem essa questão da consolidação. E nós começamos a receber visitas de bancos... e representantes de fundos de private equity. Eles diziam: seu setor vai passar por um processo de consolidação. E quando isto começa, ou você vira um consolidador... ou será consolidado... Nós tínhamos certeza que nosso concorrente iria [receber investimentos de private equity], mas nosso grupo tinha outras opções. E, de fato, a opção naquele momento foi [buscar financiamento] por débito [empréstimos]... para [alavancar] o crescimento”.

“Até então [segunda metade dos anos 90], o grupo vivia do seu fluxo de caixa. [Por meio deste], eram feitas as aquisições das participações dos [sócios] que saíam, já que a [organização F] sempre teve um modelo de não admitir o herdeiro na sociedade... E [também] usava o fluxo de caixa para os investimentos... A [organização F] sempre foi uma boa geradora de caixa, [ou seja], a operação sempre foi rentável... e como nós adotávamos uma atitude reativa, não havia a necessidade de fazer o investimento à frente [ou seja, a organização F utilizava o capital próprio para crescer]. Era uma situação boa para o bottom line, mas talvez perigosa do ponto de vista estratégico. Então fizemos a opção de [assumir uma] dívida e fomos à IFC¹²¹... Com esses recursos, nós ampliamos a rede, os serviços, e crescemos”.

“A [formação da divisão] N. [responsável por desenvolvimento de negócios de outras marcas do Grupo] ocorreu na sequência... foi nessa época de expansão e preocupação com a consolidação [do setor]”.

Em relação à decisão de não aceitar investimentos de um private equity: “Nós não quisemos um private equity porque não estávamos preparados para ter um sócio participando da gestão, e fazendo ingerências... Nós não queríamos... um fundo de private equity participando das decisões”.

“Nesse processo [de investimentos para expansão]... surgiu a ideia de que nós deveríamos ter um mecanismo para atender outras faixas de renda. A marca F. atendia basicamente a classe A e um pouco da B... e havia a preocupação que nós precisaríamos estar mais na base da pirâmide, como

¹²¹ “IFC é o ramo do setor privado do Grupo Banco Mundial. A IFC concede empréstimos, capital, produtos para a gestão de riscos e financiamento estruturado, e serviços de consultoria para o desenvolvimento do setor privado nos países em desenvolvimento” (Disponível em: <http://www.ifc.org/portuguese>. Acesso em: 20/08/2010).

grupo empresarial.... Nós já achávamos, naquela época, que muito do crescimento viria [dessas outras faixas de renda]”.

“A tendência do setor [apontava para] máquinas de alta performance, alta produtividade, mas também altos investimentos. [Portanto, haveria a] necessidade de alto consumo. E se ficássemos pequenos, ainda mais se houvesse um processo de consolidação, nós poderíamos ficar reféns dessa situação”.

“Se nós vamos atender outras faixas da pirâmide, nós não conseguimos fazer isso com a marca F. Mas talvez possamos ter outras marcas, agora pensando como um grupo empresarial... [Para gerenciar as novas marcas, foi criada a unidade de negócios N.] no final dos anos 90, acho que entre 1998 ou 1999”.

“As primeiras aquisições, de fato, ocorreram em 2002... inicialmente no Rio de Janeiro... [Nesse estado], um grupo de laboratórios estava se preparando para negociar, pois tinham a certeza que [a consolidação] aconteceria. Eram laboratórios tradicionais, mas pequenos... e eles se sentiam ameaçados [pelo processo de consolidação]. Então eles se juntaram para negociar em conjunto”.

“A discussão [sobre consolidação] não era nova. Nos Estados Unidos, [esse processo] já tinha acontecido uns dez anos antes”.

“[Nessa época, após 2002], ficava claro que havia dois consolidadores no mercado [brasileiro: a organização F e a organização E]. Acho que os dois... foram bem sucedidos”.

“A decisão de participação do mercado de uma maneira mais abrangente, de ir para outras praças, de utilizar ou não com a marca F,... a opção de adquirir novas marcas, trabalhá-las e posicioná-las adequadamente, foram decisões importantes. O que fez com que nós chegássemos ao momento atual: uma empresa com participação nacional e que atende várias faixas da pirâmide sócio-econômica”.

“[Nos anos 80], nós tivemos alguns momentos difíceis quando não se conseguia importar equipamentos... e reagentes [em função da reserva de mercado]... Quando houve a abertura, nós tivemos que correr atrás. De fato, isso foi feito e, em pouco tempo, tínhamos um laboratório atualizado e equipado. Mas houve a necessidade de [muitos] investimentos”.

Processo de desenvolvimento

“Até então [segunda metade dos anos 90], a abertura de novas unidades [de atendimento] vinha sendo mais reativa do que proativa. Nesse novo cenário [de processo de consolidação], nós imaginamos que precisaríamos ter um planejamento estratégico. Ou seja, ser mais proativo na... [consecução] dos

objetivos [organizacionais]. [Assim, o planejamento estratégico começou a ser realizado nessa época]”.

“Ao longo [desses anos], parece que teve muito planejamento estratégico. Mas eu não sei se teve... Num dos eventos da IFC [provavelmente em 2004], eu fiz uma apresentação do case [da organização F],... mostrei nossos gráficos de crescimento, [que eram] muito bonitos, e comentei: gostaria de dizer para vocês que tudo isso é fruto de planejamento estratégico e tirocínio¹²², mas se tem uma coisa que nós fizemos direito, foi ouvir o cliente. E quando ele disse que precisava de mais unidades de atendimento e outros serviços [exemplo: raio-X, endoscopia, teste ergométrico, tomografia],... nós o ouvimos e atendemos”.

Ao ser questionado sobre a decisão de diversificação, em particular a abertura do hospital-dia: *“Não foi uma decisão tão importante assim. Foi um serviço a mais nessa linha: temos aqui algo que está sendo demandado, e talvez nós tenhamos condições de oferecer”. Demandado pelos clientes? “Demandado por... classe médica, os próprios pacientes e algumas necessidades internas [ex.: procedimentos diagnósticos mais invasivos, tais como colonoscopia, histeroscopia e algumas biópsias]... Enfim, a ideia vai se formando. Talvez também tivesse uma influência externa, porque era uma época... que, nos Estados Unidos, isso [hospital-dia] estava em efervescência... Mas eu não acho que tenha sido uma decisão crítica, importante, na história da [organização F],... apenas um serviço a mais”.*

“Talvez tenha sido mais crítica a decisão de ampliar os serviços de centro diagnóstico [imagem], numa hora que éramos praticamente só um laboratório de análises clínicas. Mas como tudo, [a decisão] vem aos poucos. Não é alguma coisa assim: de repente, tivemos uma ideia genial e aconteceu... Nós [já] tínhamos o serviço de medicina nuclear. Por que isso? Foi alguma decisão estratégica?... A história diz que não: foi apenas uma oportunidade. Tinha alguém que fazia, houve um acordo, e a [organização F] começou a prestar esse serviço. No momento seguinte, ao ouvir os clientes pacientes, nós começamos a oferecer serviços de cardiologia não-invasiva [ex.: teste ergométrico]... e ultra-sonografia”.

“Houve um momento de discussão firme: vamos ampliar [os serviços de imagem] ou continuaremos adicionando paulatinamente, conforme os clientes vão pedindo? Essa decisão de ter um centro de diagnóstico mais abrangente, além de análises clínicas, foi uma decisão estratégica importante”.

Ao ser questionado sobre o processo decisório que resultou na implantação do serviço de gestão de doenças crônicas: *“Ele foi tipicamente [resultante do processo de planejamento estratégico]... Esse não [foi pedido pelos clientes]... Em geral, as ideias não nascem no grupo. Você vê o que está*

¹²² Em outras palavras: aprendizado e experiência.

acontecendo no mundo. Talvez não sejamos um grupo gerador de ideias. Mas somos um grupo atento”.

“Nós fizemos algumas opções, fruto de planejamento estratégico, uma coisa muito bem discutida e planejada: unidades [de atendimento] com a marca F. em Sorocaba, Brasília e Rio de Janeiro. Estou citando três exemplos, porque houve outras... E constatamos depois que tínhamos cometido erros estratégicos. [Então] reduzimos bastante a dimensão das unidades de Brasília e Rio de Janeiro, e encerramos a operação em Sorocaba”.

“Esses não foram os únicos [erros estratégicos]. Nós tivemos, numa ocasião, uma operação de microbiologia industrial: prestação de serviços de microbiologia, análises de alimentos e medicamentos, para a indústria. Foi feito um esforço grande... e investimento... [porém] chegou num momento que nós dissemos: não dá, vamos encerrar isso”.

Ao ser questionado sobre o processo decisório que resultou na abertura de capital da organização F: *“Mais recentemente, antes da abertura do capital, nós admitimos um sócio investidor... na holding controladora, que foi o investimento da B.S.... O grupo de sócios entendeu que isso, naquele momento e de maneira estratégica, seria importante. E, na sequência, alguns meses depois, o processo de IPO¹²³ aconteceu. Logicamente, ele já tinha sido discutido [anteriormente], pois não se faz isso em tão pouco tempo, e nem aconteceu em função da entrada da B.S. O IPO foi um processo natural de evolução”.*

Stakeholders

“Nos anos da qualidade, é óbvio que a discussão surgiu muitas vezes: quem é o cliente? Antes, nós praticamente só tínhamos dois: que era o paciente e o médico. E ficou evidente... que nós tínhamos um outro cliente importantíssimo: [as operadoras]... Nos anos mais recentes, ficou evidente que [há outras] partes interessadas: os stakeholders [ex.: sociedade, entidades governamentais e reguladoras]”.

Ao ser questionado sobre o influência dos diferentes stakeholders na trajetória da organização F, particularmente dos acionistas decorrentes da abertura de capital: *“Uma pergunta foi feita, no devido tempo: uma empresa prestadora de serviços médicos pode ter capital aberto? Ou existe uma incompatibilidade entre os interesses do acionista e do paciente?... Porque a organização precisa criar valor para o acionista, que faz um investimento na empresa... E nós respondemos sim... porque acreditamos ter uma operação boa, que sempre foi geradora de caixa,... [atuamos] em um setor que demanda cada vez mais serviços... e temos bons profissionais. Portanto, não há nenhum motivo razoável para imaginar que ela não seja uma operação [rentável]. Sim, ela dará retornos... adequados para alguns investidores... O nosso*

¹²³ Em inglês, *Initial Public Offering*.

compromisso é oferecer ao investidor o melhor [resultado consolidado em um determinado período de tempo], nem o melhor pico [em um trimestre], nem o [menor] vale,... o que traz a ideia de tempo. Ou seja, por favor, não nos pressione pelo resultado do trimestre... [porque] não podemos deixar de fazer nosso trabalho por conta do resultado de um trimestre... Nesse aspecto, não tem nenhum problema ser uma empresa de capital aberto, não há nenhum conflito se isso estiver bem entendido”.

Intenção estratégica

“Você, enquanto empresa, [deveria] ter uma visão do mundo onde está inserido, e compreender que sua razão de estar ali é maior do que [apresentar] um bom balanço,... lucro líquido e... dividendos”.

“Uma frase que eu disse algumas vezes... e que acreditamos nisso: a [organização F] não pertence aos sócios que estão aqui. Aliás, eles também estão, eles não são, tanto que os herdeiros não entram [na sociedade]. A [organização F] pertence à essa sociedade, à essa cidade, à esse país”.

“Quando um sujeito chega aqui [na organização F] e diz: parece primeiro mundo. Você sabe do que ele está falando? Não é do chão, não é da parede, não é do teto, não é da decoração. Porque nisso, nós nem somos o número um. É na forma de tratar... Esse é um desafio fantástico: manter isso,... essas relações entre as pessoas”.

Ao ser questionado sobre os motivos que levaram à abertura de capital: “Todo o financiamento da empresa [para crescimento e pagamento das participações na sociedade aos herdeiros dos sócios] vinha da sua própria geração de caixa... A participação num mercado de capitais... traz um alívio importante para a gestão da empresa [ao prover], ao mesmo tempo, acesso a capitais e liquidez”.

Ao abordar a cultura decisória da organização F: “A longo prazo, é melhor seguir a média das opiniões. Eu acho que conosco aconteceu sempre isso... Nós discutimos muito e seguimos a média. E raramente nós votamos. Há sempre um trabalho de convencimento dos demais, de modo que, quando se decide, nem parece que estamos optando pela média, mas sim pela opinião do grupo. Para que isso aconteça, não se pode ter uma pessoa com poder total de decisão... Eu acho isso importante... e, a médio e longo, faz a diferença”.

Análise do ambiente externo

“Os consolidadores do setor [de medicina diagnóstica] continuam sendo... [as organizações E e F]. Há também outros grandes prestadores de serviços, como a própria Amil, ... o Pardini,... e o grupo D’Or”.

“O setor [de medicina diagnóstica] mudou. Ele era muito mão-de-obra dependente... e passou a ser capital intensivo, em que a empresa tem que

investir em [equipamentos] com rápida obsolescência tecnológica... Então, o [acesso ao] capital passa a ter uma importância muito grande”.

Análise do ambiente interno

Ao ser questionado sobre as principais capacidades organizacionais da organização F: *“Talvez o diferencial esteja numa cultura de bom atendimento... Cultura é uma coisa complexa... e talvez, por muitos anos, nós tenhamos conseguido passar alguma coisa que virou educação e cultura, e que está arraigada, internalizada [na organização]. [Assim], não precisa o médico, o sócio-fundador, estar no atendimento, como ficava o Dr. F. ou, alguns anos depois, o Dr. E., porque... [todos os colaboradores deveriam] ter essa [mesma] maneira de ser”.*

Opções estratégicas

“Houve uma decisão significativa e importante de investir [no desenvolvimento de serviços de imagem, integrados às análises clínicas]... Eu não me lembro que essa decisão tivesse sido tomada porque as margens [de imagem] fossem melhores... Foi muito mais um desejo de atender, de resolver,... de fazer o diagnóstico. Ou seja, um trabalho médico”.

Governança corporativa

Em relação à decisão de não aceitar investimentos de um *private equity*: *“Nós não quisemos um private equity porque não estávamos preparados para ter um sócio participando da gestão, e fazendo ingerências... Nós não queríamos... um fundo de private equity participando das decisões”.*

“O que é mais importante em governança corporativa? Eu acho que o mais importante é ter as pessoas certas nos cargos chaves... Assim, é fácil, porque tudo na vida depende das pessoas. É, mas é isso mesmo... as pessoas boas, na hora certa e no lugar certo”.

Retroalimentação e aprendizagem estratégica

“Nem tudo que nós começamos, foi um sucesso,... ou porque o cenário mudou, ou porque cometemos um erro estratégico... Então encerramos [a iniciativa],... desde que não comprometa o todo. Não é proibido errar; você só tem que acertar mais”.

3. Entrevistado F3 (Ex-Presidente, Membro do Conselho de Administração)

Data: 08/03/2010

Duração: 86 minutos

Gestão estratégica na saúde

“Nós, médicos, não fomos formados para planejar... Então tudo é feito sem planejamento”.

Contexto da gestão estratégica

“O primeiro que montou [a empresa] foi o Dr. G.F.S.... Num primeiro momento, foram [realizadas] verdadeiras fusões. Então entrou o Dr. W.L., e depois entrou um grupo de cinco médicos, que eram de outro laboratório”.

“O modelo societário, foi a nossa geração que discutiu... A ideia do modelo era dividir o crescimento... por todos. Era um modelo como se fosse um grupo de advogados, ou uma Promon, por exemplo. Por quê? Porque naquela época, o laboratório era [organizado] por disciplinas [ex.: hematologia, bioquímica, endocrinologia]... [e os exames eram analisados] quase que [de maneira] artesanal”.

“No Brasil, antes da era Collor, tinha a reserva de mercado... Foi uma época de substituição das importações,... e nós optamos por desenvolver [internamente] os métodos [de análises clínicas]... Nós íamos para fora [particularmente para Boston]... para aprender as metodologias e trazer para cá... Nós éramos, tecnicamente, os melhores... e a preocupação maior era com a área técnica, que era o centro [das operações]”.

“Então houve duas coisas muito importantes... que aconteceram ao mesmo tempo [início dos anos 90]... O primeiro baque foi a abertura [de mercado]. Toda nossa vantagem competitiva tecnológica foi perdida no dia seguinte... A segunda questão foi que [a tecnologia de processo] do laboratório começou a migrar para uma automação... e a área técnica começou a perder sua vantagem competitiva... Foi aí que nós resolvemos acordar, e nos preocupar com o aumento de concorrência”.

“Nessa época [início dos anos 90], nós fizemos nosso primeiro planejamento estratégico... com dois consultores independentes, que vieram nos auxiliar”.

“[Nos anos 90], fizemos também um programa de qualidade... e foi a primeira vez que discutimos a importância do cliente.... Começamos a entender

que a área técnica estava perdendo seu diferencial, e que o atendimento tinha que ser o nosso [foco]”.

“Foi nessa época [final dos anos 90] que nós introduzimos o Conselho de Administração... E, com a profissionalização, nós começamos a trazer gestores de outras empresas... e, com isso, aprendemos com outras áreas, mais avançadas do que a saúde”.

“[No final dos anos 90], o BNDES foi importante, junto com o Banco Mundial [IFC] e DEG [Agência Alemã de Desenvolvimento e Investimento] [para o aporte de capital por meio de empréstimos]. Nós fizemos o primeiro business plan. Nós conseguimos, com esse capital, [alavancar] o crescimento da marca F., num primeiro momento... Foi uma época de crescimento rápido da empresa... Antes nós usávamos capital próprio [para financiar o crescimento] e as coisas eram muito difíceis... A partir do momento que nós tínhamos dinheiro [do BNDES, IFC e DEG], foi isso que fez a empresa crescer”.

“Outra coisa interessante foi a transformação da [organização F] num centro diagnóstico, também no começo dos anos 90... Foi importante ter dinheiro... para comprar máquinas [de diagnóstico por imagem]... Isso tornou as unidades [de atendimento] muito mais complexas... e com necessidade de integração [dos serviços]”.

“Antigamente existia a ditadura da área técnica... pois [os processos] de atendimento tinham que se adaptar ao que a área técnica queria”.

Processo de desenvolvimento

“[O processo de planejamento estratégico] não pode estar amarrado, engessado. Uma empresa como a nossa, por ser grande, até perde oportunidades... Tem muitas oportunidades [no mercado], e nós devemos estar abertos a isso. [A empresa] tem que ficar olhando o mercado, procurando coisas”.

“Nós fazemos o planejamento estratégico... mas normalmente erramos. É difícil acertar [por exemplo, crescimento da demanda]... Porque tem tanta coisa que acontece no mercado, tem tantas interferências”.

Então por que vale a pena realizar o processo de planejamento estratégico? “Para a empresa aprender a olhar para fora... Geralmente o técnico é voltado para dentro, ele tem dificuldade de olhar para fora... E o planejamento [proporciona] esse momento de buscar, de conhecer, de saber o que está acontecendo... É isso que é importante, não pode ser algo que amarre [a empresa]... Se a empresa não faz, ela não aprende [citou exemplos da entrada da marca F. no Rio de Janeiro e Brasília]”.

Stakeholders

Ao abordar a introdução do serviço de check up: *“Esse cuidado na relação com os médicos foi sempre [uma questão importante]”.*

“O médico tem uma coisa fundamental que é aquela história que ouvimos de todo mundo... [O médico diz: esse exame] tem que fazer na marca F... O médico consegue visualizar, do ponto de vista técnico, as diferenças [entre prestadores de medicina diagnóstica]”.

Análise do ambiente externo

Ao ser questionado sobre os concorrentes da organização F: *“O principal concorrente é a [organização E], sem dúvida nenhuma. Ela é uma empresa grande e é concorrente em vários estados. E é sempre um concorrente para nossas aquisições... E na marca F. sem dúvida nenhuma é a [organização A]... que procurou crescer e tem uma marca forte”.*

“É difícil ocorrer algum tipo de insucesso entre esses grandes players. Cada um já ocupou bem [seu espaço no mercado]”.

“As [cooperativas]... dificultam a nossa entrada em alguns locais e dificultam nosso crescimento”.

“A [medicina de grupo A] é um grande concorrente... no Rio [de Janeiro] eles são muito fortes”.

Análise do ambiente interno

Ao ser questionado sobre os pontos fortes da organização F: *“Eu acho que a vocação para diferenciação,... a visão do atendimento ao cliente,... as pessoas [o corpo de gestores e profissionais médicos]... a marca,... e somos uma empresa rentável”.*

Posicionamento estratégico

Ao ser questionado sobre os impactos estratégicos decorrentes da unificação da central de processamento de exames (ou área técnica): *“Há exames com procedimentos diferentes [entre as marcas da organização F], mas são poucos. Eu acho que as pessoas entendem que numa glicemia ou colesterol... em qualquer laboratório que elas fizerem, os resultados serão semelhantes... Tanto que nesses [exames], nós não conseguimos ter um diferencial”.*

Durante essa conversação, o entrevistado citou as seguintes políticas de diferenciação: *“Relatório integrado,... assessoria médica,... atendimento,... atração dos melhores profissionais,... e resolver o problema do cliente”.*

“A [organização F] é lucrativa porque tem um grande padrão [de atendimento]... As pessoas [do grupo] precisam entender isso [e manter o modelo de negócios]”.

Opções estratégicas

“As aquisições vieram depois que a [organização E adotou uma estratégia de crescimento por aquisições]. Foi uma reação em relação à [organização E]... Nós aprendemos que não dava para entrar com a marca F. nesses locais [fora de São Paulo]... e que precisávamos fazer aquisições... Fomos pressionados pela [organização E], mas foi uma coisa que nos auxiliou [a crescer]”.

“Sempre há várias coisas para investir. [Quando não há muito capital disponível], você faz escolhas... Quando vem o dinheiro, aí precisa tomar cuidado. O crescimento em São Paulo foi um sucesso, mas todo nosso investimento que fizemos fora de São Paulo, foi um problema. Por exemplo, tivemos que fechar unidades em Sorocaba... E tivemos que aprender [a operar]... no Rio de Janeiro e Brasília”.

“Em 2005-2006, nós resolvemos diversificar... Foi uma discussão ampla. Naquela época, as projeções mostravam que o crescimento da marca F. [no mercado de medicina diagnóstica] seria muito limitado. Depois disso se mostrou totalmente errado, porque foi [exatamente] a marca F. que cresceu. Nesse cenário, nós tínhamos duas opções: crescer mais com outras marcas [de medicina diagnóstica]... ou verticalizar a marca F... O que houve foi que a área de medicina diagnóstica teve um crescimento brutal, não tanto em número de clientes, mas de exames por cliente. Não se imaginava isso naquela época”.

“Outra coisa interessante... foi colocar o laboratório dentro de hospitais... Esse foi um negócio que evoluiu bastante”.

“[Em 1999-2000, a introdução] do check up foi muito estratégica... Utilizamos o conceito de medicina baseada em evidências... Ele aproxima da empresa os líderes empresariais... e ajudou no fortalecimento da marca F... Quando introduzimos o check up... alguns [gestores] eram contra... porque achavam que... [ele poderia prejudicar] o relacionamento com os médicos”

Ao ser questionado sobre a decisão de implantar o hospital-dia: “O hospital-dia é muito interessante. [Esse conceito] tinha sido um sucesso na Bahia. O grupo baiano que construiu o hospital-dia [na Bahia] iria construir em Higienópolis. E nós tínhamos muito interesse em ter uma unidade [de atendimento] em Higienópolis... [O grupo baiano] queria fazer o hospital-dia. Não fomos nós que quisemos. Foi uma oportunidade que surgiu... Nós oferecemos o hospital-dia [para outras organizações, porém a negociação não progrediu]... Então nós resolvemos assumir [junto com o grupo baiano]. Analisamos as metas, e resolvemos fazer. Não foi uma estratégia que nós

iríamos fazer o hospital-dia... E tivemos que voltar atrás agora por causa da abertura de capital. Eu acho que ele seria um sucesso”.

Ao ser questionado sobre a decisão de implantar um serviço de gestão de doenças crônicas, em parceria com uma empresa norte-americana: *“Nós tínhamos ideias de vários outros serviços... Sempre existem dificuldades para entrar em outros setores... mas nós procuramos analisar bons projetos, que estão alinhados conosco e [oferecem] bons resultados... A gestão de doenças crônicas tem muita sinergia, pois estamos resolvendo um problema do pagador... e é uma tendência futura... [Esse serviço] foi bem estudado e planejado”.*

Por que a organização F não adotou o modelo de crescimento financiado por *private equity*, na época que seu principal concorrente tomou essa decisão: *“Porque nós tínhamos lucro, tínhamos dinheiro. Nós não precisávamos deles [naquele momento]. Para o grupo de sócios... e nossa cultura... era [temerosa] a entrada de [um sócio investidor]... [Na época], nós [obtivemos empréstimos] da IFC... porque nós tínhamos capacidade... de pagamento”.*

Governança corporativa

“O nosso modelo societário foi muito interessante durante um certo tempo porque ele permitiu trazer pessoas [para a organização F]. Mas ele se mostrou ruim num certo momento... e era um modelo inviável. Por quê? Nós comprávamos as participações [quando os sócios saíam]... e chegou um momento que não tinha dividendos para os sócios [que permaneciam na sociedade]... e nem [capital suficiente] para investir... Então começou a se mostrar que nosso modelo era inviável mesmo. Enquanto era uma empresa com dependência tecnológica da área técnica e artesanal, [o modelo societário foi muito importante]. [Quando] fomos para algo totalmente automatizado... o trabalho médico se tornou mais importante no centro diagnóstico [por imagem] do que no laboratório [de análises clínicas]... Porém todos os sócios eram da área técnica... Ficou claro que aquele modelo [societário] não funcionava mais”.

“Cada vez mais a empresa virou capital dependente... Naquele momento, no início de 2009, a entrada do B. [como investidor privado]... veio no momento certo... pois a empresa precisava de dinheiro para investimentos... e resolver o problema societário”.

Ao ser questionado se a decisão de abertura do capital (IPO), que ocorreu no final de 2009, foi planejada: *“Era algo planejado. Ela não foi feita [antes] porque a empresa perdeu o momento certo”.*

Retroalimentação e aprendizagem estratégica

Por que vale a pena realizar o processo de planejamento estratégico? *“Para a empresa aprender a olhar para fora... Geralmente o técnico é voltado*

para dentro, ele tem dificuldade de olhar para fora... E o planejamento [proporciona] esse momento de buscar, de conhecer, de saber o que está acontecendo... É isso que é importante, não pode ser algo que amarre [a empresa]... Se a empresa não faz, ela não aprende [citou exemplos da entrada da marca F. no Rio de Janeiro e Brasília]".

Referências bibliográficas

Abell D. *Defining the business: the starting point of strategic planning*. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1980.

Abrahamson E. Management fashion. *Acad Manag Rev*. 1996; 21 (1): 254-285.

Adler-Milstein J, Bates DW, Jha AK. U.S. Regional Health Information Organizations: progress and challenges. *Health Aff*. 2009; 28 (2): 483-92.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. 2ª. edição revisada e atualizada. Rio de Janeiro: ANS; 2009.

Aguilar FJ. *Scanning the business environment*. New York: MacMillan; 1967.

Agwunobi J, London PA. Removing costs from the health care supply chain: lessons from mass retail. *Health Aff*. 2009; 28 (5): 1336-42.

Akao Y. *Hoshin kanri: policy deployment for succesful TQM*. New York: Productivity Press; 1991.

Albuquerque EM, Cassiolato JE. As especificidades do sistema de inovação do setor saúde. *Rev Econ Polit*. 2002; 22(4):134-51.

Almeida Filho N, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 879-89.

Amburgey T, Dacin T. As the left foot follows the right? The dynamics of strategic and structural change. *Acad Manag J*. 1994; 37 (6): 1427-52.

American Hospital Association. *Trends affecting hospitals and health systems*. Washington: AHA; April 2006. Available from: <http://www.aha.org/aha/research-and-trends/chartbook/2006chartbook.html>.

Amit R, Schoemaker P. Strategic assets and organizational rent. *Strat Manag J*. 1993; 14 (1): 33-46.

Andrews K. *The concept of corporate strategy*. Homewood: Irwin; 1971.

Ansoff HI. *Corporate strategy*. Harmondsworth: Penguin; 1965.

Ansoff HI. *The new corporate strategy*. New York: Wiley; 1988.

Bahia L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: Barjas N; Di Giovanni G., editores. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP; 2001. p.325-61.

Bahia L, Simmer E, Oliveira DC. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(4): 921-29.

Bahia L, Viana AL. Introdução. In: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, organizadores. *Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectiva da assistência médica suplementar*. v. 1. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2002. p. 9-18.

Balogun J, Halley VH. *Exploring strategic change*. 2nd. ed. Harlow: Pearson; 2004.

Barbour RS. The case for combining qualitative and quantitative approaches in health services research. *J Health Serv Res Policy*. 1999; 4 (1): 39-43.

Barney JB. Firm resources and sustained competitive advantage. *J Manag*. 1991; 17 (1): 99-121.

Barney JB, Clark DN. *Resource-based theory: creating and sustaining competitive advantage*. Oxford: Oxford University Press; 2007.

Barney JB, Hesterly WS. *Administração estratégica e vantagem competitiva*. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2008.

Bauer G, Davies JK, Pelikan J. The EUHPID health development model for the classification of public health indicators. *Health Promot. Int*. 2006; 21(2): 153-9.

Beer M, Eisenstat RA. The silent killers of strategy implementation and learning. *Sloan Manag Rev*. 2000; 41 (4): 29-40.

Berry LL, Bendapudi N. Health care: a fertile field for service research. *J Serv Res*. 2007; 10 (2): 111-22.

Berry LL, Seltman KD. *Management lessons from Mayo Clinic: inside one of the world's most admired service organizations*. New York: McGraw-Hill; 2008.

Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA*. 2003; 289 (15):1969-75.

Besanko D, Dranove D, Shanley M, Schaefer S. *Economics of strategy*. 3rd. ed. Hoboken: John Wiley and Sons; 2004.

Bhidé AV. *The origin and evolution of new businesses*. Oxford: Oxford University Press; 2000.

Bititci US, Carrie AS, McDevitt L. Integrated performance measurement systems: a development guide. *Int J Oper Prod Manag.* 1997; 17 (5): 522-34.

Blumenthal D, Glaser JP. Information technology comes to medicine. *N Engl J Med.* 2007; 356 (24): 2527-34.

Bodenheimer T. High and rising health care costs. Part 2: technological innovation. *Ann Intern Med.* 2005;142 (11): 932-7.

Bohmer R. The rise of in-store clinics — threat or opportunity? *N Engl J Med.* 2007; 356 (8): 765-8.

Bohmer RMJ. Medicine's service challenge: blending custom and standard care. *Health Care Manag Rev.* 2005; 30 (4): 322-30.

Bohmer RMJ. *Designing care: aligning the nature and management of health care.* Boston: Harvard Business Press; 2009.

Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philos Sci.* 1977; 44 (4):542-73.

Borger C, Smith S, Truffer C, Keehan S, Sisko A, Poisal J, Clemens MK. Health spending projections through 2015: changes on the horizon. *Health Aff.* 2006; 25 (2): 61-73.

Bourne MCS, Mills JF, Wilcox M, Neely AD, Platts, KW. Designing, implementing and updating performance measurement systems. *Int J Oper Prod Manag.* 2000; 20 (7): 754-71.

Bower JL, Doz YL, Gilbert CG. Linking resource allocation to strategy. In: Bower JL, Gilbert CG, editors. *From resource allocation to strategy.* Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 3-25.

Bower JL, Gilbert CG. A revised model of the resource allocation process. In: Bower JL, Gilbert CG, editors. *From resource allocation to strategy.* Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 439-55.

Brandenburger AM, Nalebuff BJ. *Co-opetition: a revolution mindset that combines competition and cooperation: the game theory strategy that's changing the game of business.* New York: Currency Doubleday; 1996.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília: Senado Federal; 1988.

Bryman A. *Research methods and organization studies.* London: Routledge; 1989.

Buntin MB, Damberg C, Haviland A, Kapur K, Lurie N, McDevitt R, Marquis MS. Consumer-directed health care: early evidence about effects on cost and quality. *Health Aff.* 2006; 25 (6): 516-30.

Burns LR. The business of healthcare innovation in the Wharton School curriculum. In: Burns LR, editor. *The business of health care innovation*. New York: Cambridge University Press; 2005. p. 1-23.

Burns LR, Degraaf RA, Danzon PM, Kimberly JR, Kissik WL, Pauly MV. The Wharton School study of the health care value chain. In: Burns LR, editor. *The health care value chain: producers, purchasers and providers*. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p. 3-26.

Bush RW. Reducing waste in US health care systems. *JAMA*. 2007; 297 (8): 871-4.

Callahan D. *Taming the beloved beast: how medical technologies are destroying our health care system*. Princeton: Princeton University Press; 2009.

Callahan D, Wasunna AA. *Medicine and the market: equity v. choice*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2006.

Campos EF, Gontijo MCF, Oliveira PJ, Chaves SR, Laudares P, editores. *A cadeia de valor em saúde: uma proposta de reorganização da atenção na saúde suplementar*. Belo Horizonte: Unimed Federação Minas; 2009.

Campos VF. *Gerenciamento pelas diretrizes*. São Paulo: INDG; 2004.

Carroll GM, Hannan MT. *The demography of corporations and industries*. Princeton: Princeton University Press; 2000.

Carroll JM, Swatman PA. Structured-case: a methodological framework for building theory in information systems research. *European J Inf Syst.* 2000; 9 (4): 235-42.

Carvalho EB, Cecílio LCO. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (9): 2167-77.

Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(3): 669-78.

Casadesus-Masanell R, Ricart JE. From strategy to business models and onto tactics. *Long Range Plann.* 2010; 43 (2/3): 195-215.

Casalino LP, Devers KJ, Brewster LR. Focused factories? Physician-owned specialty facilities. *Health Aff.* 2003; 22 (6): 56-67.

Cechin J. *A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação*. São Paulo: Saraiva; 2008.

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13 (3): 469-78.

Chandler AD. *Strategy and structure: chapters in the history of the American Industrial Enterprise*. Cambridge: MIT Press; 1962.

Chesbrough H. *Open business models: how to thrive in the new innovation landscape*. Boston: Harvard Business School Press; 2006.

Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 (8):1839-49.

Choo CW. Environmental scanning as information seeking and organizational learning. *Information Research*. 2001; 7 (1). Available from: <http://informationr.net/ir/7-1/paper112.html>.

Christensen, CM. Exploring the limits of the technology S-Curve. Part I: component technologies. *Prod Oper Manag*. 1992; 1 (4): 334-57.

Christensen CM. *The innovator's dilemma: when new technologies cause great firms to fail*. Boston: Harvard Business School Press; 1997.

Christensen CM, Anthony SD, Roth EA. *Seeing what's next: using the theories of innovation to predict industry change*. Boston: Harvard Business School Press; 2004.

Christensen CM, Bohmer R, Kenagy J. Will disruptive innovations cure health care? *Harvard Bus Rev*. 2000; 78 (5):102-11.

Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. *The innovator's prescription: a disruptive solution for health care*. New York: McGraw-Hill; 2009.

Christensen CM, Raynor M. *The innovator's solution: creating and sustaining successful growth*. Boston: Harvard Business School Press; 2003.

Clarkson M. A stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance. *Acad Manag Rev*. 1995; 20 (1): 92-117.

Cohn A, Elias PEM. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5ª. Edição. São Paulo: Cortez/CEDEC; 2003.

Collier J, Iheanacho I. The pharmaceutical industry as an informant. *Lancet*. 2002 Nov 2; 360 (9343): 1405-9.

Collier N, Fishwick F, Floyd S. Managerial involvement and perceptions of strategy process. *Long Range Plann.* 2004; 37 (1): 67-83.

Collins JC, Porras JI. *Built to last: successful habits of visionary companies.* New York: Random House Business Books; 1994.

Collins JC, Porras JI. Building your company's vision. *Harvard Bus Rev.* 1996; 74 (5): 65-77.

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. *Declaração de Alma-Ata.* Available from: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

Copeland T. The real-options approach to capital allocation. *Strat Finance.* 2001; 83 (4): 33-7.

Cross R, Parker A. *The hidden power of social networks: understanding how work really get done in organizations.* Boston: Harvard Business School Press; 2004.

Curtis LH; Schulman KA. Overregulation of health care: musings on disruptive innovation theory. *Law Contemp. Probl.* 2006 Aut; 69 (4):195-206.

Curtright JW, Stolp-Smith SC, Edell ES. Strategic performance management: development of a performance measurement system at the Mayo Clinic. *J Healthcare Manag.* 2000; 45 (1): 58-68.

Cutler DM, McClellan M. Is technological change in medicine worth it? *Health Aff.* 2001; 20 (5):11-29.

Cyert RM, March JG. *A behavioural theory of the firm.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1963.

Daake D, Anthony WP. Understanding stakeholder power and influence gaps in a health care organization: an empirical study. *Health Care Manag Rev.* 2000; 25 (3): 94-107.

Dahlgren G., Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health.* Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.

Dash P, Gowman N, Traynor M. Increasing the impact of health services research. *BMJ.* 2003; 327: 1339-41.

D'Aveni RA, Gunther R. *Hypercompetition: managing the dynamics of strategic maneuvering.* New York: Free Press; 1994.

D'Aveni RA. Mapping your competitive position. *Harvard Bus Rev.* 2007; 85 (11):110-20

Davenport TH. How to design smart business experiments. *Harvard Bus Rev.* 2009; 87 (2): 68-76.

Day GS, Schoemaker PJH *Peripheral vision: detecting weak signals that will make or break your company*. Boston: Harvard School Business Press; 2006.

DesRoches CM, Campbell EG, Rao SR, Donelan K, Ferris TG, Jha A, Kaushal R, Levy DE, Rosenbaum S, Shields AE, Blumenthal D. Electronic health records in ambulatory care — a national survey of physicians. *N Engl J Med.* 2008; 359 (1): 50-60.

De Wit B, Meyer R. *Strategy – process, content, context: an international perspective*. 4th. ed. Andover: Cengage Learning; 2010.

Donaldson G. A new tool for boards: the strategic audit. *Harvard Bus Rev.* 1995; 73 (4): 99-107.

Douglas TJ, Ryman JA. Understanding competitive advantage in the general hospital industry: evaluating strategic competencies. *Strat Manag J.* 2003; 24 (4): 333-47.

Edvinsson L, Malone MS. *Intellectual capital: realizing your company's true value by finding its hidden brainpower*. New York: Harper Business; 1997.

Eisenhardt KM. Building theories from case study research. *Acad Manag Rev.* 1989a; 14 (4): 532-50.

Eisenhardt KM. Making fast strategic decisions in high-velocity environments. *Acad Manag J.* 1989b; 32 (3): 543-76.

Eisenhardt KM, Martin J. Dynamic capabilities: what are they? *Strat Manag J.* 2000; 21 (10/11): 1105-21.

Emerson J, Wachowicz J, Chun S. *Social return on investment (SROI): exploring aspects of value creation*. Working knowledge. Boston: Harvard Business School; January 19, 2001. Available from: <http://hbswk.hbs.edu/archive/1957.html>.

Enz CA. *Hospitality strategic management: concepts and cases*. 2nd. ed. Hoboken: John Wiley and Sons; 2010.

Ferraz MB, Miranda IC, Padovan J, Soárez PC, Ciconelli R. Health care costs in the last four years of life for private health plan beneficiaries in Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2008; 24 (2):120–6.

Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care costs — lessons from regional variation. *N Engl J Med.* 2009; 360 (2): 849-52.

Fitzroy P, Hulbert JM. *Strategic management: creating value in turbulent times*. Hoboken: John Wiley and Sons; 2005.

Fleisher CS, Bensoussan BE. *Business and competitive analysis: effective application of new and classic methods*. Upper Saddle River: FT Press; 2007.

Foster R. *Innovation: the attacker's advantage*. New York: Summit Books; 1986.

Freeman RE, Reed DL. Stockholders and stakeholders: a new perspective on corporate governance. *California Manag Rev*. 1983; 25 (3): 88-106.

Freeman RE. *Strategic management: a stakeholder approach*. Boston: Pitman Publishing; 1984.

Fréry F. The fundamental dimensions of strategy. *Sloan Manag Rev*. 2006 Fall; 48 (1): 71-5.

Frooman J. Stakeholder influence strategies. *Acad Manag Rev*. 1999; 24 (2): 191-205.

Fukui T, Iwamoto Y. *Policy options for financing the future health and long-term care costs in Japan*. NBER Working paper 12427. Cambridge: National Bureau of Economic Research; August 2006. Available from: <http://www.nber.org/papers/w12427>.

Fuld LM. *The secret language of competitive intelligence: how to see through and stay ahead of business disruptions, distortions, rumors and smoke screens*. New York: Crown Business; 2006.

Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(2): 521-35.

Gadelha CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(N Esp):11-23.

Garvin DA, Edmondson AC, Gino F. Is yours a learning organization? *Harvard Bus Rev*. 2008; 86 (3): 109-16.

Ghemawat P, Rivkin JW. Criando vantagem competitiva. In: Ghemawat P. *A estratégia e o cenário dos negócios: texto e casos*. Porto Alegre: Bookman; 2000.

Gilad B. *Early warning: using competitive intelligence to anticipate market shifts, control risk, and create powerful strategies*. New York: Amacom; 2004.

- Glaser G., Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
- Gluck FW, Kaufman SP, Walleck AS. Strategic management for competitive advantage. *Harvard Bus Rev*. 1980; 58 (4): 154-61.
- Gluck FW, Kaufman SP, Walleck AS. The four phases of strategic management. *J Bus Strat*. 1982; 2 (3): 9-21.
- Goldsmith JC. The healthcare information technology sector. In: Burns LR, editor. *The business of health care innovation*. New York: Cambridge University Press; 2005. p. 322-47.
- Granovetter M. Economic action and social structure: the problem of embeddedness. *American J Sociol*. 1985; 91 (3): 481-510.
- Grant RM. Strategic planning in a turbulent environment: evidence from the oil majors. *Strat Manag J*. 2003; 24 (6): 491-517.
- Grant RM. *Contemporary strategy analysis*. 5th. ed. Cambridge: Blackwell Publishing; 2005.
- Grossman M. *The demand for health: a theoretical and empirical investigation*. New York: National Bureau of Economic Research; 1972.
- Guimarães RGM, Rego S. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10 (Sup): 7-17.
- Hall R. The strategic analysis of intangible resources. *Strat Manag J*. 1992; 13 (2): 135-44.
- Hambrick DC, Fredrickson JW. Are you sure you have a strategy? *Acad Manag Exec*. 2001; 15 (4): 48-59.
- Hamel G., Prahalad CK. Strategic intent. *Harvard Bus Rev*. 1989; 67 (3): 63-76.
- Hamel G., Prahalad CK. Strategy as stretch and leverage. *Harvard Bus Rev*. 1993; 71 (2): 75-84.
- Hannan MT, Freeman J. *Organizational ecology*. Boston: Harvard University Press; 1989.
- Hansen PB, Guimarães FM. Análise da implementação de estratégia em empresa hospitalar com uso de mapas cognitivos. *Rev Adm Empres*. 2009; 49 (4): 434-46.
- Hart S, Banbury C. How strategy-making process can make a difference. *Strat Manag J*. 1994; 15 (4): 251-69.

Hay JM, Boudet MJ, Fingerhut A, Poucher J, Hennet H, Habib E, Veyrieres M, Flamant Y. Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: the gold standard? A multicenter controlled trial in 1578 patients. *Ann. Surg.* 1995 (Dec); 222 (6): 719-27.

Helfat CE, Finkelstein S, Mitchel W, Peteraf MA, Singh H, Teece DJ, Winter S. *Dynamic capabilities: understanding strategic change in organizations*. Malden: Blackwell Publishing; 2007.

Helfat CE, Peteraf MA. The dynamic resource-based view: capability life cycles. *Strat Manag J.* 2003; 24 (10): 997-1010.

Herzlinger RE. *Market driven health care*. New York: Perseus Books; 1997.

Herzlinger RE. Let's put consumers in charge of healthcare. *Harvard Bus Rev.* 2002; 80 (7): 44-55.

Herzlinger RE, editor. *Consumer-driven health care: implications for providers, payers, and policy-makers*. Boston: Harvard Business School Publishing; 2004.

Herzlinger RE. Why innovation in health care is so hard. *Harvard Bus Rev.* 2006; 84 (5): 58-66.

Herzlinger RE. *Who killed health care? America's \$2 trillion medical problem – and the consumer-driven cure*. New York: McGraw-Hill; 2007.

Hillman AJ, Dalziel T. Boards of directors and firm performance: integrating agency and resource dependence perspectives. *Acad Manag Rev.* 2003; 28 (3): 383–96.

Hitt MA, Ireland RD. Corporate distinctive competence, strategy, industry and performance. *Strat Manag J.* 1985; 6 (3): 273-93.

Hitt MA, Ireland RD, Hoskisson RE. *Strategic management: competitiveness and globalization (concepts)*. 6th. ed. Mason: Thomson South-Western; 2005.

Hopkins WE, Hopkins SA, Mallette P. *Aligning organizational subcultures for competitive advantage: a strategic change approach*. New York: Basic Books; 2005.

Hoskisson RE, Hitt MA, Ireland RD, Harrison, JS. *Competing for advantage*. 2th. ed. Mason: Thomson South-Western; 2008.

Hrebiniak LG. *Making strategy work: leading effective execution and change*. Upper Saddle River: Wharton School Publishing; 2005.

Huckman RS. Are you having trouble keeping your operations focused? *Harvard Bus Rev.* 2009 Set; 87 (9): 91-5.

Ibrahim NA, Angelidis JP, Howard DP. Extent of director involvement in the strategic management process: does occupational background make a difference? *J Applied Bus Res.* 2007; 23 (1): 29-42.

Inamdar N, Kaplan RS, Bower M. Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *J Healthcare Manag.* 2002; 47 (3): 179-95.

Institute of Medicine. *Key capabilities of an electronic health record system*: letter report. Washington: National Academies Press; 2003.

Jarzabkowski P. *Strategy as practice*: an activity based approach. London: Sage; 2005.

Jarzabkowski P. Shaping strategy as a structuration process. *Acad Manag J.* 2008; 51 (4): 621-50.

Jarzabkowski P. Spee AP. Strategy-as-practice: a review and future directions for the field. *Int J Manag Rev.* 2009; 11 (1): 69-95.

Jaruzelski B, Dehoff K, Bordia R. Smart spenders: the global innovation 1000. *Strategy+business.* 2006 Winter; 45: 48-65. Available from: http://www.strategy-business.com/media/file/sb45_06405.pdf.

Jha AK, DesRoches CM, Campbell EG, Donelan K, Rao SR, Ferris TG, Shields A, Rosenbaum S, Blumenthal D. Use of electronic health records in U.S. hospitals. *N Engl J Med.* 2009; 360 (16): 1628-38.

Johnson G, Scholes K, Whittington R. *Exploring corporate strategy*: text and cases. 7th. ed. Harlow: Pearson; 2005.

Johnson G, Langlely A, Melin L, Whittington R. *Strategy as practice*: research directions and resources. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.

Johnson MW, Christensen CM, Kagermann H. Reinventing your business model. *Harvard Bus Rev.* 2008; 86 (12): 50-9.

Johnson MW. *Seizing the white space*: business model innovation for growth and renewal. Boston: Harvard Business Press; 2010.

Kaplan RS, Norton DP. The balanced scorecard - measures that drive performance. *Harvard Bus Rev.* 1992; 70 (1): 70-9.

Kaplan RS, Norton DP. Putting the balanced scorecard to work. *Harvard Bus Rev.* 1993; 71 (5): 134-9.

Kaplan RS, Norton DP. Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Bus Rev.* 1996a; 74 (1): 75-86.

Kaplan RS, Norton DP. *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School Press; 1996b.

Kaplan RS, Norton DP. Having trouble with your strategy? Then map it. *Harvard Bus Rev.* 2000; 78 (5): 167-76.

Kaplan RS, Norton DP. *The strategy focused-organization: how balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. Boston: Harvard Business School Press; 2001.

Kaplan RS, Norton DP. *Strategy maps: converting intangible assets into tangible outcomes*. Boston: Harvard Business School Press; 2004.

Kaplan RS, Norton DP. The office of strategy management. *Harvard Bus Rev.* 2005; 83 (10): 72-81.

Kaplan RS, Norton DP. *Alignment: using the balanced scorecard to create corporate synergies*. Boston: Harvard Business School Press; 2006.

Kaplan RS, Norton DP. *The execution premium: linking strategy to operations for competitive advantage*. Boston: Harvard Business Press; 2008.

Keehan S, Sisko A, Truffer C, Smith S, Cowan C, Poisal J, Clemens MK. Health spending projections through 2017: the baby-boom generation is coming to Medicare. *Health Aff.* 2008; 27 (2): 145-55.

Keele RL, Buckner K, Bushnell S. Identifying health care stakeholders: a key to strategic implementation. *Health Care Strat Manag.* 1987; 5 (9): 4-10.

Keen J. Case studies. In: Pope C, Mays N., editors. *Qualitative research in health care*. 3rd. ed. Malden: Blackwell Publishing; 2006. p. 112-120.

Kiechel III W. *The lords of strategy: the secret intellectual history of the new corporate world*. Boston: Harvard Business Press; 2010.

Kogut B. Country capabilities and the permeability of borders. *Strat Manag J.* 1991; 12 (S1): 33-47.

Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson, MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press; 1999.

Kotler P, Shalowitz J, Stevens RJ. *Strategic marketing for health care organizations: building a customer-driven health system*. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.

- Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Government of Canada; 1974.
- Laws M, Scott MK. The emergence of retail-based clinics in the United States: early observations. *Health Aff*. 2008; 27(5):1293–98.
- Leape LL, Berwick DM. Five years after to err is human: what have we learned? *JAMA*. 2005; 293 (19): 2384-90.
- Lee R, Dale B. Policy deployment: an examination of the theory. *Int J Quality Reliability Manag*. 1998; 15 (5): 520-40.
- Lee TH, Mongan JJ. *Chaos and organization in health care*. Cambridge: The MIT Press; 2009.
- Lerer L, Piper M. *Digital strategies in the pharmaceutical industry*. New York: Palgrave MacMillan; 2003.
- Lev B. *Intangibles: management, measurement and reporting*. Washington: Brookings; 2001.
- Lewin Group. *The value of diagnostics innovation, adoption and diffusion into health care*. Falls Church: Lewin Group; 2005.
- Levinsky NG, Yu W, Ash A, Moskowitz M, Gazelle G, Saynina O, Emanuel EJ. Influence of age on Medicare expenditures and medical care in the last year of life. *JAMA*. 2001; 286 (11): 1349-55.
- Lingane A, Olsen S. Guidelines for social return on investment. *California Manag Rev*. 2004 Spring; 46 (3): 116-35.
- Lomas J. Health services research. *BMJ*. 2003; 327:1301–2.
- Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare payments in the last year of life. *N Engl J Med*. 1993; 328 (15): 1092–6.
- Luehrman TA . Investment opportunities as real options: getting started on the numbers. *Harvard Bus Rev*. 1998a; 76 (4): 51-67.
- Luehrman TA . Strategy as a portfolio of real options. *Harvard Bus Rev*. 1998b; 76 (5): 89-99.
- Machado MH. Debatendo o ato médico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10 (Sup): 18-25.
- Macmillan H, Tampoe M. *Strategic management: process, content and implementation*. Oxford: Oxford University Press; 2000.

- Magretta J. Why business models matter. *Harvard Bus Rev.* 2002 May; 80 (5): 86-92.
- Mahajan V, Wind J. Market discontinuities and strategic planning: a research agenda. *Technol Forecast Soc Change.* 1989; 36 (August): 185-99.
- Makino S, Isobe T, Chan CM. Does country matter? *Strat Manag J.* 2004; 25 (10): 1027-43.
- Mandl KD, Kohane IS. Tectonic shifts in the health information economy. *N Engl J Med.* 2008; 358(16): 1732-7.
- Mandl KD, Kohane IS. No small change for the health information economy. *N Engl J Med.* 2009; 360 (13): 1278-81.
- Mankins MC, Steele R. Turning great strategy into great performance. *Harvard Bus Rev.* 2005; 83(7): 64-72.
- Markides CC. *Game-changing strategies: how to create new market space in established industries by breaking the rules.* San Francisco: Jon Wiley & Sons; 2008.
- Martin RL. The virtue matrix: calculating the return on corporate responsibility. *Harvard Bus Rev.* 2002; 80 (3): 68-75.
- McGahan AM, Porter ME. How much does industry matter, really? *Strat Manag J.* 1997; 18 (S1): 15-30.
- Mehrotra A, Wang MC, Lave JR, Adams JL, McGlynn EA. Retail clinics, primary care physicians, and emergency departments: a comparison of patients' visits. *Health Aff.* 2008; 27 (5); 1272-82.
- Meliones J. Saving money, saving lives. *Harvard Bus Rev.* 2000 Nov-Dec; 78 (6): 57-67.
- Meliones JN, Ballard R, Liekweg R, Burton W. No mission ⇔ no margin: it's that simple. *J Health Care Finance.* 2001; 27 (3): 21-9.
- Mellahi K, Sminia H. The frontiers of strategic management research. *Int J Manag Rev.* 2009; 11 (1): 1-7.
- Miller CC, Cardinal LB. Strategic planning and firm performance: a synthesis of more than two decades of research. *Acad Manag Rev.* 1994; 37 (6): 1649-65.
- Mintzberg H. The strategy concept I: five Ps for strategy. *California Manag Rev.* 1987; 30 (1): 11-24.

Mintzberg H. The design school: reconsidering the basic premises of strategic management. *Strat Manag J.* 1990; 11 (3): 171-95.

Mintzberg, H. *The rise and fall of strategic planning*. New York: Free Press; 1994.

Mintzberg, H. *Tracking strategies: towards a general theory*. Oxford: Oxford University Press; 2007.

Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel B. *Strategy safari: a guided tour through the wilds of strategic management*. New York: Free Press; 1998.

Mintzberg H, Lampel B, Quinn JB, Ghoshal S. *The strategy process: concepts, context, cases*. 4th. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2002.

Mintzberg H, Waters JA. Of strategies, deliberate and emergent. *Strat Manag J.* 1985; 6 (3): 257-72.

Molinari C, Morlock L, Alexander JA, Lyles CA. Hospital board effectiveness: relationships between governing board composition and hospital financial viability. *Health Serv Res.* 1993; 28 (3): 357-77.

Morgan M, Levitt RE, Malek WA. *Executing your strategy: how to break it down and get it done*. Boston: Harvard Business School Press; 2007.

Navissi F, Naiker V. Institutional ownership and corporate value. *Manag Finance.* 2006; 32 (3): 247-56.

Needleman J, Chollet DJ, Lamphere JA. Hospital conversion trends. *Health Aff.* 1997; 16 (2): 187-95.

Neely A, Gregory MJ, Platts KW. Performance measurement system design: a literature review and research agenda. *Int J Oper Prod Manag.* 1995; 15 (4): 80-116.

Neilson GL, Martin KL, Powers E. **The secrets to successful strategy execution.** *Harvard Bus Rev.* 2008; 86 (6): 60-70.

Nonaka I, Takeuchi H. *The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford: Oxford University Press; 1995.

Novaes HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20 (2): 147-73.

Ocasio W, Joseph J. Rise and fall – or transformation? The evolution of strategic planning at the General Electric Company, 1940-2006. *Long Range Plann.* 2008; 41: 248-72.

Osterwalder A. *The business model ontology: a proposition in a design science approach* [these]. Lausanne: Ecole des Hautes Etudes Commerciales, Université de Lausanne; 2004.

Pedroso MC. *Um estudo sobre o desenvolvimento das competências em gestão da cadeia de suprimentos* [tese]. São Paulo: Escola Politécnica, Universidade de São Paulo; 2002.

Pedroso MC. Gestão holística. *GV-executivo.* 2007; 6 (5): 42-8.

Pedroso MC, Zwicker R. Sustentabilidade na cadeia reversa de suprimentos: um estudo de caso do projeto Plasma. *R Adm.* 2007; 42 (4): 414-30.

Pedroso MC, Zwicker R. Gestão da informação de produtos: base para os relacionamentos na cadeia de suprimentos. *R Gest Tecn Sist Inf.* 2008; 5 (1): 109-34.

Pedroso MC, Franco RF, Terra JC. Transformando intangíveis em valor real aos clientes. *Harvard Bus Rev. Brasil.* 2008 Ago; 86 (8): 58-66.

Pedroso MC, Nakano D. Knowledge and information flows in supply chains: a study on pharmaceutical companies. *Int. J. Production Economics.* 2009 Nov; 122 (1): 376-84.

Penrose E. *The theory of the growth of the firm.* Oxford: Blackwell; 1959.

Peteraf MA, Barney JB. Unraveling the resource-based triangle. *Manag Dec Econ.* 2003; 24 (4): 309-23.

Pettigrew A. *The awakening giant: continuity and change at ICI.* Oxford: Basil Blackwell; 1985.

Pettigrew A, Whipp R. *Managing change for competitive success.* Malden: Blackwell Publishing; 1991.

Pfeffer J. Size, composition, and function of hospital boards of directors: a study of organization-environment linkage. *Adm Sci Q.* 1973; 18 (3): 349-64.

Pinchot III, G. *Intrapreneuring: why you don't have to leave the corporation to become an entrepreneur.* New York: Harper & Row; 1985.

Pink GH, McKillop I, Schraa EG, Prevra C, Montgomery C, Baker GR. Creating a balanced scorecard for a hospital system. *J Health Care Finance.* 2001; 27 (3): 1-20.

Pisano GP. *Science business: the promise, the reality and the future of biotech*. Boston: Harvard Business School Press; 2006a.

Pisano GP. Can science be a business? Lessons from biotech. *Harvard Bus Rev*. 2006b; 84(10):114-24.

Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001; 323: 625-28.

Pope C, Mays N. Qualitative methods in health research. In: Pope C, Mays N., editors. *Qualitative research in health care*. 3rd. ed. Malden: Blackwell Publishing; 2006. p. 1-11.

Porter ME. How competitive forces shape strategy. *Harvard Bus Rev*. 1979; 57 (2): 137-45.

Porter ME. *Competitive strategy: techniques for analyzing industries and competitors*. New York: Free Press; 1980.

Porter ME. *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance*. New York: Free Press; 1985.

Porter ME. *The competitive advantage of nations*. New York: Free Press; 1990.

Porter ME. What is strategy? *Harvard Bus Rev*. 1996; 74 (6): 61-78.

Porter ME. Strategy and the Internet. *Harvard Bus Rev*. 2001; 79 (3): 62-78.

Porter ME. The five competitive forces that shape strategy. *Harvard Bus Rev*. 2008a; 86 (1): 78-93.

Porter ME. Value-based health care delivery. *Ann Surgery*. 2008b; 248(4), 503-9.

Porter ME. A strategy for health care reform — toward a value-based system. *N Engl J Med*. 2009; 361 (2); 109-12.

Porter ME, Kramer MR. The competitive advantage of corporate philanthropy. *Harvard Bus Rev*. 2002; 80 (12): 56-68.

Porter ME, Kramer MR. Strategy and society: the link between competitive advantage and corporate social responsibility. *Harvard Bus Rev*. 2006; 84 (12): 78-92.

Porter ME, Teisberg EO. Redefining competition in health care. *Harvard Bus Rev*. 2004; 82 (6): 65-76.

Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press; 2006.

Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. *JAMA*. 2007; 297 (10): 1103-11.

Pound J. The promise of the governed corporation. *Harvard Bus Rev*. 1995; 73 (2): 89-98.

Prahalad CK, Hamel G. The core competence of the corporation. *Harvard Bus Rev*. 1990; 68 (3): 79-91.

Queiroz AC, Stal E, Malik AM. Panorama brasileiro: Hospital Israelita Albert Einstein. In: Barney JB, Hesterly WS. *Administração estratégica e vantagem competitiva*. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2008. p. 96-7.

Quinn JB. Strategic change: logical incrementalism. *Sloan Manag Rev*. 1978; 20 (1): 7-21.

Quinn JB. *Strategies for change: logical incrementalism*. Homewood: Irwin; 1980.

Rede Interagencial de Informações para Saúde. *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.

Regner P. Strategy creation in the periphery: inductive versus deductive strategy making. *J Manag Studies*. 2003; 40 (1): 57-82.

Reichheld F. The one number you need to grow. *Harvard Bus Rev*. 2003; 81 (12): 46-54.

Reichheld F. *The ultimate question: driving good profits and true growth*. Boston: Harvard Business School Press; 2006.

Reiter KL, Sandoval GA, Brown AD, Pink GH. CEO compensation and hospital financial performance. *Med Care Res Rev*. 2009; 66 (6): 725-38.

Relman AS. *A second opinion: rescuing America's health care*. New York: PublicAffairs; 2007.

Robinson JC. Capital finance and ownership conversions in health care. *Health Aff*. 2000; 19 (1): 56-71.

Robinson JC. Managed consumerism in health care. *Health Aff*. 2005; 24 (6): 1478-89.

Rosenthal MB. What works in market-oriented health policy? *N. Engl. J. Med.* 2009; 360 (21): 2157-60.

Rumelt RP. How much does industry matter? *Strat Manag J.* 1991; 12 (3): 167–86.

Rumelt RP. *What in the world is competitive advantage?* Policy working paper 2003-105. Los Angeles: UCLA Anderson School of Management; August 5, 2003. Available from: www.anderson.ucla.edu/faculty/dick.rumelt/Docs/Papers/WhatisCA_03.pdf

Saloner G, Shepard A, Podolny J. *Strategic management*. New York: John Wiley and Sons; 2001.

Shein EH. *Organizational culture and leadership*. 2nd. ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.

Schneller ES, Smeltzer LR. *Strategic management of the health care supply chain*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006.

Schramme T. Lennart Nordenfelt's theory of health: introduction to the theme. *Med Health Care Philos.* 2007; 10 (1): 3-4.

Sehmalensee R. Do markets differ much? *Am Econ Rev.* 1985; 75 (3): 341-51.

Sher G. How to wield influence and stay informed. In: Kaplan RS, Norton DP. The office of strategy management. *Harvard Bus Rev.* 2005 Oct; 83 (10): 72-81. p. 76.

Shuchman M. Commercializing clinical trials — risks and benefits of the CRO boom. *N Engl J Med.* 2007; 357 (14): 1365-68.

Singh SN, Wachter RM. Perspectives on medical outsourcing and telemedicine — rough edges in a flat world? *N Engl J Med.* 2008; 358 (15): 1622-7.

Skinner W. The focused factory. *Harvard Bus Rev.* 1974; 52 (3): 113–21.

Slack N, Chambers S, Johnston R. *Administração da produção*. 2^a. ed. São Paulo: Atlas; 2002.

Slack N, Lewis M. *Operations strategy*. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2003.

Slack N, Chambers S, Johnston R, Betts A. *Operations and process management: principles and practice for strategic impact*. Harlow: Pearson; 2006.

Sloan AP. *My years with General Motors*. London: Sedgewick & Jackson; 1963.

Slywotzky AJ. *Value migration*: how to think several moves ahead of competition. Boston: Harvard Business School Press; 1996.

Slywotzky AJ, Morrison DJ. *The profit zone*: how strategic business design will lead you to tomorrow's profits. New York: Crown Business; 1997.

Sminia H. Process research in strategy formation: theory, methodology and relevance. *Int J Manag Rev*. 2009; 11 (1): 97-125.

Spear BB, Heath-Chiozzi M, Huff J. Clinical application of pharmacogenetics. *Trends Mol Med*. 2001; 7 (5): 201-4.

Sofaer S. Qualitative methods: what are they and why use them? *Health Serv Res*. 1999; 34 (5 Part II): 1101-18.

Sofaer S. Qualitative research methods. *Int J Qual Health Care*. 2002; 14 (4): 329-36.

Steinbrook R. The age of teleradiology. *N Engl J Med*. 2007; 357 (1); 5-7.

Swayne LE, Duncan WJ, Ginter PM. *Strategic management of health care organizations*. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.

Teboul J. *Service is front stage*: positioning services for value advantage. New York: Palgrave Macmillan; 2006.

Teece DJ, Pisano G, Shuen A. Dynamic capabilities and strategic management. *Strat Manag J*. 1997; 18 (7): 509-33.

Teece DJ. *Dynamic capabilities and strategic management*: organizing for innovation and growth. Oxford: Oxford University Press; 2009.

Teece DJ. Business models, business strategy and innovation. *Long Range Plann*. 2010; 43 (2/3): 172-94.

Terwiesch C, Ulrich KT. *Innovation tournaments*: creating and selecting exceptional opportunities. Boston: Harvard Business Press; 2009.

Tong TW, Alessandri TM, Reuer JJ, Chintakananda A. How much does country matter? An analysis of firms' growth options. *J Int Bus Studies*. 2008; 39, 387-405.

Treacy M, Wiersema F. *The discipline of market leaders*: choose your customers, narrow your focus, dominate your market. New York: Basic Books; 1995.

Trigeorgis L. *Real options: managerial flexibility and strategy in resource allocation*. Cambridge: The MIT Press; 1996.

Tucker AL, Edmondson AC. Why hospitals don't learn from failures: organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Manag Rev*. 2003; 45 (2): 55-72.

Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12 (4): 825-39.

Velde MVD, Jansen P, Anderson N. *Guide to management research methods*. Malden: Blackwell Publishing; 2004.

Viguerie P, Smit S, Baghai M. *The granularity of growth: how to identify the sources of growth and drive enduring company performance*. Hoboken: John Wiley and Sons; 2008.

Vilà J, Canales JI. Can strategic planning make strategy more relevant and build commitment over time? The case of RACC. *Long Range Plann*. 2008; 41 (3): 273-90.

Yap C, Siu E, Baker GR, Brown AD. A comparison of systemwide and hospital-specific performance measurement tools. *J Healthcare Manag*. 2005 Jul-Aug; 50 (4): 251-62.

Yin RK. Enhancing the quality of case studies in health services research. *Health Serv Res*. 1999; 34 (5 Part II): 1209-24.

Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Yip GS. Who needs strategic planning? *J Bus Strat*. 1985; 6 (2): 30-42.

Yoffie DB, Kwak M. With friends like these: the art of managing complementors. *Harvard Bus Rev*. 2006; 84 (9): 88-103.

Young G, Beekun RI, Ginn GO. Governing board structure, business strategy, and performance of acute care hospitals: a contingency perspective. *Health Serv Res*. 1992; 27(4): 543-64.

Weick KE. *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage; 1995.

Weick KE, Sutcliffe KM, Obstfeld D. Organizing and the process of sensemaking. *Organiz Sci*. 2005; 16 (4): 409-21.

Wernerfelt B. A resource-based view of the firm. *Strat Manag J*. 1984; 5 (2): 171-80.

Wennberg JE. Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centres. *BMJ*. 2002 Oct; 325: 961-4.

Westbrook R. Action research: a new paradigm for research in production and operations management. *Int J Oper Prod Manag*. 1995; 15 (12): 6-20.

Wheelen T, Hunger J. *Strategic management and business policy*. 9th ed. Upper Saddle River: Pearson; 2004.

Whitley R. *Divergent capitalisms: the social structuring and change of business systems*. Oxford: Oxford University Press; 1999.

Whittington R. Strategy as practice. *Long Range Plann*. 1996; 29: 731-35.

Whittington R. *What is strategy and does it matter?* 2nd. ed. London: Thomson Learning; 2000.

Winter SG. Understanding dynamic capabilities. *Strat Manag J*. 2003; 24 (10): 991-5.

World Health Organization. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: WHO; 2000.

World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Basic documents. Forty-fifth edition, supplement. Geneva: WHO; 2006.

World Health Organization. *World health statistics 2009*. Geneva: WHO; 2009.

Zelman WN, Pink GH, Matthias CB. Use of the balanced scorecard in health care. *J Health Care Finance*. 2003; 29 (4): 1-16.

Zikmund WG. *Business research methods*. 7th ed. Mason: Thomson South-Western; 2003.

Zook C. *Unstoppable: finding hidden assets to renew the core and fuel profitable growth*. Boston: Harvard Business School Press; 2007.

Zucchi P, Del Nero C, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saude soc*. [online]. 2000; 9 (1-2): 127-50.