



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS**  
**CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO**

**LUCIANA FALUBA DAMÁZIO**

**FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO DA ESTRATÉGIA**  
**PARA DESEMPENHO SUPERIOR EM HOSPITAIS PRIVADOS**

**Belo Horizonte**

**2011**

**LUCIANA FALUBA DAMÁZIO**

**FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO DA ESTRATÉGIA PARA DESEMPENHO  
SUPERIOR EM HOSPITAIS PRIVADOS**

Tese apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Administração.

Área de concentração: Mercadologia e Administração Estratégica

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Gonçalves

**Belo Horizonte**

**2011**

D155f  
2011

Damázio, Luciana Faluba, 1972-  
Fatores críticos de sucesso da estratégia para desempenho  
superior em hospitais privados / Luciana Faluba Damázio. - 2011  
144 f. : il., enc.

Orientador: Carlos Alberto Gonçalves

Tese (doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de  
Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.

1.Hospitais - Administração - Teses 2.Planejamento estratégico -  
Teses 3.Administração - Teses I.Gonçalves, Carlos Alberto  
II.Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e  
Pesquisas em Administração III.Título

CDD: 658.9161



**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Faculdade de Ciências Econômicas**  
**Departamento de Ciências Administrativas**  
**Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração**

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **LUCIANA FALUBA DAMÁZIO**, REGISTRO N° 68/2011. No dia 25 de abril de 2011, às 14:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 05 de abril de 2011, para julgar o trabalho final intitulado "**Fatores Críticos de Sucesso da Estratégia para Desempenho Superior em Hospitais Privados**", requisito para a obtenção do **Grau de Doutor em Administração**, linha de pesquisa: **Mercadologia e Administração Estratégica**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Carlos Alberto Gonçalves, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a argüição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO;

( ) APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

( ) REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 25 de abril de 2011.

NOMES

ASSINATURAS

Prof. Dr. Carlos Alberto Gonçalves  
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Francisco Vidal Barbosa  
(CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Everton Soeiro  
(Pontifícia Universidade Católica/ Campinas-SP)

Prof. Dr. Josiano Gomes Chaves  
(Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais)

Prof. Dr. José Edson Lara  
(Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo/MG)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Para meus filhos, Débora, Gabriela e Eduardo,  
fonte infinita de inspiração e força para seguir em frente.**

## AGRADECIMENTOS

Esses agradecimentos não constituem mera formalidade, mas um verdadeiro reconhecimento ao apoio e à solidariedade das pessoas que tornaram possível a realização deste trabalho.

Inicialmente, ao Prof. Dr. Carlos Alberto Gonçalves, orientador deste trabalho, por ter aceitado o desafio de ajudar construí-lo e pelas contribuições iluminadoras ao longo de todo o percurso.

À ANAHP, que acompanhou o desenvolvimento da pesquisa nos hospitais associados, especialmente ao Dr. Henrique Salvador, pela oportunidade; ao Conselho Deliberativo, pela confiança; e ao Dr. Daniel Coudry e a Ângela Lopes, pelo apoio.

Aos diretores de hospitais – Dr. Gonzalo Vecina Neto, Dr. Sérgio Lopes Bento, Dr. Marco Antônio Zaccarelli, Dr. Walter Amauchi, Dr. Henrique Sutton Neves, Dr. Cláudio Seferin, Dr. João Polanczyk, Dr. Manoel Ricardo Navarro Borges e Dr. Nilton Lorandi –, por terem me recebido pessoalmente e dedicado parte de seu precioso tempo para conversar sobre gestão estratégica.

A todos os gestores dos hospitais associados à ANAHP que responderam à nossa pesquisa quantitativa, contribuindo com informações importantes sobre o seu processo de trabalho.

Ao professor Dr. Everton Soeiro, pelas contribuições na defesa do projeto, no ajuste do instrumento de pesquisa e por ter aceitado participar da comissão examinadora deste trabalho.

Ao professor Dr. Josiano Gomes Chaves, pelas contribuições na defesa do projeto e por ter aceitado participar da comissão examinadora deste trabalho.

Aos professores Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa e Dr. Márcio Augusto Gonçalves, pelas contribuições na defesa do projeto deste trabalho.

Aos professores Dr. José Edson Lara e Dr. Francisco Vidal por terem aceitado participar da comissão examinadora deste trabalho.

Aos médicos, professores e gestores Dr. Giovanni Aciole, Dr. José Maurício Oliveira e Dr. Gilson Caleman, pelas contribuições no ajuste do instrumento de pesquisa.

Aos professores e colegas do CEPEAD, pelos momentos de aprendizagem ao longo das disciplinas deste curso de doutorado em Administração.

À Coordenação e aos funcionários do CEPEAD, pela presteza no atendimento e atenção às demandas.

Aos colegas e amigos Marcos Paulo Valadares de Oliveira, pelo apoio e paciência no desenvolvimento das análises quantitativas; Alexandre Teixeira Dias, pelas sugestões sobre o PLS; e Euler Alves Brandão, pelo compartilhamento de informações importantes para a finalização do trabalho.

À minha mãe, Marilúcia, pelo apoio incondicional, pela força nos momentos difíceis e pela torcida.

Ao meu marido, Elton, pela disposição em encarar esse desafio junto comigo, pela compreensão e atenção dedicada a nossos filhos nas minhas ausências, pela paciência nas conversas sobre os rumos deste trabalho, e, principalmente, pelo amor e carinho demonstrados ao longo de toda essa jornada.

**“If I have seen far, it is because I have stood on the shoulders of giants.”  
Isaac Newton**



## RESUMO

O setor de saúde tem sido foco de atenção nos últimos tempos, especialmente em função do seu crescimento e desenvolvimento tecnológico. No modelo atual de atenção à saúde, os Hospitais Gerais se posicionam como os principais prestadores de serviços, funcionando como o centro do sistema de saúde. A complexidade da estrutura hospitalar na atualidade inclui diversas especialidades médicas, elevado desenvolvimento tecnológico, novas formas de cuidado do paciente e mudanças no ambiente externo dessas instituições, que requerem o exercício da gestão estratégica visando a sobrevivência e sustentabilidade dos hospitais. Compreender por que algumas escolhas estratégicas produzem melhores resultados do que outras é uma questão central de pesquisa no campo da gestão estratégica, especialmente no universo das organizações privadas imersas na lógica de geração de receita para assegurar a sobrevivência do negócio. O objetivo principal deste trabalho foi identificar quais condutas estratégicas adotadas pelos dirigentes, considerando conteúdo e processo, que explicam significativamente o desempenho superior. Para isso foi feito um levantamento qualitativo, tomando-se como campo de estudo os hospitais associados à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), que são instituições privadas de desempenho reconhecidamente superior, procurando identificar os fatores críticos de sucesso, ou seja as práticas de gestão estratégica que exercem maior influência no desempenho superior. Tomando o mesmo campo de estudo, foi feito também um levantamento quantitativo, procurando identificar práticas de gestão estratégica mais relacionadas ao desempenho superior. Os resultados apurados nos dois levantamentos foram convergentes e apontam para uma valorização de aspectos intangíveis, especialmente das práticas associadas ao conteúdo da estratégia.

Palavras-chave: Estratégias corporativas, fatores críticos de sucesso, gestão estratégica em hospitais

## **ABSTRACT**

The health sector has been the focus of attention for the past decades, especially in terms of its growth and technological development. In the current healthcare model, the General Hospitals achieved a distinguished position as leading service providers, acting as the health system core. The complexity of the hospital infrastructure in current days includes several medical specialties, high technological development, new forms of patient care and changes in the external environment of such institutions, that require the exercise of strategic management aiming to assure the survival and sustainability of the hospitals. The understanding of why some strategic choices produce better results than others is a central research issue in the field of strategic management, particularly in the universe of private organizations immersed in the logic of revenue generation to ensure business survival. The main objective of this study was to identify which strategic conducts adopted by leaders, considering both content and process, that would explain a significantly superior performance. Thus, a qualitative research was conducted by taking as field of study hospitals associated to Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), that are private institutions that are acknowledged superior performance, aiming to identify the critical success factors, i.e. the strategic management practices that have more influence on superior performance. Taking the same field of study, a quantitative survey was also conducted to identify practices related to performance. The results obtained by those two methodological steps were convergent and pointed out to a valuation of intangible aspects, especially those resulting from practices associated with the content of the strategy.

**Key-words:** Corporate strategy, critical success factors, hospital strategic management

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

FIGURA 1 - Acesso aos prestadores de serviços de saúde via mecanismos de financiamento.....	16
FIGURA 2 - Organização teórica do trabalho.....	26
FIGURA 3 - Quatro paradigmas para análise da teoria social .....	28
FIGURA 4 - Esquema analítico do paradigma Estrutura–Conduta–Desempenho.....	33
FIGURA 5 - As cinco forças do modelo de análise setorial, de Michael Porter.....	37
FIGURA 6 - Processo genérico de planejamento estratégico .....	38
FIGURA 7 - Matriz crescimento <i>versus</i> participação .....	41
FIGURA 8 - Ciclo adaptativo .....	47
FIGURA 9 - Perspectivas genéricas sobre estratégia.....	52
FIGURA 10 - Relação de causa e efeito das quatro perspectivas de indicadores do BSC .....	58
FIGURA 11 - Modelo teórico com hipóteses .....	72
FIGURA 12 - Modelo de equações estruturais com PLS .....	150
FIGURA 13 - Relações estatisticamente significantes.....	152
FIGURA 14 - Comparação dos FCS com a análise PLS .....	163

### GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Média da margem EBITDA dos hospitais associados à ANAHP .....	76
GRÁFICO 2 - Atividades de ensino e pesquisa <i>versus</i> filantropia .....	132
GRÁFICO 3 - Acreditação hospitalar.....	133
GRÁFICO 4 - Especialidade forte no hospital.....	134
GRÁFICO 5 - Relação idade <i>versus</i> formação principal .....	137

### QUADROS

QUADRO 1 - Estratégias genéricas de Michael Porter .....	45
QUADRO 2 - Tipologia de Treacy e Wierseman .....	46
QUADRO 3 - Dimensões do ciclo adaptativo e características dos tipos estratégicos .....	49
QUADRO 4 - Comparação entre as tipologias de Porter, Treacy e Wiersema, Miles e Snow.....	50
QUADRO 5 - Hipóteses e teorias relacionadas .....	71
QUADRO 6 - Síntese do percurso metodológico .....	77
QUADRO 7 - Operacionalização dos construtos referentes a conteúdo.....	85
QUADRO 8 - Operacionalização dos construtos referentes a processo .....	85
QUADRO 9 - Operacionalização dos construtos referentes a desempenho .....	86
QUADRO 10 - Entrevista com o diretor-executivo da ANAHP – EIXO 1 .....	91
QUADRO 11 - Entrevista com o diretor-executivo da ANAHP – EIXO 2 .....	93

QUADRO 12 - Entrevista com o diretores-executivos da ANAHP – EIXO 1 .....	96
QUADRO 13 - Entrevista com os diretores-executivos da ANAHP – EIXO 2 .....	105
QUADRO 14 - Entrevista com os diretores-executivos da ANAHP – EIXO 3 .....	109
QUADRO 15 - Equivalência semântica respondente 1 .....	110
QUADRO 16 - Equivalência semântica respondente 2 .....	110
QUADRO 17 - Equivalência semântica respondente 3 .....	111
QUADRO 18 - Equivalência semântica respondente 4 .....	111
QUADRO 19 - Equivalência semântica respondente 5 .....	111
QUADRO 20 - Equivalência semântica respondente 6 .....	112
QUADRO 21 - Equivalência semântica respondente 7 .....	113
QUADRO 22 - Equivalência semântica respondente 8 .....	113
QUADRO 23 - Equivalência semântica respondente 9 .....	114
QUADRO 24 - Equivalência semântica respondente 10 .....	115
QUADRO 25 - Síntese dos fatores críticos de sucesso .....	126
QUADRO 26 - Síntese dos fatores críticos de sucesso validados.....	128
QUADRO 27 - Análise das hipóteses .....	165

## LISTA DE TABELAS

1 - Grau de cobertura da população brasileira (%) – 2008.....	17
2 - Número de Hospitais Gerais no Brasil.....	18
3 - Número de creditações em instituições hospitalares (abril 2010).....	74
4 - Evolução da receita global dos hospitais da ANAHP.....	75
5 - Contatos fornecidos pelo hospital.....	82
6 - Amostra da pesquisa quantitativa.....	83
7 - Questionários válidos.....	87
8 - Resultado das entrevistas para o processo de formulação de estratégias.....	107
9 - Análise de conteúdo dos Fatores Críticos de Sucesso.....	116
10 - Fatores críticos de sucesso ajustados.....	118
11 - Região do hospital.....	129
12 - Região dos hospitais associados à ANAHP.....	130
13 - Localização do hospital.....	130
14 - Hospitais Filantrópicos.....	131
15 - Número de leitos.....	131
16 - Atividades de ensino e pesquisa.....	132
17 - Área do hospital.....	135
18 - Cargo.....	135
19 - Formação principal.....	136
20 - Formação em gestão.....	136
21 - Idade.....	137
22 - Sexo.....	138
23 - Relação com o mercado.....	139
24 - Processos internos.....	140
25 - Modelo de gestão.....	141
26 - Médias dos construtos.....	142
27 - Grau de intencionalidade.....	143
28 - Grau de formalismo.....	143
29 - Grau de racionalidade.....	144
30 - Grau de individualismo.....	144
31 - Médias dos aspectos relativos a processo.....	145
32 - Desempenho organizacional.....	146
33 - Indicadores de qualidade.....	148
34 - Coeficientes de caminhos.....	151
35 - Efeitos totais.....	151

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	26
2.1 Posicionamento epistemológico do estudo (metateoria) .....	27
2.2 Sobre estratégia organizacional.....	31
2.2.1 Condutas estratégicas e relação com o mercado .....	31
2.2.2 Condutas estratégicas e o exame da organização interna.....	42
2.2.3 Dois lados da mesma moeda: conteúdo e processo.....	44
2.2.3.1 Conteúdo .....	44
2.2.3.2 Processo.....	51
2.2.4 Desempenho.....	56
2.2.5 Fatores críticos de sucesso para desempenho superior.....	59
2.3 Estratégia no contexto dos hospitais .....	61
2.3.1 O hospital como campo de estudo.....	61
2.3.2 Gestão estratégica em hospitais.....	64
2.4 Modelo teórico e hipóteses.....	68
3 METODOLOGIA .....	73
3.1 Tipo de pesquisa.....	73
3.2 Projeto de campo.....	77
3.2.1 Abordagem qualitativa .....	77
3.2.1.1 Entrevista qualitativa – Diretoria da ANAHP .....	78
3.2.1.2 Entrevistas qualitativas – Diretores dos hospitais associados à ANAHP.....	78
3.2.1.3 Grupo de foco.....	80
3.2.2 Abordagem quantitativa – Survey .....	81
3.2.2.1 Caracterização da amostra quantitativa.....	81
3.2.2.2 Processo da pesquisa quantitativa .....	83
3.2.2.2.1 Concepção do questionário .....	83
3.2.2.2.2 Estrutura do questionário .....	84
3.2.2.2.3 Pré-teste do questionário .....	86
3.2.2.2.4 Procedimentos de campo.....	86
3.3 Projeto de análise dos dados.....	87
3.3.1 Projeto de análise dos dados qualitativos .....	88
3.3.1.1 Entrevistas qualitativas.....	88
3.3.1.2 Grupo de foco.....	89
3.3.2 Projeto de análise dos dados quantitativos .....	89
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	90

4.1 Análise dos dados qualitativos .....	90
4.1.1 Entrevista com o diretor-executivo da ANAHP.....	90
4.1.1.1 Ambiente do setor de saúde.....	91
4.1.1.2 Desempenho dos hospitais associados à ANAHP .....	93
4.1.2 Entrevista com os diretores dos hospitais associados à ANAHP .....	95
4.1.2.1 Percepção do ambiente de negócio e do desempenho do hospital .....	96
4.1.2.2 Processo de formulação da estratégia.....	105
4.1.2.3 Fatores críticos de sucesso para desempenho superior.....	108
4.1.2.3.1 Identificação dos fatores críticos de sucesso para desempenho superior .....	109
4.1.2.3.2 Busca de causação dos fatores críticos de sucesso para desempenho superior ....	119
4.1.3 Grupo de foco.....	126
4.2 Análise dos dados quantitativos – Survey .....	129
4.2.1 Estatísticas descritivas.....	129
4.2.1.1 Perfil dos hospitais .....	129
4.2.1.2 Perfil dos respondentes.....	135
4.2.1.3 Aspectos relacionados ao conteúdo da estratégia.....	138
4.2.1.4 Aspectos relacionados ao processo da estratégia .....	142
4.2.1.5 Aspectos relacionados ao desempenho organizacional.....	145
4.2.2 Modelagem de equações estruturais.....	147
4.3 Comparação dos resultados .....	154
4.3.1 Sobre o conteúdo da estratégia.....	155
4.3.2 Sobre o processo da estratégia .....	160
4.3.3 Sobre o desempenho.....	161
4.3.4 Comparação dos fatores críticos de sucesso com a análise PLS .....	162
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	166
REFERÊNCIAS .....	174
APÊNDICES.....	181
ANEXOS.....	193

## 1 INTRODUÇÃO

O setor de saúde tem sido foco de atenção nos últimos tempos, em função do seu crescimento e desenvolvimento tecnológico. Além disso, desempenha papel estratégico na sociedade, na medida em que atua na manutenção do equilíbrio social, zelando pelo cuidado do bem-estar e pela sobrevivência das pessoas. Trata-se de um setor complexo, que exige níveis elevados de capacitação, lida com tecnologia de ponta e envolve diversas instituições com interesses distintos.

O sistema de saúde vigente na grande maioria dos países não atende às demandas de saúde de suas populações. Os elevados gastos com assistência em saúde nem sempre resultam em melhores indicadores de saúde. O sistema de saúde dos EUA, por exemplo, financiado pela iniciativa privada, em sua maior parte, combina altos custos com qualidade insatisfatória e acesso limitado, gerando frustração em todos os participantes (PORTER, 2007). Mesmo sistemas de saúde estatizados, como o do Canadá e o da Inglaterra, que parecem eficientes em disponibilizar serviços médicos à população, possuem problemas. No Canadá, em relação ao acesso e na Inglaterra, ao incremento dos custos de serviços de saúde (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009). Exatamente por isso configura-se como um grande desafio para a humanidade equilibrar a oferta de serviços de saúde com as necessidades crescentes da população, em um cenário de recursos cada vez mais escassos.

No Brasil não é diferente, apesar de a Constituição Federal reconhecer a saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado, o que se verifica na prática é uma demanda maior do que a oferta de serviços de saúde na rede pública, representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em que esses serviços são fornecidos gratuitamente (KOPF; RIGHI; BOHRER, 2002).

Em função dos problemas enfrentados pela rede pública, especialmente aqueles relacionados à sua saturação, isto é, o desequilíbrio entre oferta e demanda, a lacuna no atendimento das demandas do mercado é preenchida pela saúde suplementar<sup>1</sup>, que consiste na participação da iniciativa privada no sistema de saúde brasileiro. A iniciativa privada participa do sistema de

---

<sup>1</sup> O setor de Saúde Suplementar reúne empresas operadoras de planos de saúde e uma rede prestadora de serviços de saúde que atende os consumidores de planos privados de assistência à saúde. ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br))



saúde brasileiro, principalmente, por intermédio das operadoras de planos de assistência à saúde, que financiam os tratamentos, diante de seu alto custo. Enquadram-se também na saúde suplementar os tratamentos financiados com recursos próprios.

No que diz respeito a seus mecanismos de financiamento, o sistema de saúde no Brasil pode ser dividido entre público e privado – ou seja, SUS e saúde suplementar, respectivamente. Em termos de população coberta, tomando a região Sudeste do País como referência, por sua densidade populacional, verifica-se que, em média, 70% utilizam o SUS e 30% a saúde suplementar (MALIK; TELES, 2001).

Os mecanismos de financiamento do sistema de saúde constituem atores importantes, uma vez que viabilizam o acesso dos usuários (população) aos prestadores de serviços de saúde. Os prestadores de serviços de saúde são: hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais de saúde.

Normalmente, a opção do usuário pelo acesso aos prestadores de serviços de saúde (via SUS ou via saúde suplementar) se dá em função do nível de renda. Pessoas com nível de renda mais alto, em sua grande maioria, optam pela saúde suplementar, para não ter que enfrentar os impactos da sobrecarga no SUS, refletidos, especialmente, em longos tempos de espera. Os usuários que acessam o sistema de saúde por intermédio do SUS utilizam a rede pública de prestação de serviços de saúde e alguns prestadores de serviço da rede privada, mediante convênio. Já o acesso ao sistema via saúde suplementar permite a utilização dos prestadores de serviço da rede privada (FIG. 1).

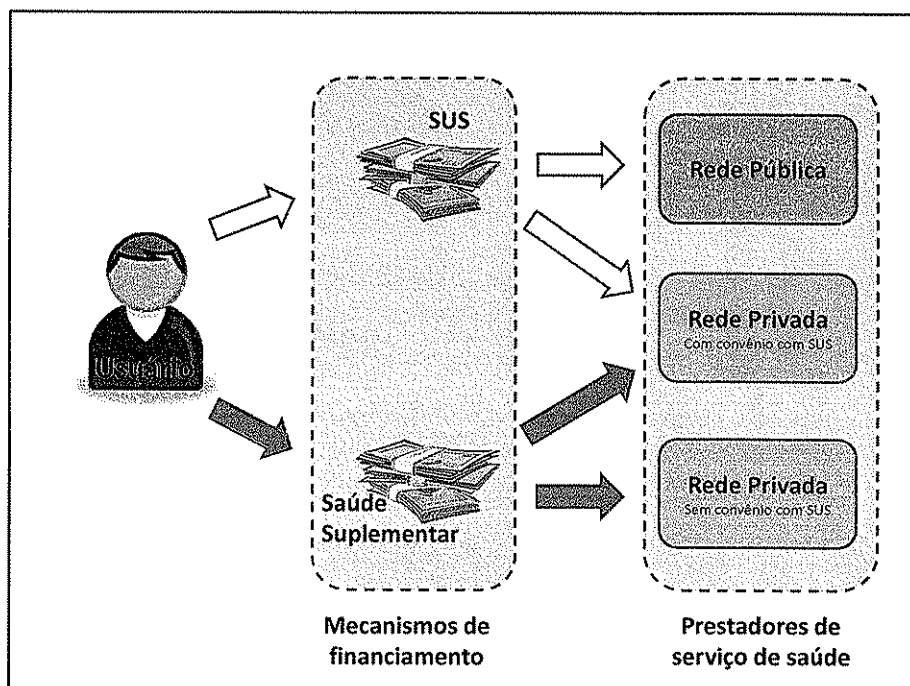


FIGURA 1 - Acesso aos prestadores de serviços de saúde via mecanismos de financiamento

Fonte: Elaborada pela autora

De acordo com a primeira edição de 2009 do Observatório da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), de 2007 para 2008 a quantidade de beneficiários de planos de assistência médica cresceu 11,2%, atingindo 41 milhões de beneficiários ao final de 2008, mesmo diante da crise no sistema financeiro mundial no segundo semestre de 2008. O total arrecadado nos planos de assistência médica em 2008 foi de R\$55,8 milhões. Este valor representa um crescimento de 35,9% em relação a 2006. Pode-se atribuir tal desempenho ao crescimento da economia brasileira, ao aumento do nível de emprego formal e informal, e à melhora na renda da população.

Apesar desse crescimento, o grau de cobertura da população brasileira com planos de assistência médica é inferior a 22% (TAB. 1). Esse percentual é menor nas regiões mais pobres e maior nas regiões com melhor nível de renda e industrialização.

TABELA 1  
Grau de cobertura da população brasileira (%) – 2008

REGIÃO	TOTAL	CAPITAL	REGIÃO METROPOLITANA DA CAPITAL	INTERIOR
Norte	8,4	20,3	22,7	3,2
Nordeste	9,5	26,7	21,8	4,6
Centro-Oeste	15,0	27,4	21,2	7,6
Sul	19,9	42,5	30,2	16,4
Sudeste	33,8	55,0	43,4	26,8
<b>TOTAL</b>	<b>21,6</b>	<b>39,9</b>	<b>34,6</b>	<b>15,9</b>

Fonte: ANS, Caderno de Informações 03/09<sup>2</sup>.

O sistema de saúde suplementar tem o desafio de aumentar ainda mais o número de beneficiários. Isso, dependendo da conjuntura econômica, pode ser entendido como uma oportunidade, na medida em que significa melhorar as condições da economia brasileira e o crescimento dos níveis de emprego e renda da população.

No modelo atual de atenção à saúde, os Hospitais Gerais<sup>3</sup> se posicionam como os principais prestadores de serviços, funcionando como o centro do sistema de saúde. Por serem instituições que funcionam de forma interdisciplinar, congregando vários especialistas da área da saúde e as mais avançadas tecnologias, atraem todo tipo de demanda, mesmo aquelas que poderiam ser solucionadas em outros serviços de saúde. Explica Lima Gonçalves (1998, p. 81):

A disponibilidade de recursos de diagnóstico e tratamento, bem como as possibilidades de pesquisa e aperfeiçoamento com que o hospital conta hoje, constituem fatores fundamentais para identificá-lo como o organismo mais qualificado para contribuir para o encaminhamento de soluções para os problemas de saúde da comunidade.

No entanto, uma visão mais atual dessa mesma situação considera esse modelo hospitalocêntrico<sup>4</sup> o principal responsável pelos elevados custos do processo de cuidado, uma vez que essa mesma disponibilidade de recursos e tecnologias que qualifica o hospital também produz custos cada vez mais altos, especialmente para as demandas menos complexas, que poderiam ser solucionadas em outros serviços de saúde, a custos mais baixos.

<sup>2</sup> [http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/caderno\\_informaca\\_03\\_2009.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/caderno_informaca_03_2009.pdf)

<sup>3</sup> Um hospital pode estar concentrado em apenas uma especialidade médica (Hospital de Especialidade) ou combinar diversas especialidades (Hospital Geral). Optou-se por trabalhar com hospitais gerais, por serem instituições mais complexas.

<sup>4</sup> Modelo de atenção à saúde no qual o hospital é o centro do processo de cuidado.

Além disso, essa demanda distorcida também pode gerar sobrecarga e diminuir a eficiência do processo (SILVA et al., 2005).

O Brasil possui uma rede de 5.222 Hospitais Gerais<sup>5</sup>, os quais, considerando sua forma de arrecadação de receita, podem ser classificados em: “Hospitais públicos” e “Hospitais privados”. De acordo com CNES, são 5.222 hospitais gerais no Brasil, sendo 1.815 públicos e 3.407 privados. A TAB. 2 demonstra essa relação.

TABELA 2  
Número de Hospitais Gerais no Brasil

TIPO DE HOSPITAL	QUANT.	%
Hospitais públicos	1.815	34,76
Hospitais privados	3.407	65,24
<b>TOTAL</b>	<b>5.222</b>	<b>100,00</b>

Fonte: CNES.

Hospitais públicos são aqueles financiados e mantidos pelo Estado, que atendem aos usuários do SUS.

Os hospitais privados dependem da arrecadação de receita pelos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar. Por isso, possuem convênios com planos e seguros de saúde, que intermediam a relação com o usuário. A maioria dos usuários da saúde suplementar está associada a algum plano ou seguro saúde, para fazer frente aos altos custos dos tratamentos clínicos e cirúrgicos. Usuários que financiam tratamento de saúde com recursos próprios não ultrapassam 5%, mesmo nos hospitais de renome (LIMA GONÇALVES; ACHÉ, 1999).

Alguns hospitais da rede privada, como uma de suas estratégias de captação de demanda – e, portanto, de receita – também mantêm convênio com o SUS, além de atenderem os usuários da saúde suplementar. No entanto, considerando-se os valores que o SUS remunera os atendimentos hospitalares, essa política tem comprometido a situação financeira dessas instituições. Assim, observa-se a tendência de diminuição do convênio com o SUS, agravando a situação de saturação dos hospitais públicos, que não podem deixar de atender os dependentes do sistema (LIMA GONÇALVES, 2002).

<sup>5</sup> Fonte: CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) <http://cnes.datasus.gov.br> (acesso em fev/2011)

Constata-se, então, que a relação dos hospitais no Brasil com sua demanda é complexa. De um lado, hospitais públicos com excesso de demanda; de outro lado, hospitais da rede privada lidando com empresas operadoras de planos de saúde, que intermediam a relação do hospital com o usuário. Essas operadoras possuem, dessa forma, certo grau de controle sobre a demanda dos hospitais da rede privada. Nesse contexto, verifica-se ainda a tendência de diminuição do atendimento ao SUS por parte de hospitais da rede privada que atendem aos dois sistemas (SUS e Saúde Suplementar), aumentando a demanda nos hospitais públicos e gerando um novo desafio para esses hospitais: suprir sua capacidade instalada unicamente com a saúde suplementar.

A própria demanda dos hospitais possui uma dinâmica muito específica, visto que o usuário adquire seus serviços em função de uma necessidade real e, muitas vezes, não desejada. Esse usuário possui pouco conhecimento em relação ao serviço que será prestado, dada a natureza técnica deste serviço, e, normalmente, encontra-se vulnerável e receoso, em função de um problema de saúde. A demanda, no entanto, é apenas um dos aspectos do ambiente no qual os hospitais estão inseridos. Para gerenciá-la de forma adequada, os hospitais precisam compreender toda a lógica competitiva do seu setor, nomeando os diversos atores e suas funções.

Além da gestão da demanda e do alto custo assistencial, os hospitais no Brasil, a exemplo do que ocorre em diversos países, enfrentam outros grandes desafios diante de mudanças ocorridas no contexto ambiental.

Alterações no perfil demográfico do País (redução da taxa de natalidade, aumento da expectativa de vida e processo de urbanização) exigem, cada vez mais, ações voltadas para a idade adulta e para a terceira idade, que, sabidamente, utilizam esses serviços com maior intensidade e, conseqüentemente, geram maiores custos (VIANA; POZ, 2005).

Adicionalmente, mudanças no perfil das doenças vêm demandando a adoção de novos tipos de tratamentos, equipamentos, tecnologias, intervenções e, portanto, novos investimentos (VIANA; POZ, 2005). No campo da inovação, observa-se o desenvolvimento da telemedicina, que amplia o alcance do conhecimento, e das pesquisas genéticas, que tornarão

os tratamentos cada vez mais personalizados. E, ainda, cita-se o turismo de saúde<sup>6</sup>, que proporciona uma dimensão global ao setor.

Todo esse contexto de mudanças exige uma adequação por parte dos hospitais que permita atender às novas demandas instaladas e acompanhar a transformação do modelo de atenção à saúde: de um modelo inicial com foco na doença e na prestação de serviços médicos (o que levou à instalação do modelo hospitalocêntrico) para um modelo com foco no paciente e no cuidado multidisciplinar, o que, certamente, fortalecerá novas formas de prestação de serviços de saúde, além do hospital (SANTOS et al., 2002; SILVA et al., 2005).

Em tempos de mudanças, a sobrevivência e a sustentabilidade dos hospitais requerem o exercício da gestão estratégica que permita à Direção desses hospitais definir os caminhos a serem seguidos por sua instituição, avaliando o que deve e o que não deve ser feito, diante da complexidade ambiental.

No entanto, conceitos de gestão estratégica foram recentemente, e ainda estão sendo, incorporados pelos hospitais no Brasil, tanto nos públicos quanto nos privados, e a sua prática ainda é feita de forma muito incipiente, com base em atividades fundamentais do processo de gestão conduzidas de forma ineficiente. Uma das evidências dessa afirmação pode ser discutida a partir da perspectiva da acreditação hospitalar. O movimento da acreditação hospitalar está relacionado à gestão da qualidade – etapa há muito vencida por outros setores da indústria e da prestação de serviços. Trata-se de um processo educativo, que visa garantir a qualidade no atendimento prestado e a implantação de melhorias contínuas no hospital, acompanhado por instituições especializadas, que fornecem um certificado de acreditação para os hospitais que demonstrarem certo nível de excelência em seus processos. O fato de um hospital optar pelo processo de acreditação indica traços de um comportamento estratégico, visto que o recebimento do certificado impacta positivamente sua imagem perante o mercado.

No âmbito nacional, a instituição mais representativa no fornecimento da acreditação hospitalar é a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que possui três níveis de

---

<sup>6</sup> Chama-se turismo de saúde os deslocamentos de pessoas entre diferentes localidades com o objetivo de buscar tratamento médico.

acreditação, 1, 2 e 3. A ONA conta com apenas 149 hospitais<sup>7</sup>, número equivalente a 2,85% da rede instalada no País com certificado de Acreditação Hospitalar. Destes, apenas 54 são acreditados no nível 3, considerado o de maior excelência<sup>8</sup>.

No âmbito internacional, destaca-se o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), que representa a Joint Commission International<sup>9</sup> no Brasil. Atualmente, são 14 instituições<sup>10</sup> hospitalares brasileiras acreditadas no programa Hospital do padrão internacional da Joint Commission.

Uma das razões atribuídas a esse pequeno número de hospitais acreditados é que as funções de gestão de um hospital, em sua maioria, são desempenhadas por gestores práticos, ou seja, profissionais da área de saúde, os quais, geralmente, não estão aptos a preparar a estrutura para receber uma avaliação desse porte ou não estão sensíveis à importância desse processo. Estudos anteriores comprovam o fato que não existe uma cultura de contratação de profissionais especializados na área de gestão hospitalar (MURRAY; VANALLE, 2002).

Os gestores de hospitais, sejam eles profissionais da área de saúde ou não, precisam praticar a gestão estratégica, compreendendo e assimilando as condições de mercado nas quais operam, obtendo informações sobre o que acontece a seu redor, como demanda, concorrência, regulação (DAVENPORT, 1998), e combinando tudo isso com a complexidade da sua organização, para garantir sua sobrevivência no mercado, com retornos acima da média. Um hospital precisa de escolhas estratégicas bem fundamentadas, a partir de um entendimento adequado do potencial de oportunidades e de riscos do seu setor de negócios. A maioria dos líderes empresariais reconhece que seu sucesso depende da previsão de tendências e da capacidade de mover-se mais rapidamente que a concorrência (PRESCOTT; MILLER, 2002).

Compreender por que algumas escolhas estratégicas produzem melhores resultados do que outras é uma questão central de pesquisa no campo da gestão estratégica. Nesse sentido, o estudo das escolhas estratégicas feitas, antecipando ou respondendo a um contexto ambiental, e o desempenho resultante dessas escolhas são pontos de interesse na pesquisa em estratégia.

---

<sup>7</sup> Fonte: ONA (Organização Nacional de Acreditação) [www.ona.org.br](http://www.ona.org.br)

<sup>8</sup> Fonte: ONA (Organização Nacional de Acreditação) [www.ona.org.br](http://www.ona.org.br)

<sup>9</sup> Organização que tem trabalhado com instituições de saúde, Ministérios da Saúde e organizações globais em mais de 80 países, desde 1994. Fonte: [www.jointcommissioninternacional.org](http://www.jointcommissioninternacional.org)

<sup>10</sup> Fonte: CBA (Consórcio Brasileiro de Acreditação) [www.cbacred.org.br](http://www.cbacred.org.br)

Com o objetivo de ampliar a possibilidade de análise e, dessa forma, melhorar o entendimento do conceito, vários estudos classificam as escolhas estratégicas em conteúdo e processo (COLTMAN et al., 2005; JOHNSON et al., 2007). O conteúdo tem como foco a própria decisão estratégica, ou seja, “o que” é decidido. Já o processo diz respeito aos sistemas administrativos que viabilizam as decisões estratégicas – em outras palavras, “como” é decidido.

Uma premissa básica para pensar o conteúdo da estratégia é a inseparabilidade da organização do ambiente no qual está inserida. A organização utiliza a estratégia para relacionar-se com as mudanças ambientais (CHAFFEE, 1985). É fato que as organizações interagem com seu ambiente externo, influenciando e sendo influenciadas por ele. Principalmente porque esse ambiente encontra-se em permanente processo de transformação e é necessária a criação de novas estratégias ou a adequação das estratégias atuais, quando novas exigências impostas pela sociedade mudam os objetivos da organização. Como as mudanças sempre trazem novas configurações, a estratégia precisa ser constantemente elaborada e revista. A força de uma estratégia não é determinada pelo movimento inicial, mas sim, por sua capacidade de prever e reagir às alterações do ambiente externo ao longo do tempo (DAY, 1990).

Para que a formulação de estratégias no contexto de um hospital seja eficiente, deve levar em consideração, além da complexidade ambiental, a complexidade estrutural inerente à organização hospitalar. Nas palavras de Lima Gonçalves e Aché (1999, p. 84), “um hospital é uma estrutura ‘viva’, de alto dinamismo operacional, de elevado ritmo, desenvolvendo atividade caracteristicamente polimorfa, que envolve uma gama muito diversificada de aspectos”. Essa é a perspectiva do processo da estratégia, ou seja, a estrutura e as atividades que influenciam e viabilizam as escolhas estratégicas.

Nesse ponto, surge uma questão preliminar: No caso de hospitais, qual dos dois fatores possui maior relação com o desempenho? Conteúdo e formulação são construtos interdependentes e precisam operar de maneira alinhada (nada adianta um bom conteúdo sem uma boa formulação, e vice versa).

Há de se considerar que os hospitais gerais são organizações complexas, que reúnem diversas especialidades de tratamento, formando um composto de negócio. Cada uma dessas especialidades, por sua vez, constitui produtos específicos, que pressupõem uma atuação em



mercados específicos. Assim, deve-se considerar que a estratégia precisa ser analisada em dois níveis: no nível corporativo, em que o objetivo é construir uma vantagem competitiva por meio da escolha e administração de um composto de negócios que competem em diversas indústrias ou mercados de produto, e no nível do negócio, em que o objetivo é gerar valor para o cliente e alcançar uma vantagem competitiva mediante a exploração de competências essenciais em mercados de produtos específicos.

Diante do exposto, a gestão estratégica parece ser um dos principais desafios do sistema de saúde no País, mais especificamente dos hospitais. Gerir uma organização altamente complexa, em um ambiente complexo, que acena com mudanças estruturais, tem se mostrado uma questão importante, na medida em que a demanda explode e a concorrência se estabelece.

Tal cenário torna-se ainda mais crítico considerando-se o universo das organizações privadas, que estão imersas na lógica de geração de receita para assegurar a sobrevivência do negócio, em que a atividade de gestão estratégica gera os melhores resultados (FERLIE, 2002).

No universo dos hospitais privados no Brasil, destaca-se a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), criada em setembro de 2001, por representantes de 23 hospitais privados, considerados líderes em qualidade e excelência no atendimento, visava suprir a necessidade de instituir um órgão para defender os interesses e as necessidades do setor. Hoje, é constituída por 40 hospitais e tem por objetivo promover a congregação associativa de instituições hospitalares privadas, com ou sem fins lucrativos, consideradas detentoras dos melhores padrões de qualidade e das melhores práticas médicas. Com o objetivo de assegurar a manutenção desse critério (instituições hospitalares privadas com melhores padrões de qualidade e melhores práticas médicas), os hospitais precisam possuir alguma das seguintes creditações para se associarem à ANAHP:

- ONA, nível III (Organização Nacional de Acreditação)
- JCI (Joint Commission International)
- NIAHO (National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations)
- ACCREDITATION CANADA

A ANAHP reúne as maiores e melhores instituições hospitalares privadas do Brasil. Algumas delas são centros de referência na assistência à saúde com reconhecimento nacional e internacional.

Pode-se inferir que os hospitais da ANAHP constituem um campo organizacional, a partir do conceito de DiMaggio e Powell (1991), entendendo-se por campo organizacional aquelas organizações que, em conjunto, constituem uma área reconhecida da vida institucional e que produzem serviços e produtos similares. Os autores defendem que, ao constituírem um campo organizacional concreto, forças poderosas emergem, levando as organizações constituintes a se tornarem mais similares umas às outras. E discutem essa questão na perspectiva de um paradoxo: atores racionais tornam suas organizações cada vez mais similares à medida que tentam transformá-las.

A concepção da estratégia de uma organização é central para sua manutenção e sobrevivência no mercado. Algumas organizações desenvolvem estratégias que são mais bem sucedidas que outras. Entender isso pode ajudar a aprimorar os processos estratégicos das demais organizações. Ou seja, encontrar o conjunto de normas de conduta, composto por conteúdo e processo, que norteiam o comportamento estratégico de organizações hospitalares bem-sucedidas, buscando identificar elementos que se repetem, a fim de determinar um conjunto de boas práticas, seria um caminho para esse aprimoramento, já que, de modo geral, as organizações tendem a tomar como modelo outras organizações que elas percebem ser mais legítimas ou bem-sucedidas.

Disso decorre a seguinte questão de pesquisa: *Quais são as condutas estratégicas (conteúdo e processo) dos dirigentes que explicam significativamente o desempenho superior (um estudo na ANAHP)?*

Entendendo-se por condutas estratégicas o conjunto de ações, ou práticas de gestão estratégica, resultantes das decisões dos gestores, que determinam o comportamento estratégico da instituição. Considera-se desempenho superior aquele que supera o desempenho médio obtido pelos principais concorrentes (HITT et al., 2003). Nesse caso, as condutas estratégicas que explicam significativamente o desempenho superior estão associadas aos fatores críticos de sucesso da organização (ROCKART, 1979).

Configura-se como objetivo principal desse estudo: Estudar as práticas de gestão estratégica, ou as condutas estratégicas, dos dirigentes que explicam significativamente o desempenho superior nos hospitais da ANAHP.

Podem ser entendidos como objetivos específicos:

- Identificar e analisar o ambiente competitivo no qual os hospitais associados à ANAHP estão inseridos;
- Identificar e analisar as condutas estratégicas adotadas pelos hospitais da ANAHP;
- Identificar e analisar o impacto das condutas estratégicas no desempenho dos hospitais da ANAHP, buscando aquelas que possuem maior relação com desempenho superior;
- Verificar a refutabilidade do conjunto de hipóteses relacionais do modelo estrutural de representação entre conteúdo, processo e desempenho superior.

Este trabalho está organizado da seguinte forma: na introdução, que acaba de ser concluída, foi apresentado o contexto do setor de saúde, a relevância do estudo, a questão de pesquisa e os objetivos. No capítulo 2 discutem-se as perspectivas teóricas relacionadas à questão de pesquisa. No capítulo 3 é apresentado o percurso metodológico seguido para viabilizar a questão de pesquisa. No capítulo 4 discutem-se os resultados dos levantamentos realizados. E no capítulo 5 são apresentadas as considerações finais deste estudo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O objetivo desta seção é discutir as variáveis apresentadas na questão de pesquisa deste trabalho, a partir da revisão da literatura. A ideia é construir uma estrutura teórica de apoio acerca do tema “Condutas Estratégicas”, que suporte a elaboração de um caminho metodológico adequado à questão proposta.

Esta seção encontra-se dividida em três partes. Na primeira, discutem-se as metateorias, para apresentar o posicionamento epistemológico adotado neste trabalho. Na segunda, discutem-se as teorias gerais associadas à questão de pesquisa desse trabalho. Na terceira, busca-se contextualizar aspectos referentes às teorias gerais, relacionando-os ao campo de estudo proposto. Ao final dessas três partes, explicita-se o modelo teórico, bem como as hipóteses propostas para este trabalho.

Uma quarta discussão teórica é necessária – sobre as teorias do método de investigação, porém esta é realizada no próximo capítulo, que trata do percurso metodológico definido para este estudo. A Figura 2 mostra a organização teórica proposta para este trabalho.

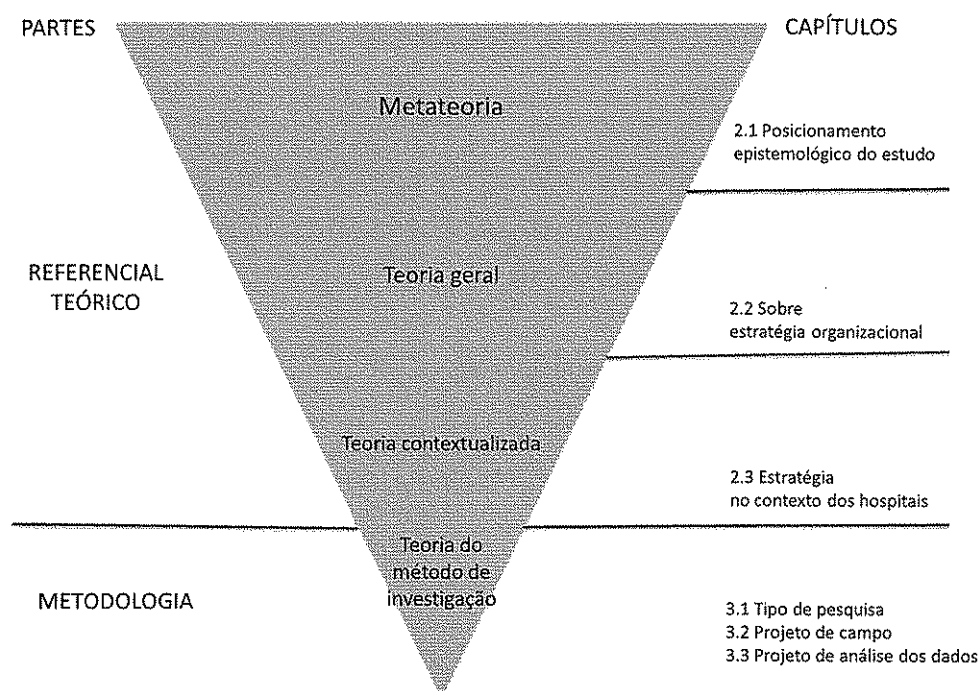


FIGURA 2 - Organização teórica do trabalho  
Fonte: Elaborada pela autora.

## 2.1 Posicionamento epistemológico do estudo (metateoria)

Iniciar uma análise sobre qualquer tema em Teoria Organizacional é iniciar uma reflexão sobre a forma como se vê o mundo, sobre a forma como os fenômenos são percebidos. Uma vez que a ciência é feita por cientistas, é possível que cada um possua uma forma diferenciada de entender a sua realidade. E esse é um ponto determinante dos métodos utilizados em suas investigações, que impactará diretamente os resultados obtidos. Pressupõe também uma predisposição a conhecer diferentes pontos de vista, através de uma viagem intelectual além do seu universo familiar, estando apto, dessa forma, a ratificar a sua visão de mundo, ou, quem sabe, até revê-la.

De acordo com Burrell e Morgan (1979), todas as teorias da organização estão baseadas em uma filosofia da ciência, que consiste na forma como o fenômeno será investigado. A forma como o fenômeno será investigado deriva da forma de entendimento da realidade do pesquisador. Eles sugerem quatro pressupostos para analisar as teorias organizacionais à luz da filosofia da ciência. São eles:

- a) Ontologia: diz respeito à essência do fenômeno. A questão central é: A realidade a ser investigada é externa ao indivíduo (real) ou produto da consciência individual (subjetivo)?
- b) Epistemologia: trata da forma como o pesquisador entende o fenômeno. A questão é: O conhecimento é algo que pode ser adquirido ou algo que precisa ser pessoalmente experimentado?
- c) Natureza Humana: engloba o relacionamento dos seres humanos com seu ambiente. A questão que se apresenta é a seguinte: Seres humanos e suas experiências são produtos do ambiente ou o homem é o criador do seu ambiente (controlado X controlador)?
- d) Metodologia: forma como se obtém (extrai) conhecimento do mundo real. A questão é a seguinte: a obtenção do conhecimento passa pelo envolvimento com o sujeito a ser pesquisado ou pela aplicação de técnicas e protocolos sistematizados?

De um lado tem-se uma visão predominantemente objetiva, onde a realidade a ser investigada é externa ao indivíduo, o conhecimento pode ser adquirido, os seres humanos são produtos de

seu ambiente e a obtenção do conhecimento passa pela aplicação de técnicas e protocolos sistematizados.

De outro lado, tem-se uma visão mais subjetiva, onde a realidade é produto da consciência individual, o conhecimento precisa ser pessoalmente experimentado, o homem é o criador do seu ambiente e a obtenção do conhecimento passa pelo envolvimento com o sujeito a ser pesquisado.

As teorias organizacionais também estão baseadas em uma teoria de sociedade, de acordo com Burrell e Morgan (1979). A proposta é entender a natureza da sociedade, segundo as várias escolas do pensamento, através da divisão de tais escolas em dois extremos: regulação (integração) e mudança radical (conflito). A visão da sociedade da regulação reúne as teorias ligadas ao *status quo*, à ordem social, ao consenso, à integração social, à solidariedade, à necessidade de satisfação e à atualidade. A sociedade da mudança radical engloba as teorias ligadas à mudança radical, ao conflito estrutural, aos modos de dominação, à contradição e à emancipação.

Burrell e Morgan (1979) propõem um mapa intelectual, onde as teorias sociais podem ser alocadas de acordo com a sua fonte e tradição, a partir de duas dimensões: filosofia da ciência e teoria de sociedade, gerando quatro paradigmas sociológicos distintos, conforme FIG. 3:

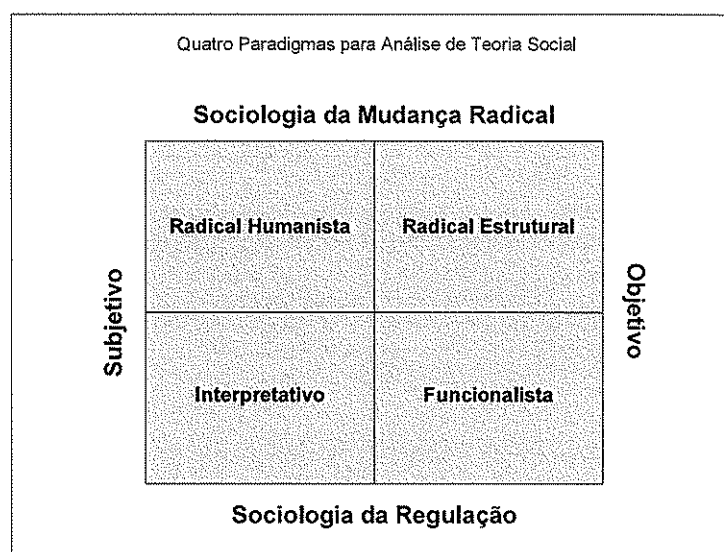


FIGURA 3 - Quatro paradigmas para análise da teoria social  
Fonte: BURRELL & MORGAN, 1979, p. 22.

Pesquisadores que possuem perspectivas comuns, abordando a teoria social através da mesma problemática em seu trabalho, são alocados em um mesmo paradigma. Estar localizado em um paradigma particular é ver o mundo de uma maneira particular, já que os quatro paradigmas são mutuamente exclusivos e oferecem visões alternativas da realidade social.

No campo dos estudos organizacionais, observa-se que a maior parte das teorias e pesquisas desenvolvidas pode ser alocada no paradigma funcionalista. O paradigma funcionalista representa uma perspectiva firmemente guiada pela sociologia da regulação e aborda seus sujeitos de um ponto de vista objetivista.

De fato, as raízes históricas dos estudos organizacionais remetem à organização racional e científica, com o predomínio das leis científicas sobre a subjetividade humana, transformando as irracionalidades humanas em comportamentos racionais (REED, 1998). A abordagem funcionalista para a ciência social propõe que o mundo social é composto de artefatos e relacionamentos relativamente concretos, os quais podem ser identificados, estudados e medidos por meio das abordagens derivadas das ciências naturais e dos procedimentos ditos científicos.

Da mesma forma, tratando especificamente dos estudos sobre estratégia organizacional, observa-se a mesma origem funcionalista. Mintzberg et al. (2000), que organizaram o pensamento estratégico em dez escolas, observaram que as escolas chamadas “prescritivas”, ou seja, aquelas com as características do paradigma funcionalista proposto por Burrell e Morgan (1979), originaram a literatura no campo da Administração Estratégica e continuam influenciando esse campo de estudo. Nas palavras dos autores:

O campo da administração estratégica percorreu um longo caminho desde o início dos anos 60. [...] Os gráficos mostram o domínio sucessivo das três escolas prescritivas – design nos primeiros anos, planejamento nos anos 70, seguida pela de posicionamento nos anos 80, a qual desde então perdeu parte da sua popularidade mas permanece altamente influente. MINTZBERG et al. (2000, p. 257)

Apesar do questionamento em torno dos métodos científicos para os estudos organizacionais e da incorporação de aspectos relacionados à subjetividade da filosofia da ciência nas formas de

investigação da teoria organizacional, perspectivas diversas do funcionalismo aparecem como satélites, definindo pontos de vista alternativos.

Este trabalho adota uma perspectiva funcionalista, ao partir dos seguintes princípios: a realidade é externa ao indivíduo; o conhecimento é algo que pode ser adquirido; os seres humanos e suas experiências são produtos do ambiente; o mundo social é tangível, real e externo ao indivíduo; e a obtenção do conhecimento passa pela aplicação de técnicas e protocolos sistematizados. Assim, sua ontologia é realista, a epistemologia é positivista, a natureza humana é determinista e a metodologia é nomotética. Tudo isso concordando com a prática da ciência que busca obter conhecimento racional de forma sistemática, metódica e verificável.

O estudo científico requer rituais que devem justificar o vigor da lógica da descoberta. Ciência é um corpo de conhecimentos organizados e sistematizados em torno de uma teoria central que busca descrever, explicar, prever e controlar fenômenos (HUNT, 2002).

Ora, mas pode-se argumentar que a investigação deve ser feita em fenômenos passados – não há como pesquisar o futuro – e que o passado não pode prever o futuro, portanto a sua investigação seria ineficiente nesse sentido. Sabe-se que a realidade muda, é construída todos os dias, no entanto é possível identificar um padrão de comportamento. Após a descrição, existe maior possibilidade de previsão. Uma lei que explica um fenômeno passado possui potencial para prever um fenômeno futuro. Quanto melhor puder explicar o que aconteceu, maior a aptidão para prever o que acontecerá.

Dessa forma, pode-se conviver melhor com essa realidade, em que não é possível prever o futuro por meio de uma bola de cristal, mas é possível obter bons indícios do que ele será a partir de uma investigação científica e minimizar, assim, os riscos de uma decisão, principalmente no que diz respeito às organizações, dada a sua importância na sociedade. Qualquer decisão organizacional possui impacto na vida das pessoas que trabalham ou se relacionam com ela de alguma forma. Essa questão é agravada ao se pensar a estratégia nas organizações. Os modelos de planejamento são amplamente difundidos e têm auxiliado os gestores em suas decisões. Para sobreviver em um ambiente turbulento, é melhor ter um mapa geral e incompleto do que não ter mapa algum (TOFFLER, 1991).



## 2.2 Sobre estratégia organizacional

Esta seção aborda as teorias associadas à questão de pesquisa proposta para este trabalho, à luz do posicionamento epistemológico apresentado. Ela está organizada da seguinte forma: inicialmente, busca-se contextualizar aspectos referentes a condutas estratégicas, relacionando-os ao ambiente externo (relação com o mercado), e ao ambiente interno da organização. Depois disso, são detalhados dois níveis de análise para o estudo das condutas estratégicas: conteúdo e processo. A partir daí, discutem-se aspectos relacionados a desempenho organizacional e aos fatores críticos de sucesso.

### 2.2.1 Condutas estratégicas e relação com o mercado

A estratégia refere-se ao comportamento das organizações no mercado e pode ser entendida como o conjunto de regras de tomada de decisão que orientam o comportamento de uma organização e, portanto, influenciam o seu desempenho (ANSOFF, 1993). A gestão estratégica vem sendo apontada como um dos meios pelo qual o desempenho organizacional pode ser incrementado (BOYNE; LAW; WALKER, 2009). A gestão estratégica é complexa: uma organização pode optar por diferentes estratégias, na medida em que encontra diferentes circunstâncias ambientais.

A estratégia também é considerada importante, uma vez que suas práticas determinam efeitos relevantes nas sociedades contemporâneas avançadas. Essas práticas incluem todo o trabalho envolvido no processo de formulação, implementação e comunicação de estratégias corporativas (WHITTINGTON et al., 2003).

O conceito de estratégia tem sua origem no campo militar. Sua evolução no campo da gestão pode ser identificada a partir dos anos de 1960, com uma discussão impregnada de racionalismo e determinismo econômico, uma vez que a grande maioria dos trabalhos produzidos nessa época enquadra-se no paradigma da economia neoclássica, que assume o mercado como principal objeto de estudo. O propósito essencial era avaliar o ambiente no qual a empresa está inserida, prever o futuro do negócio a partir da avaliação desse ambiente e ajustar adequadamente as estruturas e os recursos internos (WHIPP, 1996).

Alinhado a essa abordagem está o paradigma Estrutura–Conduta–Desempenho (ECD), cuja origem está na teoria da economia industrial. Foca o entendimento do funcionamento dos mercados, por meio do estudo das relações entre os elementos constitutivos das estruturas desses mercados. A estrutura do mercado é o primeiro elo da cadeia de causalidade do modelo ECD, que define desempenho como o resultado da conduta das empresas, que, por sua vez, é influenciada pelas características da estrutura de mercado (FERGUNSON; FERGUNSON, 1994). Estudos relevantes sobre esse paradigma foram desenvolvidos nessa época.

Entende-se por estrutura de mercado as condições do ambiente externo oriundas da demanda e da oferta e de políticas públicas, além de questões sociais e ambientais. Essa estrutura trata das características e da composição dos setores de negócio na economia, englobando todas as variáveis externas a uma organização, porém relevantes a sua operação.

Todas as organizações estão imersas em um ambiente externo, ou estrutura de mercado, que possui variáveis que estão fora de seu controle. Nesse ambiente externo ocorrem eventos que exigem respostas de conduta que interferem no desempenho da organização e na própria estrutura do mercado. Os modelos ECD buscam, sinteticamente, demonstrar essa relação entre estrutura de mercado (ambiente externo), conduta (estratégia) e desempenho. A FIG. 4 sintetiza a ideia da ECD.

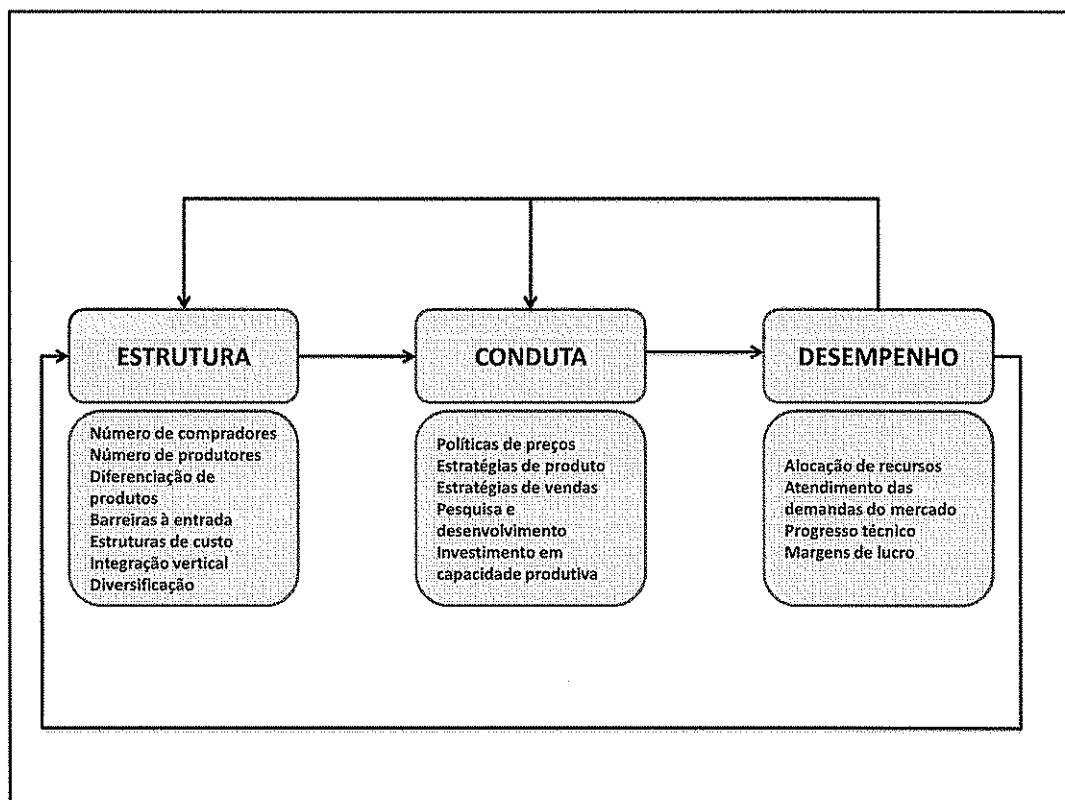


FIGURA 4 - Esquema analítico do paradigma Estrutura-Conduto-Desempenho  
 Fonte: Adaptado de SCHERER; ROSS, 1990.

A obra de Joe S. Bain, nos anos de 1950, propiciou a base para a construção do paradigma ECD como forma de análise da estratégia das organizações. De acordo com esse trabalho, as condutas eram o elo menos importante da cadeia. A força maior estava na influência da estrutura de mercado sobre o desempenho da empresa (BAIN, 1959). A partir disso, as teorias de ECD foram sendo aprimoradas por meio da ampliação das variáveis do modelo original, com foco nos elementos de conduta.

A percepção da organização como um conjunto de partes inter-relacionadas e interdependentes de um sistema aberto, introduzida pela abordagem sistêmica no pensamento administrativo, também chamou a atenção para o contexto em que as empresas operam. De fato, as empresas não existem absolutamente isoladas do ambiente em que estão inseridas. O ambiente de uma organização é composto por forças e instituições externas a ela que podem afetar o seu desempenho (MORGAN, 1996).

A abordagem contingencial reforça essa ideia reconhecendo o ambiente como parte importante do processo de gestão e partindo do pressuposto de que nada há de absoluto nas organizações ou na teoria administrativa, mas tudo é relativo às contingências impostas por esse ambiente e pela tecnologia (LAWRENCE; LORSCH, 1967).

Então, pode-se entender que, de acordo com o paradigma ECD, o ambiente externo, ou mercado, e as relações que a organização estabelece com ele, direcionam as condutas estratégicas adotadas e, portanto, influenciam o seu desempenho.

Diante disso, é interessante para as organizações desenvolver o monitoramento contínuo do ambiente em que estão inseridas, de forma a perceber qualquer alteração em sua configuração e a responder rapidamente às ameaças que possam surgir dessa mudança. Logo, o monitoramento ambiental deve estar presente no dia a dia das organizações (LAWRENCE; LORSCH, 1967), para que elas possam operar com eficácia diante de ameaças ou restrições ambientais e capitalizar as oportunidades oferecidas pelo ambiente. Isso deve ser levado em conta no desenvolvimento de estratégias, considerando que as informações constituem insumos fundamentais no desenvolvimento do planejamento em qualquer organização (LAS CASAS, 2001).

Diante da complexidade e vastidão do ambiente, é difícil que uma organização conheça com exatidão seus aspectos específicos. Portanto, cada vez mais, as organizações devem explorar aspectos relevantes para reduzir a incerteza. Por isso, efetuar um mapeamento ambiental, ou monitoramento do ambiente, de modo adequado é importante para que a organização mantenha sob controle as variáveis que influenciam ou influenciarão seu desempenho no futuro.

Segundo Richers (2000), o destino de uma empresa está diretamente relacionado à evolução do meio ambiente. Com o objetivo de reduzir o risco da organização em função da dificuldade de controlar as variáveis do ambiente, seria interessante: avaliar as variáveis ambientais que são relevantes para o negócio; classificar os fatores escolhidos por ordem de importância; avaliar como cada um dos fatores pode afetar o negócio e seus respectivos efeitos prováveis; e, por fim, desenvolver um ou vários sistemas de monitoramento, projeção e controle.

O ambiente externo é formado pelos sistemas: político-legal, econômico, tecnológico, social, natural e demográfico (CHURCHILL; PETER, 2000; BOONE; KURTZ, 2000; KOTLER, 2000). Todos esses sistemas atuam, indiretamente, no desenvolvimento das operações de uma organização.

É do ambiente que a organização retira insumos para a sua produção e é nele que a mesma coloca e distribui seus produtos ou serviços. Portanto, a relação de interdependência entre organização e ambiente é constante e vital. Dessa forma, o monitoramento do ambiente torna-se fundamental para que a organização não seja surpreendida por mudanças no mercado que possam impactar sua operação. A ideia é identificar tendências e prever sua interferência sobre os pontos-chave do negócio.

Tendências que impactam de forma positiva o resultado do negócio são consideradas oportunidades. De outro lado, os impactos negativos são considerados ameaças (ROBBINS, 2000). O monitoramento do ambiente permitirá que a empresa aproveite as oportunidades e trabalhe para anular ou minimizar o impacto das ameaças.

Fica claro que informações precisas sobre o ambiente externo que permitam capitalizar oportunidades imprevistas ou evitar ameaças súbitas são fundamentais para o processo de formulação estratégica. No entanto, apenas o conhecimento superficial desse ambiente não é suficiente. É preciso ter informações consistentes e antecipadas que permitam maior assertividade, pois as opções estratégicas das empresas surgem de ações intencionais mais ações não planejadas decorrentes da interação com o meio ambiente (MINTZBERG, 1998).

O monitoramento do ambiente externo possibilita seu reconhecimento. Com isso, fornece informações importantes para o processo de elaboração das condutas estratégicas, influenciando o desempenho organizacional.

As pesquisas nos anos de 1980 focalizaram a análise das relações competitivas nos ramos de atividade. A chegada dos fabricantes japoneses nos mercados ocidentais, simbolizando o impacto de novos competidores em diversos ramos de mercado, impulsionou essa discussão. (WHIPP, 1996). O ambiente competitivo contempla elementos que interferem de forma direta nas operações da organização (PORTER, 1998; CHURCHILL; PETER, 2000; BOONE; KURTZ, 2000; KOTLER, 2000). Um dos trabalhos mais relevantes dessa época é o estudo

das forças competitivas de Michael Porter. De acordo com Porter (1986), o ambiente competitivo pode ser entendido a partir de cinco forças competitivas, a saber:

- Ameaça de novos concorrentes que ingressam no setor – a não ser que o mercado esteja em crescimento, a entrada de um novo competidor intensificará a disputa por fatias de mercado, o que pressionará os preços para baixo, diminuindo o potencial de lucratividade do setor.
- Intensidade da rivalidade entre os concorrentes existentes – quando algum concorrente desenvolve um movimento com o objetivo de melhorar a sua posição, isso intensificará a rivalidade, o que impacta negativamente a lucratividade do setor. Setores com barreiras à saída significativas também tendem a possuir uma rivalidade mais intensa.
- Ameaça de produtos ou serviços substitutos – as empresas de um setor devem estar atentas ao lançamento de produtos, ou serviços, que proporcionem o mesmo benefício que o seu atual, uma vez que podem se tornar novos concorrentes no setor.
- Poder de barganha dos compradores – compradores, ou clientes, poderosos, que comprem grandes quantidades, podem levar à diminuição da lucratividade em função da negociação desenvolvida.
- Poder de barganha dos fornecedores – fornecedores poderosos podem comprimir a lucratividade de um setor incapaz de repassar os aumentos de custos a seus próprios preços.

A representação gráfica das forças competitivas pode ser vista na FIG. 5.

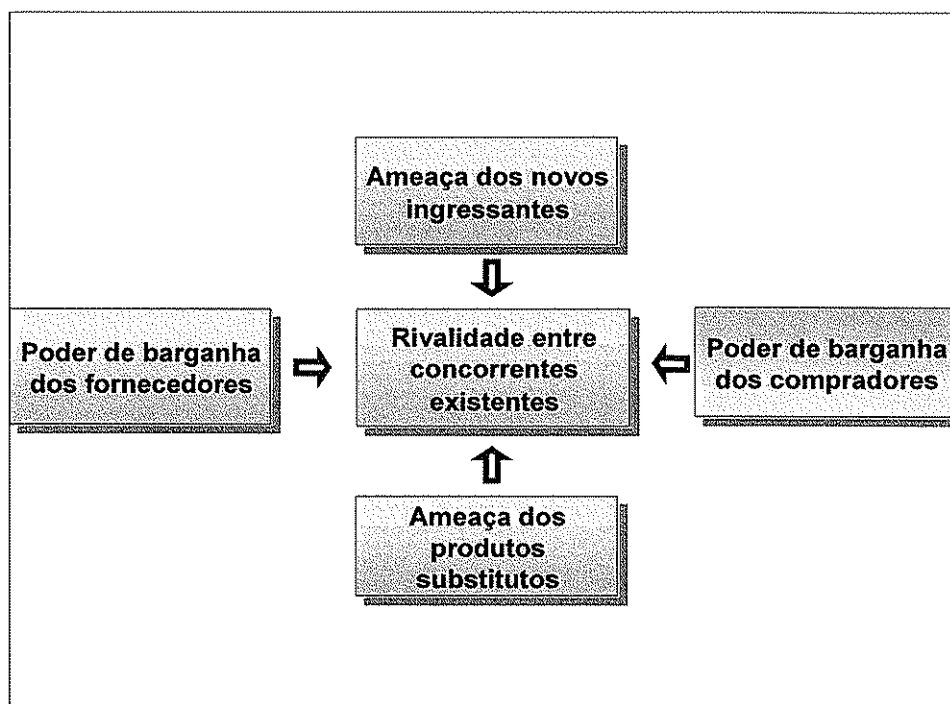


FIGURA 5 - As cinco forças do modelo de análise setorial, de Michael Porter  
 Fonte: PORTER, 1998, p. 12.

Uma organização pode operar de forma bastante lucrativa em setor com grandes barreiras de entrada, baixa intensidade de concorrência entre as empresas semelhantes, sem produtos substitutos, compradores fracos e fornecedores inexpressivos. De outro lado, pequenas barreiras à entrada, grande intensidade da concorrência, compradores e fornecedores fortes e ameaça de produtos substitutos diminuem o potencial de lucro do setor. A análise das cinco forças proporciona maior entendimento dos mecanismos de competitividade do setor e, portanto, auxilia a organização na definição das suas estratégias de atuação.

Define Porter (1998, p. 12): “Qualquer que seja seu esforço coletivo, o objetivo estratégico da empresa é encontrar uma posição no setor onde ela possa melhor se defender contra essas forças ou influenciá-las a seu favor”. Essa posição pode ser encontrada por meio do padrão de comportamento estratégico adotado pela organização, ou melhor, das condutas estratégicas (MINTZBERG; QUINN, 2001). Assim, vai-se chegando a um local exclusivo, a um certo domínio de mercado, com produtos específicos. Uma posição única e, portanto, diferenciada dos concorrentes pode manter a organização competitiva de forma sustentável no ambiente (PORTER, 1985). As organizações, então, precisam alcançar posições favoráveis no mercado, com base em suas condutas estratégicas, para ter bom desempenho organizacional.

Essa posição pode também ser prédefinida e alcançada por meio de um plano. A ferramenta que operacionalizou a concepção de planos para a elaboração e implementação das condutas estratégicas foi o planejamento estratégico. Mesmo com a posterior evolução do pensamento do conceito de estratégia, o planejamento estratégico constitui-se, ainda hoje, em uma das ferramentas mais utilizadas pelas organizações no desenvolvimento da sua estratégia. O processo de planejamento estratégico sistematiza o processo de construção da estratégia, partindo da análise dos ambientes externo e interno para a concepção do direcionamento estratégico. O direcionamento estratégico contempla as definições relacionadas à Missão da empresa e aos seus Valores. A partir do direcionamento estratégico, serão discutidas as ações e eventuais planos de contingência, que deverão ser implementados e avaliados, como mostra a FIG. 6.

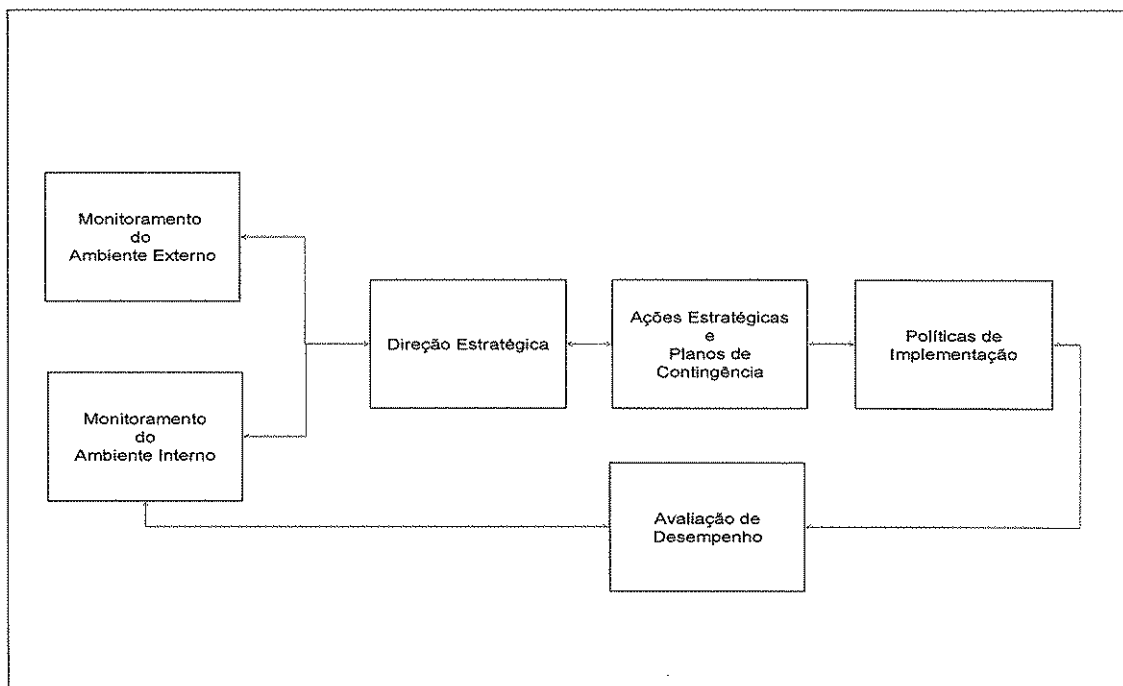


FIGURA 6 - Processo genérico de planejamento estratégico  
Fonte: FLEISHER; BENSOUSSAN, 2003.

O planejamento estratégico, então, busca entender e analisar o funcionamento do ambiente externo, ou da estrutura de mercado, para, a partir daí, projetar as ações futuras da organização, visando ao melhor desempenho. Atualmente, diante das constantes modificações no ambiente, dificilmente previstas nos cenários planejados, a necessidade de rápida reorientação das ações para sobrevivência da organização impõe dificuldades na operacionalização do planejamento estratégico (BORGES JR.; LUCE, 2000).



Nos anos de 1970 observou-se a preocupação com o caráter social interno das organizações como meio de entender a estratégia, talvez como uma reação à visão mecanicista proposta pela década anterior. Nessa fase, a estratégia era vista como produto de processos incrementais, adaptativos e emergentes, mais adequados à dinâmica ambiental, por permitir respostas mais rápidas (WHIPP, 1996). Existem condutas estratégicas planejadas que não são executadas e há casos em que é necessário realizar condutas que não foram planejadas. Tais condutas recebem o nome de “estratégias emergentes” e provam que a estratégia necessita de um planejamento dinâmico para se adaptar aos fatores (externos e internos) que contribuem para o sucesso da companhia (MINTZBERG et al., 2000; GEROLAMO; ESPOSTO; CARPINETTI, 2002).

A partir da análise de ambiente e do direcionamento estratégico, amplamente discutidos no planejamento estratégico, seguem as seguintes definições: quais produtos produzir e em quais mercados atuar. Em dois horizontes de tempo: atual e futuro. No horizonte atual, essa definição diz respeito ao domínio de produto *versus* mercado da organização, ou estratégias de escopo. Essa é uma dimensão que determina a essência do negócio. É importante definir claramente o escopo de produtos e serviços oferecidos e os segmentos do mercado em que são oferecidos (MINTZBERG; QUINN, 2001).

São diversas as possibilidades de segmentação: pode-se ter o foco em um segmento único ou concentrar-se em dois ou mais segmentos, oferecendo produtos e/ou serviços diferenciados para cada um.

Avaliar e escolher segmentos de mercado envolve combinar oportunidades de mercado com produtos e serviços oferecidos pela organização. Para isso, é preciso desenvolver a capacidade de medir e identificar em um mercado mais amplo grupos que sejam suficientemente homogêneos para garantir produtos ou serviços específicos e selecionar, dentre os grupos identificados, aqueles que se tornarão alvo da estratégia da organização (ENGEL, 2000).

Assim, a definição explícita de produtos e serviços a serem desenvolvidos e trabalhados *versus* mercados a serem atingidos por uma organização constitui uma das formas de relacionamento com o mercado e contribui para um melhor desempenho.

Pensando no futuro, é preciso definir como a organização irá crescer. Nesse sentido, a matriz crescimento *versus* participação, proposta por Ansoff (1957), proporciona um bom entendimento das alternativas de crescimento disponíveis para a organização. De acordo com Ansoff (1957), as alternativas de crescimento de uma organização levam em consideração dois elementos fundamentais: os produtos produzidos pela organização e os mercados que a mesma pretende atingir.

Sobre os produtos, uma organização pode optar por permanecer com os mesmos produtos que já produz. Nesse sentido, o crescimento se daria mediante a ampliação dessa produção. Outra alternativa de crescimento, ainda se tratando de produtos, seria diversificar a produção, incluindo produtos novos. Dessa forma, para crescer, a organização teria duas alternativas: ampliar a produção de seus produtos atuais ou diversificar a produção, incluindo produtos novos.

Tratando agora de mercados, as alternativas de crescimento propostas por Ansoff assemelham-se ao que foi discutido sobre produtos. Assim, uma organização teria as seguintes alternativas para crescer: continuar no mercado atualmente atendido, ampliando a comercialização dentro dele, ou buscar novos mercados. As quatro alternativas de crescimento propostas por Ansoff podem ser identificadas na FIG. 7.

A combinação das alternativas de crescimento para produtos e mercados resulta nas quatro estratégias de crescimento propostas por Ansoff, que podem ser visualizadas na FIG. 7.

	Produtos Atuais	Novos Produtos
Mercados Atuais	Penetração de Mercado	Desenvolvimento de Produto
Novos Mercados	Desenvolvimento de Mercado	Diversificação

FIGURA 7 - Matriz crescimento *versus* participação  
 Fonte: ANSOFF, 1957.

A análise da FIG. 7 permite concluir que, caso a organização opte por crescer com seu produto atual no seu mercado atual, estará desenvolvendo a estratégia de penetração de mercado. O desenvolvimento desta estratégia pressupõe que usuários atuais do produto utilizem mais dele, ou será necessário conseguir novos usuários, ou, ainda, captar usuários do concorrente.

Caso a opção da organização seja por crescer com o mesmo produto, porém em um novo mercado, a estratégia será de desenvolvimento de mercado. Nesse caso a organização irá identificar novos segmentos de mercado para os quais poderá oferecer o seu produto.

Ainda sobre a matriz de Ansoff, se a organização optar por crescer oferecendo novos produtos para o mercado em que já atua, a estratégia é de desenvolvimento de produto. Isso poderá ser feito mediante o aprimoramento dos produtos atuais, ou a ampliação da linha de produtos, ou, ainda, inovação completa do produto.

Por último, se a opção da organização for por oferecer novos produtos a novos mercados, a estratégia desenvolvida é a de diversificação, considerada a mais arriscada das quatro, uma

vez que se trata de utilizar produtos e de atuar em mercados com os quais a organização não possui experiência.

A definição das estratégias de crescimento da organização, ou da forma como a organização pretende desenvolver a sua ampliação no mercado, também contribui para um melhor desempenho.

A partir das discussões desenvolvidas até o presente momento, pode-se concluir que o ambiente externo, ou mercado, e as relações que a organização estabelece com ele, direcionam as condutas estratégicas adotadas e, portanto, influenciam seu desempenho. Nas relações que a organização estabelece com o mercado, são considerados importantes: o monitoramento do ambiente externo, uma vez que possibilita o seu reconhecimento, fornecendo informações importantes sobre o processo de elaboração das condutas estratégicas; a identificação e o alcance de posições favoráveis no mercado, por meio das suas condutas estratégicas e de planejamento; a definição explícita do domínio de produto *versus* mercado a ser atingido pela organização; e a definição de suas estratégias de crescimento.

### 2.2.2 Condutas estratégicas e o exame da organização interna

Outra abordagem coloca o foco nos recursos internos da organização. De acordo com a teoria baseada em recursos, o desempenho superior de uma organização pode ser explicado pela forma como a mesma utiliza seus recursos e relacionamentos (RUMELT, 1984). As empresas podem obter vantagens competitivas sustentáveis mediante a implementação de estratégias que explorem suas forças internas, respondendo às oportunidades do ambiente externo, enquanto neutraliza ameaças externas, evitando fraquezas internas (BARNEY, 1991).

Entende-se por vantagem competitiva sustentável na abordagem da teoria baseada em recursos as estratégias implementadas por uma organização que dificilmente possam ser imitadas por seus concorrentes. Dessa forma, o fato de uma vantagem competitiva ser sustentável depende da capacidade de duplicação da estratégia pelos concorrentes, e não do período de tempo que ela se sustenta (RUMELT, 1984; BARNEY, 1991).

Entende-se como recurso algo que está sob o controle de uma organização e que pode ser visto como uma força ou uma fraqueza dela. Como recursos podem ser considerados todos os ativos, capacidades, processos, pessoas, atributos, informação e conhecimento controlados pela organização. Os recursos, nessa abordagem, podem ser classificados em: físicos, humanos, organizacionais, tecnológicos (WERNERFELT, 1984; BARNEY, 1991; HOSKISSON et al., 2009). São considerados exemplos de recursos físicos: equipamentos, localização geográfica e estoques de uma organização. Os recursos humanos incluem o conhecimento, a capacitação e a experiência dos colaboradores. Como recursos organizacionais, entende-se o modelo de gestão, a estrutura administrativa, o planejamento e os sistemas de controle.

De fato, segundo o processo de planejamento estratégico (FIG. 4), antes de partir para a formulação da direção estratégica é preciso desenvolver a análise do ambiente externo e a análise do ambiente interno. Reconhecer o ambiente externo e ter consciência dos recursos disponíveis no ambiente interno é fundamental para o processo de elaboração de estratégias.

Supondo que as empresas que competem em determinado segmento possuem exatamente os mesmos recursos internos, considerando físicos, humanos e organizacionais, existe grande chance de todas conseguirem implementar a mesma estratégia. No entanto, essa é uma situação hipotética, pois dificilmente as empresas de determinado setor irão possuir exatamente os mesmos recursos internos. Nesse sentido, buscar a diferenciação de recursos internos pode facilitar a elaboração e implementação de vantagens competitivas sustentáveis. Então, esses recursos, para constituírem vantagem competitiva sustentável, precisam ser valiosos e raros, e difíceis de imitar e de substituir (BARNEY; CLARK, 2007).

A cultura organizacional pode ser entendida como um exemplo de fonte de vantagem competitiva sustentável, já que é constituída por valores e crenças que definem uma personalidade única para o negócio. A cultura é um dos atributos que diferencia uma organização da outra. Dificilmente se veem duas iguais. Ser vista com confiança pelos parceiros com os quais desenvolve relacionamentos também pode ser uma fonte de vantagem competitiva para a organização, uma vez que se trata da reputação da organização, assim como os recursos humanos que contrata, mantém e desenvolve, e os sistemas de tecnologia de informação que utilizam, que também diferenciam a organização (BARNEY; CLARK, 2007).

Na análise do ambiente interno, a visão baseada nos recursos (RBV) concentra esforços no modo como os recursos e as capacidades da empresa são gradualmente criados mediante um processo causal e acumulativo.

De acordo com a teoria baseada em recursos, as organizações que exploram e desenvolvem seus recursos e capacidades, de forma diferenciada, na definição e implementação de estratégias, visando à busca de construção de vantagem competitiva sustentável, possuem grande chance de obter um desempenho superior.

### 2.2.3 Dois lados da mesma moeda: conteúdo e processo

Conforme discutido no capítulo anterior, as condutas estratégicas são fruto da análise do contexto competitivo (ambiente externo) e dos recursos da organização (ambiente interno). Além da relação com os ambientes externo e interno, a estratégia de uma organização é influenciada pelo seu gestor, por meio da interpretação desses ambientes, impregnada de valores pessoais e da forma como as análises são conduzidas e as decisões são tomadas.

Muitos autores dividem o estudo das condutas estratégicas em: aspectos relacionados ao conteúdo e aspectos relacionados a processo (COLTMAN et al., 2005; SUMMER et al., 1990; ANDREWS et al., 2009). A pesquisa sobre conteúdo diz respeito à substância da decisão estratégica, ou melhor, ao “que” está sendo decidido. Já a pesquisa sobre processo preocupa-se com a forma como essas decisões são tomadas, ou seja, com o “como”, incluindo os sistemas administrativos que suportam essas decisões. De fato, as atividades decisórias, relacionadas a conteúdo, e as atividades executivas, relacionadas ao processo, devem ser contempladas na análise da gestão estratégica de uma organização. A seguir, serão discutidos esses dois lados de uma mesma moeda.

#### 2.2.3.1 *Conteúdo*

O conteúdo da estratégia pode ser compreendido a partir da forma como a organização interage com seu ambiente e os caminhos que escolhe seguir para melhorar o seu desempenho (ANDREWS et al., 2009). Normalmente, esses caminhos configuram um padrão de condutas

estratégicas que possuem o mesmo sentido ou a mesma direção. Esse sentido, ou essa direção, é que é investigado na pesquisa de conteúdo da estratégia.

De acordo com Porter (1985), existem três alternativas estratégicas que podem ser utilizadas pelas organizações para atingir uma vantagem competitiva sobre os concorrentes e, com isso, obter retornos superiores. A primeira, chamada “liderança em custo”, foca a eficiência na produção, e por isso pressupõe uma produção em larga escala. A estratégia de diferenciação significa altos investimentos em tecnologia, pesquisa e desenvolvimento, com o objetivo de criar uma oferta diferenciada da concorrência. A opção pela estratégia de foco faz com que a empresa escolha um alvo restrito, especializando-se em atender segmentos ou nichos específicos. Isso pode ser feito utilizando-se a liderança em custos, para um mercado específico, ou a diferenciação, também para um mercado específico, considerando-se a estratégia de enfoque. O Quadro 1 apresenta as estratégias genéricas propostas por Michael Porter.

Abrangência da competição	Vantagem competitiva	
	Menor Custo	Diferenciação
Alvo amplo	Liderança em Custos	Diferenciação
Alvo limitado	Enfoque nos Custos	Diferenciação focalizada

QUADRO 1 - Estratégias genéricas de Michael Porter  
Fonte: Adaptado de PORTER, 1985.

Ensina Porter (1992, p. 10): “As estratégias de liderança no custo e de diferenciação buscam a vantagem competitiva em um limite amplo de segmentos industriais, enquanto a estratégia do enfoque visa a uma vantagem de custo (enfoque no custo) ou uma diferenciação (enfoque na diferenciação) num segmento estreito”.

A definição de uma alternativa estratégica por uma organização significa uma escolha deliberada de um conjunto diferenciado de atividades, em relação aos concorrentes, para a entrega de um produto ou serviço de valor único, o que implicará um posicionamento estratégico diferenciado (PORTER, 1996).

Outra abordagem, desenvolvida por Treacy e Wierseman (1995), trata das disciplinas de valor, que também podem ser entendidas como opções estratégicas. As disciplinas de valor

são: excelência operacional (operações excelentes, qualidade razoável, menor preço), liderança em produtos (inovação e desenvolvimento – oferta do melhor produto) e intimidade com o cliente (cultivar relacionamentos, oferecer a melhor solução para o cliente). O Quadro 2 descreve o comportamento estratégico associado às disciplinas de valor.

Disciplina de Valor	Comportamento Estratégico	Proposta de Valor
Excelência operacional	Empresas operacionalmente excelentes, produtos médios em relação ao mercado, melhor preço, mínimo de conveniência	Menor preço
Liderança em produtos	Empresas inovadoras, que possuem acesso a pesquisas de ponta	Melhor produto
Intimidade com o cliente	Empresas que cultivam o relacionamento com seus clientes	Melhor solução para o cliente

QUADRO 2 - Tipologia de Treacy e Wierseman

Fonte: Adaptado de TREACY, WIERSEMAN, 1995, p. 65, 104.

O modelo das disciplinas de valor é bem semelhante ao modelo das estratégias genéricas de Porter. No entanto, existe uma diferença: de acordo com o modelo das disciplinas de valor, apesar de a organização optar por uma das disciplinas, as outras duas não podem ser negligenciadas. Deve-se trabalhar na sua manutenção. Já Porter, no modelo das estratégias genéricas, indica que as organizações que não fizerem a sua opção correm o risco de não conseguir construir uma posição única e, com isso, comprometer o seu retorno no longo prazo.

Uma terceira taxonomia de estratégias genéricas é fornecida por Miles e Snow (1978). Mais abrangente e com maior complexidade conceitual – o que aumenta a sua precisão –, o ponto forte dessa proposta é que ela especifica relacionamentos entre estratégia, estrutura e processos. Os autores defendem que o comportamento organizacional é influenciado pelas condições ambientais e que as escolhas estratégicas feitas pelos altos executivos determinam a estrutura e os processos organizacionais.

De acordo com o referido modelo, as organizações apresentam quatro padrões de comportamento estratégico, que resultam na proposta de quatro estratégias genéricas, ou quatro tipos estratégicos: prospectores – elevada busca de mercados e inovação em produtos e



processos; defensores – domínio estreito de produtos e mercados, com ênfase em eficiência; analíticos – híbrido entre prospector e analítico; e reativos – sem estratégia.

As quatro categorias de estratégia propostas se diferenciam pela resposta dada a três problemas que compõem o ciclo adaptativo: problema empreendedor (produto/mercado), problema de engenharia (sistemas técnicos) e problema administrativo (estrutura e processos organizacionais), conforme demonstrado na FIG. 8. De acordo com os autores, cada opção estratégica determina um processo de adaptação que, frequentemente, inicia-se pela fase empreendedora, seguida pela engenharia e pela técnica.

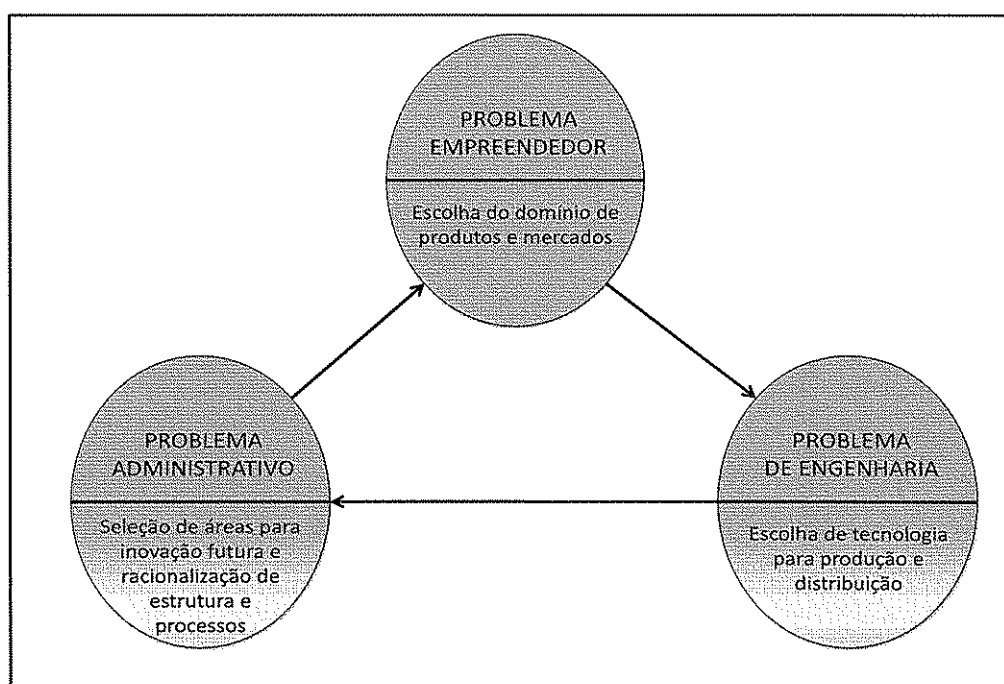


FIGURA 8 - Ciclo adaptativo  
Fonte: MILES, SNOW, 1978, p. 24.

Os três elementos do Ciclo Adaptativo proposto por Miles e Snow (1978) estão relacionados aos ambientes externo e interno da organização. O primeiro deles, chamado “Problema empreendedor”, guarda forte relação com o ambiente externo. De acordo com os autores, diz respeito ao domínio organizacional, ou seja, à definição exata dos produtos e serviços a serem oferecidos pela empresa, assim como o público-alvo, ou segmento de mercado a ser trabalhado por ela, bem como suas perspectivas de expansão e crescimento. Pode-se dizer,

então, que o problema empreendedor trata das relações que a organização estabelece com o mercado.

Os outros dois elementos, problema de engenharia e problema administrativo, estão claramente relacionados ao ambiente interno da organização. O problema de engenharia trata da elaboração de um sistema que viabilize a solução proposta no problema empreendedor. Ou seja, desenvolvimento de processos gerenciais, incluindo a seleção de tecnologia apropriada e a definição das pessoas envolvidas. Já o problema administrativo envolve a racionalização e a articulação da estrutura para apoiar os processos propostos.

Para cada um dos componentes do ciclo adaptativo foram propostos dimensões de análise e padrões de comportamento em cada tipo estratégico, conforme o Quadro 3.

Componentes do ciclo adaptativo	Dimensões	Tipos estratégicos			
		Defensiva	Prospectora	Analítica	Reativa
Problema empreendedor	Domínio de produtos e mercados	Estreito e cuidadosamente focado	Ampla e em expansão contínua	Segmentado e cuidadosamente ajustado	Irregular e transitório
	Postura de sucesso	Proeminente em seu mercado	Ativa iniciação de mudança	Seguidores cuidadosos de mudança	Investidas oportunistas e postura de adaptação
	Monitoramento ambiental	Baseado no domínio e cuidadoso/ forte monitoramento organizacional	Orientado para o mercado e ambiente/busca agressiva	Orientado para a concorrência e completo	Esporádico e dominado por tópicos específicos
	Crescimento	Penetração cuidadosa e avanços de produtividade	Desenvolvimento de produtos e mercados/diversificação	Penetração assertiva e cuidadoso desenvolvimento de produtos e mercados	Mudanças apressadas
Problema de engenharia	Objetivo tecnológico	Eficiência de custos	Flexibilidade e inovação	Sinergia tecnológica	Desenvolvimento e conclusão de projetos
	Amplitude tecnológica	Tecnologia única, focal/expertise básica	Tecnologias múltiplas/ avançando na fronteira	Tecnologias inter-relacionadas na fronteira	Aplicações tecnológicas mutáveis/fluidez
	Anteparos tecnológicos	Programas de manutenção e padronização	Habilidades de pessoal técnico/diversidade	Incrementalismo e sinergia	Habilidade de experimentar e improvisar soluções
Problema administrativo	Coalizão dominante	Finanças e produção	Marketing e P&D	Pessoal de planejamento	Solucionadores de problemas
	Planejamento	De dentro para fora/dominado por controle	Busca de problemas e oportunidades/perspectivas de programas ou campanhas	Abrangente com mudanças incrementais	Orientado por crises e desarticulado
	Estrutura	Funcional/ autoridade de linha	Por produtos e/ ou mercados	Dominada por assessores/ orientada por matriz	Autoridade formal rígida/desenho operacional solto
	Controle	Centralizado, formal e ancorado em aspectos financeiros	Desempenho no mercado/ volume de vendas	Métodos múltiplos/ cálculos de riscos cuidadosos/ contribuição de vendas	Evitar problemas/ resolver problemas remanescentes

QUADRO 3 - Dimensões do ciclo adaptativo e características dos tipos estratégicos  
 Fonte: CONANT, MOKWA, VARADARAJAN, 1990.

Dos tipos estratégicos, três são considerados formas estruturadas de organização: defensiva, analítica e prospectora. A forma reativa é considerada ausência de estratégia; ou seja, a organização apenas reage aos estímulos do mercado.

Não existe um tipo estratégico que possa ser apontado como aquele que proporciona melhor desempenho. Se houver alinhamento entre estratégia, processos e estrutura, qualquer um dos três tipos estratégicos propostos pode levar a um melhor desempenho.

Em ambientes mais dinâmicos, a proporção de empresas que adotam uma estratégia prospectora é maior. Empresas com estratégias defensivas são comumente encontradas em ambientes mais estáveis.

Os tipos estratégicos propostos por Miles e Snow (1978) também possuem relação com as estratégias genéricas propostas por Porter (1985) e com as disciplinas de valor propostas por Treacy e Wiersema (1995). Nos três casos, podem ser identificadas opções estratégicas relacionadas à eficiência operacional (liderança em custo, excelência operacional, defensivas), à inovação (diferenciação, liderança em produtos, prospectivas) e à definição da opção considerando o mercado (ênfase, intimidade com o cliente, analíticas). O Quadro 4 demonstra essas relações.

Comportamento Estratégico	Estratégias Genéricas de Michael Porter	Disciplinas de Valor de Treacy e Wiersema	Tipos Estratégicos de Miles e Snow
Eficiência operacional	Liderança em custo	Excelência operacional	Defensivas
Inovação	Diferenciação	Liderança em produtos	Prospectivas
Foco no mercado	Ênfase	Intimidade com o cliente	Analíticas

QUADRO 4 - Comparação entre as tipologias de Porter, Treacy e Wiersema, Miles e Snow

Fonte: Elaborado pela autora.

O processo de formulação estratégica envolve a análise das decisões, as consequências dessas decisões e as conexões entre decisões sucessivas ao longo do tempo. Dessa forma, a formulação estratégica pode ser entendida como o processo de tomada de decisão em relação a dilemas enfrentados pela organização (PETTIGREW, 1977).

Considerando que a organização lida com uma série de dilemas ao longo do tempo, esse processo inclui um debate sobre duas questões importantes. A primeira seria: Quais dilemas devem receber atenção organizacional, sendo alvo de uma decisão? E a segunda: Quais cursos de ação alternativos devem ser adotados para solucionar esses dilemas? A estratégia emana do processo decisório sobre quais dilemas e quais formas de solução serão selecionados para compor a estratégia empresarial (PETTIGREW, 1977).

Essas questões não necessariamente são solucionadas levando-se em consideração apenas o aspecto técnico. O caráter político também deve ser considerado na formulação de estratégias: a forma como os indivíduos mobilizam poder em torno de um dilema específico e se

comprometem com ele. As decisões sobre a formulação de novas estratégias ou a manutenção de estratégias, em maior ou menor grau, ameaçam a distribuição atual de recursos organizacionais, representados, ou simbolizados, por salários, oportunidades de promoção, controle de tarefas, pessoas, informação e novas áreas de negócios. Alguns podem ser favorecidos, outros podem ter seus interesses ameaçados. O processo político no âmbito do processo de formulação de estratégias não se ocupa apenas com o aumento ou a aquisição de poder, mas também com sua segurança e manutenção (PETTIGREW, 1977).

Diante do exposto, pode-se concluir que o conteúdo da estratégia é formado pelo conjunto de escolhas estratégicas feitas por determinada instituição. Esse conjunto de escolhas estratégicas, normalmente, possui um ponto comum, o qual está relacionado a aspectos relativos à eficiência operacional ou a aspectos relativos à diferenciação e à inovação empresarial. Esses dois pontos foram observados em todos os três modelos teóricos de conteúdo aqui analisados.

#### *2.2.3.2 Processo*

A formulação de estratégias nas organizações é um processo contínuo e intencional. O processo de formulação de estratégias deve estipular as direções gerais nas quais a empresa crescerá e se desenvolverá (ANSOFF, 1993). As escolhas estratégicas oriundas desse processo são planejadas e implementadas com o envolvimento de indivíduos, em diversos níveis organizacionais, que desenvolvem um padrão de pensar sobre o mundo, avaliar esse mundo e agir nesse mundo (PETTIGREW, 1977). Nem todas as pessoas pensam sobre estratégia do mesmo modo (WHITTINGTON, 2002).

Whittington (2002) desenvolveu um dos embasamentos teóricos mais abrangentes para tratar do processo de formulação da estratégia. Na perspectiva do autor, estratégia é algo difícil. É preciso mais do que técnicas padronizadas para concebê-la. Se houvesse real concordância sobre os princípios da estratégia corporativa, não seria tão difícil tomar decisões. Ele propõe quatro abordagens, que se diferenciam pela posição que ocupam em relação a dois vetores: busca por resultados e grau de deliberação dos processos. As quatro abordagens podem ser verificadas na FIG. 9.

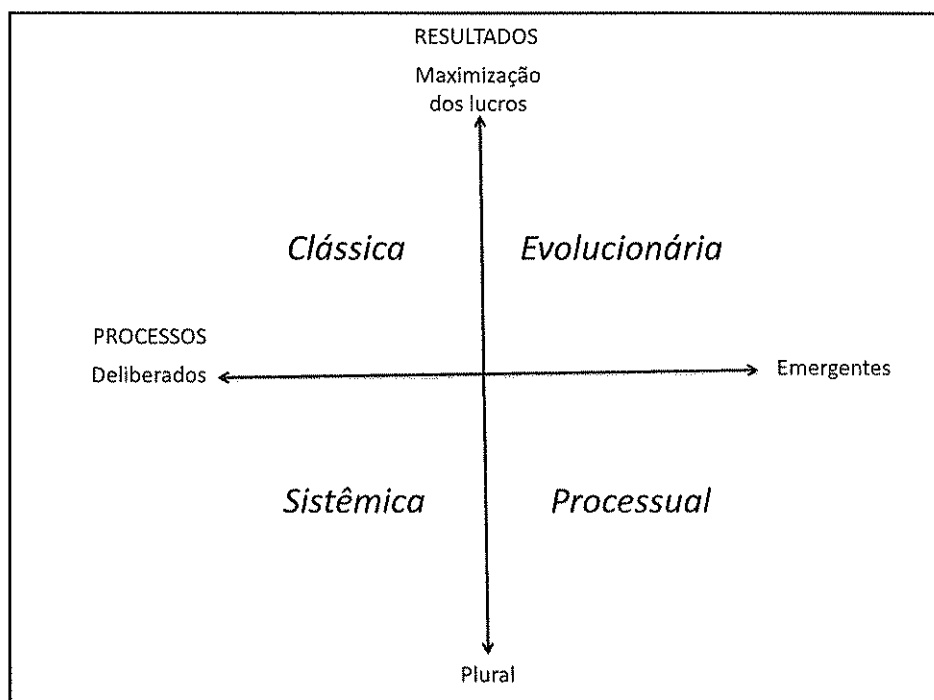


FIGURA 9 - Perspectivas genéricas sobre estratégia  
 Fonte: WHITTINGTON, 2002, p. 3.

A perspectiva clássica indica que a estratégia é o processo racional de cálculos e análises deliberadas, com o objetivo de maximizar a vantagem no longo prazo. Conta com os métodos de planejamento racional predominantes nos livros.

A perspectiva evolucionista trata o mercado como força principal, que seleciona os mais aptos a sobreviverem. A estratégia no sentido clássico de planejamento racional orientado para o futuro é irrelevante. O ambiente é complexo, e por isso as previsões não são eficazes. Tudo que os gerentes podem fazer é garantir que suas empresas se ajustem às exigências do ambiente no qual atuam. Essa perspectiva se apoia na metáfora da evolução biológica, substituindo a disciplina do mercado pela lei da selva.

Na perspectiva processualista, a estratégia emerge mais de um processo pragmático de aprendizado e comprometimento do que de uma série racional de saltos para a frente. Os processualistas enfatizam a natureza imperfeita da vida humana, percebendo a estratégia como um processo falível, tanto das organizações quanto dos mercados.

A perspectiva sistêmica concorda com a estratégia racional – ou seja, com a capacidade das organizações de desenvolver um planejamento –, mas argumenta que o estrategista,

frequentemente, se desvia do objetivo de lucro, uma vez que seu ambiente social poderá despertá-lo para outros interesses. É relativista, considerando os fins e os meios da estratégia como ligados à cultura e ao sistema social do local no qual ela se desenvolve.

Cada uma dessas abordagens tem implicações diferentes para os meios básicos que serão utilizados ao se devolver uma estratégia. No que diz respeito à inovação, por exemplo, os clássicos defenderão o desenvolvimento de um produto orientado para o mercado, os evolucionistas acreditarão que sobreviverá o mais adaptado às condições do mercado, os processualistas duvidarão da existência de planos para avanços significativos e os sistêmicos vão pensar que os profissionais da organização não dominam a pesquisa e o desenvolvimento em outras economias que não seja aquela na qual ele está inserido.

Além do grau de intencionalidade, traduzido no modelo de Whittington (2002) pelo *continuum* deliberação/emergência, devem ser verificados aspectos relacionados ao grau de racionalidade, ao grau de formalismo e ao grau de individualismo no processo de formulação de estratégias.

O conceito de racionalidade na administração foi amplamente discutido por Simon (1965) em sua obra *Comportamento Administrativo*. A questão da racionalidade limitada é central na sua discussão. Para o autor, o trabalho do administrador, ou do gestor, consiste em distribuir e influenciar decisões. Sob essa ótica, a organização é vista como um sistema de decisões, cabendo ao gestor escolher entre alternativas mais ou menos racionais. No entanto, o gestor possui um número limitado de informações e capacidade de processamento. Por isso, é impossível que o gestor conheça todas as alternativas disponíveis e suas consequências, para decidir, de fato, pela melhor opção. No entanto, são analisadas as consequências de cada uma das opções disponíveis, para eleger aquela que possa trazer o melhor resultado diante da expectativa inicial, ou meta proposta.

Nessa linha, o planejamento estratégico é caracterizado como um processo analítico, formal e lógico (FIG. 6). Inicia-se pela análise dos ambientes externo e interno para o desenvolvimento de alternativas estratégicas, cujas consequências são cuidadosamente analisadas antes que seja tomada uma decisão (ELBANNA, 2006; ANDREWS et al., 2009). Dessa forma, pode-se considerar o modelo de planejamento estratégico como um processo racional de tomada de

decisão estratégica. Como o resultado do planejamento estratégico é um plano escrito, observa-se também elevado grau de formalismo.

Já o incrementalismo lógico sugere que a formulação de estratégias é um processo político, em que os atores podem ter visões conflitantes sobre a melhor forma de atingir os objetivos organizacionais (ANDREWS et al., 2009). A forma como esses conflitos são conciliados reflete o modelo do processo de decisão estratégica da organização, com baixo grau de racionalidade em seus processos. Mintzberg e Quinn (2001) destacam que o processo de mudança de estratégias em grandes organizações raramente se parece com os modelos racionais disponíveis na literatura. Nas palavras dos autores,

[...] processos de mudança de estratégia são tipicamente fragmentados, evolucionários e intuitivos. A verdadeira estratégia evolui à medida que decisões internas e eventos externos fluem juntos para criar um novo e amplamente compartilhado consenso para as providências a serem tomadas (MINTZBERG; QUINN, 2001, p. 109).

O processo de planejamento é visto como um ritual, sem sentido próprio e com predomínio da lógica instrumental. De outro lado, estratégias emergentes podem dar a impressão de falta de direcionamento. No entanto, Mintzberg (1994) defende que somente por meio de um processo de decisão estratégica livre, informal e descentralizado é possível desenvolver a inovação em uma organização. A ideia é chegar a um modelo em que as partes se complementam, ou seja, em que o planejamento ajuda a viabilizar o pensamento.

Verificou-se, a partir da década de 1990, o crescimento de processos informais de formulação estratégica, por se mostrarem mais eficientes ao responder à instabilidade ambiental. Entre as abordagens de estratégia empresarial que se destacaram nos anos de 1990, a administração estratégica em tempo real e a definição de estratégias como processo de aprendizado devem ser evidenciadas, por possuírem características bastante diferenciadas dos processos formais. Essas abordagens trabalham a participação coletiva e a ação cotidiana como instrumentos essenciais para a elaboração da estratégia. A administração estratégica em tempo real enfatiza a importância de se utilizar a ação como base para a formulação estratégica, relacionando diretamente o pensamento e a ação estratégica. A escola do aprendizado destaca a importância do conhecimento como nova fonte de vantagem competitiva para as organizações (ROEDEL, 2005).



A discussão do grau de individualismo pode ser feita na perspectiva do poder. Verificam-se nas organizações tanto o poder formal, ou legítimo, quanto o poder informal, ou ilegítimo em suas estruturas. O poder está em todo lugar. Todas as pessoas são capazes de exercer algum tipo de poder, e em lugar nenhum, pois está tão fragmentado que fica difícil percebê-lo (FOUCAULT, 2005, 2006). Entende-se por poder legítimo, ou formal, aquele que é derivado da propriedade e do controle dos meios de produção e que é reforçado, ou legitimado, por estruturas e regras organizacionais. Essa visão funcionalista do poder pressupõe uma orientação gerencialista, em que o poder é utilizado como forma de dominação e de imposição de estratégias. O poder penetra nas estruturas organizacionais de modo a servir a alguns, mas não a todos os grupos de interesse.

Outra forma de poder é o chamado “poder ilegítimo”, ou “poder informal”. Refere-se ao poder exercido fora das estruturas hierárquicas formais. Trata-se de indivíduos ou grupos que adquirem e mantêm um poder não concedido a eles nos moldes dos formatos oficiais. Observam-se nas organizações diversos mecanismos de monitoramento das pessoas, com o objetivo de mapear ou de coibir o poder informal para a manutenção da ordem estabelecida. Na economia do poder é mais eficaz e rentável vigiar do que punir (FOUCAULT, 2005, 2006).

Uma conclusão natural seria que quanto maior o poder, maior a possibilidade de direcionamento do processo de formulação de estratégia, bem como o desenvolvimento do planejamento, de acordo com seus interesses. Essas questões levam a um elevado grau de individualismo no processo de formulação de estratégias.

Outro aspecto importante a ser considerado e que minimiza o grau de individualismo é a capacidade de trabalhar em equipe. Diante da complexidade do ambiente e da necessidade de múltiplas competências na organização, o trabalho em equipe torna-se uma condição importante, que pode minimizar os riscos de uma decisão (KATZEMBACH; SMITH, 2002).

Ainda sobre o processo de formulação de estratégias, deve se levar em conta o estilo de gerenciamento, ou seja, a forma como um gerente desempenha o que se requer da sua função. Nas palavras de Mintzberg (2001, p. 38),

uma pessoa vem para um cargo administrativo com um conjunto de valores, neste estágio de sua vida provavelmente estabelecidos, além de uma bagagem de experiência que, por outro lado, proporcionou-lhe um conjunto de habilidades ou de competências, talvez aprimoradas por treinamento e que, por outro lado, propiciaram-lhe uma base de conhecimento.

Historicamente, conteúdo e processo, na pesquisa de formulação de estratégias, foram tratados de forma separada. Não foram identificados esforços significativos de integração. No entanto, trata-se de dois lados de uma mesma moeda e, por isso, de abordagens complementares.

#### 2.2.4 Desempenho

O desempenho diz respeito ao resultado produzido pelas operações da organização. A mensuração do desempenho é uma tarefa fundamental na gestão das organizações – por meio dela obtêm-se informações importantes para avaliar, comparar e corrigir ações, a fim de buscar os resultados pretendidos (KAPLAN; NORTON, 2000; SALTERIO; WEBB, 2003). Entretanto, considerando-se a pluralidade de uma organização, trata-se de uma tarefa complexa (MARTINDEL, 1950).

Apesar de o senso comum associar o desempenho organizacional aos resultados financeiros das empresas, os principais indicadores de seu desempenho não se limitam apenas aos dados financeiros. Qualidade, satisfação dos clientes, inovação e participação de mercado são medidas que, geralmente, refletem melhor a situação econômica e as perspectivas de crescimento da empresa do que o lucro dos relatórios financeiros (ECCLES, 1991).

A insatisfação com os sistemas tradicionais de mensuração de desempenho deve-se ao fato de traduzirem uma visão mecanicista inadequada aos tempos atuais caracterizados por mudanças – novas realidades competitivas e novas estratégias demandam novas formas de mensuração do desempenho organizacional (ECCLES, 1991; KAPLAN; NORTON, 2000).

Esse desempenho, portanto, poderá ser mensurado por meio de indicadores de lucratividade e de rentabilidade, bem como via indicadores do nível de satisfação do proprietário. Esse indicador configura o círculo virtuoso proposto por Deschamps (1996, p. 6). Explica o autor:

Proprietários satisfeitos farão os investimentos necessários em termos de salários e benefícios, melhoria da produtividade e ambiente de trabalho para aumentar a satisfação dos empregados. Empregados satisfeitos trabalharão duro para fornecer os produtos e serviços que aumentam a satisfação dos clientes. Clientes satisfeitos proporcionarão lealdade, maiores vendas e lucros que, por seu turno, aumentarão a satisfação dos proprietários ainda mais... uma companhia que opera desta forma é chamada empresa de alto desempenho.

Nesse sentido, para avaliar o desempenho da organização, deverão ser utilizados indicadores financeiros e não financeiros, sendo que estes últimos serão relativos ao atendimento das demandas do mercado e aos indicadores de eficiência operacional. Além desses, uma perspectiva que não pode ser negligenciada e que constitui boa medida de desempenho em tempos de turbulência ambiental, é a perspectiva da inovação e aprendizado, que pode ser mensurada pelos colaboradores da organização (KAPLAN; NORTON, 2000).

Pesquisas demonstram que indicadores financeiros são mais adequados para avaliação do desempenho organizacional no curto prazo. Indicadores não financeiros, especialmente aqueles baseados em informações de mercado, refletem o potencial de geração de valor das organizações (ROWE; MORROW, 1999).

A proposta do Balanced Scorecard (BSC) combina esses tipos de indicadores, com o objetivo de monitorar o desempenho da organização. Esse conceito foi inicialmente concebido para mensurar o desempenho das empresas, considerando-se a geração de valor por meio dos ativos intangíveis, além dos indicadores financeiros. Quatro perspectivas são mensuradas: a financeira, que descreve resultados tangíveis da estratégia nos termos financeiros tradicionais; a do mercado, que trata da proposta de valor da organização para os seus clientes, incluindo aspectos intangíveis do atendimento às demandas do mercado; a de processos, que avalia os processos internos da organização que mais impactam a operacionalização da estratégia; e a de inovação e crescimento, que monitora capital humano, sistemas de informação e clima organizacional (KAPLAN; NORTON, 2004).

Os objetivos das quatro perspectivas estão ligados por uma relação de causa e efeito. Nesse sentido, tem-se que as metas financeiras só serão alcançadas se os clientes estiverem satisfeitos. Os clientes só ficarão satisfeitos se os processos internos forem adequadamente desenvolvidos. Os processos internos serão adequadamente desenvolvidos se houver capital

humano, sistemas de informação e clima organizacional favoráveis (KAPLAN; NORTON, 2004). A FIG. 10 representa essa relação.

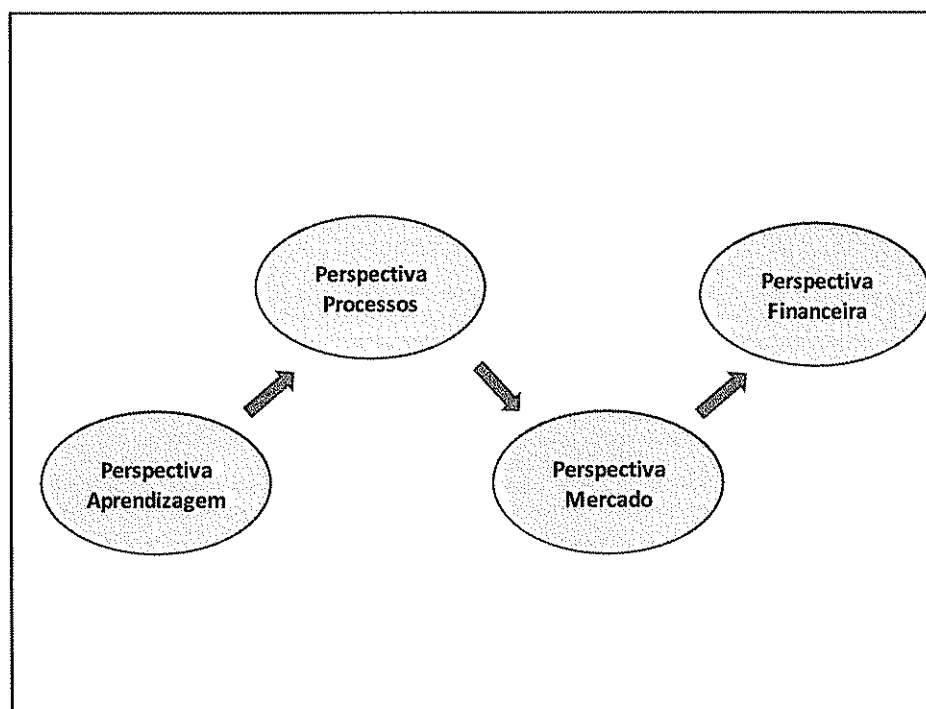


FIGURA 10 - Relação de causa e efeito das quatro perspectivas de indicadores do BSC  
Fonte: Adaptado de KAPLAN; NORTON, 2004.

Os indicadores por si só não dizem muita coisa. Eles precisam ser analisados comparativamente com outros parâmetros. Tais parâmetros podem ser a definição de metas e o desempenho dos concorrentes. Nesse sentido, a forma como os gestores percebem o desempenho de sua organização em relação aos principais concorrentes, em verdade, é a aquela como eles leem e interpretam os resultados dos indicadores. Então, pode-se considerar também a utilização da percepção como medida alternativa para a mensuração do desempenho organizacional. Estudos demonstraram correlações positivas entre medidas de desempenho organizacional percebido e medidas objetivas de desempenho organizacional (DOLLINGER; GOLDEN, 1992; POWEL, 1992). Dessa forma, considera-se desempenho superior aquele que supera o desempenho médio obtido pelos principais concorrentes (HITT et al., 2003).

### 2.2.5 Fatores críticos de sucesso para desempenho superior

Fatores críticos de sucesso são as poucas áreas de atividade nas quais resultados favoráveis são absolutamente necessários para que determinada instituição possa atingir seus objetivos estratégicos (ROCKART, 1979; GONÇALVES et al., 2002).

O termo foi inicialmente proposto por John Rockart (1979), em artigo publicado na Harvard Business Review. A motivação de Rockart era o volume crescente de informações e atividades destinadas aos altos executivos das organizações. De acordo com Rockart (1979), não existe uma definição clara sobre a necessidade de informações do principal executivo de uma organização. A gerência média, que está diretamente ligada à operação do negócio, trabalha com informações específicas da sua área de atuação. Isso não acontece com altos executivos, que acumulam uma infinidade de informações de natureza diversa para serem analisadas. O tempo é escasso diante do volume de informações acumuladas. Eventualmente, não dá tempo nem de definir o que é mais relevante.

A proposta consistia em identificar onde o executivo deveria colocar a sua atenção, uma vez que estava ficando cada vez mais complicado desempenhar o seu papel, em função da quantidade cada vez maior de dados e informações disponíveis. A ideia era identificar os fatores, ou variáveis, que possuíam o maior impacto no cumprimento das metas estabelecidas, para que ali fosse concentrada a atenção.

Cada vez mais essa questão vem se mostrando relevante. Mesmo com as melhores intenções, é fácil ser confundido pela quantidade de dados disponíveis, dada a complexidade do ambiente (FULD, 2003). É preciso ter foco na coleta de informações e considerar apenas o que for relevante, de acordo com o estabelecido pela estratégia empresarial (DRUCKER, 2000).

De outro lado, conduzir os negócios da mesma maneira de sempre, confiando na experiência anterior, não parece ser a melhor opção em um ambiente mutante. À medida que o ritmo de mudanças se acelera, as empresas não podem mais confiar em suas antigas práticas de negócios para manter a prosperidade (KOTLER, 2000). A empresa precisa de decisões bem fundamentadas, a partir de um entendimento adequado do potencial de oportunidades e de riscos de um determinado setor de negócios.

Se o principal executivo de uma organização pudesse focar o seu tempo, recurso escasso atualmente, nas coisas que são verdadeiramente importantes, certamente alcançaria melhores resultados. Por isso, é fundamental definir com parcimônia os fatores críticos de sucesso. Eles devem representar os poucos fatores considerados críticos para o bom desempenho da organização, ou seja, o menor número de coisas verdadeiramente importantes para as quais o estrategista deve concentrar a sua atenção (ROCKART, 1981).

A ideia dos fatores críticos de sucesso está alinhada com o princípio de Pareto<sup>11</sup>, o qual afirma que, para grande parte dos fenômenos, 80% das consequências ocorrem em função de 20% das causas. Tomando-se o desempenho superior como consequência, seria interessante buscar os 20% de causas responsáveis por ele. Esses 20% de causas representam exatamente a ideia de fatores críticos de sucesso, os quais devem merecer o foco da atenção do executivo.

Assim como é importante definir os objetivos da organização, é importante ter clareza a respeito da estrutura básica de variáveis (ou fatores) que poderão influenciar de modo significativo a perseguição desses objetivos, a fim de se obter os melhores resultados. Então, essas variáveis (ou fatores) precisam ser sustentadas, mantidas ou controladas, diante do impacto que geram no negócio, uma vez que constituem pressupostos essenciais para o alcance dos objetivos da organização. Para compreender os fatores críticos de sucesso, os executivos precisam afastar-se das atividades rotineiras do dia a dia e refletir sobre o que é realmente crítico para o futuro da organização (ROCKART, 2002).

A ideia de eleger o menor número de fatores vem ao encontro da proposta de racionalidade limitada de Simon (1965), discutida no item 2.3.2 deste trabalho, que destaca os limites da cognição humana. Ainda nessa linha, George Miller (1995) também defende que existe um limite claro e definitivo na quantidade de informações que as pessoas conseguem receber, processar e lembrar. Segundo o autor, esse limite está na vizinhança do número 7.

---

<sup>11</sup> O princípio de Pareto foi inicialmente discutido pelo economista italiano Vilfredo Pareto, em 1897. Ele comprovou forte relação matemática entre a proporção de pessoas e a renda recebida por esse grupo. De acordo com os estudos de Pareto, a maioria da renda e das riquezas ficava com uma minoria de pessoas, na proporção 80/20 (KOCK, Richard. O Princípio 80/20. Editora Rocco, 2000). Depois dessa discussão, o princípio foi estudado por diversos pesquisadores nos mais variados fenômenos.

Então, pode-se concluir que os fatores críticos de sucesso correspondem ao menor número de condições consideradas fundamentais que precisam ser satisfeitas para que a organização seja bem sucedida na sua área de atuação.

### **2.3 Estratégia no contexto dos hospitais**

Nesta seção introduz-se o hospital como campo de estudo na primeira parte, e discutem-se as condutas estratégicas no contexto das instituições hospitalares, na segunda.

#### **2.3.1 O hospital como campo de estudo**

O objetivo desse item é introduzir, de forma resumida, a origem dos hospitais, bem como as mudanças pelas quais passou até se transformar no hospital contemporâneo, destinado à cura e ao tratamento de doenças.

A palavra *hospital* surgiu do latim *hospitalis*, cujo significado é: “ser hospitaleiro”. Uma análise dos primórdios da história da humanidade mostra que não existia um local específico em que pessoas doentes eram aceitas para tratamento. Nos locais de acolhimento, misturavam-se pobres, doentes, órfãos e peregrinos, ou seja, todos aqueles que necessitavam de alguma espécie de cuidado, e não somente de cuidados médicos. Com o passar do tempo, o termo *hospital* passou a designar locais destinados a tratamentos médicos e o termo *hotel*, locais que recebiam pessoas não doentes (RIBEIRO, 1993; BORBA & LISBOA, 2006).

Antes do advento do cristianismo, as civilizações eram muito pouco desenvolvidas no que diz respeito à atenção à saúde, apesar de o serem em outras áreas de conhecimento. Já nessa época o cuidado com os doentes coube à religião, e as práticas médicas estavam mais associadas a magia e a superstição do que à observação e análise do paciente e da doença (BORBA & LISBOA, 2006).

Na Idade Média, o hospital adquire novos contornos com o cristianismo e uma visão mais humanitária, modificando a organização social e as responsabilidades do indivíduo:

desenvolve-se rapidamente o conceito de serviços gerais de assistência aos menos favorecidos e aos enfermos, financiados pela contribuição dos cristãos (ROSEN, 1980; RIBEIRO, 1993).

A evolução do ensino da medicina e das obras sanitárias incrementaram a fundação dos hospitais. Os árabes inovam ao introduzir o conceito de hospital-escola, ou seja, o hospital como local para aprendizado da medicina. Somente aqueles que completassem o curso e fossem aprovados em um exame feito pelos médicos mais experientes eram considerados aptos ao exercício da medicina (SANTOS, 2009). Na Europa, os hospitais eram gerenciados por religiosos, em sua maioria, e a eles não estava associada a função da cura, mas de salvação da alma (BRAGA, 2000).

Já na Idade Moderna, com a emergência da classe burguesa na Europa, foram implementadas providências no campo da higiene e da saúde pública, melhorando as condições de vida nas cidades, que passam a atrair, de forma desordenada, a população do campo, sobrecarregando os hospitais. Fica evidente a necessidade de alterar o funcionamento do hospital para atender um número maior de pessoas em menor espaço de tempo. A presença da clínica no hospital faz dele local de estudo e observação das doenças, além da formação de profissionais por meio da transmissão do saber. O hospital torna-se um local destinado a curar (BRAGA, 2000; BORBA; LISBOA, 2006).

Os hospitais passam a ser vistos como instrumentos de cura, transformando-se em locais onde os enfermos podiam se curar, e não são mais vistos como locais de abrigo e segregação dos doentes, para impedi-los de disseminar o seu mal na sociedade e salvar a sua alma. O desenvolvimento da medicina, a utilização de métodos assépticos e antissépticos, que contribuíram para a diminuição das infecções, e a introdução da anestesia, permitindo a realização de cirurgias sem dor, contribuíram para a formação de uma nova imagem do hospital. Inicia-se, então, na Idade Moderna, um processo de descentralização da atividade do hospital. Com isso, surge a necessidade de atividades complementares à atividade do médico, como auxiliares e pessoal administrativo (BORBA; LISBOA, 2006).

Na Idade Contemporânea, cresce a descentralização e aumenta a complexidade das estruturas organizacionais dos hospitais, assim como a diversidade de funções e profissionais. O desenvolvimento técnico e científico avança rapidamente, e novas tecnologias são



introduzidas nos tratamentos assistenciais. Também a sua infraestrutura sofreu alterações, retomando o conceito de hospitalidade. Sant'anna (2000, p. 13) explica essas modificações:

Em várias partes do mundo, a decoração e arquitetura hospitalar tornaram-se semelhantes àquelas de hotéis, aeroportos e *Shopping Centers*. Espaços globalizados que incorporaram a presença de jardins artificiais, pisos coloridos, quadros, salas de televisão, cabeleireiro, lanchonete, salas de espera com jornais e revistas etc.

Os hospitais hoje exercem papel fundamental na sociedade, participando de momentos importantes da vida das pessoas, como nascimento, doença e morte. Além disso, transformaram-se em instituições altamente complexas, reunindo profissionais de diversas formações e vários recursos instrumentais e tecnológicos que a pesquisa científica introduziu nos tratamentos médicos. Lima Gonçalves (1998, p. 81) comenta a evolução dos hospitais e formula a necessidade de uma gestão profissional para eles:

Os hospitais evoluíram desde pequenos grupos estruturados informalmente até as grandes e complexas organizações dos dias atuais; as modificações observadas buscaram sempre a racionalização dos esforços humanos, procurando atingir os objetivos definidos inicialmente. Para tanto, o hospital deve ser administrado segundo critérios absolutamente racionais, essencialmente baseados nos pressupostos que caracterizam a moderna administração empresarial.

Lima Gonçalves (1998, p. 81) também fala do futuro, indicando a necessidade de uma gestão estratégica:

O contexto no qual a estrutura e a tecnologia hospitalar irão se situar caracteriza-se por considerável imprevisibilidade, determinando a necessidade de implementação de processos permanentes de gestão e assistência, complementados por outros procedimentos temporários, de modo a permitir uma decisão rápida e competente em torno de mudanças que ocorrem dentro e fora da instituição.

A complexidade da estrutura hospitalar na atualidade que, como centro resolutivo, reúne diversas especialidades médicas, elevado desenvolvimento tecnológico e novas formas de cuidado do paciente, aliada às mudanças no ambiente externo dessas instituições determinam a necessidade de gestão estratégica em hospitais.

### 2.3.2 Gestão estratégica em hospitais

O hospital, apesar de suas especificidades, é uma organização como outra qualquer. Por isso, também precisa desenvolver estratégias, especialmente diante da dinâmica ambiental, que acena com mudanças importantes no setor (conforme discutido na Introdução desse trabalho), e da complexidade da organização hospitalar, que reúne atividades relacionadas a hotelaria, farmácia, lavanderia e restaurante, além da própria atividade de cuidado e assistência. Assim, o desenvolvimento de estratégias torna-se fundamental para garantir a sobrevivência dessas instituições.

A preocupação com custos e eficiência operacional nos hospitais é evidente. Os movimentos de acreditação hospitalar, com base na qualidade dos processos internos, reforçam essa ideia. Tal preocupação é importante, mas não é suficiente. Essas organizações precisam de uma estratégia norteadora que defina claramente seus objetivos, os serviços que irão oferecer e os mercados que irão atender. Isso pode contribuir, inclusive, para a melhora da sua eficiência operacional (PORTER; TEISBERG, 2006).

No entanto, o que se observa é a ausência de estratégias claras no que se refere aos hospitais. O rótulo de “centro resolutivo”, ou seja, o local onde se pode resolver todos os problemas de saúde, acompanha os hospitais gerais desde a Idade Moderna, quando passaram a ser mais organizados, até hoje. Fazer tudo para todos, atacando qualquer doença em qualquer parte ou sistema do corpo, exige manter todas as linhas de serviços, mesmo que o número de pacientes em determinada linha seja pequeno (CHRISTENSEN et al., 2009). Oferecer quase todos os serviços possíveis, com linhas excessivamente amplas, servindo a um mercado geográfico estreito, não parece ser uma estratégia planejada para garantir a sobrevivência do negócio. Porter e Teisberg (2006, p.141) comentam essa situação:

Os prestadores de serviços de saúde tendem a sofrer de três típicos problemas estratégicos. Primeiro, a gama de serviços em geral é ampla demais em termos de linhas de serviços, especialmente no caso de hospitais [...]. Segundo, dentro de cada linha de serviço, a abordagem de prestação de serviços é estreita demais, e os serviços oferecidos não são integrados. Terceiro, o foco geográfico da maioria dos prestadores de serviços de saúde é localizado demais, tanto em termos de escopo de mercado como da organização do atendimento em si.

Essa questão estratégica pode ser compreendida a partir das características políticas e produtivas específicas que dão forma à complexidade do trabalho desenvolvido por um hospital: a orientação para servir à comunidade e a influência da sua origem, que tende a fazer de tudo um pouco. Discute-se, então, a aplicabilidade de princípios gerenciais, inclusive aqueles relacionados à gestão estratégica, nessas instituições. Algumas dessas características que distinguem o hospital das demais organizações produtivas são apontadas por Rivera (1996, p. 36):

1. A imprevisibilidade da demanda e seu caráter compulsório (que a diferencia do caráter da livre escolha);
2. A diversificação e individualização do cuidado;
3. A difícil normatização do cuidado como função técnica de produção;
4. A simultaneidade entre produção e consumo, que faz do trabalho um processo interativo entre o produtor e o consumidor, que revela a importância do fator comunicacional e que atribui a cada ato uma especificidade irreduzível;
5. Os produtos não são claramente identificáveis ou precisáveis e nem são claramente traduzíveis em termos de uma relação de custo-benefício.

Dois autores latino-americanos destacam-se na discussão da gestão estratégica para instituições de saúde: Mário Testa, médico e pesquisador argentino e Carlos Matus, ex-ministro do Chile. Em ambos os trabalhos, verifica-se uma crítica ao modelo tradicional de planejamento, apontado como excessivamente normativo, com uma abordagem marcada por características prescritivas.

O trabalho de Mario Testa (1992) propõe um modo de entender os problemas da saúde como socialmente determinados, interessando-se, dessa forma, pelo comportamento dos atores sociais, com ênfase na análise das relações de poder. Testa argumenta que as práticas de saúde, enquanto práticas sociais, constituem práticas ideológicas e afetam as concepções de mundo de seus sujeitos. O autor defende que o propósito do planejamento em saúde é o da mudança social: pensar na construção de uma nova sociedade. Ele entende os problemas de saúde, inclusive no que diz respeito à organização setorial, como problemas sociais complexos, nos quais intervêm inúmeras variáveis, relacionadas de formas desconhecidas. As questões relacionadas à organização setorial representam a alocação de recursos para a atenção à saúde.

A proposta de Testa (1992) possui duas etapas: uma de diagnóstico e outra de elaboração das propostas programático-estratégicas. A etapa de diagnóstico é composta por três tipos de

diagnóstico: administrativo, formado pela análise e cálculos tradicionais em saúde (população, doenças, mortes, recursos, etc); estratégico, em que são analisadas as relações de poder no setor; e ideológico, em que são identificadas as ideologias dos grupos sociais com interesses em saúde. Após a realização desses três diagnósticos, é feita a síntese diagnóstica, que reconstrói a realizada de saúde analisada. Nas propostas tradicionais de planejamento estratégico, observa-se também uma etapa inicial de diagnóstico da situação, com vários formatos disponíveis. De fato, não existe um direcionamento específico para o levantamento de ideologias e de relações de poder. No entanto, verifica-se uma recomendação expressa no sentido de levantar todas as informações relevantes para o entendimento da situação.

A segunda etapa, das propostas programático-estratégicas, inicia na síntese diagnóstica e é pensada no longo prazo. Testa (1992) sugere três tipos de programas para serem pensados nesta etapa: programas de abertura, que visam criar viabilidade para as mudanças mediante a construção de uma base social de apoio e da negociação entre as forças sociais; programas de avanços, contendo as mudanças consideradas necessárias; e programas de consolidação, em que as mudanças propostas são consolidadas, adquirindo permanência. Também nos modelos tradicionais de planejamento observa-se a preocupação com os horizontes de curto, médio e longo prazo.

Carlos Matus (1993) buscou mecanismos para identificar pontos convergentes entre as políticas públicas e a pluralidade de atores e interesses envolvidos, desenvolvendo o planejamento estratégico situacional (PES). Seu trabalho focou a gestão pública, constituindo-se em uma ferramenta de articulação dos agentes na formulação e implementação de políticas públicas. Ao estudar os resultados do planejamento tradicional na América Latina, Matus observou que não era considerada a possibilidade de um futuro diferente do previsto pelo plano. Mas o ator que planeja não tem assegurada a sua capacidade de controlar a realidade, porque isso dependerá da ação de outros atores, que, muitas vezes, se enfrentam por possuírem objetivos conflitantes. Para o autor,

[...] planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, não deixar que nos levem e devemos tratar de ser condutores de nosso próprio futuro, trata-se de uma reflexão pela qual o administrador público não pode planejar isoladamente, esta se referindo a um processo social, no qual realiza um ato de reflexão, que deve ser coletivo, ou seja, planeja quem deve atuar como indutor do projeto (MATUS, 1993, p. 13).

A ideia básica do PES proposta por Carlos Matos consiste em desenvolver um elo entre política e gestão; ou seja, explicitar objetivos, recursos e competências, e aspectos relacionados aos agentes e aos mecanismos de articulação entre eles, assim como o cálculo de implantação de políticas públicas.

O PES de Carlos Matos é constituído por quatro momentos, que não podem ser confundidos com etapas, uma vez que não possuem início nem fim determinados. A ideia de momento indica instância, circunstância ou conjuntura. Os momentos são: explicativo, que relaciona-se com a compreensão da realidade; normativo, que corresponde ao desenho de como deve ser a realidade; estratégico, que analisa a viabilidade das propostas; e tático-operacional, que trata da implantação das propostas. Esses momentos, ou instâncias, propostos por Matos guardam relação com as propostas de planejamento tradicionais, em que também são observados aspectos relacionados à análise da realidade, à elaboração da proposta e a sua implementação.

Tanto o modelo de Testa quanto o de Matos têm como base os modelos tradicionais de planejamento. No entanto, o que se verifica nessas propostas é o rompimento com as características prescritivas, partindo do princípio de realidade socialmente construída e da preocupação com as relações sociais, especialmente no primeiro caso, e com a viabilidade política, especificamente no segundo caso.

Essa noção política e social para o planejamento estratégico em saúde justifica-se pelo fato de o setor de saúde ser estratégico na constituição de uma sociedade e, conseqüentemente, na sua estruturação política. As instituições de saúde – mais especificamente, os hospitais – cumprem importante papel na formação social, o qual não pode ser esquecido.

Nesse sentido, uma crítica importante sobre a utilização dos modelos tradicionais de planejamento em organizações hospitalares é que eles estão orientados para a redução de gastos, privilegiando os meios sobre os fins – ou seja, a eficiência em detrimento da qualidade da assistência em saúde.

A contribuição de Testa e Matos é fundamental para a compreensão do papel dessas instituições na sociedade, que não pode ser negligenciado. Ao mesmo tempo, essas instituições constituem organizações empresariais, que precisam garantir a sua sobrevivência, até para continuar prestando uma assistência de qualidade. Então a busca é por um modelo de

planejamento que viabilize economicamente o hospital, sem deixar de lado os aspectos sociais e políticos que permeiam essa instituição.

## **2.4 Modelo teórico e hipóteses**

Modelos teóricos buscam regularidades e têm por objetivo promover o entendimento de fenômenos do mundo real. A teoria só existe se for para explicar um fenômeno do mundo real de forma prática. Se teoria e prática estiverem desalinhadas, é necessário realizar uma revisão da teoria, já que seu propósito é refletir a prática. O objetivo da investigação científica é permitir o entendimento dos fenômenos, o que produz como consequência o incremento do controle desses fenômenos (HUNT, 2002).

Os modelos teóricos, no entanto, não possuem a pretensão de explicar a totalidade de um fenômeno, porque a realidade demanda uma explicação com elevado grau de complexidade, que dificilmente será integralmente capturado por um modelo teórico. Funcionam, então, para melhorar o nível de entendimento, mediante a aproximação do fenômeno estudado. Por isso, não devem ser invalidados ou menosprezados, mas compreendidos segundo sua funcionalidade.

Este trabalho busca esclarecer como se dá o processo de gestão estratégica em hospitais da rede privada de alto desempenho. Suas bases teóricas, que irão compor o modelo a ser estudado, foram discutidas no Capítulo 2 e estão aqui sumarizadas.

A análise do processo de gestão estratégica dos hospitais da rede privada de alto desempenho será feita em dois níveis: conteúdo e processo.

No que diz respeito a conteúdo da estratégia, ou ao “o que” será decidido, considerando-se as discussões entabuladas no referencial teórico, pode-se concluir que o pensamento estratégico, então, apresenta duas abordagens principais: uma voltada para o ambiente externo e outra que prioriza os aspectos internos da organização. Uma vez que estratégias são as diretrizes adotadas pelas organizações para alcançar determinados objetivos e que a definição desses objetivos também faz parte da estratégia de uma organização, fica evidente a relação entre estratégia e os ambientes externo e interno das organizações.

Sobre a relação com o ambiente externo, a partir da discussão desenvolvida até o momento, conclui-se que é preciso conhecer o contexto para saber como atuar nele, mapear e entender o comportamento de todos os atores envolvidos no processo e identificar e monitorar as relações das organizações com as variáveis incontroláveis do ambiente externo.

Sobre a relação com o ambiente interno, verifica-se que, para definir diretrizes e objetivos para a organização, é importante conhecer essa organização, especialmente os aspectos relacionados a seus recursos, seus processos e seu modelo de gestão.

Ainda sobre conteúdo, no que diz respeito às alternativas estratégicas, a base das três propostas apresentadas – estratégias genéricas, de Porter; disciplinas de valor, de Treacy e Wiersema; e tipologia estratégica, de Miles e Snow – é a relação: inovação *versus* eficiência em custos. Essa parece ser a grande decisão de conteúdo da estratégia: buscar a eficiência de processos com redução de custo e ganhos em escala ou buscar a inovação com elevados investimentos em tecnologia e ganhos em diferenciação?

Tratando-se de processos de formulação da estratégia, verificou-se que as escolhas estratégicas são planejadas por indivíduos que possuem um padrão próprio de pensar sobre a estratégia, envolvendo aspectos relacionados ao grau de intencionalidade, ao grau de racionalidade, ao grau de formalismo e ao grau de individualismo desses indivíduos, com implicações diferentes para o desenvolvimento da estratégia.

O modelo proposto para este trabalho, então, tem por objetivo proporcionar uma visão do processo de gestão estratégica e sua relação com três perspectivas: conteúdo, processo e desempenho. Ou, uma visão da estratégia a partir dessas três perspectivas e suas relações, destacando-se as seguintes bases teóricas: para conteúdo, a proposta de Miles e Snow (1978) e os três problemas atualizados; para processo, as perspectivas de Whittington (2002); e para desempenho, o BSC de Kaplan e Norton (2000).

Considerando-se que fatores críticos de sucesso compreendem o menor número de condições consideradas fundamentais que precisam ser satisfeitas para que a organização seja bem sucedida na sua área de atuação, espera-se que as práticas associadas à gestão estratégica que exerçam maior influência no desempenho da organização estejam relacionadas aos fatores

críticos de sucesso.

De acordo com DiMaggio e Powell (1991), conforme mencionado na Introdução deste trabalho, entende-se por campo organizacional aquelas organizações que, em conjunto, constituem uma área reconhecida da vida institucional e que produzem serviços e produtos similares. Os autores defendem que, ao constituírem um campo organizacional concreto, forças poderosas emergem, levando as organizações constituintes a se tornarem mais similares umas às outras. Eles discutem essa questão na perspectiva de um paradoxo: atores racionais tornam suas organizações cada vez mais similares à medida que tentam transformá-las.

Retomando a questão de pesquisa proposta no início desse trabalho – *Quais são as condutas estratégicas (conteúdo e processo) dos dirigentes que explicam significativamente o desempenho superior (um estudo na ANAHP)?* –, espera-se respondê-la buscando as condutas estratégicas adotadas pelos hospitais associados à ANAHP que estejam mais relacionadas ao desempenho dessas instituições e que, por isso, possam ser consideradas fatores críticos de sucesso na gestão estratégica de hospitais, uma vez que as instituições pesquisadas possuem, reconhecidamente, desempenho superior.

Hipóteses são respostas provisórias à questão proposta, formuladas a partir do marco teórico. Ou seja, a partir das discussões do marco teórico, quais são as respostas que se espera encontrar? O Quadro 5 mostra as hipóteses propostas para este estudo, bem como as teorias principais que as suportam.



Hipótese	Teorias relacionadas
H1 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP em suas relações com o mercado influencia significativamente seus processos internos.	ECD (BAIN, 1959; SCHERER; ROSS, 1990; FERGUNSON; FERGUNSON, 1994) Ciclo Adaptativo (MILES; SNOW, 1978)
H2 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP em suas relações com o mercado tem relação significativa com desempenho superior.	ECD (BAIN, 1959; SCHERER; ROSS, 1990; FERGUNSON; FERGUNSON, 1994) Ciclo Adaptativo (MILES; SNOW, 1978)
H3 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP na definição de processos internos influencia significativamente seu modelo de gestão.	RBV (RUMELT, 1984; WERNERFELT, 1984; BARNEY, 1991; BARNEY; CLARK, 2007) Ciclo Adaptativo (MILES; SNOW, 1978)
H4 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP na definição de processos internos tem relação significativa com desempenho superior.	RBV (RUMELT, 1984; WERNERFELT, 1984; BARNEY, 1991; BARNEY; CLARK, 2007) Ciclo Adaptativo (MILES; SNOW, 1978)
H5 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP nas definições estratégicas relacionadas ao modelo de gestão tem relação significativa com desempenho superior.	RBV (RUMELT, 1984; WERNERFELT, 1984; BARNEY, 1991; BARNEY; CLARK, 2007) Ciclo Adaptativo (MILES; SNOW, 1978)
H6 – O grau de racionalidade do gestor tem relação significativa com desempenho superior.	Racionalidade limitada (SIMON, 1965) Planejamento estratégico (FLEISHER, BENSOUSSAN, 2003; ELBANNA, 2006; ANDREWS et al., 2009)
H7 – O grau de intencionalidade do gestor tem relação significativa com desempenho superior.	Perspectivas genéricas sobre estratégia (WHINTTINGTON, 2002)
H8 – O grau de formalismo do gestor tem relação significativa com desempenho superior.	Definição de estratégias como processo de aprendizado (MINTZBERG; QUINN, 2001; ROEDEL, 2005)
H9 – O grau de individualismo do gestor tem relação significativa com desempenho superior.	Poder (FOUCAULT, 2005, 2006) Trabalho em equipe (KATZEMBACH; SMITH, 2002)

QUADRO 5 - Hipóteses e teorias relacionadas

Fonte: Elaborado pela autora.

A FIG. 11 apresenta o modelo teórico proposto para este trabalho com as hipóteses.

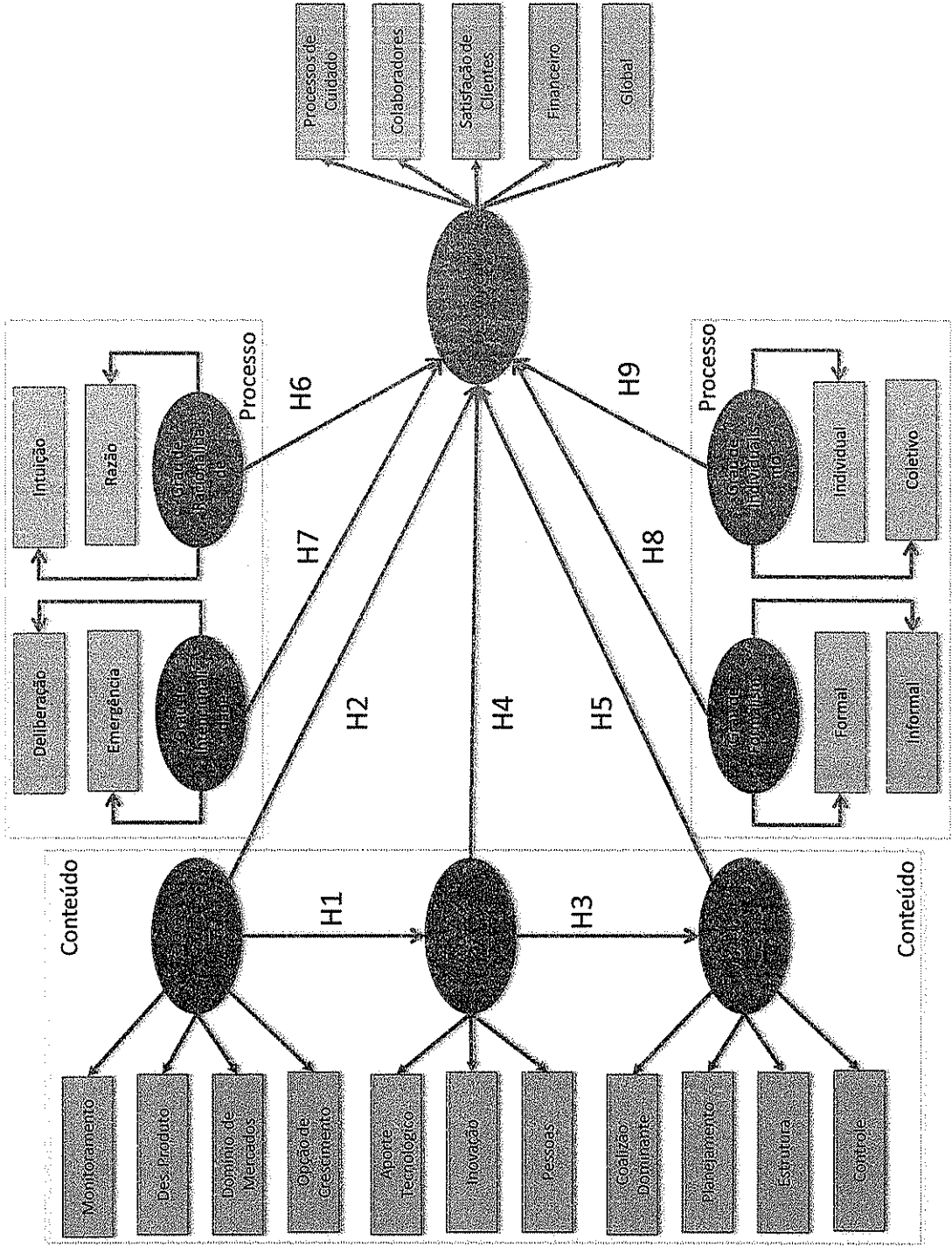


FIGURA 11 - Modelo teórico com hipóteses  
 Fonte: Elaborada pela autora.

### 3 METODOLOGIA

Esta seção apresenta o percurso metodológico utilizado para o levantamento de dados. Compreende: tipo de pesquisa; definições de abordagem, universo e amostra; construção de instrumento de coleta de dados (roteiro e questionário); procedimentos de campo; e projeto de análise dos dados.

#### 3.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa é de caráter descritivo, uma vez que busca descrever o comportamento de determinado setor (hospitais privados) em relação às variáveis pesquisadas: conteúdo da estratégia, processo da estratégia e desempenho organizacional.

Esta investigação teve por objetivo identificar aspectos da gestão estratégica no contexto hospitalar, especificamente em instituições privadas. Para isso, foram considerados apenas os hospitais gerais, porque nestas instituições é encontrada a maior diversidade possível em termos de especialidades médicas. Isso faz com que a sua operação seja muito mais complexa do que a de hospitais voltados especificamente para certos tipos de especialidades, tais como oncologia, psiquiatria, cardiologia e obstetrícia (MURRAY; VANALLE, 2002).

A opção pela concentração da investigação no setor privado deu-se em função de este setor trabalhar a estratégia de uma forma mais intensa, uma vez que precisa captar recursos para sua sustentabilidade, diferentemente do setor público, cujo foco está mais na melhoria da operação, buscando compatibilizar demanda *versus* oferta, do que na estratégia propriamente dita, uma vez que recebe recursos do governo e, portanto, não precisam preocupar-se em captá-los.

Considerando-se que a ideia é buscar identificar práticas de gestão estratégica que estejam relacionadas a um desempenho organizacional superior, buscou-se também analisar apenas hospitais que tenham apresentado crescimento ao longo dos últimos cinco anos.

Nesse contexto, destaca-se a ANAHP, conforme mencionado na Introdução, como entidade representativa do segmento de hospitais privados. A ANAHP reúne 40 hospitais privados presentes em dez estados brasileiros e no Distrito Federal. No início de 2010, a ANAHP representava 6%<sup>12</sup> do total de leitos privados, que não atendem ao SUS, existentes no Brasil. Os hospitais da ANAHP respondem por cerca de 9%<sup>13</sup> do total de internações do setor de saúde suplementar do Brasil. A relação dos hospitais associados à ANAHP pode ser verificada no Anexo 1.

O desempenho superior dos hospitais da ANAHP pode ser verificado a partir de alguns indicadores de processos e desempenho financeiro. Aliás, os hospitais associados à ANAHP representam 23% dos hospitais que possuem certificado de acreditação ONA no Brasil. No que diz respeito à acreditação internacional, 70% dos hospitais brasileiros que possuem acreditação internacional são associados à ANAHP. O número de creditações em instituições hospitalares pode ser verificado na TAB. 3.

TABELA 3  
Número de creditações em instituições hospitalares (abril 2010)

TIPO DE ACREDITAÇÃO	ANAHP	BRASIL	% ANAHP
NACIONAL	30	131	23
ONA	30	131	23
Acreditado (ONA I)	3	35	9
Acreditado Pleno (ONA II)	7	53	13
Acreditado com Excelência (ONA III)	20	43	47
INTERNACIONAL	14	20	70
Accreditation Canada	6	6	100
Joint Commission International - JCI	7	12	58
NIAHO	1	2	50

Fonte: ANAHP – Pesquisa com Hospitais Associados, 2010; ONA em [www.ona.org.br](http://www.ona.org.br); Accreditation Canada em [www.iqg.com.br](http://www.iqg.com.br); JCI em [www.cbacred.org.br](http://www.cbacred.org.br); e NIAHO em [www.dnv.com.br](http://www.dnv.com.br).

<sup>12</sup> Fonte: ANAHP – Pesquisa com Hospitais Associados, 2010.

<sup>13</sup> Fonte: ANAHP – Pesquisa com Hospitais Associados, 2010.

Outro aspecto a ser considerado na avaliação do desempenho organizacional dos hospitais associados à ANAHP é o desempenho financeiro, que vem crescendo nos últimos cinco anos, apesar dos problemas enfrentados pela economia brasileira em 2009, que culminaram com queda de 0,2% do Produto Interno Bruto (PIB), como mostra a TAB. 4.

TABELA 4  
Evolução da receita global dos hospitais da ANAHP

ANO	RECEITA TOTAL (em R\$ milhões)	N (amostra)	RECEITA MÉDIA POR HOSPITAL (em R\$ milhões)	VARIAÇÃO %
2005	4.461,1	34	131,2	
2006	5.180,9	33	157,0	19,66
2007	5.195,1	33	157,4	0,25
2008	5.979,3	34	175,9	11,75
2009	6.473,7	32	202,3	15,01

Fonte: Observatório ANAHP – Edição 02/2010.

Outro indicador importante do desempenho financeiro das organizações é o EBITDA<sup>14</sup>, que demonstra a capacidade de geração de caixa a partir de sua atividade operacional. No caso dos hospitais associados à ANAHP, este indicador é particularmente importante, uma vez que a entidade congrega vários hospitais sem fins lucrativos, que não podem, devido à legislação, distribuir seus resultados. Portanto, o conceito de retorno sobre investimento tem pouco sentido. Para organizações sem fins lucrativos, a geração de caixa é o principal foco sob o ponto de vista econômico-financeiro. A média de margem EBITDA referente aos últimos cinco anos dos hospitais associados à ANAHP pode ser analisada no GRÁFICO 1.

<sup>14</sup> EBITDA é a sigla em inglês para: “earnings before interest, taxes, depreciation and amortization”. Esta mesma sigla, em português, é LAJIDA, ou: lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização. A forma em inglês é mais difundida e utilizada nas organizações.

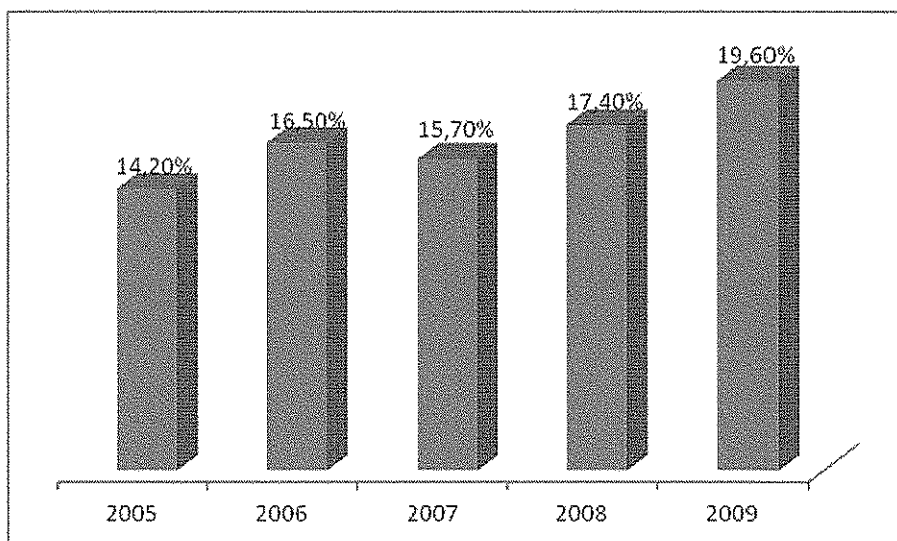


GRÁFICO 1 - Média da margem EBITDA dos hospitais associados à ANAHP  
Fonte: Observatório ANAHP – Edição 02/2010.

Esses indicadores ratificam o bom desempenho organizacional dos hospitais associados à ANAHP. Por isso, justificam, sua escolha como objeto desta investigação.

Considerando-se a robustez do tema e a profundidade da investigação, optou-se por trabalhar com a triangulação de métodos, ou seja, o uso de duas ou mais técnicas diferentes, conduzidas de forma complementar, para uma mesma questão de pesquisa. Nesse sentido, foram utilizadas duas abordagens: qualitativa e quantitativa.

A abordagem qualitativa teve por objetivo principal identificar, dentre as práticas de gestão estratégica, aquelas consideradas mais importantes, ou seja, os fatores críticos de sucesso.

A abordagem quantitativa fez-se necessária, uma vez que uma das características mais significativas da pesquisa descritiva é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 1995). Nessa etapa, foi priorizada a abrangência em detrimento da profundidade. O objetivo dessa abordagem foi identificar, da forma mais ampla possível, as práticas de gestão estratégica desenvolvidas pelos gestores dos hospitais associados à ANAHP, assim como sua relação com o desempenho organizacional. O Quadro 6 resume as técnicas de pesquisa utilizadas em cada uma das abordagens, assim como seus respectivos objetivos.

Abordagem	Técnica	Unidade de pesquisa	Objetivos
Qualitativa	Entrevista qualitativa	Diretor da ANAHP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar e analisar o ambiente competitivo no qual os hospitais associados à ANAHP estão inseridos.</li> </ul>
Qualitativa	Entrevista qualitativa	Diretores-superintendentes dos Hospitais associados à ANAHP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar e analisar o impacto das condutas estratégicas no desempenho dos hospitais da ANAHP, buscando aquelas que possuem maior relação com desempenho superior (FCS).</li> </ul>
Qualitativa	Grupo de foco	Diretores-superintendentes dos Hospitais associados à ANAHP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir e ratificar os fatores críticos de sucesso apurados nas entrevistas em profundidade.</li> <li>• Verificar a refutabilidade do conjunto de hipóteses relacionais do modelo estrutural de representação entre conteúdo, processo e desempenho superior.</li> </ul>
Quantitativa	Survey	Responsáveis pela formulação da estratégia no hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar e analisar as condutas estratégicas adotadas pelos hospitais da ANAHP;</li> <li>• Identificar e analisar o impacto das condutas estratégicas no desempenho dos hospitais da ANAHP, buscando aquelas que possuem maior relação com desempenho superior (FCS).</li> <li>• Verificar a refutabilidade do conjunto de hipóteses relacionais do modelo estrutural de representação entre conteúdo, processo e desempenho superior.</li> </ul>

QUADRO 6 - Síntese do percurso metodológico  
 Fonte: Elaborado pela autora.

### 3.2 Projeto de campo

#### 3.2.1 Abordagem qualitativa

Foram conduzidos três estudos utilizando-se a abordagem qualitativa, conforme detalhado no Quadro 2. A seguir descrevem-se os procedimentos metodológicos utilizados em cada um desses estudos.

### *3.2.1.1 Entrevista qualitativa – Diretoria da ANAHP*

Com o objetivo de compreender o funcionamento do setor, dando ênfase ao ambiente de negócios no qual os hospitais associados à ANAHP estão inseridos, foi conduzida uma entrevista qualitativa com o diretor-executivo da ANAHP. Considerando-se que a ANAHP é a entidade mais representativa do setor, julgou-se pertinente buscar informações sobre o funcionamento desse setor com sua Diretoria.

A opção por esse método deu-se em função da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o ambiente de negócio. A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas em ciências sociais, pois permite obter informações acerca do que as pessoas sabem, e de suas explicações, ou razões, a respeito das coisas precedentes (GIL, 1995).

Utilizou-se o método da entrevista semiestruturada, ou entrevista baseada em roteiro. Este método, apesar de possuir um roteiro de perguntas, permite ao entrevistador usar de flexibilidade para alterar a ordenação e para formular novas perguntas (GODOI; MATTOS, 2006). Isso facilita o aprofundamento de assuntos que forem surgindo ao longo da entrevista. O roteiro inicial utilizado para essa entrevista encontra-se no Apêndice 1.

A entrevista foi pessoal e individual, realizada na sede da ANAHP, em São Paulo, e conduzida pela autora deste trabalho.

Na abertura da entrevista, foram informados seus objetivos, esclarecidos aspectos relacionados ao sigilo dos dados e solicitada permissão para gravação. Em seu decorrer, foram inseridas questões que não estavam inicialmente previstas, com o objetivo de aprofundar determinadas temáticas consideradas relevantes para os propósitos da entrevista que surgiram ao longo da conversa.

### *3.2.1.2 Entrevistas qualitativas – Diretores dos hospitais associados à ANAHP*

A realização de entrevistas qualitativas com os principais executivos dos hospitais associados à ANAHP deu-se em função da necessidade de identificar fatores críticos de sucesso para o bom desempenho das referidas organizações.



O processo de seleção dos entrevistados foi norteado pela seguinte premissa: o entrevistado deve ocupar o cargo de diretor-geral (ou equivalente) de um dos hospitais associados à ANAHP. Isso porque ele precisa estar qualificado para prestar as informações sobre fatores críticos de sucesso em hospitais de bom desempenho. Nesse sentido, foi tentado um contato com os diretores de todos os hospitais associados à ANAHP, visando ao agendamento de uma entrevista pessoal. Conseguiu-se agendar 10 entrevistas com 10 diretores gerais de 10 hospitais associados à ANAHP, o que corresponde a 25% dos hospitais associados à ANAHP.

Na condução dessa investigação utilizou-se a metodologia proposta por Rockart (2002) para a identificação dos fatores críticos de sucesso. Essa metodologia está estruturada em três etapas.

A primeira etapa teve por objetivo apresentar o conceito de fatores críticos de sucesso e explicar o funcionamento do estudo. No modelo original de Rockart (2002), esta etapa é desenvolvida com base em um workshop com os participantes do estudo. Nesse caso, optou-se por desenvolver um material sobre o conceito de fatores críticos de sucesso, o qual foi encaminhado ao entrevistado dois dias antes da realização da entrevista. A opção por esse procedimento deu-se em função da dificuldade de reunir os participantes do estudo em um workshop, considerando que trata-se exclusivamente dos diretores-superintendentes dos hospitais.

A segunda etapa consistiu na realização das entrevistas pessoais e individuais com os diretores dos hospitais. De acordo com a proposta de Rockart (2002), essas entrevistas devem gerar uma relação de fatores críticos de sucesso.

As entrevistas foram realizadas nas sedes dos hospitais e conduzidas pela autora deste trabalho. Elas iniciaram com a explicação dos objetivos, a prestação de esclarecimentos sobre o anonimato e a solicitação de permissão para gravação. Na sequência, procurou-se verificar se o entrevistado havia lido o material encaminhado sobre conceito de fatores críticos de sucesso. Em todas as 10 entrevistas constatou-se que o entrevistado havia se preparado com a leitura do material. Dois entrevistados, inclusive, haviam preparado uma relação de fatores críticos de sucesso.

Nessas entrevistas, além das questões específicas sobre fatores críticos de sucesso, foram colocadas questões que motivassem os entrevistados a falar sobre aspectos relacionados aos construtos do modelo teórico deste trabalho. Dessa forma, trabalhou-se também com o modelo de entrevista semiestruturada. O roteiro inicial proposto para a realização dessas entrevistas está no Apêndice 2.

A terceira etapa da metodologia proposta por Rockart (2002) prevê a realização de um grupo de foco, no qual foi discutida e validada a relação de fatores críticos de sucesso gerada nas entrevistas. O detalhamento desta etapa encontra-se no item a seguir.

#### *3.2.1.3 Grupo de foco*

Foi realizado um grupo de foco com diretores de hospitais associados à ANAHP, para validar a relação de fatores críticos de sucesso gerada pelas entrevistas qualitativas, conforme metodologia proposta por Rockart (2002). O grupo de foco é um tipo de entrevista qualitativa realizada em grupo, que cria condições ambientais de manifestação mais espontânea dos participantes (OLIVEIRA; FREITAS, 2006).

A seleção dos participantes desse grupo de foco deu-se em função da conveniência. Como os hospitais associados à ANAHP estão em todo o País, conciliou-se a agenda do grupo de foco com a agenda de uma reunião do Conselho da ANAHP, do qual fazem parte os diretores dos hospitais associados. Participaram do grupo de foco 8 diretores de 8 hospitais associados à ANAHP.

O grupo de foco foi mediado pela autora desse trabalho. As atividades desenvolveram da seguinte forma: inicialmente, foram apresentados os objetivos do encontro, prestados esclarecimentos sobre anonimato e solicitada permissão para gravação.

Na sequência, apresentou-se a relação dos fatores críticos de sucesso levantados nas entrevistas qualitativas desenvolvidas com os diretores de hospital. Seguiu-se uma discussão não estruturada, com objetivo de validar os resultados.

### 3.2.2 Abordagem quantitativa – Survey

Na abordagem quantitativa, optou-se por trabalhar com dados primários, de modo a atingir maior consistência empírica/teórica do modelo. Para isso, foi desenvolvido um *survey*, cujos dados foram coletados de forma estruturada, a partir de um questionário não disfarçado, com utilização de corte transversal. Ou seja, os elementos foram medidos uma única vez no tempo, visando atender a um objetivo específico.

Os objetivos principais desse levantamento foram: identificar onde está a ênfase do conteúdo da estratégia (inovação *versus* eficiência); identificar o processo de formulação da estratégia; identificar como percebem o desempenho em relação aos concorrentes; e encontrar o conjunto parcimonioso de dados que explicam o desempenho superior (Quadro 5).

#### 3.2.2.1 Caracterização da amostra quantitativa

O universo, ou população, de pesquisa é formado pelos gestores responsáveis pela formulação de estratégias nos hospitais privados do Brasil associados à ANAHP e em atividade no ano 2010. Para fins de definição do universo, considerou-se que esses gestores fossem os responsáveis pela formulação da estratégia nas seguintes áreas do hospital: Pessoas, Processos, Mercado, Finanças e Geral. A definição dessas áreas foi feita com base nas quatro perspectivas do BSC, com o objetivo de ampliar a análise das condutas estratégicas e assegurar que a estratégia da instituição fosse analisada como um todo. Considerando-se 39 hospitais associados à ANAHP e 5 áreas estratégicas, estima-se um universo potencial de pesquisa de 195 casos.

Foi desenvolvida, então, uma pesquisa preliminar envolvendo os 39 hospitais associados à ANAHP, para identificar em cada um deles os gestores responsáveis pelas decisões estratégicas nas áreas citadas.

O contato inicial com o hospital foi feito pela ANAHP, com o intuito de divulgar a pesquisa, esclarecer seus objetivos e identificar um responsável na instituição para nomear os respondentes, de acordo com o perfil estabelecido. O contato seguinte foi feito pelo

pesquisador com o responsável em cada uma das instituições pesquisadas, com o intuito de mapear os respondentes.

Dos 39 hospitais contatados, 25 (64,10%) indicaram o contato dos responsáveis pela formulação da estratégia no hospital. Observou-se que dos 25 hospitais que retornaram com o contato dos responsáveis 11 (44%) informaram 5 nomes, sendo 1 para cada área, conforme mostra a TAB. 5.

TABELA 5  
Contatos fornecidos pelo hospital

NÚMERO DE CONTATOS FORNECIDOS	QUANTIDADE DE HOSPITAIS	%
7 contatos	1	4
6 contatos	3	12
5 contatos	11	44
4 contatos	3	12
3 contatos	4	16
2 contatos	0	0
1 contato	3	12
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Os hospitais que forneceram menos do que cinco contatos alegaram que alguns dos seus diretores acumulavam a responsabilidade da decisão estratégica em mais de uma área solicitada. Todos os hospitais que encaminharam somente um contato indicaram o seu diretor-superintendente, ou CEO. Os hospitais que forneceram mais de cinco contatos possuíam dois ou mais diretores dividindo a responsabilidade das decisões estratégicas em determinadas áreas.

A partir dessa investigação definiu-se a amostra da pesquisa quantitativa, que ficou composta por 107 gestores responsáveis pela formulação de estratégias nos hospitais associados à ANAHP, conforme demonstrado na TAB. 6.

TABELA 6  
Amostra da pesquisa quantitativa

NÚMERO DE CONTATOS FORNECIDOS	QUANTIDADE DE HOSPITAIS	NÚMERO TOTAL DE CONTATOS FORNECIDOS
7 contatos	1	7
6 contatos	3	18
5 contatos	11	55
4 contatos	3	12
3 contatos	4	12
2 contatos	0	0
1 contato	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>107</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Diante do exposto, este estudo reconhece o hospital como unidade de análise. Como unidades de observação, foram considerados os gestores da alta administração com atuação em função estratégica. Essa restrição faz-se relevante, uma vez que as informações coletadas são de natureza estratégica. Dessa forma, é necessário que a unidade de observação esteja qualificada para prestar as informações necessárias.

### 3.2.2.2 Processo da pesquisa quantitativa

#### 3.2.2.2.1 Concepção do questionário

Para o desenvolvimento desta pesquisa, considerando-se suas características quantitativas, foi utilizado um questionário estruturado e não disfarçado como instrumento de coleta de dados. Sua construção se deu da seguinte forma:

- Desenvolveu-se uma abordagem qualitativa informal com gestores de hospitais públicos e privados, para gerar questões relacionadas aos construtos a serem mensurados.
- Buscou-se na literatura instrumentos de mensuração dos construtos previamente testados. Para o construto *conteúdo*, trabalhou-se com base no instrumento desenvolvido por Conant, Mokwa e Varadarajan (1990) para operacionalizar o modelo

de Miles e Snow (1978). A íntegra desse instrumento encontra-se no Anexo 2. Para o construto *processo*, trabalhou-se com o instrumento desenvolvido por Fontes Filho e Nunes (2010). A íntegra desse instrumento encontra-se no Anexo 3.

- As questões referentes ao construto desempenho organizacional foram desenvolvidas de forma comparativa, ou seja, buscando-se avaliar o desempenho em relação a empresas do mesmo setor e porte. Estudos anteriores demonstraram que a avaliação de desempenho é mais significativa quando desenvolvida de forma comparativa (CONANT; WHITE, 1999).
- As questões foram ordenadas e editadas, buscando-se eliminar duplicidades e irrelevâncias.
- As questões foram submetidas a um grupo de especialistas (três especialistas) em *gestão estratégica em hospitais* (técnica Delphi), que as avaliou e identificou pertinência e adequação de linguagem. Os especialistas foram selecionados utilizando-se a amostragem por conveniência.

#### 3.2.2.2.2 Estrutura do questionário

Como se trata de um estudo quantitativo, o instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário estruturado, o qual contemplou os itens necessários para mensurar cada um dos construtos propostos pelo modelo. Foi, ainda, incluído um bloco adicional de questões, que identifica o perfil da instituição e do respondente.

Cabe ressaltar que, excetuando-se o bloco do perfil da instituição e do respondente, a ordenação dos itens no questionário obedeceu a um sorteio.

No questionário, foram utilizadas escalas de classificação por itens, de sete pontos, que apresentam números associados a cada categoria. Em alguns casos foi utilizada a escala *Likert* – com grau de concordância ou discordância e em outros, a escala de diferencial semântico – com os pontos extremos associados a rótulos bipolares. A opção por uma ou outra escala se deu tendo em vista a intenção de facilitar o entendimento do respondente sobre a questão proposta.

O questionário, então, ficou dividido em três seções:

- 1 Informações sobre perfil – esta seção está dividida em:
  - 1.1 Caracterização da instituição (9 questões)
  - 1.1 Caracterização do respondente (6 questões)
- 2 Informações sobre gestão estratégica – esta seção está dividida em:
  - 2.1 Conteúdo da estratégia (11 questões)
  - 2.2 Formulação da estratégia (11 questões)
- 3 Percepções sobre desempenho organizacional (5 questões)

A operacionalização dos construtos nos itens do questionário deu-se da seguinte forma:

Conteúdo		
Componentes do Ciclo Adaptativo	Dimensões	Itens do Questionário
Relação com o mercado	Monitoramento ambiental	3.1
	Desenvolvimento de produtos	3.7
	Domínio de mercados	3.3
	Crescimento	3.4
Processos internos	Inovação	3.5
	Aporte tecnológico	3.2
	Pessoas	3.6
Modelo de gestão	Coalizão dominante	3.8
	Planejamento	3.9
	Estrutura	3.10
	Controle	3.11

QUADRO 7 - Operacionalização dos construtos referentes a conteúdo  
Fonte: Elaborado pela autora.

Processo	
Dimensões	Itens do Questionário
Grau de intencionalidade do estrategista	4.9, 4.10
Grau de racionalidade do estrategista	4.3, 4.6, 4.11
Grau de formalismo do estrategista	4.1, 4.4, 4.8
Grau de individualismo do estrategista	4.2, 4.5, 4.7

QUADRO 8 - Operacionalização dos construtos referentes a processo  
Fonte: Elaborado pela autora.

Desempenho	
Dimensões	Itens do Questionário
Perspectiva global	5.5
Perspectiva de operações	5.1
Perspectiva de aprendizagem	5.3
Perspectiva de mercado	5.2
Perspectiva financeira	5.4

QUADRO 9 - Operacionalização dos construtos referentes a desempenho  
 Fonte: Elaborado pela autora.

A íntegra do questionário poderá ser analisada no Apêndice 3.

#### 3.2.2.2.3 *Pré-teste do questionário*

Após a compilação das contribuições dos especialistas, gerou-se um questionário para o desenvolvimento do pré-teste, o qual precisava ser pré-testado para mostrar seu comportamento numa situação real de coleta de dados (MATTAR, 1999). O pré-teste foi desenvolvido em cinco hospitais não associados à ANAHP, porém com muitas características da amostra pretendida. O critério de seleção desses hospitais foi não probabilístico, prevalecendo a conveniência, a partir da facilidade de acesso aos respondentes.

A aplicação do pré-teste foi feita utilizando-se a mesma forma de aplicação pretendida na pesquisa: questionário autopreenchido. Após a aplicação do pré-teste, foram desenvolvidas as adaptações necessárias ao questionário, em função dos resultados obtidos, gerando o questionário definitivo (Apêndice 3).

#### 3.2.2.2.4 *Procedimentos de campo*

Realizou-se um *survey* e o procedimento escolhido para a coleta de dados foi o autopreenchimento. Essa opção está fundamentada nas possibilidades de redução de custo de entrevistador, de redução do prazo de coleta de dados e de comodidade para o respondente, que pode preencher o questionário no momento que melhor lhe convier, uma vez que se trata



de pessoas bastante ocupadas. Com o objetivo de facilitar o preenchimento, criou-se um link na web para responder ao questionário.

De posse do contato dos 107 respondentes, foi encaminhado o link que permitia o acesso ao questionário para cada um deles.

Foram feitas tentativas no sentido de minimizar o baixo retorno histórico desse procedimento por meio de ações de *telemarketing*, diretamente com os respondentes, em três momentos distintos: anterior ao envio do questionário, buscando esclarecer o objetivo da pesquisa e solicitar a colaboração do respondente; cinco dias úteis após a remessa do questionário, como medida de reforço e esclarecimento de dúvidas; e cinco dias úteis após o último reforço para os questionários não retornados. Foi também oferecido o resultado final da pesquisa ao respondente como benefício, diante de sua colaboração.

Foram recebidas 78 respostas. Dessas, 9 casos apresentaram dados ausentes, sendo que 8 deles foram removidos por conterem mais de 5% de dados ausentes. Um dos casos apresentou 3,7% de dados ausentes (1 questão). Esse caso foi submetido a tratamento para a substituição de dados ausentes, tendo sido utilizado um algoritmo que considera a mediana dos dois pontos próximos. Dessa forma, trabalhou-se com 70 respostas válidas (TAB. 7).

TABELA 7  
Questionários válidos

QUESTIONÁRIOS	QUANT.	%
Enviados	107	100
Retornados	78	72,89
Válidos	70	65,42

Fonte: Elaborado pela autora.

### 3.3 Projeto de análise dos dados

O procedimento para a análise dos dados baseou-se nos objetivos pretendidos para cada um dos levantamentos realizados (Quadro 2).

### 3.3.1 Projeto de análise dos dados qualitativos

#### 3.3.1.1 Entrevistas qualitativas

A análise dos dados coletados nas entrevistas qualitativas foi desenvolvida a partir de um processo de três fases, inspirado na sugestão de Mattos (2006). A primeira fase buscou recuperar o momento da entrevista por meio da transcrição de sua gravação. A segunda fase incluiu a leitura sistemática da transcrição e a audição da gravação, com o objetivo de identificar os aspectos mais relevantes da entrevista e sua relação com o contexto teórico deste trabalho. A terceira fase procurou visualizar os aspectos identificados na fase anterior no conjunto das suas respostas e em relação aos construtos propostos no modelo teórico deste estudo (FIG. 9).

A entrevista realizada com o diretor da ANAHP, cujo objetivo era compreender o funcionamento do setor, com ênfase no ambiente, e as entrevistas realizadas com os principais executivos de dez hospitais associados à ANAHP foram analisadas seguindo o processo acima descrito.

Como as entrevistas realizadas com o principal executivo de dez hospitais associados à ANAHP tinham o objetivo de identificar a percepção dos gestores sobre os fatores críticos de sucesso nas suas instituições, desenvolveu-se ainda, uma análise inspirada na técnica de *laddering*, também conhecida como “escalamento”, ou “escalada”, que busca estruturar hierarquicamente dimensões de valor (REYNOLDS; GUTMAN, 1988; REYNOLDS; WHITLARK, 1995), para identificar a cadeia de meios e fins na proposição dos fatores críticos de sucesso. Nesse sentido, além da análise geral do conteúdo das entrevistas, foram desenvolvidas as seguintes etapas na análise dos fatores críticos de sucesso: análise de conteúdo, buscando identificar e classificar os FCS mencionados; e análise das justificativas apresentadas para cada fator crítico de sucesso identificado, para identificar os principais aspectos relacionados aos fatores críticos de sucesso identificados.

### 3.3.1.2 Grupo de foco

A análise dos dados coletados no grupo de foco ocorreu de forma semelhante à análise das entrevistas qualitativas. Inicialmente, procedeu-se a sua transcrição, buscando recuperar o momento de realização do grupo de foco. Em seguida, procedeu-se a uma leitura sistemática da transcrição e audiência da gravação, buscando-se identificar os pontos mais importantes no processo de validação dos resultados das entrevistas qualitativas. Uma etapa final comparou os resultados obtidos no grupo de foco com aqueles levantados nas entrevistas qualitativas. Seguem os resultados encontrados.

### 3.3.2 Projeto de análise dos dados quantitativos

Os dados coletados de forma quantitativa foram inicialmente analisados a partir de uma estatística descritiva. Essa análise teve os objetivos: identificar o perfil da amostra pesquisada; apontar as práticas de gestão estratégica no que diz respeito a conteúdo; verificar práticas de gestão estratégica no que diz respeito a processo; e apurar a percepção dos gestores sobre o desempenho do hospital em relação ao seu principal concorrente.

Considerando que o modelo utiliza construtos latentes, ou seja, aqueles que não podem ser observados diretamente, sendo medidos por meio de variáveis independentes, optou-se por trabalhar com modelagem de equações estruturais, utilizando-se o método de estimação dos mínimos quadrados parciais (PLS). O PLS, além de ser indicado para trabalhar com amostras pequenas (menores que 100) (CHIN, 1998), possui as seguintes vantagens: introduz a noção de variável latente ou não observável; possibilita a especificação da natureza das relações entre as variáveis latentes e seus indicadores; permite o tratamento de diversas variáveis explicativas e sua explicação em um mesmo modelo; permite o tratamento de problemas de assimetria nas variáveis; possibilita o cálculo de escores das variáveis latentes; e considera os erros das mensurações (FALK; MILLER, 1992). O objetivo dessa análise é identificar os construtos que possuem maior relação com o desempenho.

## **4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Nesta seção, procede-se à apresentação e análise dos resultados. Inicialmente, focalizam-se os dados qualitativos e, na sequência, as análises referentes aos dados quantitativos.

### **4.1 Análise dos dados qualitativos**

Conforme mencionado na Metodologia, os dados qualitativos podem ser divididos em três grupos: entrevista com o diretor da ANAHP, para esclarecer sobre o funcionamento do setor; entrevistas com o principal executivo de 10 hospitais associados à ANAHP, para identificar práticas de gestão estratégia e os fatores críticos de sucesso das referidas instituições; e grupo de foco, também com o principal executivo dos hospitais associados à ANAHP, para validar os resultados apurados nas entrevistas qualitativas. Os resultados serão apresentados e discutidos nessa ordem.

#### **4.1.1 Entrevista com o diretor-executivo da ANAHP**

As informações aqui analisadas foram extraídas da entrevista realizada com o diretor-executivo da ANAHP, cujo objetivo foi conhecer o ambiente de negócios no qual os hospitais associados à ANAHP estão inseridos, conforme explicado na seção 3. Os resultados apurados serão analisados em dois eixos:

- a) Ambiente do setor de saúde, referente às respostas às questões 1, 2 e 3 do roteiro da entrevista (Apêndice 1);
- b) Desempenho dos hospitais associados à ANAHP, referente às respostas às questões 4 e 5 do roteiro da entrevista (Apêndice 1).

Os trechos em destaque correspondem aos comentários realizados pelo entrevistado.

#### 4.1.1.1 Ambiente do setor de saúde

Nesta seção serão analisadas as respostas às questões 1, 2 e 3, demonstradas no Quadro 10 e propostas no roteiro da entrevista (Apêndice 1), que tratam do ambiente do setor de saúde, considerando estabilidade, forças competitivas e tendências.

Entrevista com diretor-executivo da ANAHP – EIXO 1
1 Como é o ambiente de negócio no qual os hospitais associados à ANAHP estão inseridos? Ele pode ser considerado estável ou dinâmico? Por quê?
2 Como é a atuação das forças competitivas neste setor? Como é o poder de barganha dos fornecedores? E dos clientes? A concorrência é intensa? Com que frequência surgem novos concorrentes? Existe ameaça de produtos substitutos?
3 Quais são as tendências para este setor?

QUADRO 10 - Entrevista com o diretor-executivo da ANAHP – EIXO 1

Fonte: Elaborado pela autora.

O ambiente no qual os hospitais associados à ANAHP estão inseridos é considerado dinâmico e está enfrentando diversas mudanças importantes. Essa informação, já discutida na Introdução, foi confirmada na entrevista com o diretor da ANAHP. Tal situação é atribuída à complexidade do setor de saúde, aliada a certo atraso na profissionalização de sua gestão, especificamente no que diz respeito à implantação de sistemas de informação.

O ambiente está longe de ser estável. [...] o Brasil está vivendo um dinamismo incrível. Mas, dentro de todos os setores da economia brasileira, acho que o de saúde é o que está vivendo uma transformação mais profunda, por uma razão, na minha visão, muito simples: é o setor que está mais atrasado. Então, assim, se você pegar outros setores da indústria, mesmo de serviços, banco, por exemplo, acho que não tem uma indústria mais avançada, talvez, no mundo do que o setor bancário brasileiro. Eles estão lá na frente com problemas resolvidos já há muito tempo, com sistemas, tudo mais. Dando um desconto para a área da saúde é que a gente tem uma complexidade que os bancos não têm. Então, é mais difícil de chegar lá. Tem algumas barreiras de sistema que são bem importantes, mas não vai levar 20 anos para chegar na ponta que nem o setor de banco levou. Em alguns anos, o setor de saúde vai estar despontando, até porque hoje o setor de saúde brasileiro acho que é 8,5 % do PIB. Já está no mesmo nível de países desenvolvidos europeus. Longe dos americanos, que é um exagero. Se não me engano, já é o segundo setor da economia brasileira em participação no PIB, e deve ser o primeiro em alguns anos.

O destaque para a representatividade do setor de saúde na economia brasileira é importante: trata-se de um setor que acumula investimentos e que está em expansão. A demanda é grande, assim como os avanços tecnológicos nos tratamentos. Existe a possibilidade real de continuidade desse crescimento.

Não falta cliente. Nos hospitais da ANAHP, se você conversar com eles, estão todos expandindo, construindo novas unidades, ampliando, investindo. No SUS, filas homéricas. Demanda não falta. Acho que demanda, ao longo do tempo, de acordo com a evolução da medicina, ela vai mudar de característica, mas ela nunca vai deixar de existir, a demanda por saúde. Se há um investimento certo para você fazer é em saúde, porque ela não depende de crise, ela não depende de nada. A população sempre vai ficar doente.

Um movimento interessante é observado no setor: o de consolidação. Ou seja, as operadoras estão construindo seus próprios hospitais e os hospitais estão desenvolvendo seus planos de saúde. No último ano, dois atores destacaram-se nesse movimento: uma grande operadora de planos de saúde, que está construindo e adquirindo hospitais; e uma rede de hospitais, que associou-se a um investidor e está adquirindo novos hospitais e desenvolvendo o seu plano de saúde. Nos dois casos, o resultado é a desintermediação, ou a redução de intermediários, na transação, cujo objetivo é reduzir custos. No entanto, ainda existe certo receio sobre esse caminho.

A fórmula final desse processo a gente não consegue enxergar qual vai ser, e eu acho que ainda existe muita dúvida em relação ao formato ideal. A questão da verticalização não está resolvida. No mundo inteiro, nunca foi a solução. Talvez o Brasil mostre diferente. [...] Então, essa fórmula a gente desconfia que ainda não dá resultado.

Em meio a esse cenário, destaca-se a atuação da ANAHP como um espaço para o compartilhamento de boas práticas e a consequente evolução das instituições envolvidas. Além da competição, observa-se uma tendência à cooperação entre os hospitais associados à ANAHP.

E aí é que eu acho que é a beleza da ANAHP. Eles entenderam que não adianta ficar brigando entre si. Uma hora você tem que se juntar e brigar pela qualidade. Hoje, os principais objetivos da ANAHP são dois. Um é a representatividade, os interesses comuns. Acho que a ANAHP nunca esteve tão representada nas várias instituições para defender os interesses dos associados. Acho que isso é uma coisa percebida pelos associados, que é importante fazer parte da ANAHP. E a segunda é a busca pela qualidade através dos projetos que são desenvolvidos aqui.

Outro aspecto mencionado é a questão da utilização de indicadores de resultados. A ANAHP, por meio do seu observatório, adota a prática de monitorar o desempenho de seus associados mediante a mensuração e o acompanhamento de alguns indicadores de resultados selecionados. Isso demonstra uma tendência de profissionalização das práticas de gestão e agrava a necessidade de utilização de sistemas de informação.

Você já começa a ver nascer várias iniciativas de indicadores. O próprio ministro falando de gestão, em indicadores, é muito legal isso. E a gente, então, foi pioneiro nisso há 8 anos atrás.

#### *4.1.1.2 Desempenho dos hospitais associados à ANAHP*

As questões 4 e 5, demonstradas no Quadro 11 e propostas no roteiro desenvolvido para realização desta entrevista (Apêndice 1), tratam do desempenho dos hospitais associados à ANAHP. As respostas a essas questões são analisadas a seguir.

Entrevista com diretor-executivo da ANAHP – EIXO 2
4 Os hospitais associados à ANAHP possuem desempenho superior à média geral do Brasil? Baseado em que se pode afirmar isso?
5 Os hospitais associados à ANAHP podem ser considerados inovadores, que prestam serviços diferenciados e que estão sempre ampliando seu mercado de atuação?

QUADRO 11 - Entrevista com o diretor-executivo da ANAHP – EIXO 2

Fonte: Elaborado pela autora.

Com base na análise da evolução das médias dos indicadores mensurados pela ANAHP nos últimos 5 anos, pode-se concluir que, de modo geral, os hospitais associados à ANAHP vêm melhorando seu desempenho ano a ano. Isso dá uma ideia de evolução do desempenho.

Acredito que os hospitais associados à ANAHP possuem desempenho superior. Não tenho a menor dúvida, embora a gente não tenha um sistema de métricas que comprove isso, porque o outro lado não tem a métrica. Só a ANAHP tem a métrica. O dia em que a gente conseguir medir os outros, a gente vai ter essa medida. Isso é difícil de medir. É mais uma percepção. O trabalho de indicadores ele mostra uma tendência disso. Todos os indicadores que a gente coleciona mostra isso. Essa percepção clara de evolução interna dos nossos hospitais faz com que a gente imagine que estamos na vanguarda. Os indicadores da ANAHP demonstram uma evolução dos hospitais da ANAHP. Isso deve ser verdade e deve servir para a gente fazer essa inferência de que estamos melhores que a média.

A questão da inovação também foi abordada, especialmente no que diz respeito a tratamentos e assistência. Os hospitais estão sempre acompanhando o que o mercado oferece de melhor. No que diz respeito à gestão, no entanto, parece ser diferente. Uma evidência forte de inovação em gestão é a implantação de sistemas de informação. E, nesse sentido, parece que ainda há muito a avançar.

Sem dúvida, acho que ainda a inovação aqui é em todos os sentidos. Se você não buscar a inovação sempre, você fica para trás. A inovação médica de equipamentos, de tecnologia, essa é a mais evidente. Toda hora tem uma coisa nova: um ultrassom, uma ressonância. Mas eu acho que existe muita inovação invisível aos olhos do público, que é o que acontece nos bastidores: inovação em sustentabilidade. [...] E acho que talvez uma que esteja um pouco mais para trás seja a inovação em tecnologia da informação. Essa, por causa da complexidade. É muito complicada. A gente ainda está para trás, mas a gente está buscando. É uma busca constante. O próprio interesse de empresas multinacionais no mercado brasileiro. A gente está sendo sempre procurado aqui na ANAHP por empresas querendo mostrar os seus produtos. É um pouco da dimensão desse grau de inovação e, também, é um pouco daquilo que eu falei no começo: como ficou para trás por muito tempo, então está todo mundo correndo.

Uma questão interessante é a adequação das práticas de gestão às especificidades do setor de saúde. Apesar dessa busca pela eficiência e pela profissionalização da gestão, é importante reconhecer o momento em que isso pode afetar a qualidade da assistência. É importante profissionalizar a gestão, ver o hospital como um negócio que precisa se sustentar. Mas ao mesmo tempo, não se deve perder de vista a qualidade da assistência.

Sabe por que o setor de saúde é diferente? Porque ele é de uma complexidade que talvez os outros setores não tenham. Tem uma fronteira até onde vai a gestão e onde começa a assistência. Essa fronteira, se você não entender muito bem, você compromete o sistema. Esta que é a chave disso tudo: até onde o gestor pode economizar sem comprometer a qualidade do atendimento, que deve ser a missão número 1 de qualquer prestador de serviço de saúde. Essa fronteira ela é móvel e tênue. Tem gente que vai mais para lá ou mais para cá. O segredo é você achar o equilíbrio.



Resumindo as informações levantadas nesta entrevista, de modo geral, o ambiente foi classificado como dinâmico. A demanda está evoluindo, e o setor de saúde já ocupa as primeiras posições em participação no PIB nacional. Os avanços tecnológicos nos tratamentos são crescentes e estão, em sua maioria, associados a custos elevados. Movimentos de consolidação e verticalização visando à desintermediação do setor, com objetivo de redução de custos, já estão sendo observados. As práticas de gestão, no entanto, parecem não acompanhar essa dinâmica, mostrando-se incipientes. Nesse sentido, destaca-se a falta de sistemas de informação que se adaptem a essa realidade.

Diante desse cenário, os hospitais associados à ANAHP demonstram uma evolução crescente, por meio dos indicadores monitorados pela ANAHP. A própria utilização de indicadores sinaliza uma busca pela profissionalização da gestão, assim como a busca pela qualidade pode ser verificada com base nas certificações. Esses dois elementos (gestão e qualidade) foram apontados como fundamentais para o bom desempenho dos hospitais.

#### 4.1.2 Entrevista com os diretores dos hospitais associados à ANAHP

As informações analisadas nesta seção foram extraídas das entrevistas qualitativas realizadas com os principais executivos dos hospitais associados à ANAHP. Conforme explicado na seção 3, foram entrevistados 10 executivos. O objetivo destas entrevistas era analisar o impacto das condutas estratégicas no desempenho dos hospitais da ANAHP, buscando aquelas que possuem maior relação com desempenho superior, ou seja, os fatores críticos de sucesso. Os resultados apurados serão analisados em três eixos:

- a) Percepção do ambiente de negócio e do desempenho do hospital, referente às respostas às questões 1 e 2 do roteiro de entrevista (Apêndice 2);
- b) Processo de formulação da estratégia, referente às respostas à questão 3 do roteiro de entrevista (Apêndice 2);
- c) Fatores críticos de sucesso, referente às respostas às questões 4, 5 e 6 do roteiro de entrevista (Apêndice 2).

Os trechos destacados correspondem aos comentários realizados pelos entrevistados, que serão identificados por R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 e R10, para preservar sua identidade.

#### 4.1.2.1 Percepção do ambiente de negócio e do desempenho do hospital

Esta seção analisará as respostas às questões 1 e 2 do roteiro da entrevista (Apêndice 2), explicitadas no Quadro 12.

Entrevista com diretores-executivos da ANAHP – EIXO 1
1 Como o senhor vê este hospital no cenário competitivo nacional?
2 Como o senhor avalia o desempenho deste hospital em relação aos principais concorrentes?

QUADRO 12 - Entrevista com o diretores-executivos da ANAHP – EIXO 1

Fonte: Elaborado pela autora.

Nas entrevistas qualitativas com o principal executivo de dez hospitais associados à ANAHP, ficou claro que, de modo geral, eles possuem uma postura estratégica convergente. Inicialmente, observou-se que os gestores estão conscientes da liderança que exercem em seu mercado. Isso aparece literalmente nos depoimentos:

Nós somos o melhor deles. Ocupamos uma posição destacada. R7

E nesse mercado nós somos, sem dúvida alguma, líderes no País. R5

Vejo como um hospital líder de mercado. R1

Vejo o hospital com um destaque muito grande no cenário nacional. R10

Nesse segmento, que é o nosso foco, nossos quatro hospitais são os líderes absolutos do mercado. R3

Observou-se, também, que consideram satisfatório o desempenho de suas instituições comparativamente ao dos concorrentes e à evolução do mercado:

Do ponto de vista do desempenho financeiro, o desempenho foi, certamente, robusto nos últimos anos, que se compara, favoravelmente, com seus competidores mais próximos. E, do ponto de vista de qualidade da operação, eu acho que a gente tem suficiente evidência para reconhecer que este hospital se destaca tanto em termos de Top of Mind quanto em termos de benchmarking feitos, inclusive na América Latina, como um hospital de liderança. R5

O hospital tem um nível de rentabilidade bastante bom. O hospital fechou o ano passado em 10%, e a gente está tentando melhorar um pouco mais nesse ano de 2011 para chegar em 12%. Esse é um bom desempenho, considerando os hospitais brasileiros. R7

O retorno financeiro vem evoluindo. O faturamento tem aumentado acima da inflação ano a ano. R3

Hoje, eu acho que o desempenho do nosso hospital melhorou muito. E, se ele não passou, está no nível dos melhores hospitais do Brasil hoje. R6

Essa questão da liderança de mercado exercida pelos hospitais associados à ANAHP e do seu bom desempenho já foi discutida na metodologia deste trabalho. Cabe destacar que essa foi uma questão importante na definição da amostra para o desenvolvimento deste trabalho.

O mercado desses hospitais é grande. A demanda ainda é maior do que a oferta. Uma prova disso são as ampliações que todos os hospitais entrevistados afirmaram estar concluindo ou terem concluído nos últimos dois ou três anos sem terem sido especificamente questionados sobre isso, demonstrando que estão sendo feitos investimentos no setor:

Hoje, o hospital está inaugurando um grande centro cirúrgico e possui também uma parte nova de hotelaria. Então, estamos muito bem equipados nesse momento. Estamos com maquinários novos de imagem na parte de diagnóstico. São 15 salas no centro cirúrgico que estão para começar agora. Dificilmente algum hospital aqui em São Paulo tem um centro cirúrgico desse porte. R10

Nós estamos inaugurando, a partir de maio, um novo edifício hospitalar aqui neste terreno que vai duplicar nossa capacidade instalada. [...] Com um prédio bastante moderno do ponto de vista de infraestrutura, hotelaria, unidade de internação supermoderna, centro cirúrgico no estado da arte, um centro de diagnóstico integrado, enfim... R2

Temos projeto de reformas de alguns setores. Nós ampliamos recentemente mais 11 leitos e também estamos vendo imóveis na região que provavelmente nesse ano nós vamos adquirir para poder fazer um plano diretor. R4

A questão do excesso de demanda foi apontada como o principal motivador das expansões, conforme observações abaixo:

Essa expansão foi motivada pela utilização, quase que na totalidade, da capacidade instalada. Pronto-socorro, unidade de internação, centro cirúrgico... A gente está no limite da capacidade instalada. R2

[...] hoje, eu estou com problema: já não tenho onde colocar paciente. Estou com uma fila de espera considerável nas cirurgias eletivas, o que me preocupa. [...] se o hospital começa a ficar cheio, eu começo a perder na qualidade do atendimento. Isso começa a me preocupar. R9

Em mercados com demanda maior do que a oferta, muda-se o sentido da concorrência. Não existe uma disputa por participação de mercado para garantir a perenidade do negócio. A demanda está disponível e os concorrentes estão no limite de suas capacidades instaladas. Esse é o cenário relatado pelos executivos entrevistados, que gerou, conforme discutido anteriormente, os movimentos de ampliação no setor. Esse ponto também foi observado na entrevista realizada com o diretor-executivo da ANAHP, o que ratifica essa informação.

Foi identificada também a necessidade de ampliação para melhorar os resultados financeiros do hospital:

Nos últimos doze meses, nós estamos no patamar em que você tem o resultado um pouco melhor do que a inflação. Mas, na minha visão, está claro que nós precisamos de um crescimento físico para poder sair desse patamar e conseguir resultados ainda melhores. R4

Mas, como nem tudo é perfeito, cabe destacar uma situação interessante que acontece neste setor. Diante dos altos custos dos tratamentos assistenciais, a maior parte das pessoas busca uma operadora de plano de saúde para financiá-los, conforme discutido na Introdução. Na prática, hospitais que atendem à rede privada possuem mais de 90% da sua receita proveniente das operadoras de plano de saúde. Isso gera elevado poder de barganha para as operadoras de plano de saúde.

Configura-se, dessa forma, uma situação peculiar: apesar de a demanda ser maior do que a oferta de serviços, o cliente – nesse caso, as operadoras de plano de saúde que financiam os tratamentos – possui elevado poder de barganha, por concentrar volume alto de transações. Isso impacta diretamente a questão da precificação e da receita do hospital. Então, a questão da relação com as operadoras de plano de saúde é central para a estratégia dos hospitais que atendem à rede privada. Essa situação foi discutida pelos executivos entrevistados:

Nós temos resultados satisfatórios também nos indicadores financeiros. Existe uma certa dificuldade por causa desse mercado aí de relacionamento com as operadoras de saúde, que, obviamente, tem os seus interesses, suas necessidades. Então, é, assim, uma luta constante com os compradores do serviço. R4

Nós conseguimos um *pull* de hospitais. São cinco hospitais para negociar com a operadora. [...] Então, reunimos os cinco hospitais para discutir juntos. Os cinco juntos com a operadora. [...] os cinco juntos faz muita diferença.  
R8

Essa questão da relação com as operadoras parece incentivar um movimento de cooperação entre esses hospitais, que se reúnem para “ganhar força” na negociação e não ficarem reféns dessas operadoras. Esse movimento de cooperação ultrapassa a relação com as operadoras e está em expansão. A própria criação da ANAHP e as atividades que ela desenvolve são um exemplo dessa cooperação.

Outro aspecto que pode ser considerado um impulsionador desse movimento de cooperação entre os hospitais entrevistados é a relação demanda *versus* oferta, em que ainda não é necessário disputar mercado com os concorrentes. Um dos entrevistados falou sobre esse movimento:

E nós trabalhamos em cooperação, bastante grande, a nível nacional, com esses hospitais. Também trabalhamos de forma colaborativa nas relações com o Ministério da Saúde. Esses hospitais têm uma atuação forte e de uma forma conjunta [...]. São grandes hospitais. Então, o que nós temos é uma cooperação, o que nos dá a oportunidade de juntar as nossas expertises. R8

O mercado dos hospitais está na sua área de influência geográfica, em sua maior parte, especialmente no que diz respeito às emergências, quando não se tem muito tempo para gastar em deslocamento. Essa situação é minimizada nos procedimentos chamados “eletivos”, ou seja, aqueles que podem ser programados. No entanto, a maioria das pessoas atendidas no hospital reside na mesma cidade onde ele está localizado. Um dos executivos entrevistados comentou esse aspecto:

Na realidade, em saúde no Brasil não dá muito para falar em cenário nacional, porque os mercados são muitos regionais, as características dos mercados são muito específicas para cada região. R2

Diante disso, pode-se concluir que esses hospitais tendem a cooperar nas questões estratégicas mais amplas, como a relação com o Ministério da Saúde e o compartilhamento de práticas na ANAHP, e a competir regionalmente, em seu mercado específico, para garantir a sua posição.

Outro movimento que vem sendo observado no setor, ainda sobre a relação dos hospitais com as operadoras de planos de saúde, é o de consolidação: operadoras de saúde construindo ou adquirindo hospitais e hospitais desenvolvendo seu próprio plano de saúde. Essa é uma alternativa que as organizações estão buscando para tentar diminuir os custos e diminuir a tensão e a dependência na relação hospital *versus* operadora. Na prática, esses movimentos diminuem o número de intermediários da transação e, conseqüentemente, os ganhos associados a cada um deles que impactam diretamente o custo da operação. Não foram identificados os resultados apurados nesse movimento, já que nenhum dos hospitais entrevistados está trabalhando nesse sentido. No entanto, eles estão percebendo isso com alguma preocupação:

Bom, em paralelo a isso, a gente tem alguma preocupação com esses movimentos de consolidação de mercado. O movimento de consolidação do lado das operadoras de plano de saúde já vinha há algum tempo, mas neste último ano a gente teve alguns movimentos do lado dos prestadores, particularmente do lado dos hospitais, com o avanço da rede XXX, que se associou a um investidor, coisa que não era comum, que praticamente não existia no segmento da saúde. Então, você tem, por um lado, o movimento de consolidação dos hospitais e, por outro lado, o movimento de verticalização das operadoras. R2

Sobre os clientes que atendem e o tipo de serviço que prestam, ficou evidente que esses hospitais estão orientados para o atendimento das classes mais altas, combinando instalações de primeira linha, investimento em tecnologia e corpo clínico capacitado, tudo isso aliado a um atendimento humanizado e multidisciplinar. Abaixo transcrevem-se trechos dos depoimentos que confirmam essa situação:

Há alguns anos atrás, decidiu-se concentrar num determinado segmento da população, que é a classe A1. Embora a gente tenha pacientes de outras classes sociais nesse hospital, o foco está no modelo que procura atender às necessidades dessa classe, no qual ele se diferencia pela qualidade das instalações, pela qualidade do atendimento assistencial; enfim, por gerar um conforto e um acolhimento diferenciado. E a gente combina essa qualidade assistencial com um corpo clínico de excelência. R5

É um hospital que é focado no público A e AB. Nós não atendemos planos básicos das operadoras. R3

A inovação é uma característica desses hospitais, no que diz respeito tanto à introdução de tecnologias para prestação de um serviço diferenciado quanto à qualidade dos processos

desenvolvidos para a prestação desses serviços, por meio de iniciativas na busca da acreditação. Seguem relatos sobre essa questão:

Esse hospital tem tido diversas iniciativas ao longo da sua história que o levaram a essa posição. Então, ele adotou novas tecnologias muito cedo. Foi o que introduziu o processo de qualidade. Inclusive, a primeira acreditação internacional, pela Joint Commission, dos Estados Unidos, ainda em 1999. Introduziu mecanismos de governança mais avançados, na década passada. Inclusive com a separação entre a gestão profissional e a supervisão pelos membros da sociedade. R5

O hospital tem uma tradição de pioneirismo de introdução de tecnologias no Brasil muito grande. [...] o investimento médio anual nos últimos três anos foi de 120 milhões de reais. Foi um orçamento em torno de 500, 600 milhões de reais, um investimento cavalariço. Mais de 10% em tecnologia. R6

Esse hospital se diferencia dos outros por uma grande ousadia. É um hospital que criou um fundo imobiliário. É o único fundo, acho, que eu tenho conhecimento. E é uma ousadia na condução dos seus negócios. R10

Aspectos relacionados à gestão de pessoas ocupam papel central, como era de se esperar em uma organização prestadora de serviços, especialmente de serviços de saúde. Existe a preocupação com a capacitação demonstrada por meio da promoção de programas de treinamento continuamente desenvolvidos nessas instituições. Os depoimentos abaixo mostram essa preocupação:

Porque as pessoas que são responsáveis por essas decisões, apesar de estar mais no âmbito da direção e de alguns gestores, são pessoas que estão atualizadas. São pessoas que conhecem o que estão fazendo. São pessoas bem preparadas para desempenhar a função que desempenham. [...] O hospital investe muito em treinamento de pessoal. R7

E o segredo foi valorizar as pessoas que você já tinha aqui dentro, colocar as pessoas certas e valorizar, realmente, as pessoas que aqui estavam. [...] Trabalho de equipe. O trabalho de equipe é fundamental. Quando eu falo trabalho de equipe, é o seguinte: aqui não tem ninguém melhor do que ninguém. Todos têm a sua importância. R9

O médico é uma figura importante no processo, especialmente em dois sentidos. Primeiro, porque é ele que toma todas as decisões relativas às condutas a serem adotadas nos tratamentos realizados, e essas decisões definem os recursos que serão utilizados, impactando diretamente o custo do tratamento. Diante disso, ele precisa estar alinhado à estratégia da organização, com o objetivo de tomar decisões alinhadas com ela. Dessa forma, foram identificados vários relatos de esforços de aproximação dos hospitais para com os seus

médicos. Segundo, é que ele é o grande responsável por trazer pacientes para o hospital. Esses hospitais não possuem tradição de serviços de emergência que, normalmente, capturam grande parte da demanda dos hospitais. A maior parte dos pacientes chega a esses hospitais trazidos pelos seus médicos. Seguem trechos das entrevistas que mostram essa situação:

Nós temos um personagem muito importante na gestão hospitalar, que é o médico. Nós estamos com programas para a gente aproximar mais ainda desse médico e trabalhar a gestão de conflitos. R1

Então, os hospitais têm feito um esforço nos últimos tempos no sentido de trazer esse médico mais para dentro da instituição: programas de relacionamento, de fidelização, porque esse profissional é fundamental na captação da demanda, pois ele indica o hospital para seu paciente. E, ao mesmo tempo, ele é fundamental na gestão do recurso, porque é ele que toma a decisão do recurso que eu forneço. R3

Porque é o médico que acaba validando junto ao paciente ou sendo um avalista da qualidade do hospital. R4

Uma característica interessante dos nossos hospitais mais diferenciados é que a porta de entrada desses hospitais não é igual à dos outros hospitais. A porta de entrada é o médico. R9

Porque a porta tradicionalmente dos hospitais nossos é o consultório médico. Isso cria uma certa fragilidade, porque, se o médico for embora, ele leva os pacientes com ele. [...] Os grandes hospitais americanos, eles conseguiram dar a volta nisso. Hoje, os grandes hospitais americanos são reconhecidos por eles, e não pelo corpo clínico deles. R6

Nas entrevistas realizadas, foi identificada também uma tendência de mudança no sistema de governança dos hospitais, associada à instalação de uma gestão profissional. Nesse sentido, observaram-se movimentos de criação de Conselhos de Administração, assim como de contratação de executivos profissionais. Esses movimentos dão um sentido de profissionalização da gestão, também identificado no perfil dos entrevistados (item 4.2.1.2). Seguem os relatos dos entrevistados sobre esse assunto:

Esse hospital, nos últimos anos, melhorou muito o nível de profissionalização de gestão. Vejo uma empresa com uma gestão enxuta, com poucos níveis hierárquicos de organograma. Mas acho que nós ainda temos algum caminho para percorrer no próprio campo da gestão. Estamos na fase final de implantação de um Conselho de Administração... R1



Nós estamos numa fase transitória. Nós estamos saindo de uma grande reestruturação, uma reestruturação da sua gestão. [...] E essa reestruturação passa por uma saída da família da gestão, entrando com profissionais de mercado. Então, foi criado um Conselho de Família. Depois, em baixo, foi criado um Conselho Consultivo, um Conselho de Administração. Nesse Conselho, nós temos cinco conselheiros independentes e quatro da família. São nove ao todo. Aí, depois, tem toda a diretoria normal. R10

Falando do hospital especificamente, o que eu tenho é o seguinte: ao longo dos anos, o hospital profissionalizou a sua gestão desde o início da década passada. E, em função disso, ele tem conseguido resultados que estão, certamente, no quartil superior do mercado. Isso significa o seguinte: que ao longo desse período a gente gerou caixa, tem reservas financeiras suficientes e gerou uma capacidade de investimento importante. [...] Temos um modelo de governança em que os representantes da sociedade têm uma interação muito frequente com os executivos. A interação é semanal. R5

A importância de um planejamento prevendo orientação estratégica também foi apontada. Sua importância foi ressaltada em função da complexidade das instituições hospitalares, que desenvolvem várias funções e reúnem profissionais de diversas formações profissionais. A resposta para o alinhamento das instituições parece ser a orientação estratégica, viabilizada pelo planejamento estratégico, conforme as afirmações a seguir:

É preciso ter um planejamento estruturado e um planejamento compartilhado, para que as pessoas entendam o que está acontecendo. R7

Se os interesses não estiverem alinhados, o risco é muito grande. R1

A necessidade de ver o hospital como um negócio já é percebida pelos gestores entrevistados. A sustentabilidade do negócio, especialmente a financeira, para viabilizar os projetos de inovação, tecnologia e capacitação de pessoal, é uma preocupação apontada nas entrevistas. O médico é visto como um elemento importante nesse processo: ele é responsável tanto pela demanda, que vai gerar a receita, como pelos custos na definição das condutas médicas a serem adotadas no tratamento. Os relatos a seguir ilustram essas afirmações:

É um segmento que tem um grande volume de investimento. Você tem uma estrutura de custo fixo pesada. Na equação econômico-financeira, o custo fixo pesa muito grande. Você tem uma pressão grande das operadoras por custo e você tem o profissional médico que está na linha de frente e que decide o recurso a ser utilizado no processo de produção, que não tem a menor formação, não tem o menor envolvimento com o custo da sua decisão. E ele não está vinculado à instituição, porque ele é um profissional que se usa do hospital. R2

É importante olhar o hospital como um negócio, uma atividade empresarial como outra qualquer. Há alguns anos atrás, coordenei um processo de treinamento de todas as lideranças de enfermagem, para associar essa visão de negócios. Hoje elas falam em resultado, falam em EBTIDA, em investimento. Evoluímos bastante no sentido de criar essa consciência de que o hospital trata de vida humana, tem de ser humanizado, mas tem que associar o resultado a todas as outras atividades de *liderança*, porque isto é que vai garantir a sua perenidade. R8

Cabe destacar que os interesses financeiros não podem prevalecer em detrimento da qualidade do serviço prestado. Essa é uma ponderação relevante diante da preocupação existente com movimentos de redução de custo. Existem várias formas de se reduzir custo sem prejudicar a qualidade.

Sobre a percepção do ambiente de negócio e do desempenho do hospital, os executivos relataram que estão conscientes da liderança exercida por suas instituições, assim como do bom desempenho delas. As ampliações desenvolvidas pelos hospitais nos últimos anos foram motivadas pelo excesso de demanda e pela busca de melhores resultados financeiros. Eles afirmaram realizar monitoramento ambiental, a fim de acompanhar as tendências de mercado, e percebem as operadoras de planos de saúde com elevado poder de barganha na negociação. Por isso, buscaram estratégias para minimizá-lo, tais como esforços de cooperação com outros hospitais, visando ao equilíbrio de forças na negociação.

Esses hospitais, de modo geral, estão voltados para o atendimento das classes mais altas. Para isso, possuem um modelo diferenciado de atendimento, que combina inovação, tecnologia e busca por uma maior eficiência.

A gestão de pessoas ocupa papel central na gestão desses executivos que relataram desenvolver programas de capacitação e desenvolvimento de pessoas. Atenção especial tem sido direcionada aos médicos que, além de serem os responsáveis por trazer a maior parte da demanda para o hospital, decidem as condutas a serem adotadas nos tratamentos, o que impacta diretamente seus custos.

Observou-se também nessas entrevistas realizadas com o principal executivo dos hospitais associados à ANAHP que esses hospitais passaram recentemente, ou estão passando, por mudanças importantes em seu modelo de governança, com tendência de criação de Conselhos de Administração e de contratação de profissionais para os cargos executivos.

#### 4.1.2.2 Processo de formulação da estratégia

Ainda nas entrevistas qualitativas, foram feitas questões sobre o processo de formulação de estratégias nos hospitais. Nesse sentido, perguntou-se sobre grau de intencionalidade, grau de racionalidade, grau de formalismo e grau de individualismo. Esta seção analisará as respostas à questão 3 do roteiro da entrevista (Apêndice 2), explicitadas no Quadro 13. Os termos utilizados nessa questão foram esclarecidos para os entrevistados no momento da entrevista.

Entrevista com diretores-executivos da ANAHP – EIXO 2	
3	As decisões estratégicas são fruto de processos (indicar percentuais)
	Formais _____ ou informais _____ ?
	Racionais _____ ou intuitivos _____ ?
	Deliberados _____ ou emergentes _____ ?
	Coletivos _____ ou individuais _____ ?

QUADRO 13 - Entrevista com os diretores-executivos da ANAHP – EIXO 2

Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre deliberação e emergência, todos consideraram que a maior parte das decisões é deliberada. Alguns ousaram dizer 100% e justificaram em função de um planejamento muito competente. Nenhum deles indicou percentual menor que 60% para deliberação. Todos têm consciência de que o tamanho e a complexidade da estrutura necessitam de planejamento.

A gente senta e faz o planejamento formal. Só que acontecem coisas durante o ano que não estavam previstas. [...] Mas, assim, de uma maneira geral, acho que 80% das ações são planejadas. R3

Planejadas e deliberadas. Emergências numa instituição de um porte um pouco maior sempre vai surgir, não é? Mas você pode colocar que 70% são deliberadas. R4

Existe um processo muito estruturado de planejamento. Na verdade, por volta de junho, julho, nós começamos uma interação em etapas dos executivos com a sociedade, no sentido de olhar o ambiente externo, olhar o ambiente interno, olhar quais são os pontos fortes e fracos, quais são as oportunidades, quais são as ameaças e selecionar um conjunto de iniciativas estratégicas. E, a partir daí, de elaborar os programas. Então, existe um processo muito estruturado para isso. Dificilmente alguma decisão se intromete sem que ela tenha sido pensada anteriormente ou que não esteja alinhada com a estratégia. 100% deliberadas. R5

Sobre deliberação e emergência, lidamos nas decisões estratégicas com apenas 10% de emergências. Nossos processos são essencialmente deliberados. Vamos deixar as emergências para os processos assistenciais, também em função do tamanho e complexidade da estrutura. Não podemos ficar à mercê das emergências. R7

Tem planejamento e são deliberadas. Outro elemento importante nisso aqui é disciplina. Uma vez feito o planejamento e amplamente discutido, a execução tem que seguir o planejado. Estabelece um protocolo, siga. Se está mal, pode ser revisto. Mas, uma vez estabelecido, cumpra. Acho que uns 80% planejado. R8

Sobre racionalidade e intuição, os executivos indicaram que a maior parte das decisões são racionais, mas não afastaram a hipótese da intuição, considerando-a parte importante do processo.

Eu acho que a gente tem muito indicador que a gente se baseia para tomar as decisões. Muita coisa é racional, é planejada, mas eu também acho que ficaria com 70% racional e 30% intuitivo. Não há nenhum medo de ser intuitivo aqui não. R3

São mais racionais. Todas essas decisões, a elaboração de projetos, rotinas, etc, são elaboradas por equipe multidisciplinar, em reuniões para se discutir e desenvolver esses assuntos. Eu diria que 70% de racionalidade. R4

Eu diria que elas são essencialmente racionais. E mesmo aquelas que dependem da intuição, você busca uma racionalização para elas. Ou seja, não afastando da intuição, um mecanismo importante para escolher a estratégia, entendeu? Elas devem ser subseqüentemente testadas. Então, 100% racionais. R5

Ainda é mais racional. Eu gostaria que fosse por intuição. Talvez avançasse mais. Hoje, pode colocar uns 60 racionais e 40 intuitivos. Eu gosto de pessoas que têm intuição para inovar, para experimentar. O racional vai trabalhar com processos internos. R8

A questão da formalização das decisões mostrou-se influenciada pelos processos de acreditação, cuja base é o registro. Dessa forma, os executivos indicaram que a maior parte das decisões é formalizada.

Nós temos registros através do nosso programa de qualidade. Nós estamos acreditados com ONA 2. Então, nós temos registros e, talvez, 70% do que está escrito a gente está procurando atender, procurando seguir. Então, 70% formal. R4

São 60% formais. Tudo vira um plano, um documento escrito. Tem uma análise de viabilidade econômica – todo grande plano tem uma análise de viabilidade econômica. Alguns dos grandes planos têm uma consultoria externa apoiando e fazendo a investigação de risco. A formalidade é a regra. R6

As decisões são essencialmente formais, em função desse modelo construído e da necessidade de alinhamento das pessoas. Acho que escapa muito pouco. Essa questão da formalidade está relacionada ao modelo científico de gestão. R7

As decisões estratégicas também foram apontadas como coletivas em sua maior parte. Até aquelas que porventura nasçam individualmente são coletivizadas.

A gente procura focar bastante estas decisões coletivas, principalmente no nível da diretoria e do superintendente. Normalmente, estas decisões são tomadas por estes dois níveis. R2

Eu acho o seguinte: não se faz nada sem o coletivo. Mas é difícil você ter uma decisão que nasce coletiva. E existe. Nós temos muitas coisas que nós fizemos aqui que foram coletivas. Você sente um monte de gente... É o processo da oficina de trabalho. Mas muita coisa nasce das pessoas e depois ela é viabilizada no coletivo. Eu diria que mais da metade das coisas, 60% das ideias, dos planos, elas começam por uma pessoa e se coletivizam depois. Agora, existe um espaço também que, quando você faz uma tempestade de ideias, um conjunto de ideias criam uma ideia. Acontece também. Mas eu acho que o individual é fundamental. R6

Os entrevistados eram estimulados a indicar um percentual para: formalismo *versus* informalidade, racionalidade *versus* intuição, intencionalidade *versus* emergência e individualismo *versus* coletivismo. A TAB. 8 apresenta uma síntese dos resultados encontrados, sendo que as colunas representam cada uma das entrevistas realizadas.

TABELA 8  
Resultado das entrevistas para o processo de formulação de estratégias

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MÉDIA
Formal	40	60	80	70	100	60	100	70	70	50	70
Informal	60	40	20	30	0	40	0	30	30	50	30
Racional	70	70	70	70	100	40	80	60	80	70	71
Intuitivo	30	30	30	30	0	60	20	40	20	30	29
Intencional	60	70	80	70	100	70	90	80	100	80	80
Emergente	40	30	20	30	0	30	10	20	0	20	20
Individual	70	20	100	20	0	60	10	0	0	10	29
Coletivo	30	80	0	80	100	40	90	100	100	90	71

Fonte: Elaborada pela autora.

As colunas da Tabela 8 representam cada uma das entrevistas realizadas e as linhas representam os aspectos investigados. Os números representam os percentuais com que ocorrem os aspectos investigados no processo de formulação de estratégias nos hospitais relatados pelos entrevistados.

A análise da TAB. 8 mostra que o processo de formulação de estratégia relatado pelos entrevistados pode ser considerado: formal, racional, intencional e coletivo, na maior parte das vezes. Esse resultado possui características de planejamento estratégico, que é um processo analítico, formal e lógico (ELBANNA, 2006; ANDREWS et al., 2009) e pode ser considerado um processo racional de tomada de decisão estratégica (SIMON, 1965).

Tomando-se como base para esta análise as perspectivas genéricas sobre estratégia propostas por Whittington (2002), observa-se uma tendência clara para deliberação, no entanto, em relação aos resultados, a maximização dos lucros não é o único objetivo perseguido pelos hospitais. Nota-se, a partir da análise dos resultados do item anterior, a preocupação com eficiência em custos aliada à preocupação com qualidade da assistência, que permite concluir que o processo de formulação de estratégias nos hospitais investigados pode ser enquadrado na perspectiva sistêmica (WHITTINGTON, 2002), que combina processos deliberados com resultado plural, ou seja, o lucro não é o único objetivo visado.

#### *4.1.2.3 Fatores críticos de sucesso para desempenho superior*

Esta seção analisará as respostas às questões 4, 5 e 6 do roteiro da entrevista (Apêndice 2), explicitadas no Quadro 14. Para analisá-las, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, visando a identificação e a classificação dos fatores críticos de sucesso mencionados pelos gestores nas entrevistas.

Entrevista com diretores-executivos da ANAHP – EIXO 3
4 O senhor poderia dizer quais são os fatores críticos de sucesso para que este hospital tenha bom desempenho?
5 O senhor poderia explicar por que considera esses fatores importantes para que o hospital tenha um bom desempenho?
6 O senhor poderia ordená-los (FCS), do mais importante para o menos importante?

QUADRO 14 - Entrevista com os diretores-executivos da ANAHP – EIXO 3  
 Fonte: Elaborado pela autora.

#### *4.1.2.3.1 Identificação dos fatores críticos de sucesso para desempenho superior*

Havia uma questão específica no roteiro elaborado para a realização dessas entrevistas para identificar os fatores críticos de sucesso (Apêndice 2), que é a questão 4. Trata-se de uma questão aberta, sem nenhum tipo de direcionamento, que estimulava os entrevistados a apontar os fatores críticos de sucesso para o bom desempenho do hospital, conforme demonstrado no Quadro 14. Esta seção contemplará as questões 4 e 6.

Importante destacar que os fatores críticos de sucesso foram citados espontaneamente, sem nenhum tipo de indução. Poderia ser citado qualquer tipo de fator considerado crítico para o bom desempenho do hospital. Também não foi estipulado um número de fatores críticos de sucesso a serem mencionados. Os entrevistados estavam livres para apontar quantos julgassem ser necessários.

O processo de análise dos dados das entrevistas desenvolveu-se da seguinte forma: inicialmente, foi feita uma análise geral das entrevistas, buscando-se identificar pontos convergentes entre elas ou categorias de análise que constituem os fatores críticos de sucesso identificados nas entrevistas. Foi um processo criterioso, que exigiu várias leituras de cada uma das entrevistas, buscando-se compreender o sentido principal do que havia sido dito pelo entrevistado. Para viabilizá-lo, foi elaborado o quadro de equivalência semântica, com o objetivo de extrair o sentido principal da fala do entrevistado, inspirado na redução eidética (Quadros 15 A 24). A coluna ordenação indica a forma como os respondentes atribuíram importância aos FCS citados, respondendo à questão 5, sendo 1 o mais importante.

Respondente 1: R1	Fator Crítico de Sucesso Redução eidética (fator)	Ordenação
Primeira coisa é a liderança. Eu acho que tem que ter uma liderança clara, uma liderança participativa, uma liderança atuante.	Liderança competente	1
Segundo, objetivos claros também, objetivo do negócio muito claros, e aí entra a questão do planejamento. É preciso ter um planejamento estruturado e um planejamento compartilhado para que as pessoas entendam o que está acontecendo.	Alinhamento estratégico	2
Depois, você tem que ter processos também muito bem definidos e alinhados com a operação do negócio.	Processos bem definidos	3
Tem que ter pessoas capacitadas, pessoas comprometidas e entusiasmadas com o projeto.	Pessoas capacitadas	4
Uma outra coisa importante é ter um olho dentro e um olho fora. Tem que ter um olho voltado para dentro e um olho voltado para fora. Ver o que está acontecendo, para onde que o mundo está indo, quais são as tendências, qual é o nosso posicionamento em relação aos outros líderes de mercado, o que que a gente precisa melhorar, em que que a gente é melhor. Esse olhar é importante.	Realização de monitoramento ambiental	5

QUADRO 15 - Equivalência semântica respondente 1

Fonte: Elaborado pela autora.

Respondente 2: R2	Fator Crítico de Sucesso Redução eidética (fator)	Ordenação
O primeiro: equipes médicas de uma melhor qualificação para atrair complexidade.	Pessoas capacitadas	3
O segundo: melhores negociações com as operadoras de plano de saúde.	Política comercial que garanta a sustentabilidade financeira	1
E a gestão da eficiência operacional, porque é fundamental do ponto de vista de resultado. É um dos nossos grandes desafios. Tem uma série de metas traçadas para redução do custo, aquisição de insumos uma gestão melhor do quadro de pessoal, reduzir alguns desperdícios.	Processos bem definidos	2

QUADRO 16 - Equivalência semântica respondente 2

Fonte: Elaborado pela autora.



Respondente 3: R3	Fator Crítico de Sucesso Redução eidética (fator)	Ordenação
Para o cliente-paciente é hotelaria <sup>15</sup> . Hotelaria seria um dos fatores. É fundamental.	Modelo diferenciado de atendimento ao cliente	3
Para o cliente-médico, é segurança para o seu paciente. Isso envolve uma série de coisas, que vai da tecnologia, da UTI Neonatal, do centro cirúrgico, da agilidade dos processos, do pronto-atendimento. O paciente chega no pronto-atendimento. Então, de um maneira ampla, é a segurança do seu paciente, que isso tudo desdobra numa série de setores do hospital.	Tecnologia de ponta;	1
	Processos bem definidos	2
E para a operadora, que é outro grande cliente, toda essa satisfação do seu cliente-médico e paciente, aliada a um preço que caiba no seu ticket, na sua receita.	Política comercial que garanta a sustentabilidade financeira	4

QUADRO 17 - Equivalência semântica respondente 3

Fonte: Elaborado pela autora.

Respondente 4: R4	Fator Crítico de Sucesso Redução eidética (fator)	Ordenação
Bom, tem a parte mercadológica do relacionamento com os compradores do serviço.	Política comercial que garanta a sustentabilidade financeira	2
Nós temos também a parte estrutural de atualização e melhorias contínuas do parque tecnológico.	Tecnologia de ponta	4
Eu tenho também uma parte importante, que é a capacitação e a qualidade do corpo clínico.	Pessoas capacitadas	3
E, talvez, tudo isso está direcionado ao atendimento aos clientes, à melhor qualidade de atendimento aos nossos clientes.	Modelo diferenciado de atendimento ao cliente	1

QUADRO 18 - Equivalência semântica respondente 4

Fonte: Elaborado pela autora.

Respondente 5: R5	Fator Crítico de Sucesso Redução eidética (fator)	Ordenação
Primeiro, o seguinte: é o foco na sua missão. Está muito claro que a sua missão é ser uma referência de excelência em termos de assistência à saúde.	Alinhamento estratégico	1
A segunda dimensão é que este foco venha acompanhado de uma preocupação também com a sua sustentabilidade financeira, mediante planejamento para captação de recursos. Não há como construir uma organização de liderança sem dispor de recursos para isso.	Política comercial que garanta a sustentabilidade financeira	2

QUADRO 19 - Equivalência semântica respondente 5

Fonte: Elaborado pela autora.

<sup>15</sup> O termo hotelaria em hospitais é utilizado para se referir a ambientes agradáveis e confortáveis para o paciente, compreendendo o conjunto de mudanças físicas e organização funcional para melhorar a prestação de serviços.

Respondente 6: R6	Fator Crítico de Sucesso Redução eidética (fator)	Ordenação
Ter uma visão. Acho que a visão de futuro é fundamental, e é óbvio que uma visão de futuro tem que ser de longo prazo. Ninguém tem visão se não for uma visão que se sustente. Uma visão que se sustente é uma visão grande. Não existe visão pequena. Então, a visão tem que ser de longo prazo. Por isso ela, naturalmente, é grande, é uma visão de futuro.	Alinhamento estratégico	1
Segundo, eu acho que é essa noção de oportunidade e risco. Muitas dessas coisas fazem parte da própria construção da visão. Quando você olha e fala: "Olha, eu sinto que o mundo está ficando assim", a visão é parte congruente dessa sua capacidade de perceber o seu ambiente. Então, resumidamente, a visão de oportunidade e risco é a capacidade que o gestor tem de perceber o ambiente. Se tem uma coisa a ser destacada na capacidade de um gestor é a capacidade dele compreender o seu meio.	Realização de monitoramento ambiental	2
A outra questão é a questão de que o que você vê não é o que as outras pessoas veem. Então, se você quiser que elas façam o que você quer que elas façam, você tem que ser capaz de galvanizá-las. E isso tem muito a ver com a sua capacidade de negociar, trocar, ceder, conceder, receber. É porque, às vezes, as pessoas querem que você receba também a ideia que elas têm. Você vai ter que mudar a sua ideia para receber a ideia das outras pessoas. Então a negociação, a capacidade de negociar, eu acho que é fundamental.	Capacidade de negociação como competência da liderança. Liderança competente	3
Você tem que ter um compromisso social com o futuro. Compromisso social não é um compromisso com a instituição, é coisa que vai além da instituição. Porque se a instituição não servir para mudar o mundo, ela não serve para nada. [...] Então, essa questão do compromisso com a sociedade, que faz com que os homens existam e se organizem em sociedade, ela é fundamental para qualquer empresa que o homem faz.	Compromisso social	4

QUADRO 20 - Equivalência semântica respondente 6

Fonte: Elaborado pela autora.

Respondente 7: R7	Fator Crítico de Sucesso Redução eidética (fator)	Ordenação
Acho que é fundamental ter uma orientação estratégica. Quando digo orientação estratégica quero falar de direcionamento, de modelos bem definidos.	Alinhamento estratégico	2
Uma outra coisa é o conhecimento em gestão com um viés forte em treinamento de pessoas. O hospital investe muito em treinamento de pessoal.	Conhecimento em gestão Pessoas capacitadas	3
Tem também o conceito e o modelo do hospital voltado para o atendimento médico-assistencial. É preciso entender que o paciente precisa de uma série de cuidados, e não só do cuidado médico, para o seu tratamento. Precisa das enfermeiras, de nutricionista, etc. Todos esses profissionais trabalhando em conjunto. Esse é o centro de toda a gestão, todo mundo aqui trabalha para isso, inclusive o pessoal das compras, da vigilância, da limpeza, seja o que for. A pessoa tem que entender que isso aqui é um serviço de saúde, que o centro das atenções, o foco da atenção, é médico-assistencial.	Modelo diferenciado de atendimento ao cliente	1

QUADRO 21 - Equivalência semântica respondente 7

Fonte: Elaborado pela autora.

Respondente 8: R8	Fator Crítico de Sucesso Redução eidética (fator)	Ordenação
Primeiro, a questão da liderança. Liderança em todos os níveis. Nós trabalhamos bastante nisso, partindo do princípio que liderança não se delega, se conquista. Não dá para confundir liderança com cargo – é bom que estejam juntos, e a liderança em todos os setores, desde o meu nível, até um call center. Líder é fundamental. Liderança é o primeiro elemento.	Liderança competente	1
O segundo é o conhecimento técnico. Conhecimento técnico é aquele que, tradicionalmente, se adquire na escola. Eu quero ter aqui as melhores enfermeiras, os melhores médicos, o contador, o engenheiro.	Pessoas capacitadas	2
Depois, o terceiro fator decisivo é conhecimento em gestão. [...] O uso de ferramentas de gestão, de metodologias de gestão disseminadas, ele potencializa o resultado do conhecimento técnico.	Conhecimento em gestão Pessoas capacitadas	2*

QUADRO 22 - Equivalência semântica respondente 8

Fonte: Elaborado pela autora.

OBS: \*Mesmo valor do anterior porque na redução foi considerado como equivalente ao anterior e contabilizado 1 FCS.

Respondente 9: R9	Fator Crítico de Sucesso Redução eidética (fator)	Ordenação
<p>Eu já ouvi diversos clientes nossos falando: “Eu já passei no hospital A, passei no hospital B, passei no hospital C, mas igual aqui, na parte de humanização, eu nunca vi”. Então, é aquele negócio de carregar mesmo as pessoas no colo, trabalhar essa humanização. E humanização também não é só esse lado. Por exemplo, se você for numa UTI nossa é uma UTI diferenciada. Os boxes não são boxes convencionais; são boxes fechados. Não são quartos, mas são boxes todo de vidro, totalmente fechados. Todos têm uma televisão, todos tem janela. Então, o paciente de UTI precisa saber se é dia, se é noite, se tá chovendo, se tá frio, se tá calor. Se ele quiser assistir televisão, ele pode assistir televisão. Se o médico consentir que ele fique com acompanhante, tem uma poltrona para acompanhante. E ele está numa UTI. Isso é humanização também. Então, a gente se preocupa, inclusive, com essas coisas. Isso faz a diferença.</p>	Modelo diferenciado de atendimento ao cliente	1
<p>Eu tenho um treinamento, uma equipe de treinamento que faz isso muito bem. [...] só para você ter uma ideia, todos os colaboradores nossos passam por treinamento. [...] Todos os nossos colaboradores estão passando por treinamento: os gestores estão no módulo 3 e os colaboradores estão no módulo 2. Então, na época estávamos com 2000 colaboradores. Nós fizemos 55 turmas de, aproximadamente, 50 colaboradores. São 6 horas de curso para cada um, com certificado, com tudo que tem direito, independente da função.</p>	Pessoas capacitadas	2
<p>Nós estamos diretores. Nós não somos melhores que ninguém. A gente anda pelo hospital. Eu tenho duas horas da minha agenda por dia para andar pelo hospital. Isso aí eu não abro mão. E, quando ando, converso com todo mundo, cumprimento todo mundo. E aí eu falo com o pessoal: “Gente, vocês vão me ver andando pelo hospital, tanto eu quanto os outros diretores, e quando vocês nos verem vocês podem cumprimentar – a gente não morde, não belisca, não arranha. A gente é normal igual a vocês”. Então, fazer essa aproximação com o colaborador é importante.</p>	Liderança competente	3

QUADRO 23 - Equivalência semântica respondente 9

Fonte: Elaborado pela autora.

Respondente 10: R10	Fator Crítico de Sucesso Redução eidética (fator)	Ordenação
Hoje, na minha concepção, tornar-se inovador no que diz respeito a práticas comerciais. Então, nós temos que colocar nosso produto com preços competitivos. E a montagem dessa equipe, desses profissionais, que vieram de vários hospitais aqui de São Paulo, cada um está trazendo o seu conhecimento. Então, a gente está acreditando muito que a gente vai conseguir montar um modelo diferenciado para poder fazer frente na parte comercial.	Política comercial que garanta a sustentabilidade financeira	2
Na parte técnica, a resolução do hospital em termos de tecnologia implantada também está fazendo um grande diferencial. O hospital tem em todos os setores em que foi implantada. Praticamente, são referências não só na região, mas na grande São Paulo.	Tecnologia de ponta	3
E o corpo clínico capacitado também, que não poderia, em hipótese nenhuma, deixar de ser citado.	Pessoas capacitadas	1

QUADRO 24 - Equivalência semântica respondente 10  
Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando-se que foi utilizada uma questão aberta para apuração dos fatores críticos de sucesso e que não foi estipulada a quantidade a ser citada, observou-se certa convergência na identificação dos fatores críticos de sucesso. Ao final, chegou-se a nove fatores críticos de sucesso apontados nas entrevistas, a saber:

- a) Pessoas capacitadas
- b) Política comercial que garanta a sustentabilidade financeira
- c) Alinhamento estratégico
- d) Modelo diferenciado de atendimento ao cliente
- e) Liderança competente
- f) Tecnologia de ponta
- g) Processos bem definidos
- h) Realização de monitoramento ambiental
- i) Compromisso social

Após a elaboração da matriz de equivalência semântica, foi construída a tabela de análise de conteúdo dos FCS (TAB. 9), que contou o número de citações de cada fator crítico de sucesso

nas entrevistas. Além disso, a tabela de análise de conteúdo também considerou a importância relativa atribuída a ele. As colunas da tabela representam cada uma das 10 entrevistas realizadas e os números associados aos fatores críticos de sucesso representam a importância atribuída a eles, sendo 1 o mais importante.

Cabe destacar também que a média da quantidade de fatores críticos de sucesso apontados pelos entrevistados foi 3,3 por entrevistado, sendo que a maior quantidade citada foi 5 e a menor foi 2 (TAB. 9).

TABELA 9  
Análise de conteúdo dos Fatores Críticos de Sucesso

FCS/ENTREVISTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	INC.	%	IMPORT.
Pessoas capacitadas	4	3	3				3	2	2	1	7	70%	2,57
Política comercial que garanta a sustentabilidade financeira			1	4	2	2				2	5	50%	2,20
Alinhamento estratégico	2				1	1	2				4	40%	1,50
Modelo diferenciado de atendimento ao cliente				3	1		1		1		4	40%	1,50
Liderança competente	1						3	1	3		4	40%	2,00
Tecnologia de ponta				1	4					3	3	30%	2,67
Processos bem definidos	3	2	2								3	30%	2,33
Realização de monitoramento ambiental	5						2				2	20%	3,50
Compromisso social							4				1	10%	4,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Observou-se que o fator crítico de sucesso mais citado pelos entrevistados foi *pessoas capacitadas*, que aparece em mais da metade das entrevistas (70%). De acordo com os entrevistados, é muito importante contar com pessoas competentes e capacitadas tanto na área da gestão quanto na área da assistência.

*Política comercial* foi o segundo fator crítico de sucesso mais citado, observado na metade das entrevistas realizadas (50%). De fato, a relação desses hospitais com as operadoras de planos de saúde, responsável pela maior parte da receita dos hospitais, é um ponto que merece atenção dos gestores. A elaboração de uma política comercial adequada pode se constituir em um ponto de vantagem competitiva nesse segmento, que, nesse momento, parece um pouco refém das operadoras de planos de saúde, diante do poder de barganha por elas conquistado.

Em terceiro lugar vêm *alinhamento estratégico* e *modelo diferenciado de atendimento ao cliente*. Ambos foram citados como fator crítico de sucesso em 4 das 10 entrevistas realizadas

e tiveram uma importância média de 1,5. A questão do alinhamento estratégico pode ser entendida diante da complexidade da instituição hospitalar, que reúne diversas funções e profissões, necessitando de diretrizes estratégicas bem definidas. Considerando o público-alvo dessas instituições e sua característica de inovação, o desenvolvimento de um modelo diferenciado de atendimento ao cliente, incluindo estrutura física, profissionais capacitados e disponibilidade de tecnologia, aliados a uma proposta diferenciada de atendimento humanizado e multidisciplinar, foi apontado como fator crítico de sucesso.

*Liderança competente*, que reúne características de capacidade de negociação, flexibilidade, motivação e visão de futuro, também foi apontada como fator crítico de sucesso. De fato, apenas o *alinhamento estratégico* não é suficiente; é preciso um líder competente para conduzir a instituição.

*Tecnologia de ponta e processos bem definidos* foram citados em três das dez entrevistas realizadas. O fato de essas questões, consideradas muito importantes nas entrevistas (item 4.1.3), terem sido apontadas como fatores críticos de sucesso somente em 3 entrevistas pode ser entendido, uma vez que, diante da importância do assunto, ele pode estar sendo considerado como condição fundamental para a sobrevivência do hospital. Ou seja, minimamente, se desejar competir nesse mercado, precisa ter tecnologia avançada e alinhada com os lançamentos e, também, processos bem definidos, haja vista os esforços de acreditação.

*Realização de monitoramento ambiental* foi citada em duas entrevistas como fator crítico de sucesso. Nas duas entrevistas em que o monitoramento ambiental foi citado como fator crítico de sucesso, foram apontados também como fatores críticos de sucesso *liderança competente* e *alinhamento estratégico* (TAB. 9).

*Compromisso social* foi citado em uma entrevista. A entrevista que apontou *compromisso social* como fator crítico de sucesso apontou a *liderança competente* também como fator crítico de sucesso (TAB. 9).

Observando-se as características do fator crítico de sucesso *liderança competente*, verifica-se que ele poderia ser classificado junto com o fator crítico de sucesso *pessoas capacitadas*, uma vez que trata exatamente da capacitação de líderes. Ou seja, também aborda pessoas

capacitadas. O fator crítico de sucesso *peçoas capacitadas* contempla tanto a capacitação técnica como a capacitação em gestão e da liderança. Assim, foram incluídas no fator crítico de sucesso *peçoas capacitadas*, aquelas entrevistas que apontaram *liderança competente* como fator crítico de sucesso e não citaram *peçoas capacitadas* como fator crítico de sucesso, como é o caso da entrevista 6. Seguindo essa lógica, o fator crítico de sucesso *peçoas capacitadas* passa a constar em 8 entrevistas, e não mais em 7.

O mesmo ocorre com *monitoramento ambiental*, que é uma etapa de *alinhamento estratégico*, o qual, para ser conseguido, torna-se necessário conceber uma estratégia, cuja concepção só é possível após o *monitoramento ambiental*. Então, *monitoramento ambiental* também poderia ser classificado junto com *alinhamento estratégico*. Para isso, assim como foi feito com *peçoas capacitadas*, buscou-se identificar as entrevistas que mencionaram *monitoramento ambiental* como fator crítico de sucesso sem mencionar também *alinhamento estratégico*. Neste caso não foi identificada nenhuma entrevista, porque as duas entrevistas que mencionaram *monitoramento ambiental* como fator crítico de sucesso também mencionaram *alinhamento estratégico*. Essa nova classificação pode ser verificada na TAB. 10.

TABELA 10  
Fatores críticos de sucesso ajustados

	Inc.	%
1 Pessoas capacitadas	8	80
2 Política comercial que garanta a sustentabilidade financeira	5	50
3 Alinhamento estratégico	4	40
4 Modelo diferenciado de atendimento ao cliente	4	40
5 Tecnologia de ponta	3	30
6 Processos bem definidos	3	30
7 Compromisso social	1	10

Fonte: Elaborada pela autora.

Dessa forma, ficam definidos como fatores críticos de sucesso, de acordo com os resultados apurados nas entrevistas, os sete elementos apresentados na TAB. 10, a saber: *peçoas capacitadas*, *política comercial que garanta a sustentabilidade financeira*, *alinhamento estratégico*, *modelo diferenciado de atendimento ao cliente*, *tecnologia de ponta*, *processos bem definidos*, *compromisso social*. A quantidade de FCS definidos (7) vem ao encontro das propostas de Miller (1995) e de Simon (1965), em que existe um limite na quantidade de informações que as pessoas conseguem receber, processar e lembrar. Para Miller (1995) esse limite está na vizinhança do número 7. Destaca-se que todos os aspectos relacionados



referem-se ao conteúdo da estratégia. Não foi apontado como fator crítico de sucesso nenhum aspecto relacionado ao processo da estratégia.

#### 4.1.2.3.2 Busca de causação dos fatores críticos de sucesso para desempenho superior

Outra questão buscou avaliar por que esses fatores críticos de sucesso são considerados importantes para o bom desempenho do hospital (questão 5). Ao justificar um fator crítico de sucesso, é necessário identificar os meios que levam àquele fator. Nesse sentido, procedeu-se também à análise das justificativas apresentadas para os sete fatores críticos de sucesso definidos pelas entrevistas, por meio das respostas à questão 5 (Quadro 14). Esse procedimento foi baseado no método *laddering*, conforme explicitado na Metodologia, e visa a sustentação do modelo teórico proposto.

As justificativas para apontar *peessoas capacitadas* como fator crítico de sucesso foram no sentido de que com pessoas capacitadas é possível obter um melhor desempenho, uma vez que elas conseguem desempenhar melhor a sua atividade, gerando benefícios para toda a organização. Dessa forma, é possível avançar, crescer, inovar, já que o trabalho desenvolvido em um hospital reúne profissões diferentes em torno de um mesmo objetivo, que é promover o cuidado com o paciente. Seguem alguns depoimentos que ratificam essa perspectiva:

A equipe é muito competente. O pessoal de RH sabe o que tem que fazer, TI sabe o que tem que fazer, Financeiro sabe. Então, tem uma equipe bem articulada trabalhando centralizada aqui no hospital e altamente especializada. Eu, com essa turma, posso fazer muitas coisas. E eles vão preparando o pessoal da rede, pessoas mais jovens, para desempenhar suas funções. R7

Conhecimento técnico é aquele que, tradicionalmente se adquire na escola. Eu quero ter aqui as melhores enfermeiras, os melhores médicos, o contador, o engenheiro. O conhecimento técnico é importante porque, se não tiver um médico bom, uma enfermeira treinada, alguém do financeiro que conheça do assunto, que saiba processar contas, um cobrador, na área comercial... Isso prepara, desenvolve. R8

Trabalhar em equipe eu acho que é fundamental. É valorizar as pessoas que trabalham comigo. Eu sou eternamente grato às pessoas que trabalham comigo. Eu costumo dizer o seguinte: eu acho que eu tenho muita sorte, porque as pessoas que trabalham comigo são muito boas. R9

Alguns depoimentos chamaram a atenção para a capacitação do corpo clínico, diante da importância de seu papel na atividade de um hospital, especialmente no que diz respeito à captação de demanda, conforme o relato:

O corpo clínico é fundamental também para manter a fidelidade e até aumentar a demanda dos nossos clientes. O médico, a gente não tem dúvida nenhuma que tem um papel essencial nesse trabalho. Então, daí a necessidade de ter sempre um corpo clínico atuante, atualizado e que trabalhe voltado para os nossos clientes e para a instituição. R4

Outros chegaram a apontar o desenvolvimento de ações nesse sentido, tais como programas de treinamento, avaliação de desempenho, desenvolvimento de pessoas e valorização, que buscam melhorar o nível de capacitação do seu pessoal:

Nós temos todo um programa de avaliação de desempenho. A gente faz isso. Está bem estruturado para acompanhar o desenvolvimento das pessoas. Se investe bastante nesse tipo de conhecimento. R8

O hospital investe muito em treinamento de pessoal. R7

Eu estou fazendo uma avaliação de desempenho individual de cada funcionário. Para você ter uma ideia, tenho 2.081 colaboradores. 93% já fizeram a avaliação de desempenho. [...] Eu tenho um treinamento, uma equipe de treinamento que faz isso muito bem [...] Só para você ter uma ideia, todos os colaboradores nossos passam por treinamento. [...] Trabalho de equipe. O trabalho de equipe é fundamental. Quando eu falo trabalho de equipe, é o seguinte: aqui não tem ninguém melhor do que ninguém. Todos têm a sua importância, desde o mais baixo funcionário. Vamos falar da higienização até a diretoria. Não tem absolutamente ninguém melhor do que ninguém. Todos os funcionários são importantes. R9

A definição de uma *política comercial que garanta a sustentabilidade financeira* foi apontada como fator crítico de sucesso pela metade dos entrevistados (TAB. 10). Nesse caso, entende-se por política comercial aspectos relacionados à precificação dos serviços prestados, fator diretamente relacionado com a lucratividade do hospital e ao relacionamento com as operadoras de plano de saúde, ator com elevado poder de barganha na relação, em função de possuir muitos clientes em sua carteira e de ser responsável por cerca de 90% da receita desses hospitais.

Sobre preços competitivos, o que a gente sente, eu costumo dizer que a área de saúde é sempre a última. Os demais segmentos se informatizaram muito antes, aplicaram gestão dos seus negócios antes, já existia acreditação ISO muito antes. O setor hospitalar é sempre um dos últimos a entrar nessa. Tanto que a gente observa que a profissionalização do setor saúde está acontecendo nesse momento. E um ponto que já existia no mercado, na economia como um todo, quando a indústria fazia um produto, colocava a margem de lucro que ela queria em cima daquele produto, precificava e saía vendendo. A coisa não é mais assim. Hoje, você precisa saber quanto o mercado está disposto a pagar por aquele produto e ajustar a sua margem de contribuição. Isso é o que está começando a acontecer na área hospitalar. Esse movimento tardio, eu diria assim, mas é isso que está acontecendo hoje. O dinheiro começou a ficar curto, de quem está pagando a conta. Tem uma inflação na área de médicos mais crescente do que a inflação da economia, países do Primeiro Mundo sofrendo dificuldades também para lidar com esse problema. Então, chegou o nosso momento de falar: “Tá bom, eu tenho que me tornar competitivo”. R10

O preço é importante para dar acesso. Basicamente, hoje, 93 ou 94% do faturamento vêm de operadora. É lógico que a gente tem poder de negociação, porque a operadora precisa disso para viver. Ela tem que ter você na carteira dela, senão os clientes não vão comprar. E isso te dá uma certa força para negociar. R3

A parte mercadológica do relacionamento com os compradores do serviço nos leva à questão do resultado financeiro do hospital, que é o que vai permitir toda essa sustentabilidade e a execução desses outros itens que eu citei. Na verdade, uma coisa está muito ligada à outra. Não dá para você conseguir uma coisa sem atender a outra. R4

[...] não há como construir uma organização de liderança sem dispor de recursos para isso. Esses recursos são investidos em pessoas, em atrair talentos para a organização, em criar instalações onde essas pessoas possam, efetivamente, exercer as suas atividades na aquisição de equipamentos de ponta. E muitos desses equipamentos quando são comprados, quando não têm seus custos diluídos em uma escala maior, seus custos são mais altos. R5

Sobre o *alinhamento estratégico*, novamente foram colocados aspectos referentes à complexidade do hospital e à diversidade de profissões nele reunidas para que possa prestar o serviço. Dessa forma, torna-se importante determinar uma diretriz para alinhar o trabalho. A questão da necessidade de se estabelecer e perseguir um objetivo e a importância de não perder de vista que o objetivo principal de um hospital é prestar assistência, e não gerar lucros, também foram comentados. Seguem trechos das entrevistas que ilustram essa discussão:

Precisa de uma orientação em função da complexidade da tarefa. O produto saúde é um produto difícil de se atingir, pela responsabilidade. Tem a questão da morte. É um produto complexo de se elaborar. E, além disso, e até pela complexidade, ele tem muitas pessoas trabalhando em torno disso. O hospital é um local que utiliza profissionais de praticamente todas as profissões existentes. É necessário uma sinergia. Todo mundo tem que trabalhar com aquele objetivo. Então, esse modelo de ter claro o conceito, os pilares de sustentação, o método de trabalho, a metodologia, planejamento estratégico e treinamento de pessoal, é fundamental para alinhar toda essa gente para trabalhar com um único objetivo, que é médico-assistencial. R7

A visão é importante, porque as pessoas têm que ter objetivo. Então, sem visão as pessoas não tem por que continuar. Então, é o objetivo. Essa também é uma coisa fundamental na vida das organizações: o “o que”. A visão, não necessariamente, é o “o que”. Ela é mais à frente do que o objetivo propriamente da organização. Qual o meu objetivo? Assistir pessoas. Qual é a minha visão? É ver esse hospital grande, diferente, duplicado, etc. Mas essa questão da visão conforma esse espaço que define o objetivo da organização. R6

Sobre a missão, existe hoje um movimento no mercado de saúde que está conduzindo à mercantilização dessa atividade. Então, essa atividade, que já esteve predominantemente nas mãos dos médicos autônomos e de instituições filantrópicas, que ainda hoje dominam o mercado no Brasil, começa hoje a ter que enfrentar um modelo em que, na verdade, a rentabilidade, o retorno financeiro para seus acionistas é a principal consideração. E, na minha opinião, sempre que ocorre essa inversão o paciente, que nessa atividade é o cliente, não tem a segurança de ter o melhor tratamento, porque considerações de natureza financeira vão se intrometer nessas decisões. R5

*Monitoramento ambiental* também foi considerado fator crítico de sucesso e foi incorporado a *alinhamento estratégico*, conforme explicado anteriormente. Os dois casos que citaram *monitoramento ambiental* como fator crítico de sucesso justificaram sua importância pela necessidade de se compreender o ambiente para formular a estratégia.

*Modelo diferenciado de atendimento ao cliente*, procurando atender da melhor forma possível a suas expectativas, também foi considerado um fator crítico de sucesso pelos entrevistados. Os seguintes aspectos foram apontados como justificativa: necessidade de um modelo médico-assistencial que reúna uma equipe multidisciplinar para tratar do paciente, aspectos relacionados à infraestrutura que possam trazer maior conforto para o paciente e aspectos relacionados a treinamento de pessoal visando proporcionar o melhor atendimento para o paciente. Seguem alguns depoimentos:

Tem também o conceito e o modelo do hospital voltado para o atendimento médico-assistencial. É preciso entender que o paciente precisa de uma série de cuidados, e não só do cuidado médico, para o seu tratamento. Precisa das enfermeiras, de nutricionista, etc. Todos esses profissionais trabalhando em conjunto. Este é o centro de toda a gestão: todo mundo aqui trabalha para isso, inclusive o pessoal das compras, da vigilância, da limpeza, seja o que for. A pessoa tem que entender que isso aqui é um serviço de saúde, que o centro das atenções, o foco da atenção, é médico-assistencial. R8

A qualidade no atendimento aos clientes envolve, além desses itens que eu lhe falei, o nosso Programa de Qualidade, que abrange um trabalho em todos os setores do hospital, tanto a parte da assistência quanto a parte administrativa, infraestrutura, etc. R4

Em primeiro lugar vem o conceito do hospital em trabalhar com o modelo médico-assistencial. É preciso entender que hospital é esse, a quem ele está servindo, a quem que ele se destina, que tipo de serviço ele oferece. É uma instituição religiosa? O que isso tem a ver com assistência à saúde? Quais são as características de um hospital que pertence a uma congregação religiosa? E assim por diante. Tem que conceituar ele claramente. E, daí, a partir desse conceito, tem um modelo de hospital. Como é a questão da rede, das emergências? R7

Por exemplo, se você for numa UTI nossa, é uma UTI diferenciada. Os boxes não são boxes convencionais; são boxes fechados. Não são quartos, mas são boxes todo de vidro, totalmente fechados. Todos tem uma televisão, todos têm janela. Então, o paciente de UTI precisa saber se é dia, se é noite, se tá chovendo, se tá frio, se tá calor. Se ele quiser assistir televisão, ele pode assistir televisão. Se o médico consentir que ele fique com acompanhante, tem uma poltrona para acompanhante. E ele está numa UTI. R9

A hotelaria é importante [...] Tenho o apartamento básico, que o convênio dá cobertura, mas eu tenho upgrade, e é disputadíssimo. No caso da maternidade, eles pagam a diferença e querem ficar porque valorizam. R3

Hoje, a gente treina o nosso pessoal para, por exemplo, se você está internada aqui e não tocou a campainha porque você não precisou, um funcionário vai ver se está tudo bem. Isso é humanização. É mostrar para o nosso cliente o quanto ele é importante para a gente. E os clientes dizem que nós treinamos muito bem o nosso pessoal, porque muda o turno, e o pessoal faz exatamente a mesma coisa. Até a pessoa que vem pegar o lixo, fala "bom-dia", pergunta se está precisando de alguma coisa. Quem vem deixar a refeição pergunta se quer que coloque perto, se precisa de ajuda, se tem condições de se alimentar ou se o acompanhante vai dar. A pessoa se preocupa com o paciente. Não pode pensar: "O meu trabalho é só levar a refeição". Não, o seu trabalho não é isso. O seu trabalho é muito mais do que isso. R9

A questão da competência da liderança foi apontada por 4 entrevistados como um fator crítico de sucesso e foi incorporada ao FCS *pessoas capacitadas*. Mesmo assim, investigou-se as razões que levaram os entrevistados a apontar a liderança competente como FCS. Um líder

flexível, participativo, presente e inspirador foi considerado importante para o bom desempenho do hospital. Seguem trechos de depoimentos que apontam essa questão:

Eu acho que tem que ter uma liderança clara, uma liderança participativa, uma liderança atuante. Acho que esse é um ponto muito importante. R1

Então, se você quiser que elas façam o que você quer que elas façam, você tem que ser capaz de galvanizá-las. E isso tem muito a ver com a sua capacidade de negociar, trocar, ceder, conceder, receber. É porque, às vezes, as pessoas querem que você receba também a ideia que elas têm. Você vai ter que mudar a sua ideia para receber a ideia das outras pessoas. Então, a negociação, a capacidade de negociar, eu acho que é fundamental. R6

A liderança é importante porque em todo agrupamento humano, ao natural, surge um líder. [...] Agora, investir nisso, capacitar, vai fazer uma diferença. [...] Liderança em todos os níveis, nós trabalhamos bastante nisso, partindo do princípio que liderança não se delega; se conquista. Não dá para confundir liderança com cargo. É bom que estejam juntos. R7

A tecnologia é um fator importante não só nos aspectos relacionados aos processos de cuidado como também nos processos de gestão. Acompanhar o desenvolvimento da tecnologia foi apontada como uma questão fundamental para esses hospitais:

Tecnologia. Se você não disponibilizar a tecnologia para o exercício da medicina, o médico começa a não se sentir confortável. Ele não vai se sentir atendido. Então, ele também começa a desconfiar do diagnóstico de uma ressonância. R10

Hoje, a evolução tecnológica ela é, assim, muito rápida e o grau de informação dos clientes também é muito diferente hoje. Hoje, estão todos atualizados, da melhor forma ou não. E são questões que nós precisamos atender hoje. A tecnologia entrou na medicina de forma forte. A arte está cada vez menos importante. Mas, enfim, a parte da tecnologia é que realmente está dando saltos importantes na área médica. Então, para nós acompanharmos a evolução da medicina, e é isso que também os nossos clientes esperam, nós temos que ter um parque tecnológico que acompanhe essa evolução. R4

Os demais segmentos se informatizaram muito antes. Aplicaram gestão dos seus negócios antes. Já existia acreditação, ISO, muito antes. O setor hospitalar é sempre um dos últimos a entrar nessa, tanto que a gente observa que a profissionalização do setor saúde está acontecendo nesse momento.

Sobre *processos bem definidos*, existe uma busca por eficiência, visando à redução de custos. Segue trecho que confirma essa preocupação:

Acho que em termos de eficiência, principalmente, a área da saúde é uma área onde o desperdício é grande, onde os recursos precisam ser melhor alocados. R1

Apontar *compromisso social* como fator crítico de sucesso demonstra alinhamento com as questões atuais da gestão, em que discute-se muito sobre sustentabilidade. Segue a justificativa fornecida pelo entrevistado que apontou *compromisso social* como fator crítico de sucesso:

E o compromisso social é importante porque vivemos em sociedade. Acho que essa é a principal razão. Não existe outra razão. O homem vive em sociedade, isso significa em um arranjo produtivo, ninguém é auto-suficiente. Esse arranjo produtivo exige compromisso com a construção do arranjo produtivo para que todos consigam sobreviver. R6

Discutir as justificativas apresentadas para os fatores críticos de sucesso citados ajuda a compreender sua importância. Nesse sentido, verificou-se que os gestores estavam conscientes da sua fala ao citarem os fatores críticos de sucesso para o desempenho superior de um hospital, uma vez que foram apresentadas justificativas consistentes. A metodologia empregada pode ter contribuído para isso, já que foi encaminhado um material com a definição de fatores críticos de sucesso antes da realização da entrevista, conforme o método proposto por Rockart (2002), o que motivou os entrevistados a refletirem previamente sobre o tema.

Analisando os fatores críticos de sucesso apurados nas entrevistas qualitativas à luz do modelo teórico proposto para esse trabalho, verifica-se que dos 7 FCS apurados, 3 referem-se ao construto *relação com o mercado* e 3 referem-se ao construto *processos internos*. Observando-se o conjunto de relatos que determinou *alinhamento estratégico* como fator crítico de sucesso, verifica-se que o mesmo pode estar associado ao construto *relação com o mercado* e também ao construto *grau de intencionalidade*, previsto no modelo teórico. O Quadro 25 demonstra a relação entre FCS, justificativas e modelo teórico.

Construto do modelo teórico	FCS	Principais aspectos associados
Processos Internos	Pessoas capacitadas	Boa formação; Programas de desenvolvimento de pessoas; Liderança competente.
Relação com o Mercado	Política comercial que garanta a sustentabilidade financeira	Precificação; Negociação com operadoras de planos de saúde.
Relação com o Mercado/ Grau de intencionalidade	Alinhamento estratégico	Monitoramento ambiental; Identidade (missão); Objetivos (visão); Planejamento estratégico.
Relação com o Mercado	Modelo diferenciado de atendimento ao cliente	Infraestrutura diferenciada; Modelo multidisciplinar.
Processos Internos	Tecnologia de ponta	Disponibilidade de equipamentos e recursos que acompanhem o desenvolvimento tecnológico dos tratamentos.
Processos Internos	Processos bem definidos	Foco na eficiência operacional.
Relação com o Mercado	Compromisso social	Compromisso com a sociedade.

QUADRO 25 - Síntese dos fatores críticos de sucesso  
Fonte: Elaborado pela autora.

Os fatores críticos de sucesso citados pelos entrevistados correspondem às práticas de gestão estratégica que estão mais associadas ao desempenho superior. Nesse sentido, observa-se, à luz do modelo teórico, que a maior parte dos fatores apontados estão relacionados ao conteúdo da estratégia. Apenas um dos fatores apontados relaciona-se a um construto referente ao processo da estratégia, de acordo com o modelo teórico.

#### 4.1.3 Grupo de foco

O grupo de foco validou os resultados obtidos nas entrevistas, uma vez que os participantes concordaram com a relação de fatores críticos de sucesso gerada a partir de sua realização (TAB. 9). Foi questionada a ausência de um fator e a baixa incidência de outro fator. Essa atividade foi realizada com 8 diretores de hospitais associados à ANAHP, sendo que 4 deles responderam ao questionário da pesquisa quantitativa e 2, desses 4, participaram das entrevistas qualitativas. Os participantes do grupo de foco estão identificados por: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8.



A sessão iniciou com a apresentação da TAB. 9, contendo o resultado dos fatores críticos de sucesso levantados nas entrevistas.

O primeiro ponto comentado pelos participantes foi a classificação do compromisso social. Alguns julgaram que, considerando a relação desenvolvida pelo hospital com a sociedade, dada a natureza da sua prestação de serviço, o compromisso social deveria estar mais bem classificado. Foi apontado também que para os hospitais sem fins lucrativos essa questão deveria ser ainda mais importante. Seguem trechos de alguns comentários:

[...] me chamou a atenção o compromisso social como 4, ou seja, o pior desempenho. Então, seria interessante entender quais hospitais fazem parte dessa amostra, porque eu tenho certeza que especialmente aqueles hospitais sem fins lucrativos têm um alto comprometimento social. P1

[...] dado o fato que a gente está falando de uma instituição que é necessariamente comunitária, como é o caso do hospital, onde, na minha opinião, o compromisso social é uma coisa que tem que estar sempre presente, tenha ou não tenha finalidade lucrativa, eu não acho que o hospital x é diferente do hospital y porque tem finalidade lucrativa. Eu não acho que é isso que diferencia e cria compromisso ou não compromisso social. Eu acho que qualquer organização tem que ter compromisso social, e em um hospital é mais diferenciada ainda essa questão de compromisso social, embora você possa não perceber isso quando está falando em fator crítico de sucesso. Agora, se os hospitais que estão aqui não tivessem o tipo de inserção que tem na sociedade e a importância que tem, eles não estariam aqui. Essa questão do lucro, ou não lucro, é um negócio mal resolvido na sociedade brasileira. P5

Na opinião dos participantes do grupo de foco, o compromisso social deveria estar não só presente como também mais bem classificado na relação de fatores críticos de sucesso. Outro ponto abordado pelos participantes foi a ausência de aspectos relacionados à gestão da marca na composição dos fatores críticos de sucesso. Na opinião deles, os hospitais associados à ANAHP possuem marcas fortes, que geram uma série de benefícios. Nesse sentido, o gerenciamento da marca deveria compor a relação dos fatores críticos de sucesso, uma vez que ela pode ser considerada fonte de vantagem competitiva. Seguem algumas opiniões dos participantes:

Eu estranhei uma coisa que na minha opinião é importante e que eu não vi como fator identificado, que é a gestão da marca. Tem muitos hospitais hoje que fazem propaganda, revista de bordo, jornal, rádio, etc. F8

Eu concordo. Acho que deveria ter sido contemplada essa questão da marca nessa discussão da estratégia de mercado. Nossos hospitais têm ciência da importância disso. F2

Considerando as informações coletadas no grupo de foco, verifica-se que *compromisso social* é um fator crítico de sucesso importante e deve ser considerado como tal, da mesma forma que a *gestão da marca* também deve ser considerada um fator crítico de sucesso. Todos concordaram com os demais fatores críticos de sucesso apontados na relação.

A questão da gestão da marca deve ser considerada pelos gestores dos hospitais como um ponto a ser explorado na geração de demanda. Atualmente, conforme apurado nas entrevistas, a porta de entrada desses hospitais é o consultório médico. Na medida em que os hospitais consolidarem as suas marcas, trabalhando para que elas estejam associadas a determinados tipos de tratamento, isso pode constituir-se como fonte de demanda, diminuindo a dependência dos médicos nesse sentido.

Dessa forma a relação de fatores críticos de sucesso a ser considerada após a realização do grupo de foco passou a incluir os aspectos relacionados a gestão da marca (Quadro 26).

Construto do modelo teórico	FCS	Principais aspectos associados
Processos Internos	Pessoas capacitadas	Boa formação; Programas de desenvolvimento de pessoas; Liderança competente.
Relação com o Mercado	Política comercial que garanta a sustentabilidade financeira	Precificação; Negociação com operadoras de planos de saúde.
Relação com o Mercado/ Grau de intencionalidade	Alinhamento estratégico	Monitoramento ambiental; Identidade (missão); Objetivos (visão); Planejamento estratégico.
Relação com o Mercado	Modelo diferenciado de atendimento ao cliente	Infraestrutura diferenciada; Modelo multidisciplinar.
Processos Internos	Tecnologia de ponta	Disponibilidade de equipamentos e recursos que acompanhem o desenvolvimento tecnológico dos tratamentos.
Processos Internos	Processos bem definidos	Foco na eficiência operacional.
Relação com o Mercado	Compromisso social	Compromisso com a sociedade.
Relação com o Mercado	Gestão da Marca	Consolidação e reconhecimento da marca do hospital.

QUADRO 26 - Síntese dos fatores críticos de sucesso validados

Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando-se que os fatores críticos de sucesso representam as práticas de gestão estratégica que estão mais associadas ao desempenho superior, ao analisar as hipóteses propostas para este trabalho verifica-se que H2, H4 e H7 não foram refutadas, tendo em vista a análise dos dados qualitativos.

## 4.2 Análise dos dados quantitativos – Survey

Para os dados quantitativos, foram realizadas as seguintes análises: tratamento de outliers e dados ausentes (já mencionado no item 3.4.2.4), estatísticas descritivas, condução de teste de confiabilidade das escalas, modelagem de equações estruturais e teste dos caminhos do modelo. A seguir, apresentam-se os resultados dessas análises.

### 4.2.1 Estatísticas descritivas

#### 4.2.1.1 Perfil dos hospitais

Um grupo inicial de questões buscou identificar aspectos relacionados ao perfil dos hospitais que participaram da amostra. O objetivo desta parte foi verificar a representatividade da amostra e buscar correlações significantes. Seguem os resultados.

A primeira questão buscou identificar em qual região do País o hospital estava localizado. Apurou-se que a maior parte dos respondentes está relacionada a hospitais localizados na região Sudeste, seguida da Sul (TAB. 11).

TABELA 11  
Região do Hospital

REGIÃO DO HOSPITAL		
Opções de Resposta	%	Freq. Absoluta
Norte	0,0	0
Nordeste	5,7	4
Centro Oeste	5,7	4
Distrito Federal	1,4	1
Sudeste	60,0	42
Sul	27,1	19
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>70</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Um ponto importante a ser destacado neste resultado é que todas as regiões do Brasil estão representadas nesse levantamento, à exceção da Norte. Outro aspecto que chama a atenção é que a distribuição da amostra é muito similar à distribuição dos hospitais associados à ANAHP, demonstrada na TAB. 12. Essas questões reforçam a representatividade da amostra.

TABELA 12  
Região dos hospitais associados à ANAHP

REGIÃO DOS HOSPITAIS ASSOCIADOS À ANAHP		
Opções de resposta	%	Freq. Absoluta
Norte	0,0	0
Nordeste	15,4	6
Centro Oeste	5,1	2
Distrito Federal	5,1	2
Sudeste	64,1	25
Sul	10,3	4
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>39</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Ainda sobre a localização do hospital, buscou-se verificar se ele se encontra instalado na Capital ou no interior do estado (TAB. 13). Apurou-se que a grande maioria dos hospitais está instalada na Capital.

TABELA 13  
Localização do Hospital

LOCALIZAÇÃO DO HOSPITAL		
Opções de Resposta	%	Freq. Absoluta
Capital	92,9	65
Interior	7,1	5
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>70</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Analisando os dados da TAB. 11 e da TAB. 13 comparativamente àqueles apresentados na TAB. 1, que trata do grau de cobertura da população brasileira com planos de assistência médica, constata-se a coerência dos resultados, considerando-se que o percentual de cobertura da população brasileira com planos de assistência médica apresentado na TAB. 1 é menor nas regiões mais pobres e maior nas regiões com melhor nível de renda e industrialização, assim como a distribuição dos hospitais dessa amostra. Isso faz sentido, uma vez que a maior parte da receita de hospitais privados é proveniente de pacientes com planos de assistência médica.

Apenas uma pequena parte provém de pacientes particulares que pagam diretamente o seu tratamento, conforme discutido na Introdução.

Além da localização do hospital, outro aspecto que se buscou identificar foi em relação a filantropia. Apurou-se que metade dos respondentes está ligada a um hospital filantrópico<sup>16</sup>.

TABELA 14  
Hospitais filantrópicos

HOSPITAL FILANTRÓPICO?		
Opções de Resposta	%	Freq. Absoluta
Sim	50,0	35
Não	50,0	35
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>70</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Ainda sobre o perfil dos hospitais, foi avaliado o tamanho deles com base no número de leitos disponíveis. Os resultados foram equilibrados nas quatro faixas disponíveis, entre 151 leitos e 350 leitos (TAB. 15).

TABELA 15  
Número de Leitos

NÚMERO DE LEITOS		
Opções de Resposta	%	Freq. Absoluta
0-50 leitos	0,0	0
51-100 leitos	4,3	3
101-150 leitos	5,7	4
151-200 leitos	20,0	14
201-250 leitos	17,1	12
251-300 leitos	15,7	11
301-350 leitos	22,9	16
351-400 leitos	7,1	5
401-450 leitos	0,0	0
451-500 leitos	0,0	0
Mais de 500 leitos	7,1	5
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>70</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

<sup>16</sup> Hospitais filantrópicos são hospitais privados, sem fins lucrativos, certificados como entidade de fins filantrópicos. Em vez de consultas, exames, cirurgias, oferecem ao SUS conhecimento e capacidade técnica. Os serviços prestados pelos hospitais filantrópicos ao SUS devem ser iguais aos valores das isenções fiscais.

Outro aspecto avaliado foi o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa (TAB. 16), o qual propicia um comportamento mais relacionado a inovação e a aprendizagem organizacional. Nesse sentido, observa-se que 82,8% dos entrevistados afirmaram que suas instituições desenvolvem algum tipo de atividade de ensino e/ou pesquisa. Isso demonstra a vocação para inovação desses hospitais.

TABELA 16  
Atividades de ensino e pesquisa

O HOSPITAL DESENVOLVE ATIVIDADES DE ENSINO E PESQUISA		
Opções de Resposta	%	Freq. Absoluta
Não	17,1	12
Sim, apenas atividades de ensino	14,3	10
Sim, apenas atividades de pesquisa	17,1	12
Sim, desenvolve atividades de ensino e pesquisa	51,4	36
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>70</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

O cruzamento dos dados dos resultados da TAB. 14 e da TAB. 16 mostra tendência maior dos hospitais filantrópicos a trabalhar com atividades de ensino e pesquisa, conforme apresentado no GRÁF. 2.

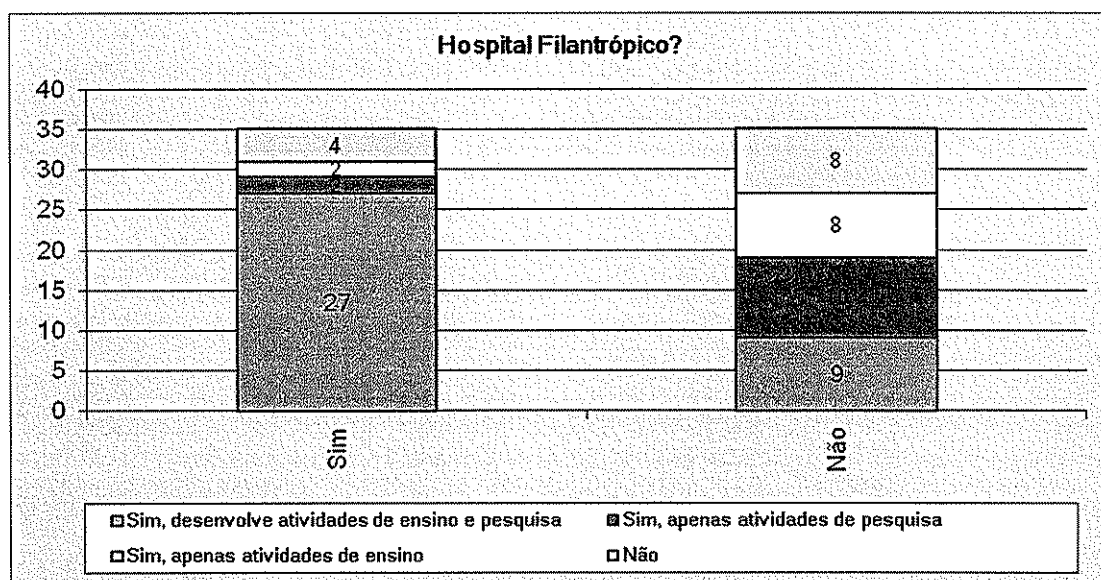


GRÁFICO 2 - Atividades de ensino e pesquisa *versus* filantropia

Fonte: Elaborado pela autora.

Foi analisada também a relação desses hospitais com processos de acreditação hospitalar. Nesse sentido, um item do questionário perguntava se o hospital era acreditado e, em caso positivo, em qual entidade certificadora. Esta questão avaliou tanto as certificações em processo quanto as completas, e admitiu mais de uma resposta. Os resultados estão demonstrados no GRÁF. 3.

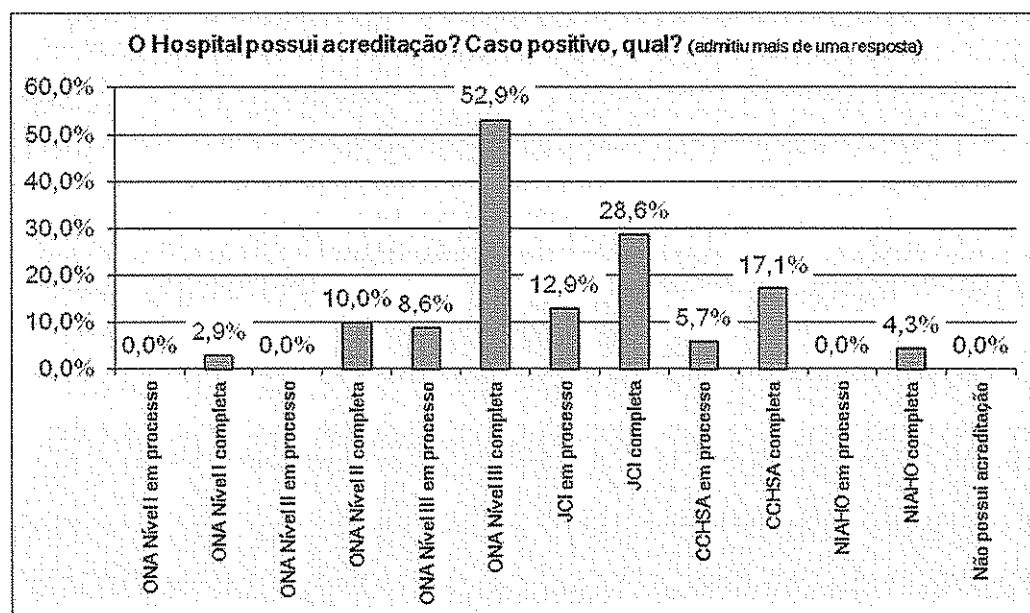


GRÁFICO 3 - Acreditação hospitalar  
Fonte: Elaborado pela autora.

Apurou-se que 100% das entidades participantes da amostra são acreditadas ou estão em processo de acreditação. Essa situação confirma a premissa da ANAHP de só admitir associados com acreditação hospitalar. Destacam-se os seguintes resultados: mais da metade dos entrevistados (52,9%) afirmou que está ligada a hospitais acreditados pela ONA, em nível III, que é o maior nível de acreditação da referida instituição; metade dos entrevistados (50%) afirmou estar ligada a hospitais com acreditação internacional completa (JCI, CCHSA, NIAHO). Esses resultados demonstram o grau de excelência em processos dessas instituições.

Apesar de constituírem hospitais gerais, foi perguntado aos entrevistados se o hospital possui ênfase em alguma especialidade. Esta questão tinha por objetivo avaliar onde estão sendo feitos os investimentos do hospital ou o que é prioridade em termos estratégicos para o hospital, e se eles estão alinhados com as tendências ambientais. Apurou-se que cardiologia foi uma especialidade citada por mais da metade dos entrevistados (64,2%), seguida por

oncologia, também com um elevado índice de citação (48,6%). O GRÁF. 4 apresenta esses resultados.

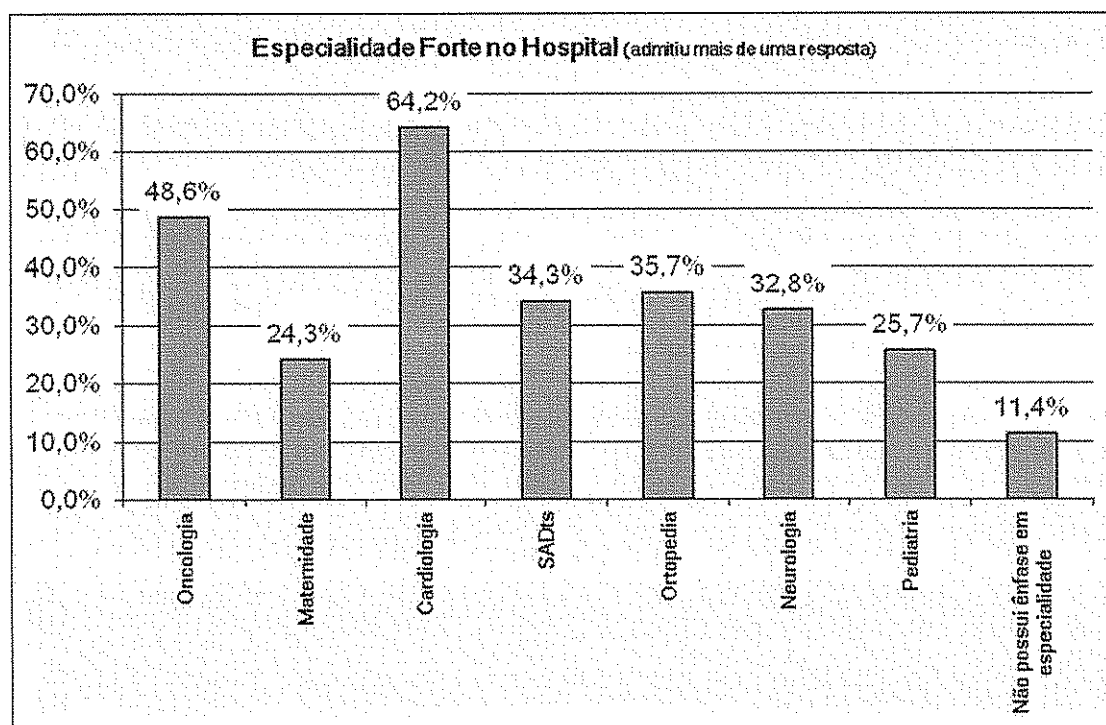


GRÁFICO 4 - Especialidade forte no hospital  
Fonte: Elaborado pela autora.

O perfil dos hospitais reforçou algumas características consideradas importantes. Sobre a localização, apesar de quase todas as regiões do País aparecerem representadas na amostra, a maior parte dos respondentes afirmou estar ligada a hospitais localizados na região Sudeste e nas capitais de seus estados. Essa distribuição está alinhada às condições do mercado brasileiro, em que a população que utiliza plano de assistência médica para financiar seus tratamentos, considerada a maior parte da receita de hospitais privados, está localizada nas regiões de maior renda e industrialização. O hospital é uma forma de prestação de serviço que necessita da presença física do paciente.

Outro resultado que merece destaque é o fato de mais de 80% dos entrevistados estar ligado a hospitais que desenvolvem atividades de ensino e/ou pesquisa, aliado ao fato de 100% dos entrevistados afirmarem que suas instituições estão engajadas em processos de acreditação. Isso demonstra, de certa forma, a preocupação com a eficiência e a qualidade dos processos internos, bem assim com a inovação.



#### 4.2.1.2 Perfil dos respondentes

O segundo grupo de questões buscou avaliar o perfil dos respondentes, com o objetivo de verificar sua qualificação para prestar as informações necessárias, além de estabelecer correlações significantes de dados. Seguem os resultados.

A primeira questão deste grupo buscou identificar a área na qual o respondente trabalha no hospital. Foi considerado importante que profissionais responsáveis pela formulação da estratégia do hospital ligados a diversas áreas da organização participassem do estudo. Observou-se que as cinco áreas solicitadas estão representadas na amostra pesquisada, sendo a área de Estratégia/Mercado a mais representativa delas (TAB. 17).

TABELA 17  
Área do hospital

EM QUAL ÁREA DO HOSPITAL VOCÊ TRABALHA?		
Opções de Resposta	%	Freq. Absoluta
Cuidado/Assistência	8,6	6
Financeira	14,3	10
Recursos Humanos	17,1	12
Estratégia/Mercado	34,3	24
CEO do Hospital	25,7	18
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>70</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Sobre o cargo exercido, observou-se que 68,5% dos entrevistados afirmaram participar da alta administração das suas instituições, ocupando os seguintes cargos: CEO, diretor e superintendente. Dessa forma, estão amplamente qualificados a prestar informações sobre a formulação da estratégia em seus hospitais (TAB. 18).

TABELA 18  
Cargo

QUAL É O SEU CARGO/FUNÇÃO?		
Opções de Resposta	%	Freq. Absoluta
CEO	25,7	18
Diretor	25,7	18
Superintendente	17,1	12
Gerente	22,9	16
Coordenador	8,6	6
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>70</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Sobre a formação principal dos entrevistados, ao contrário do encontrado na literatura, observou-se que a maior parte deles possui Administração como formação principal, demonstrando uma tendência de profissionalização da gestão nesses hospitais (TAB. 19). Corroborando essa afirmação, ao serem questionados sobre sua formação em gestão, mesmo que não fosse a principal, 88,6% dos entrevistados afirmaram possuí-la (TAB. 20).

TABELA 19  
Formação Principal

QUAL É A SUA FORMAÇÃO PRINCIPAL (GRADUAÇÃO)?		
Opções de Resposta	%	Freq. Absoluta
Medicina	25,7	18
Enfermagem	5,7	4
Administração	31,4	22
Psicologia	10,0	7
Economia	7,1	5
Outro	20,0	14
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>70</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

TABELA 20  
Formação em Gestão

VOCÊ POSSUI FORMAÇÃO EM GESTÃO (GRADUAÇÃO, PÓS-GRADUAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO)?		
Opções de Resposta	%	Freq. Absoluta
Sim	88,6	62
Não	11,4	8
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Cabe destacar que em um cruzamento de dados entre as Tabelas 17, 18 e 19, 61% dos respondentes que afirmaram ser o CEO das suas instituições possuem Administração como formação principal e apenas 27% possuem Medicina como formação principal. Já no cruzamento de dados das Tabelas 17, 18 e 20, 100% dos entrevistados que afirmaram ser o CEO das suas instituições afirmaram também que possuem formação em Gestão, apesar de, em alguns casos, esta não ser a sua formação principal. Isso reforça o grau de profissionalização da gestão dessas instituições.

Sobre a idade, observa-se que a maior parte dos respondentes encontra-se na faixa de 41-50 anos. Observou-se, no entanto, uma distribuição equilibrada entre as faixas: 31-40 anos, 41-50 anos e 51-60 anos (TAB. 21).

TABELA 21  
Idade

IDADE		
Opções de Resposta	%	Freq. Absoluta
20-30 anos	2,9	2
31-40 anos	28,5	20
41-50 anos	34,3	24
51-60 anos	24,3	17
Mais de 60 anos	10,0	7
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>70</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

A análise da relação idade *versus* formação principal, mediante o cruzamento dos dados das Tabelas 19 e 21, reforçou a tendência de profissionalização da gestão desses hospitais, uma vez que 73,7% dos entrevistados que afirmaram possuir Medicina como sua formação principal têm mais de 51 anos e 74% dos entrevistados que afirmaram possuir Administração como sua formação principal têm entre 31 e 50 anos. O GRÁF. 5 ilustra essa relação.

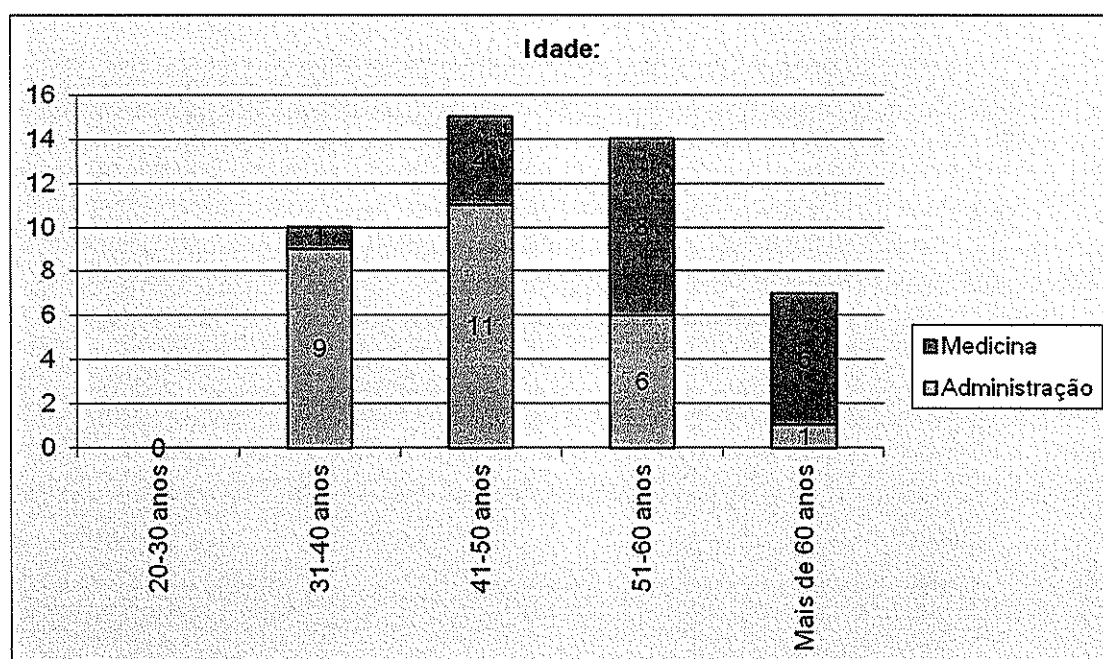


GRÁFICO 5 - Relação idade *versus* formação principal  
Fonte: Elaborado pela autora.

O último aspecto analisado em relação ao perfil dos respondentes foi a identificação do sexo. Observou-se que 67,1% dos entrevistados são do sexo masculino.

TABELA 22  
Sexo

SEXO		
Opções de Resposta	%	Freq. Absoluta
Masculino	67,1	47
Feminino	32,9	23
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Cruzando os dados das Tabelas 21 e 22, observou-se que a maior parte (47,8%) das mulheres que responderam a essa pesquisa está na faixa de 31-40 anos.

Outro aspecto que merece destaque, verificado no cruzamento entre dados das Tabelas 17, 18 e 22, é que 100% dos entrevistados que afirmaram ocupar o cargo de CEO em suas instituições pertencem ao sexo masculino.

#### 4.2.1.3 Aspectos relacionados ao conteúdo da estratégia

O terceiro grupo de questões buscou avaliar aspectos relacionados ao conteúdo da estratégia. Diferentemente das questões que buscaram identificar o perfil dos hospitais e dos respondentes, que utilizaram escalas nominais, este grupo de questões utilizou escalas intervalares de sete pontos. Por esse motivo, os resultados apresentados são as notas médias ponderadas obtidas em cada uma delas. Isso quer dizer que para cada questão o respondente associou uma nota. Essa nota foi multiplicada pelo seu peso e somada às outras notas obtidas na referida questão, também multiplicadas pelos seus respectivos pesos. A soma de todas as notas ponderadas com seus pesos foi dividida pelo número de respostas obtidas, gerando a média ponderada. Lembrando que a nota máxima possível é 7, de acordo com a escala utilizada. Seguem os resultados.

Inicialmente, foi analisada a relação que o hospital desenvolve com seu mercado. Nesse sentido e de acordo com o modelo teórico proposto neste trabalho, foram investigadas quatro

variáveis: *monitoramento ambiental, desenvolvimento de produtos, domínio de mercados e opção de crescimento*. As notas médias obtidas por este grupo de questões estão demonstradas na TAB. 23.

TABELA 23  
Relação com o mercado

VARIÁVEL	MÉDIA PESQUISA	DESCRIÇÃO
Monitoramento ambiental	4,89	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de grande quantidade de tempo empregada no monitoramento do ambiente.
Desenvolvimento de produtos	4,49	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de desenvolvimento de novos produtos e serviços.
Domínio de mercado	5,73	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de atuar em mercados amplos e em expansão.
Opção de crescimento	4,54	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de entrar agressivamente em novos mercados com novas ofertas de serviços.

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com Miles e Snow (1978), as organizações podem adotar três tipos de comportamento estratégico: comportamento prospectivo, caracterizado por uma elevada busca de mercados e inovação tanto em produtos como em processos; comportamento defensivo, caracterizado por um domínio estreito de produtos e mercados, e ênfase em eficiência de processos; e comportamento analítico, caracterizado por ser um modelo híbrido entre o prospectivo e o defensivo, conforme discutido no marco teórico deste trabalho. Diante disso, observou-se a tendência de comportamento prospectivo em todas as quatro variáveis analisadas na TAB. 23, sendo domínio de mercado a que apresentou a nota mais alta. Isso quer dizer que os gestores entrevistados afirmaram que suas instituições tendem a ter os seguintes comportamentos: investem tempo em monitoramento ambiental, estão aptas a desenvolver novos produtos e serviços, atendem a um mercado considerado amplo e em contínua expansão e adotam a prática de entrar agressivamente em novos mercados.

O segundo grupo de questões tem por objetivo analisar as decisões estratégicas sobre processos internos. Nesse caso, observa-se a tendência a comportamento prospectivo somente na questão de aporte tecnológico, que foi a maior média deste grupo de questões (TAB. 24).

Em relação à inovação e pessoas, observa-se um comportamento analítico, com tendência para defensivo.

No caso de inovação, isso quer dizer que essas instituições buscam a inovação, mas não a qualquer preço. A ideia de manter custos sob controle é uma premissa relevante. De fato, os hospitais não podem descuidar desse aspecto, visando à viabilidade do negócio. Atualmente, os altos custos associados aos tratamentos assistenciais inviabilizam o acesso de grande parte da população e obriga a outra parte a buscar operadoras de planos como mecanismos financiadores.

Sobre pessoas, verifica-se que as competências dos gestores departamentais tendem a serem mais especializadas do que amplas e empreendedoras.

TABELA 24  
Processos Internos

VARIÁVEL	MÉDIA PESQUISA	DESCRIÇÃO
Aporte Tecnológico	5,66	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de aporte tecnológico.
Inovação	3,89	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de inovação.
Pessoas	3,84	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência das competências dos gestores serem consideradas amplas e empreendedoras.

Fonte: Elaborada pela autora.

O último grupo de questões nas análises desenvolvidas sobre conteúdo da estratégia trata das decisões estratégicas sobre o modelo de gestão. Observou-se a tendência a comportamento prospectivo nas variáveis *planejamento* e *controle* (TAB. 25). Sobre *planejamento*, observou-se a tendência a se preparar para o futuro, buscando oportunidades de desenvolvimento de novos serviços e mercados, ao invés de manter e melhorar as ofertas de serviços atuais. No caso de *controle*, verificou-se a tendência a processos mais descentralizados e participativos em detrimento de processos altamente centralizados e de responsabilidade da alta gestão.

Pode-se entender como coalizão o pacto entre os gestores de ideias afins para gerenciar a organização e como *coalizão dominante* aquela que predomina sobre as demais. Nesse sentido, a coalizão dominante obteve nota 3,57 (TAB. 25), o que indica um comportamento analítico, por estar bem próximo da média 4, com uma leve tendência a defensivo. Um

comportamento defensivo, nesse caso, significa manter uma posição financeira segura, com medidas de custo e controle de qualidade.

Dentre as variáveis selecionadas para avaliar o conteúdo da estratégia neste estudo, *estrutura* foi a única que demonstrou tendência clara de comportamento defensivo, apresentando a nota 2,57 (TAB. 25). Comportamento defensivo neste caso específico significa que os hospitais possuem estrutura mais tradicional, estando organizados por departamentos, tais como Financeiro, Recursos Humanos, Comercial, etc. Um comportamento prospectivo na estrutura significaria que ela estaria organizada por processos, e não por departamentos, com unidades de negócio autogeridas.

TABELA 25  
Modelo de Gestão

VARIÁVEL	MÉDIA PESQUISA	DESCRIÇÃO
Coalizão dominante	3,57	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de concentração no desenvolvimento de novos serviços e expansão para novos mercados.
Planejamento	4,54	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de se preparar para o futuro buscando oportunidades de desenvolvimento de novos serviços e mercados.
Estrutura	2,57	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência da estrutura ser organizada por unidades de negócio autogeridas.
Controle	4,84	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência dos processos serem descentralizados e participativos.

Fonte: Elaborada pela autora.

A proposta teórica de Miles e Snow (1978) aborda a questão da adaptação organizacional. Nesse sentido, inicialmente, as organizações definem a forma como pretendem se relacionar com o seu mercado (estratégias) e constroem os mecanismos para viabilizar suas estratégias. Esse movimento é desenvolvido com base no ciclo adaptativo, apresentado na FIG. 6 deste trabalho.

Analisando as médias gerais de cada um dos construtos propostos – relação com o mercado, processos internos, modelo de gestão – formadas pela média das notas médias das variáveis que compõem cada um deles (TAB. 26), pode-se observar o movimento proposto pelo ciclo adaptativo de Miles e Snow (1978). Nesse caso, verifica-se um movimento em direção a um

comportamento prospectivo, iniciado pelas definições da natureza da relação dos hospitais com seu mercado e seguido pelos dois outros construtos. Esse resultado parece coerente com a análise do ambiente no qual esses hospitais estão inseridos, que está se tornando cada vez mais dinâmico e competitivo. Lembrando que, no que diz respeito a conteúdo da estratégia, a análise principal a ser desenvolvida envolve a relação inovação *versus* eficiência operacional, nesse caso caracterizada por um comportamento mais prospectivo ou mais defensivo.

TABELA 26  
Médias dos Construtos

CONSTRUTO	MÉDIA PESQUISA	DESCRIÇÃO
Relação com o mercado	4,91	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de comportamento prospectivo.
Processos internos	4,46	Quanto mais próximo de 4, maior a tendência de comportamento analítico.
Modelo de gestão	3,88	Quanto mais próximo de 1, maior a tendência de comportamento defensivo.

Fonte: Elaborada pela autora.

#### 4.2.1.4 Aspectos relacionados ao processo da estratégia

O quarto grupo de questões analisou os aspectos relacionados ao processo da estratégia, ou seja, a forma de elaboração da estratégia. Nesse sentido, buscou-se identificar o grau de intencionalidade, ou deliberação, o grau de formalismo, o grau de racionalidade e o grau de individualismo utilizados no processo de formulação das estratégias. Assim como nos aspectos relacionados ao conteúdo da estratégia (item 4.2.1.3), para a mensuração desses construtos foi utilizada a escala intervalar de sete pontos.

No entanto, no caso específico da análise dos aspectos relacionados ao processo da estratégia, foi utilizada mais de uma questão para mensurar cada um dos quatro aspectos citados. Dependendo da natureza das questões, foi necessário inverter a escala de algumas delas. Dessa forma, a média obtida em cada aspecto é o resultado das notas médias obtidas em cada uma das questões. Seguem os resultados.

O primeiro aspecto analisado foi o grau de intencionalidade, ou deliberação, do processo da estratégia. Isso significa avaliar em que medida as decisões estratégicas são fruto de um



planejamento; ou seja, foram previamente previstas, pensadas ou decididas. O contrário do planejado é o emergente, aquelas decisões que surgem para contornar determinadas circunstâncias que não estavam previstas. Observou-se elevado grau de intencionalidade, refletido na média 6,06, em que a maior nota possível é 7,00 (TAB. 27).

TABELA 27  
Grau de intencionalidade

VARIÁVEL	MÉDIA PESQUISA	DESCRIÇÃO
Q4.9	6,10	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de intencionalidade do estrategista.
Q4.10*	6,03	
MÉDIA	6,06	

\*Escala invertida  
Fonte: Elaborada pela autora.

O segundo aspecto analisado foi o grau de formalismo do processo da estratégia – ou seja, em que medida as decisões estratégicas são formalmente registradas. Observou-se também a tendência de registro das decisões estratégicas por meio da média 5,60, obtida nesse aspecto (TAB. 28).

TABELA 28  
Grau de formalismo

VARIÁVEL	MÉDIA PESQUISA	DESCRIÇÃO
Q4.1	5,89	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de formalismo do estrategista.
Q4.4	5,50	
Q4.8*	5,40	
<b>MÉDIA</b>	<b>5,60</b>	

\*Escala invertida  
Fonte: Elaborada pela autora.

O terceiro aspecto analisado é o grau de racionalidade utilizado na tomada de decisão estratégica. Isso significa mensurar o quanto as decisões são tomadas com base em evidência, ao invés de na intuição. Encontrou-se no grau de racionalidade a menor média (4,98) dos três construtos analisados até aqui (TAB. 29). Pode-se atribuir esse resultado à complexidade

ambiental e à resultante dificuldade de se obter informações precisas para a tomada de decisão estratégica.

TABELA 29  
Grau de racionalidade

VARIÁVEL	MÉDIA PESQUISA	DESCRIÇÃO
Q4.3*	5,81	
Q4.6	3,54	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de racionalidade do estrategista.
Q4.11*	5,60	
<b>MÉDIA</b>	<b>4,98</b>	

\*Escala invertida  
Fonte: Elaborada pela autora.

O último aspecto analisado no processo da estratégia é o grau de individualismo, o qual indica se as decisões estratégicas são tomadas individualmente ou coletivamente. Nesse aspecto, verificou-se nota média de 1,90, que indica baixo grau de individualismo. Ou seja, a maior parte das decisões estratégicas são tomadas coletivamente.

TABELA 30  
Grau de individualismo

VARIÁVEL	MÉDIA PESQUISA	DESCRIÇÃO
Q4.2*	2,04	
Q4.5*	1,59	Quanto mais próximo de 7, maior a tendência de individualismo do estrategista.
Q4.7	2,09	
<b>MÉDIA</b>	<b>1,90</b>	

\*Escala invertida  
Fonte: Elaborada pela autora.

A análise desses dados mostra que o processo da estratégia na amostra pesquisada ocorre da seguinte forma: as decisões são, em sua maior parte, deliberadas, ou planejadas, e formalmente registradas. Também tendem a ser mais racionais do que intuitivas e são tomadas de forma coletiva (TAB. 31). Diante disso, parece que a lógica dominante no processo da estratégia dos hospitais pesquisados é a do planejamento estratégico (FIG. 4), em que as definições estratégicas são tomadas, com base na análise dos fatores ambientais, de

uma forma racional, cujo resultado é um plano escrito. O processo de planejamento estratégico também favorece a tomada de decisão de forma coletiva, o que constitui outra característica identificada nesta amostra. Observou-se que esses resultados foram muito similares àqueles obtidos com as entrevistas qualitativas, em que se verificou o mesmo perfil no processo de formulação de estratégias nos hospitais.

TABELA 31  
Médias dos aspectos relativos a processo

ASPECTO	MÉDIA
Grau de intencionalidade	6,06
Grau de formalismo	5,60
Grau de racionalidade	4,98
Grau de individualismo	1,90

Fonte: Elaborada pela autora

Considerando as perspectivas genéricas propostas por Whittington (2002), os resultados encontrados apontam para uma convergência para a perspectiva clássica, em que a estratégia é fruto de um processo racional de cálculos e análises deliberadas, com o objetivo de maximizar a vantagem no longo prazo.

#### 4.2.1.5 Aspectos relacionados ao desempenho organizacional

O último grupo de questões buscou avaliar o desempenho organizacional das instituições pesquisadas com base na percepção dos gestores sobre o desempenho de seu hospital em relação ao principal concorrente. Foram avaliados cinco aspectos: desempenho dos processos de cuidado, satisfação dos clientes, desempenho dos colaboradores, desempenho financeiro e desempenho global. As notas médias obtidas em cada um desses aspectos estão apresentadas na TAB. 32.

TABELA 32  
Desempenho organizacional

VARIÁVEL	MÉDIA PESQUISA	DESCRIÇÃO
Desempenho dos processos de cuidado	5,99	Quanto mais próximo de 7, maior a percepção de desempenho superior dos processos de cuidado em relação à concorrência.
Desempenho dos colaboradores	5,54	Quanto mais próximo de 7, maior a percepção de desempenho superior dos colaboradores em relação à concorrência.
Satisfação dos clientes	5,69	Quanto mais próximo de 7, maior a percepção de desempenho superior em relação à concorrência.
Desempenho financeiro	5,26	Quanto mais próximo de 7, maior a percepção de desempenho superior em relação à concorrência.
Desempenho global	5,60	Quanto mais próximo de 7, maior a percepção de desempenho superior em relação à concorrência.

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação às variáveis apuradas no quesito *desempenho*, observou-se que a amostra pesquisada possui tendência a perceber o desempenho do seu hospital como superior ao desempenho de seu principal concorrente.

Interessante notar que o melhor desempenho percebido é aquele dos processos de cuidado, considerada a atividade-fim do hospital. Em segundo lugar vem a percepção sobre a satisfação dos clientes. Essas duas variáveis estão muito relacionadas ao construto *relação com o mercado*, uma vez que a primeira trata dos produtos e serviços oferecidos e a segunda, do mercado atendido. Esse foi o construto que apresentou a maior tendência de comportamento prospectivo.

#### 4.2.2 Modelagem de equações estruturais

A modelagem de equações estruturais (MEE) com o método do PLS é utilizada para resolver problemas de pesquisa relacionados às relações causais entre construtos latentes que são mensurados pelas variáveis observadas. Ela permite investigar o quanto as variáveis independentes explicam a variável dependente e, também, qual das variáveis independentes é a mais importante.

Pode-se esperar de uma análise MEE com aplicação de PLS a estimativa da magnitude dos efeitos entre variáveis (KLINE, 1998; FARIAS; SANTOS, 2000). Este método, então, foi considerado adequado, uma vez que o objetivo é identificar as variáveis que possuem maior relação com o desempenho.

Após a coleta dos dados, foi realizada a análise de dados ausentes (missing values), em que foram removidos os casos que continham mais de 5% de dados ausentes, conforme explicado no item 3.4.2.4. A amostra ficou, então, com 70 casos válidos.

O tamanho da amostra foi considerado adequado, com base em Chin e Newsted (1999, p. 314). Para esses autores, o tamanho mínimo da amostra para estudos que envolvam análises utilizando modelagem de equações estruturais, com estimação PLS, deve ser calculado considerando-se dez vezes o número de preditores do bloco com o maior número de indicadores formativos ou a variável latente com o maior número de outras variáveis latentes como preditoras. Nesse caso, a variável latente com o maior número de outras variáveis latentes é o desempenho, que recebe 7 setas (FIG. 9). Isso significa uma amostra mínima com 70 casos, que é o tamanho exato da amostra analisada neste estudo.

Dessa forma, a análise de MEE com PLS foi processada pelo software Smart PLS, tomando-se como base o modelo teórico proposto para este trabalho, apresentado na FIG. 9. Seguem os resultados:

TABELA 33  
Indicadores de qualidade

	AVE	Confiabilidade Composta	R Square	Alfa de Cronbach	Comunalidade	Redundância
Desempenho	0,6610	0,9067	0,3824	0,8707	0,6610	0,0590
Formalismo	0,3230	0,0171	0	0,3952	0,3230	0
Individualismo	0,3446	0,1970	0	-0,0254	0,3446	0
Intencionalidade	0,4979	0,2824	0	0,0135	0,4979	0
ModGestão	0,4153	0,7228	0,3395	0,5246	0,4153	0,1362
ProcInter	0,4413	0,6990	0,4111	0,3706	0,4413	0,1757
Racionalidade	0,3733	0,0557	0	-0,2767	0,3733	0
RelMercado	0,4803	0,7657	0	0,6271	0,4803	0

Fonte: Elaborada pela autora.

Um construto apresentou variância média extraída acima de 50% (*desempenho*) e outro (*intencionalidade*), um valor bem próximo ao mínimo de 50% (TAB. 33) recomendado por Chin (1998, p. 321). *Desempenho e relação com o mercado* apresentaram valores superiores a 0,6 (TAB. 33) (MALHOTRA, 2001) na análise do alfa de Cronbach. Os demais construtos apresentaram valores inferiores. No contexto de equações estruturais, Chin (1998, p. 320) recomenda que a avaliação da confiabilidade do construto seja feita pela confiabilidade composta do construto, e não pelo alfa de Cronbach. Nesse sentido, quatro construtos apresentaram valores superiores a 0,6 (TAB. 33): *relação com o mercado*, *processos internos*, *modelo de gestão* e *desempenho*. Ou seja, todos os construtos relacionados a *conteúdo* mais o *desempenho*.

O R Square indica quanta variância do construto é explicada pelas setas que chegam até ele. Dessa forma, possui R Square somente os construtos do modelo que recebem setas, ou seja: *desempenho*, *processos internos* e *modelo de gestão* (TAB. 33). De acordo com as análises desenvolvidas, o modelo estrutural foi capaz de explicar 38,24% da variação de *desempenho*, 41,11% da variação de *processos internos*, e 33,95% da variação de *modelo de gestão*.

Também foi calculado o GOF (goodness of fit), ou critério de ajuste global do modelo. De acordo com Tenenhaus et al. (2005), o GOF deve ser utilizado para validar modelos analisados com PLS. É calculado extraindo-se a raiz quadrada das médias multiplicadas do R Square e da Comunalidade. O Gof encontrado para esse modelo foi 0,408609. Ou seja, o modelo possui poder de explicação de 40,86%, que no campo das Ciências Sociais pode ser considerado razoável.

Esses resultados demonstram que as escalas utilizadas para a mensuração de alguns construtos do modelo precisam ser ajustadas. No entanto, isso se justifica em função de se tratar de uma primeira experiência com o modelo proposto.

A FIG. 12 apresenta os coeficientes de caminhos do modelo.

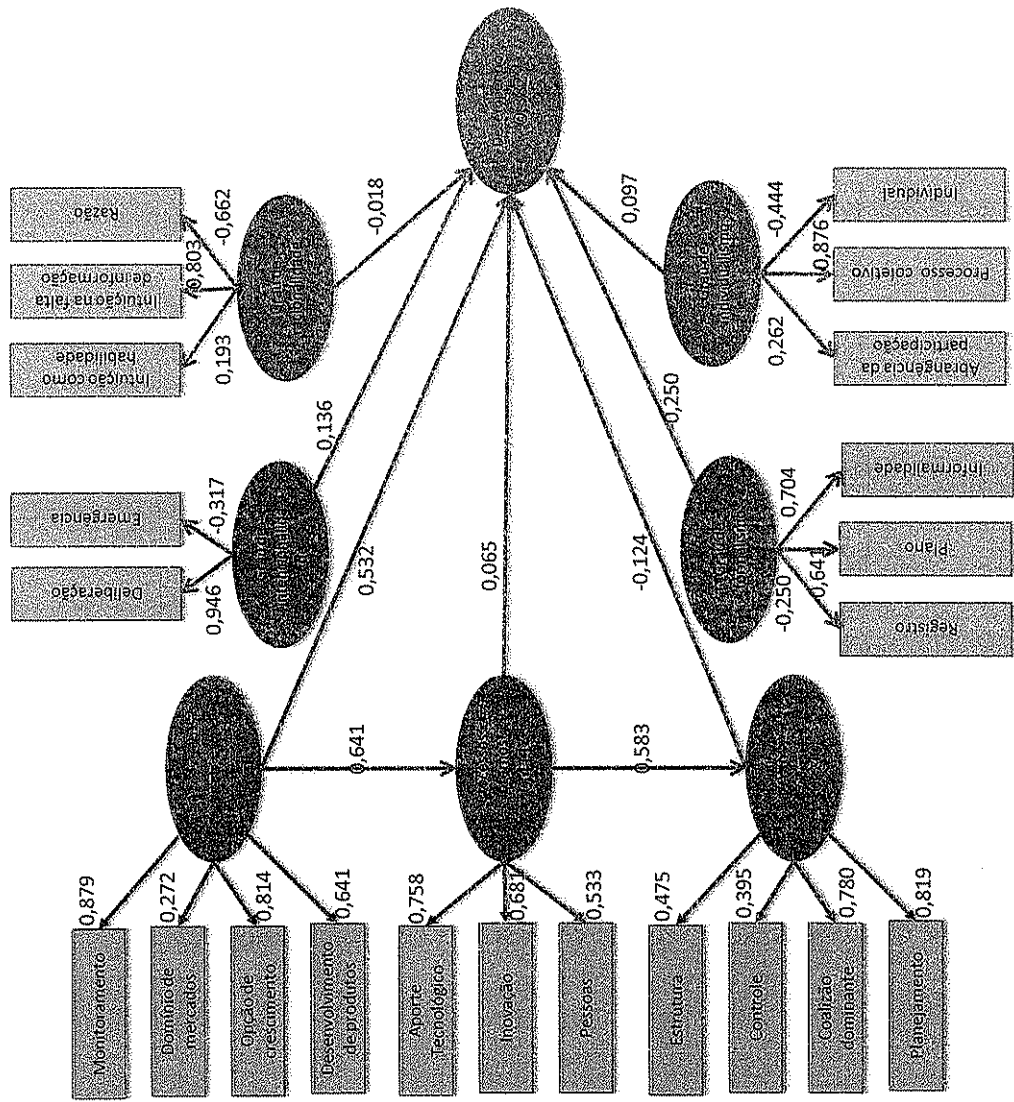


FIGURA 12 - Modelo de equações estruturais com PLS

Fonte: Elaborada pela autora.



TABELA 34  
Coeficientes de caminhos

	Amostra Original	Erro Padrão	Teste T	P valor $\alpha=5\%$
Formalismo -> Desempenho	-0,2502	0,2494	1,0030	0,319697814
Individualismo -> Desempenho	0,0974	0,0725	1,3445	0,183607859
Intencionalidade -> Desempenho	0,1350	0,0635	2,1277	0,037281885
ModGestão -> Desempenho	-0,1237	0,0739	1,6723	0,099424964
ProcInter -> Desempenho	0,0648	0,1073	0,6044	0,547748302
ProcInter -> ModGestão	0,5827	0,0575	10,1342	7,42701E-15
Racionalidade -> Desempenho	-0,0176	0,0785	0,2242	0,823327201
RelMercado -> Desempenho	0,5317	0,0884	6,0139	1,00524E-07
RelMercado -> ProcInter	0,6412	0,0403	15,9100	9,56532E-24

Fonte: Elaborada pela autora.

TABELA 35  
Efeitos totais

	Amostra Original	Erro Padrão	Teste T	P valor $\alpha=5\%$
Formalismo -> Desempenho	-0,2502	0,2494	1,0030	0,319697814
Individualismo -> Desempenho	0,0974	0,0725	1,3445	0,183607859
Intencionalidade -> Desempenho	0,1350	0,0635	2,1277	0,037281885
ModGestão -> Desempenho	-0,1237	0,0739	1,6723	0,099424964
ProcInter -> Desempenho	-0,0072	0,0975	0,0739	0,941324099
ProcInter -> ModGestão	0,5827	0,0575	10,1342	7,42701E-15
Racionalidade -> Desempenho	-0,0176	0,0785	0,2242	0,823327201
RelMercado -> Desempenho	0,5271	0,0483	10,906	3,80891E-16
RelMercado -> ModGestão	0,3736	0,0510	7,3318	5,26591E-10
RelMercado -> ProcInter	0,6412	0,0403	15,9100	9,56532E-24

Fonte: Elaborada pela autora.

Sobre o resultado da estimativa da magnitude dos efeitos entre variáveis, considerando-se inicialmente os coeficientes de caminhos, observou-se que as relações estatisticamente significantes foram as seguintes: *relação com o mercado para desempenho, relação com o mercado para processos internos, processos internos para modelo de gestão e intencionalidade para desempenho* (TAB. 34). Observando-se também os efeitos totais (TAB. 35), pôde-se identificar mais uma relação estatisticamente significante: *relação com o mercado para modelo de gestão*. A FIG. 13 destaca as relações consideradas estatisticamente significativas.

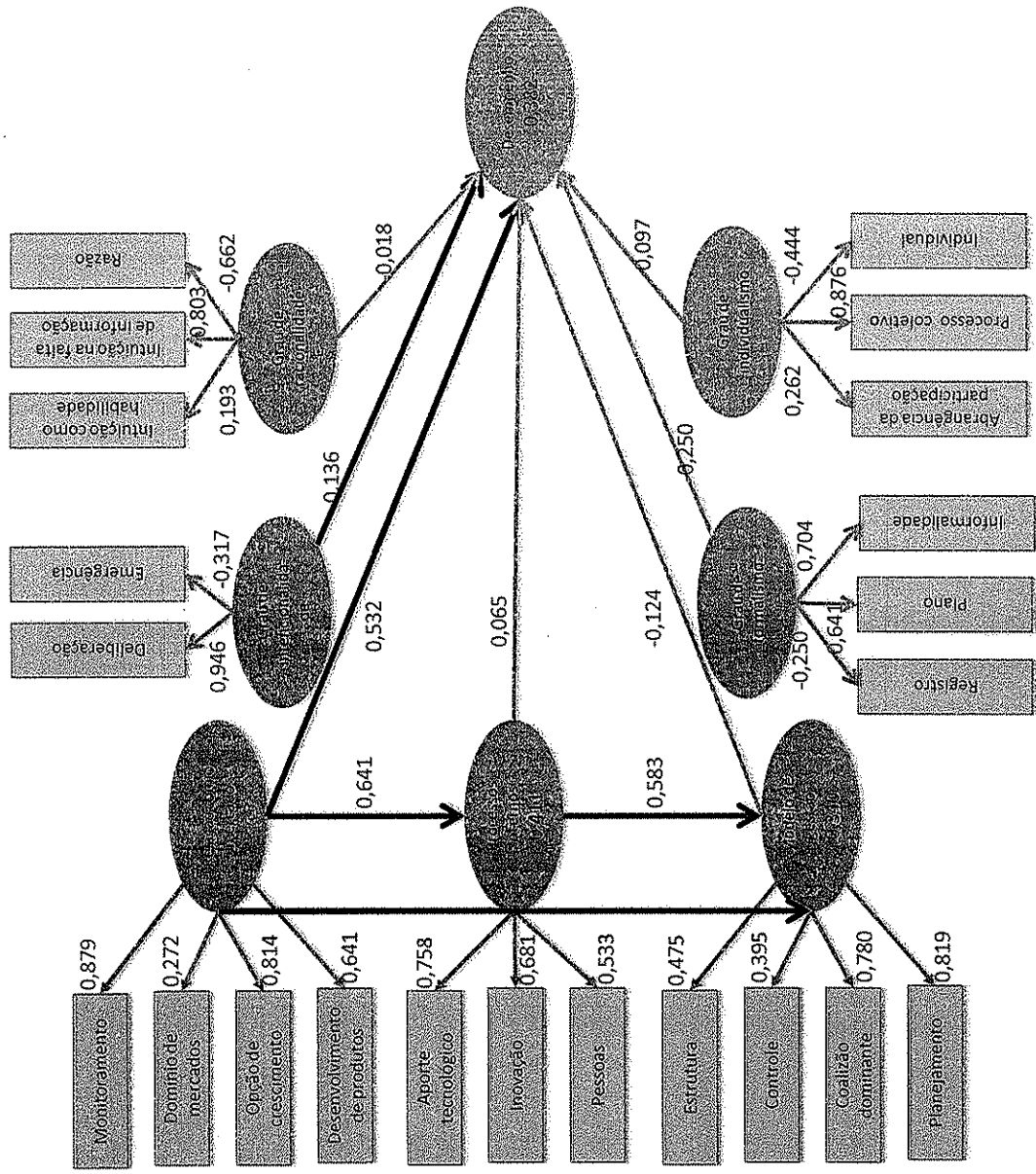


FIGURA 13 - Relações estatisticamente significantes  
 Fonte: Elaborada pela autora.

O construto *relação com o mercado* foi o que apresentou a maior relação com *desempenho*. Esse resultado está de alguma forma alinhado ao paradigma ECD, que diz que o ambiente externo determina as condutas estratégicas, que, por sua vez, influenciam o desempenho. O construto *relação com o mercado* engloba condutas diretamente relacionadas ao ambiente externo, ou seja: monitoramento do ambiente, decisões de desenvolvimento de produtos, definição dos mercados a serem atingidos, ou domínio de mercados, e opção escolhida para direcionar o crescimento da organização.

Interessante observar que as variáveis relacionadas ao construto *relação com o mercado* apresentaram tendência de comportamento prospectivo, discutida no capítulo anterior. De acordo com Miles e Snow (2003), o comportamento prospectivo tende a gerar melhor resultado em ambientes mais dinâmicos. O ambiente no qual os hospitais pesquisados estão inseridos dá indícios de aumento de instabilidade e dinamismo, em função de mudanças importantes que vêm acontecendo ao longo dos últimos anos, conforme discutido na Introdução. A relação significativa entre as variáveis que compõem *relação com o mercado* e *desempenho*, somadas à tendência de comportamento prospectivo, apresentada por essas mesmas variáveis, e analisadas em conjunto com o desempenho superior dos hospitais da amostra, indica que a adoção de um comportamento prospectivo nas condutas estratégicas diretamente relacionadas ao ambiente externo pode gerar resultados satisfatórios para os hospitais.

As relações desenvolvidas entre *relação com o mercado* e *processos internos* e entre *processos internos* e *modelo de gestão*, ambas apontadas como estatisticamente significativas no modelo, podem ser discutidas na perspectiva do ciclo adaptativo proposto por Miles e Snow (1978), detalhado no Referencial Teórico. De acordo com os autores, mudanças não ocorrem ao mesmo tempo em toda a organização, mas obedecem a um ciclo de adaptação, iniciado pelas decisões tomadas nas condutas diretamente relacionadas ao ambiente externo, que impactam as decisões referentes aos processos internos desenvolvidos pela organização, que, por sua vez, geram mudanças concretas no modelo de gestão ou na estrutura da organização. Dessa forma, pode-se concluir que na amostra pesquisada as decisões referentes ao construto *relação com o mercado* impactam as decisões de *processos internos* que impactam as decisões sobre o *modelo de gestão*. Cabe destacar que, na análise das médias que cada um dos três construtos obteve (TAB. 26) verificaram-se: tendência de comportamento

prospectivo para *relação com o mercado*, tendência de comportamento analítico para *processos internos* e tendência de comportamento defensivo para *modelo de gestão*, isso reforça essa ideia de transformação nessas organizações.

A única relação apontada como estatisticamente significativa pelo modelo, no que diz respeito aos aspectos relacionados ao processo de formulação de estratégias, é a relação entre *intencionalidade* e *desempenho*. *Intencionalidade* neste trabalho refere-se às ações estratégicas deliberadas, planejadas – ou seja, às ações intencionais. O modelo mostrou que *intencionalidade* possui uma relação significativa com *desempenho*. A análise das estatísticas descritivas mostrou que dentre os aspectos analisados sobre o processo de formulação da estratégia o grau de intencionalidade foi o mais alto (TAB. 27; TAB. 31), demonstrando elevada predisposição ao planejamento dos gestores dos hospitais pesquisados. O tamanho e a complexidade de uma organização hospitalar leva à necessidade de prever o planejamento das ações estratégicas com o objetivo de obter o alinhamento da instituição, visando ao alcance de melhores resultados. Essas questões de natureza interna (tamanho e complexidade), aliadas à instabilidade ambiental, reforçam essa situação.

Uma última relação considerada estatisticamente significativa pelos coeficientes de efeitos totais (TAB. 36) é aquela entre *relação com o mercado* e *modelo de gestão*. Esse resultado reforça a ideia do ciclo adaptativo, em que as decisões tomadas nos aspectos relacionados a *relação com o mercado* impactam as decisões sobre *processos internos*, que, por sua vez, também impactam as decisões sobre *modelo de gestão*, gerando a relação entre *relação com o mercado* e *modelo de gestão* nos efeitos totais.

Considerando-se a análise dos dados quantitativos, na verificação das hipóteses propostas para este trabalho observa-se que H1, H2, H3 e H7 não foram refutadas.

### **4.3 Comparação dos resultados**

Nesse item procede-se à comparação dos resultados obtidos nos levantamentos qualitativos e quantitativos, buscando-se uma análise do processo de gestão estratégica dos hospitais da rede privada de alto desempenho, à luz do modelo teórico proposto para este trabalho, considerando-se o conteúdo e o processo da estratégia.

#### 4.3.1 Sobre o conteúdo da estratégia

De acordo com o modelo teórico proposto para este trabalho, a análise do conteúdo da estratégia é feita a partir da análise dos construtos *relação com o mercado*, *processos internos* e *modelo de gestão*.

Falando inicialmente das relações que os hospitais estabelecem com seus mercados, observou-se no levantamento quantitativo que esse foi o construto que apresentou maior relação com *desempenho* na análise PLS. Seguem as análises dos resultados dessas variáveis, considerando-se os resultados dos levantamentos qualitativo e quantitativo.

No que diz respeito a *monitoramento ambiental*, a nota média 4,89 mostra que esta é uma prática das organizações hospitalares. No entanto, parece não ser empregada grande quantidade de tempo neste quesito. Nas entrevistas qualitativas, apesar de não haver nenhuma questão específica sobre esse assunto, essa ideia foi confirmada espontaneamente: os principais executivos dos hospitais afirmaram que realizam *monitoramento ambiental*, a fim de acompanhar as tendências de mercado. Isso parece razoável diante das mudanças que o setor vem enfrentando. Ainda nas entrevistas, na questão que tratava especificamente sobre os fatores críticos de sucesso, em dois casos *monitoramento ambiental* foi citado. Conforme discutido no Referencial teórico, é interessante para as organizações desenvolver o monitoramento contínuo do ambiente em que estão inseridas, de forma a perceber qualquer alteração em sua configuração e a responder rapidamente às ameaças que possam surgir dessa mudança (LAWRENCE; LORSCH, 1967; MINTZBERG, 1998; LAS CASAS, 2001; RICHERS, 2000).

Sobre o *desenvolvimento de produtos e serviços*, a nota média 4,49 também mostra tendência dos hospitais nesse sentido. Mais uma vez, as entrevistas qualitativas confirmaram essa ideia nas falas dos executivos entrevistados. Ficou claro que esses hospitais possuem um modelo diferenciado de atendimento a seus clientes, reunindo tecnologia de ponta em tratamentos médicos, profissionais capacitados, proposta inovadora de atendimento e infraestrutura moderna. Tudo isso foi relatado pelos executivos nas entrevistas qualitativas. A manutenção deste modelo exige um processo avançado de pesquisa e desenvolvimento de novos produtos e serviços. No que diz respeito à identificação dos fatores críticos de sucesso, *modelo diferenciado de atendimento ao cliente* foi apontado por 4 entrevistados como fator crítico de

sucesso para desempenho superior dos hospitais. Essa posição diferenciada dos concorrentes, representada pelo seu modelo de atendimento ao cliente, pode manter a organização competitiva de forma sustentável no ambiente. As organizações devem alcançar posições favoráveis no mercado, com base em suas condutas estratégicas, para ter bom desempenho organizacional (PORTER, 1985; MINTZBERG; QUINN, 2001).

*Domínio de mercados* foi a variável que apresentou a nota média mais alta: 5,73, demonstrando tendência mais forte de atuar em mercados amplos e em expansão. Interessante notar que nas entrevistas qualitativas essa questão também apareceu espontaneamente, com fulcro nos movimentos de ampliação da capacidade instalada desenvolvidos pelos hospitais e relatados pelos entrevistados. Essas expansões foram motivadas, principalmente, pelo excesso de demanda, o que indica que o mercado está em expansão. Avaliar e escolher segmentos de mercado envolve combinar oportunidades de mercado com produtos e serviços oferecidos pela organização (ENGEL, 2000).

Uma questão que foi apontada como fator crítico de sucesso foi *desenvolvimento de uma política comercial que garanta a sustentabilidade financeira*. Esse fator está relacionado com a variável *domínio de mercados*, prevista no modelo teórico proposto para o desenvolvimento deste trabalho. A definição de uma política comercial influencia e é influenciada pelos mercados que a organização escolheu para atender.

Outro fator também relacionado com os mercados atendidos é a participação e o papel desempenhado pelas operadoras de planos de assistência à saúde nesse setor. Criadas para viabilizar o acesso de maior número de pessoas aos serviços da saúde suplementar em função dos altos custos dos tratamentos assistenciais, as operadoras de saúde hoje possuem um poder de barganha elevado nas negociações com os hospitais. De acordo com as forças competitivas propostas por Porter (1998), compradores poderosos, que compram grandes quantidades, podem levar à diminuição da lucratividade em função da negociação desenvolvida. Dessa forma, observa-se que os hospitais estão buscando estratégias para minimizar o poder de barganha das operadoras, tais como esforços de cooperação com outros hospitais, visando ao equilíbrio de forças na negociação, e também investimentos na consolidação da sua marca.

Sobre a *opção de crescimento*, os movimentos de expansão amplamente comentados nas entrevistas qualitativas mostram que o mercado desses hospitais está em crescimento. Esse

movimento pode ser classificado como penetração de mercado, de acordo com as estratégias de crescimento propostas por Ansoff (1957). No entanto, essas ampliações muitas vezes vêm acompanhadas de reforma no parque tecnológico, o que pode viabilizar o fornecimento de novos serviços. Nesse sentido, pode-se admitir também a estratégia de desenvolvimento de produtos, e até de diversificação, confirmada pelo levantamento quantitativo, que apontou a tendência dos hospitais pesquisados para entrar em novos mercados com novas ofertas de serviços.

O construto *processos internos* é composto pelas variáveis: *aporte tecnológico, inovação e pessoas*, ou seja, elementos importantes para o desenvolvimento de processos. Sobre *aporte tecnológico*, observou-se que a nota média obtida na pesquisa quantitativa (5,66) indica uma tendência de aporte tecnológico nos hospitais pesquisados. De fato, as entrevistas qualitativas reforçaram essa questão, em que os entrevistados comentaram, em diversas oportunidades, a evolução do desenvolvimento tecnológico dos tratamentos de saúde. Considerando a postura desses hospitais em relação ao monitoramento ambiental e, inclusive, na questão que abordava especificamente os fatores críticos de sucesso, em 3 das 10 entrevistas realizadas os entrevistados mencionaram *tecnologia de ponta* como fator crítico de sucesso, atribuindo-lhe uma importância média de 2,67. Ou seja, aqueles que citaram este fator, classificaram-no entre o segundo e o terceiro fator mais importante.

Sobre *inovação*, verificou-se um resultado interessante: apesar de todo o caráter inovador demonstrado pelos hospitais pesquisados ao longo dos levantamentos desenvolvidos, ao serem especificamente questionados sobre este tema, em oposição a controle de custos, na pesquisa quantitativa, a nota média (3,89) mostrou tendência maior para controle de custos do que para *inovação*. A questão dos custos do hospital também apareceu nas entrevistas qualitativas como uma preocupação importante dos gestores, apesar de não ter sido apontada como fator crítico de sucesso em nenhuma das entrevistas realizadas.

A variável *pessoas* foi considerada um ponto importantíssimo nas entrevistas qualitativas, ocupando a maior parte da discussão em todas as entrevistas realizadas. *Pessoas capacitadas* foi apontado como fator crítico de sucesso para desempenho superior em 7 das 10 entrevistas realizadas. Considerando-se que o hospital é um prestador de serviços de saúde, com forte dependência do trabalho desenvolvido por seus colaboradores, este resultado parece ser coerente. *Liderança competente*, que está no escopo de gestão de pessoas, também foi

apontado como fator crítico de sucesso em 2 entrevistas. A nota média obtida por este item no levantamento quantitativo foi 3,84, demonstrando que as competências dos gestores departamentais tendem a ser mais especializadas do que amplas e empreendedoras.

Os resultados dos itens *inovação* e *pessoas* parecem estar alinhados e podem ser analisados da seguinte forma: apesar de, no que diz respeito às relações que a instituição desenvolve com seu mercado, as características serem de uma organização prospectora, segundo a tipologia proposta por Miles e Snow (1978), no que diz respeito a *processos internos*, especificamente nas variáveis *inovação* e *pessoas*, ao serem questionados sobre um comportamento prospectivo em oposição a um comportamento defensivo, a tendência foi para o comportamento defensivo diferentemente do que ocorreu na variável *aporte tecnológico*, também relacionada ao construto *processos internos*, que apresentou clara tendência a comportamento prospectivo. Esse resultado permite classificar *processos internos* com comportamento analítico, segundo a tipologia de Miles e Snow (1978), uma vez que combina características de comportamento prospectivo e comportamento defensivo.

O construto *processos internos* não apresentou relação estatisticamente significativa com *desempenho* na análise PLS. No entanto, mostrou-se influenciado pelo construto *relação com o mercado*, apresentando, nesse caso, relação estatisticamente significativa. Considerando a dinâmica do ambiente externo no qual os hospitais pesquisados encontram-se inseridos e o ciclo adaptativo proposto por Miles e Snow, o resultado do construto *processos internos* dá uma ideia de movimento, ou transição, uma vez que, de acordo com a análise PLS, ele é influenciado pelo construto *relação com o mercado* e já dá indícios de comportamento prospectivo não só no que diz respeito à nota média obtida na variável *aporte tecnológico*, como também nos comentários das entrevistas qualitativas sobre as variáveis *inovação* e *pessoas*, indicando tendência de comportamento prospectivo também nesses dois itens.

O construto *modelo de gestão* é composto pelas seguintes variáveis: *coalizão dominante*, *planejamento*, *estrutura* e *controle*. Sobre *coalizão dominante*, ao serem questionados sobre a tendência da equipe gerencial, os gestores que responderam à pesquisa quantitativa indicaram que a equipe gerencial está mais voltada para a manutenção de uma posição financeira segura, com medidas de custo e controle de qualidade do que para o desenvolvimento de novos serviços e a expansão para novos mercados. Esse resultado foi expresso pela nota média 3,57. Interessante notar que nas entrevistas qualitativas as falas do principal executivo dos hospitais



estão mais alinhadas com o desenvolvimento de novos serviços e a expansão de mercados, contradizendo, de certa forma, o resultado do levantamento quantitativo. Uma explicação possível para esse resultado também está baseada na ideia do ciclo adaptativo proposto por Miles e Snow (1978): os processos de uma organização e o seu modelo de gestão precisam acompanhar as decisões estratégicas, no entanto, isso não ocorre imediatamente. Leva-se um tempo para adaptação.

A mesma situação foi observada com a variável *estrutura*: a nota média 2,57 obtida no levantamento quantitativo indica que a estrutura dos hospitais tende a ser mais organizada por departamentos do que por unidades de negócio autogeridas. Hospitais gerais são estruturas grandes e com elevado grau de complexidade, que reúne várias linhas de serviços e profissionais de formações diversas. Apesar de as estratégias mencionadas pelos executivos entrevistados serem mais bem suportadas por unidades de negócio autogeridas, não foi identificado na fala deles nenhum movimento no que diz respeito à alteração das estruturas vigentes.

Sobre o conteúdo do planejamento, a nota 4,54 obtida na pesquisa quantitativa mostra leve tendência dos hospitais pesquisados a se prepararem para o futuro, buscando oportunidades de desenvolvimento de novos serviços e mercados. Essa nota também indica que manter e melhorar as ofertas de serviços atuais está no escopo do planejamento dessas instituições. As variáveis analisadas no construto *relação com o mercado* reforçam a tendência de desenvolvimento de novos serviços e mercados. Nas entrevistas qualitativas, falou-se sobre o processo de planejamento, mas não foi comentado especificamente o conteúdo do planejamento. Este, no entanto, pode ser deduzido dos fatores apontados como críticos de sucesso. Os três primeiros colocados: *pessoas capacitadas*, *política comercial* e *alinhamento estratégico* apontam no sentido de manter e melhorar as ofertas de serviços atuais. No entanto, modelo diferenciado de atendimento ao cliente indica tendência de busca de oportunidades para desenvolvimento de novos serviços e mercados, que também pode ser vista em *pessoas capacitadas* para pesquisa, o que pode gerar o desenvolvimento de novos serviços.

A nota média 4,84 da variável *controle* obtida na pesquisa quantitativa mostrou tendência a processos de controle mais descentralizados e participativos. Essa questão não apareceu de forma espontânea nas entrevistas qualitativas nem foi apontada como fator crítico de sucesso.

O construto *modelo de gestão* é influenciado pelos construtos *relação com o mercado* e *processos internos*, com os quais possui relações estatisticamente significantes, de acordo com a análise PLS. Dessa informação pode-se deduzir que existe a tendência de atualização do modelo de gestão dos hospitais pesquisados em função das decisões tomadas no âmbito das relações com o mercado. Não foram identificadas relações estatisticamente significantes entre os construtos *modelo de gestão* e *desempenho*.

#### 4.3.2 Sobre o processo da estratégia

Os resultados das análises qualitativa e quantitativa foram muito semelhantes no que diz respeito ao processo da estratégia, composto pelos construtos: *intencionalidade*, *formalismo*, *racionalidade* e *individualismo*. Em ambos os casos foi identificado grau elevado de *intencionalidade* (ou deliberação). A pesquisa qualitativa apontou que, em média, 80% das decisões estratégicas são tomadas de forma deliberada. A pesquisa quantitativa apontou uma nota média de 6,06 para o grau de *intencionalidade*, que apresentou relação estatisticamente significativa com *desempenho* na análise PLS. Sobre os fatores críticos de sucesso, *alinhamento estratégico* foi apontado por 4 entrevistados como fator crítico de sucesso. Pode-se comparar *alinhamento estratégico* com *intencionalidade*, uma vez que ambos pressupõem a necessidade de planejamento.

O grau de *formalismo* também foi considerado elevado nos levantamentos realizados. Na pesquisa quantitativa atingiu a nota média 5,60. Nas entrevistas qualitativas, os executivos indicaram que, em média, 70% das decisões estratégicas são formalmente processadas. Este resultado pode estar associado aos movimentos de acreditação desenvolvidos por esses hospitais. Cabe destacar que na análise PLS o grau de *formalismo* não apresentou relação estatisticamente significativa com *desempenho*. Também não apareceu nas indicações dos fatores críticos de sucesso.

As entrevistas qualitativas apontaram que, em média, 71% das decisões estratégicas são tomadas por meio da razão. Nos levantamentos quantitativos, a nota média para o grau de *racionalidade* foi 4,98. Na análise PLS, não apresentou relações estatisticamente

significativas. Não foi identificado nenhum fator crítico de sucesso relacionado a este construto.

O grau de *individualismo* foi o que apresentou as médias mais baixas nos levantamentos desenvolvidos, o que indica que as decisões estratégicas tendem a ser fruto de um processo coletivo. Nas entrevistas qualitativas, identificou-se que, em média, 29% das decisões estratégicas são tomadas de forma individual. Na pesquisa quantitativa, a nota média alcançada pelo grau de *individualismo* foi 1,90. Este construto também não apresentou relações estatisticamente significativas na análise PLS e nem foi citado no levantamento dos fatores críticos de sucesso.

De um modo geral, os processos de decisão estratégica nos hospitais pesquisados foram considerados intencionais, formais, racionais e coletivos, sendo que intencionalidade foi o único construto que apresentou relação estatisticamente significativa na análise PLS. Considerando-se as perspectivas genéricas sobre estratégia propostas por Whittington (2002), nota-se, além de uma tendência clara para deliberação, ou intencionalidade, conforme discutido anteriormente, uma preocupação com eficiência em custos aliada à preocupação com qualidade da assistência, que permite concluir que o processo de formulação de estratégias nos hospitais investigados pode ser enquadrado na perspectiva sistêmica (WHITTINGTON, 2002), que combina processos deliberados com resultado plural, ou seja, o lucro não é o único objetivo visado.

#### 4.3.3 Sobre o desempenho

Os resultados para *desempenho* também foram convergentes nos levantamentos qualitativo e quantitativo desenvolvidos. De modo geral, os executivos entrevistados percebem desempenho superior no hospital para o qual trabalham. Isso pode ser verificado no relato das entrevistas qualitativas e nas notas médias alcançadas pelas variáveis do construto *desempenho*, todas acima de 5,2.

#### 4.3.4 Comparação dos fatores críticos de sucesso com a análise PLS

Um ponto que chama a atenção nos resultados obtidos é a comparação dos fatores críticos de sucesso apontados livremente pelos entrevistados nas entrevistas qualitativas e a análise PLS, desenvolvida com base nos resultados obtidos na pesquisa quantitativa, via resposta a um questionário estruturado baseado no modelo teórico proposto para este trabalho.

Os fatores críticos de sucesso foram citados pelos principais executivos dos hospitais, mediante uma questão aberta, sem nenhum tipo de indução. Esses executivos foram convidados a apontar os fatores que consideravam críticos para o desempenho superior dos hospitais. De outro lado, o levantamento quantitativo foi desenvolvido de forma estruturada, com base no modelo teórico proposto por este trabalho. Pela análise PLS, nem todos os construtos propostos pelo modelo apresentaram relações estatisticamente significativas com *desempenho*. Interessante notar que as relações validadas estatisticamente pelo PLS coincidem com os resultados do levantamento qualitativo sobre fatores críticos de sucesso. A FIG. 14 demonstra essa ideia.

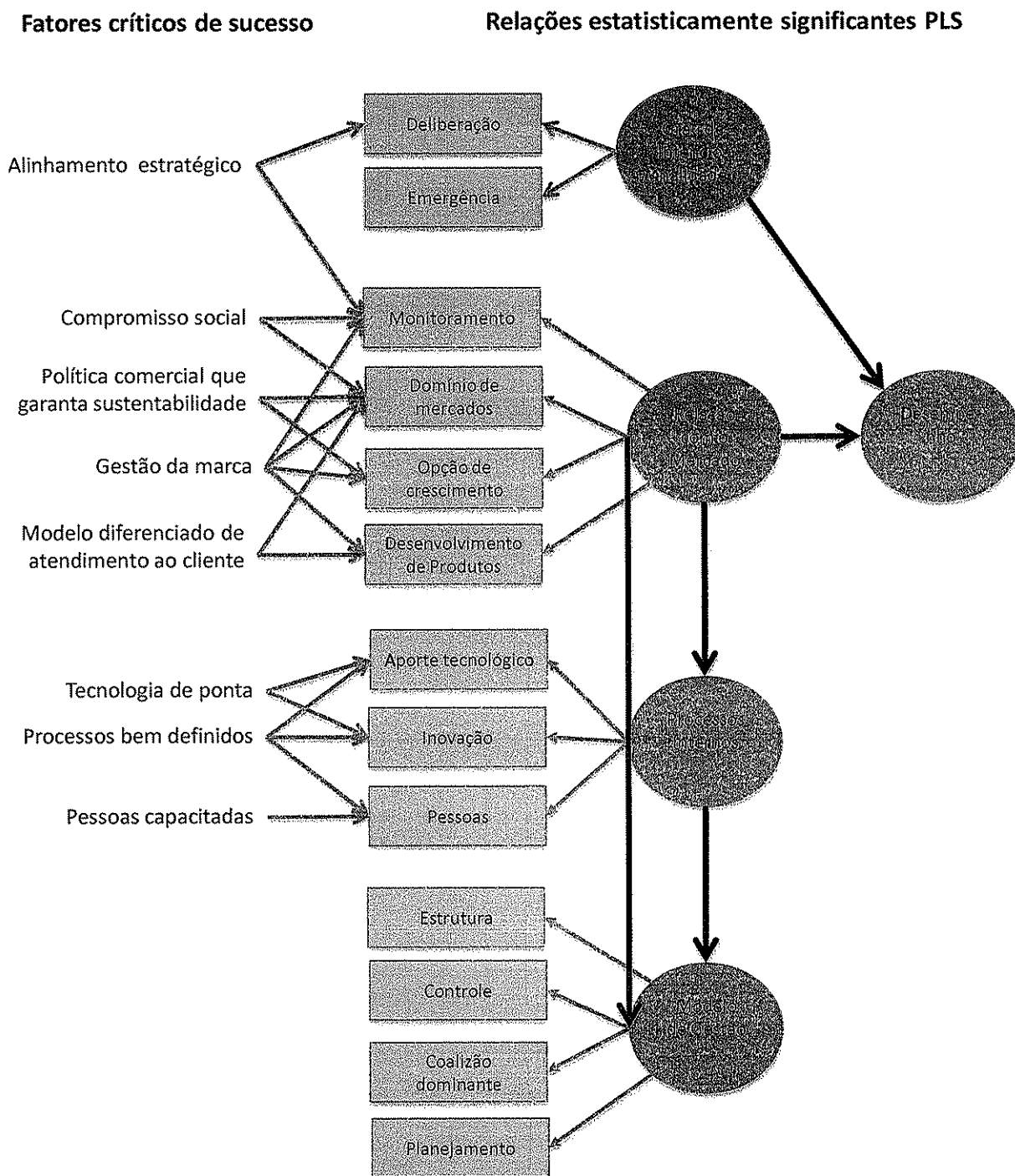


FIGURA 14 - Comparação dos FCS com a análise PLS  
 Fonte: Elaborada pela autora.

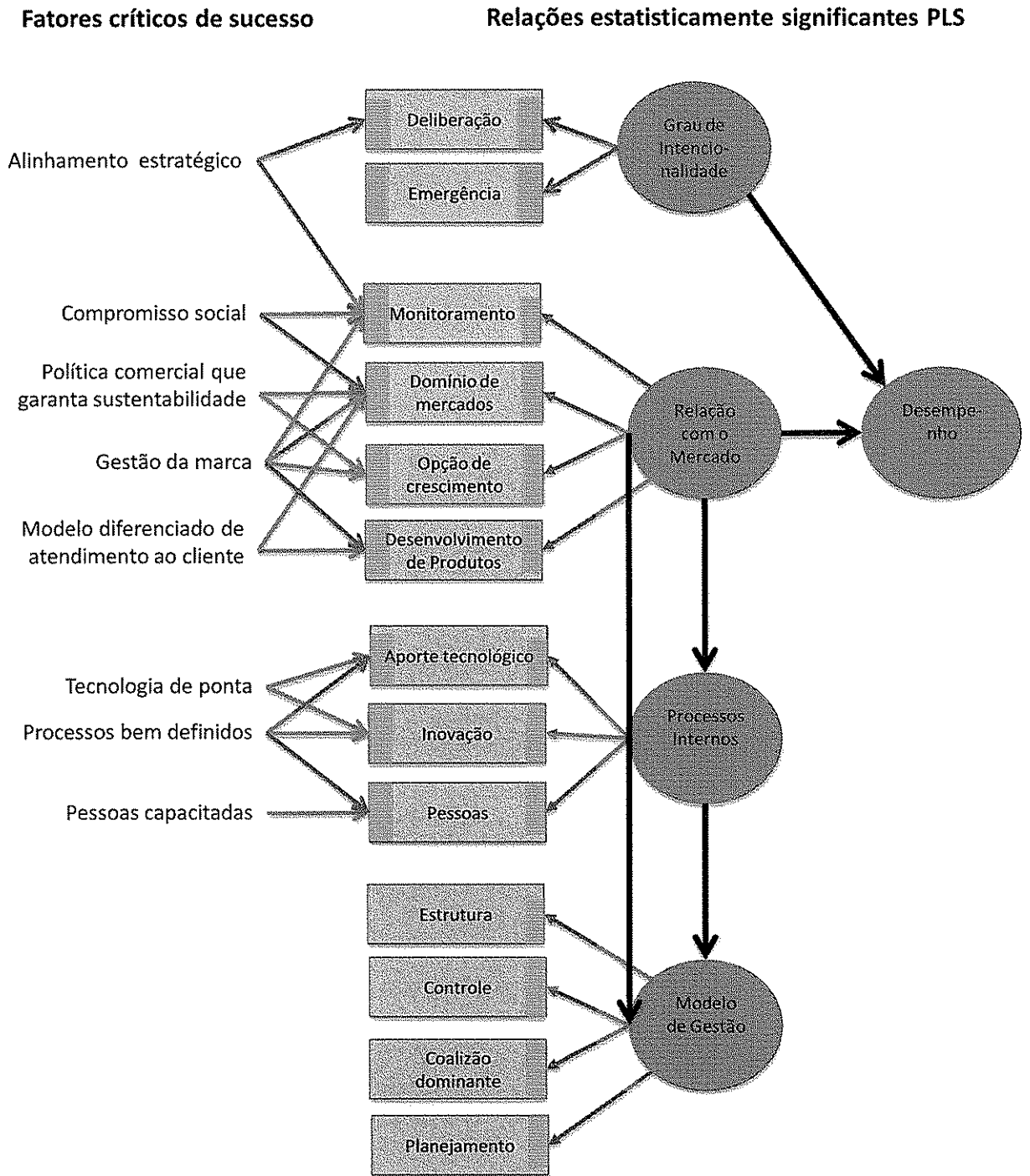


FIGURA 14 - Comparação dos FCS com a análise PLS  
 Fonte: Elaborada pela autora.

Esse resultado valida os fatores críticos de sucesso como condutas estratégicas associadas a desempenho superior nos hospitais privados.

Procedendo-se à análise das hipóteses propostas para este trabalho, verifica-se que H2, H4 e H7 não foram refutadas, tendo em vista a análise dos dados qualitativos, uma vez que os fatores críticos de sucesso representam as práticas de gestão estratégica que estão mais associadas ao desempenho superior. Verifica-se também que, considerando-se a análise dos dados quantitativos, H1, H2, H3 e H7 não foram refutadas, a partir das relações estatisticamente significantes que apresentaram. O Quadro 26 analisa as hipóteses na perspectiva qualitativa e quantitativa. Cabe destacar a força de H2 e H7, que não foram refutadas nos dois levantamentos realizados.

Hipótese	Qualitativa	Quantitativa
H1 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP em suas relações com o mercado influencia significativamente seus processos internos.	Refutada	Não refutada
H2 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP em suas relações com o mercado tem relação significativa com desempenho superior.	Não refutada	Não refutada
H3 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP na definição de processos internos influencia significativamente seu modelo de gestão.	Refutada	Não refutada
H4 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP na definição de processos internos tem relação significativa com desempenho superior.	Não refutada	Refutada
H5 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP nas definições estratégicas relacionadas ao modelo de gestão tem relação significativa com desempenho superior.	Refutada	Refutada
H6 – O grau de racionalidade do gestor tem relação significativa com desempenho superior.	Refutada	Refutada
H7 – O grau de intencionalidade do gestor tem relação significativa com desempenho superior.	Não refutada	Não refutada
H8 – O grau de formalismo do gestor tem relação significativa com desempenho superior.	Refutada	Refutada
H9 – O grau de individualismo do gestor tem relação significativa com desempenho superior.	Refutada	Refutada

QUADRO 27 - Análise das hipóteses

Fonte: Elaborado pela autora.



## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao final desta jornada, constata-se uma mudança no patamar de conhecimento sobre práticas de gestão estratégica em hospitais privados de alto desempenho, especialmente no que diz respeito aos fatores críticos de sucesso.

A análise inicial do contexto deste trabalho mostrou um cenário de mudanças em movimento no setor de saúde, com transformações importantes no que diz respeito a alterações no perfil demográfico do País, exigindo ações voltadas para a idade adulta e a terceira idade, que utilizam serviços de saúde com mais intensidade, gerando maiores custos, e no perfil das doenças, demandando novos tipos de tratamento, novas tecnologias e novos equipamentos, o que implica novos investimentos. De certa forma, essas mudanças indicam a necessidade de alterações relevantes nos serviços prestados pelos hospitais.

A quantidade de beneficiários de planos privados de assistência médica, responsáveis por mais de 90% da receita dos hospitais privados, vem crescendo no País, diante do aumento do número de empregos e da consequente melhora do nível de renda da população. Essa informação sinaliza a tendência de aumento da demanda nos hospitais privados.

O modelo atual de atenção à saúde, centrado na doença e no cuidado médico, com o hospital posicionado como principal prestador de serviços de saúde, vem sendo questionado diante dos custos elevados dos tratamentos e da necessidade de colocar o paciente, e não o médico, no centro do processo de cuidado, sendo atendido por uma equipe multidisciplinar, diante da profusão e da importância de outras profissões, como fisioterapia e nutrição.

Estimava-se que, em grande parte dos hospitais, as funções de gestão eram desempenhadas por gestores práticos, ou seja, profissionais da área de saúde que se destacaram em suas atribuições e foram conduzidos à função de gerentes. O aumento da complexidade interna da organização hospitalar, promovido especialmente pelos avanços tecnológicos dos tratamentos, e o consequente aumento dos custos das operações do hospital, aliados ao contexto ambiental, determinam a necessidade de uma gestão eficiente, especialmente de uma gestão estratégica consciente, visando à sobrevivência da organização.

Nesse cenário, destacam-se os hospitais associados à ANAHP, entidade que vem fortalecendo sua imagem e experimentando uma evolução constante em seus indicadores de desempenho. Os estudos desenvolvidos neste trabalho confirmaram essa posição com base na análise de alguns indicadores de desempenho monitorados pela ANAHP, assim como no relato dos entrevistados e nos resultados sobre percepção de desempenho, obtidos na pesquisa quantitativa. Dessa forma, a premissa de que os hospitais da ANAHP possuem desempenho superior foi confirmada. Por isso, trata-se de um campo de estudo fértil para a investigação das práticas de gestão estratégica associadas a esse desempenho.

Novos contextos ambientais determinam nova abordagem da estratégia empresarial, com a renovação das práticas de gestão estratégica. Diante disso, a proposta deste trabalho foi investigar as condutas estratégicas dos dirigentes dos hospitais da ANAHP que podem explicar significativamente o desempenho superior.

Para isso, o primeiro objetivo específico foi: Identificar e analisar o ambiente competitivo no qual os hospitais associados à ANAHP estão inseridos. Com base nas diversas metodologias propostas para o desenvolvimento deste trabalho, especialmente da entrevista qualitativa realizada com o diretor da ANAHP, pôde-se concluir que o ambiente é considerado dinâmico. O setor de Saúde ocupa as primeiras posições em participação no PIB nacional e sua demanda está evoluindo. Os avanços tecnológicos nos tratamentos são crescentes no que diz respeito tanto a equipamentos quanto a medicamentos. No entanto, esses avanços estão associados a custos elevados, o que é um ponto de preocupação para esses hospitais.

Observou-se também que as práticas de gestão nos hospitais da ANAHP estão em processo de transformação. Os hospitais recentemente enfrentaram, ou estão enfrentando, a alteração em seu sistema de governança, devido, principalmente, a processos de sucessão ou à profissionalização da gestão. A tendência de profissionalização da gestão desses hospitais foi confirmada pelos resultados da pesquisa quantitativa. A maior parte dos entrevistados (31,4%) possui Administração como formação principal, 100% dos que afirmaram ser o principal executivo da sua organização, possuem formação em gestão e em apenas 27% desses casos, a formação em gestão não é a formação principal.

O segundo objetivo específico deste trabalho foi: Identificar e analisar as condutas estratégicas adotadas pelos hospitais da ANAHP. De modo geral, as condutas estratégicas levantadas nas pesquisas realizadas mostraram-se convergentes.

Sobre o conteúdo da estratégia, especificamente no que diz respeito às relações que os hospitais desenvolvem com o mercado, observou-se que os hospitais investigados desenvolvem monitoramento ambiental; estão atentos aos processos de desenvolvimento de serviços, especialmente por trabalharem com um modelo diferenciado de atendimento ao cliente; atuam em mercados amplos e em crescimento; e estão ampliando sua capacidade instalada, para acompanhar o crescimento do mercado.

Um ponto de atenção no escopo das relações com o mercado é a relação dos hospitais privados com as operadoras de planos de saúde. Por concentrar alto volume de clientes e por serem intermediárias financeiras da maior parte das transações de assistência à saúde na saúde suplementar, as operadoras de planos de saúde constituem atores com elevado poder de barganha nesse setor. Nesse sentido, é preciso planejar e discutir um modelo de relacionamento que atenda a ambas as partes. Movimentos nesse sentido estão sendo iniciados por meio de estratégias de cooperação entre os hospitais, visando minimizar o poder de barganha das operadoras de planos de assistência à saúde. Movimentos de consolidação e verticalização, visando à desintermediação do setor, com objetivo de reduzir custos, também já estão sendo observados como medida preventiva. O fato de os executivos mencionarem uma política comercial que garanta a sustentabilidade financeira da organização como fator crítico de sucesso para o desempenho superior de hospitais privados também indica que há uma preocupação com essa situação.

Sobre os *processos internos*, verificou-se que, apesar de os hospitais analisados possuírem grande aporte tecnológico, os entrevistados, ao serem questionados sobre processos de inovação, em oposição ao controle de custos, na pesquisa quantitativa, revelaram uma tendência maior para o controle de custos. Essa preocupação com custos elevados das operações do hospital ficou evidente também nas entrevistas qualitativas e vem sempre acompanhada de uma preocupação com a qualidade da assistência. Observou-se que, na percepção dos gestores, tratam-se de forças contrárias, ou seja, a eficiência em custos significa uma diminuição na qualidade da assistência. Dessa forma, os gestores parecem estar vivendo um dilema entre a gestão e o cuidado com o paciente, algo como o sagrado e o

profano. Nesse sentido é preciso encontrar o caminho de prestar a melhor assistência com o menor custo possível.

Ainda sobre *processos internos*, a gestão de pessoas ocupa papel central na estratégia desses executivos, que relataram desenvolver programas de capacitação e desenvolvimento de pessoas. Atenção especial tem sido direcionada aos médicos, que, além de serem os responsáveis por trazer a maior parte da demanda para o hospital, decidem as condutas a serem adotadas nos tratamentos, o que impacta diretamente seus custos. Programas específicos de aproximação e relacionamento com os médicos vêm sendo desenvolvidos. A pesquisa quantitativa identificou que as competências dos gestores departamentais tendem a ser mais especializadas do que amplas e empreendedoras. Cabe destacar, ainda, que *pessoas capacitadas* foi apontado em 7 das 10 entrevistas realizadas como fator crítico de sucesso para o desempenho superior de hospitais privados.

O *modelo de gestão* dos hospitais privados foi considerado tradicional. A estrutura dos hospitais é organizada por departamentos e a equipe gerencial está voltada para a manutenção de uma posição financeira segura, com medidas de custo e controle de qualidade. No entanto, os processos de controle foram apontados como mais descentralizados e participativos, e o conteúdo do planejamento aponta para a busca de oportunidades de desenvolvimento de novos serviços e mercados, conforme discutido nas estratégias de relação com o mercado. Sobre as variáveis que compõem o construto modelo de gestão, não foi encontrada nenhuma relação significativa com desempenho superior.

Então, sobre o conteúdo da estratégia, pôde-se concluir que os movimentos de inovação iniciados nas estratégias de relação com o mercado, em função do dinamismo desse mercado, estão sendo acompanhados pelas estratégias referentes aos processos internos e ao modelo de gestão, conforme proposto pelo ciclo adaptativo de Miles e Snow (1978) e confirmado pela análise PLS.

Sobre o processo da estratégia, os resultados das análises qualitativas e quantitativas foram muito semelhantes. Observou-se que as decisões estratégicas são deliberadas, ou planejadas, e formalmente registradas. Essas decisões tendem a ser mais racionais do que intuitivas e são tomadas de forma coletiva. O processo da estratégia dos hospitais privados aponta para a lógica do planejamento estratégico, em que as decisões estratégicas são tomadas com base na

análise dos fatores ambientais, de forma racional e coletiva, cujo resultado é um plano escrito. Esses resultados convergem para a perspectiva sistêmica proposta por Whittington (2002), uma vez que a busca não é unicamente pela maximização do lucro, mas por resultados plurais, envolvendo a qualidade da assistência.

No que diz respeito à percepção dos gestores sobre o desempenho dos hospitais privados, os resultados dos levantamentos realizados mostram que os executivos percebem a liderança exercida pelas suas instituições, assim como o seu bom desempenho.

O terceiro objetivo específico deste trabalho foi: Identificar e analisar o impacto das condutas estratégicas no desempenho dos hospitais da ANAHP, buscando aquelas que possuem maior relação com desempenho superior. Este objetivo foi alcançado por meio da análise comparativa dos fatores críticos de sucesso, identificados pelos levantamentos qualitativos, com a análise do PLS, desenvolvida com os dados quantitativos. No caso dos fatores críticos de sucesso, os executivos foram convidados a relacionar as práticas que estivessem mais associadas ao bom desempenho do hospital. A análise PLS determinou as relações estatisticamente significativas entre práticas de gestão estratégica e desempenho superior. Observou-se certa convergência nos resultados. Cinco dos oito fatores críticos de sucesso definidos neste estudo (*alinhamento estratégico, compromisso social, política comercial que garanta a sustentabilidade financeira, gestão da marca e modelo diferenciado de atendimento ao cliente*) estavam relacionados a construtos que apresentaram relações estatisticamente significantes com *desempenho (relação com o mercado e grau de intencionalidade)*. Três fatores críticos de sucesso apontados (*tecnologia de ponta, processos bem definidos e pessoas capacitadas*) estão relacionados ao construto *processos internos*, que apresentou relação estatisticamente significativa com o construto *relação com o mercado*, sendo influenciado por ele. Como o construto *relação com o mercado* influencia *desempenho*, então esses três fatores críticos de sucesso também podem ser considerados em relação ao desempenho superior.

Dessa forma, pôde-se concluir que as práticas de gestão estratégica que possuem maior relação com desempenho superior são àquelas relacionadas ao construto *relação com o mercado*, destacando: *alinhamento estratégico, compromisso social, política comercial que garanta a sustentabilidade financeira, gestão da marca e modelo diferenciado de atendimento ao cliente*. Destaque para *alinhamento estratégico*, que também está relacionado

a grau de intencionalidade. *Tecnologia de ponta, processos bem definidos e pessoas capacitadas* também são considerados condutas que possuem relação com desempenho superior pelos resultados da identificação dos fatores críticos de sucesso e da análise PLS. Verifica-se, então, uma valorização dos aspectos intangíveis como pólo da gestão estratégica nas instituições pesquisadas.

O quarto objetivo deste estudo foi: Verificar a refutabilidade do conjunto de hipóteses relacionais do modelo estrutural de representação entre conduta, processo e desempenho superior. Sobre as hipóteses propostas para este trabalho, aquelas que não foram refutadas a partir dos levantamentos qualitativos e quantitativos são as seguintes:

H1 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP em suas relações com o mercado influencia significativamente seus processos internos.

H2 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP em suas relações com o mercado tem relação significativa com desempenho superior.

H3 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP na definição de processos internos influencia significativamente seu modelo de gestão.

H4 – O comportamento estratégico adotado pelos hospitais associados à ANAHP na definição de processos internos tem relação significativa com desempenho superior.

H7 – O grau de intencionalidade do gestor tem relação significativa com desempenho superior.

Destaque para H2 e H7 que não foram refutadas tanto no levantamento quantitativo quanto nos qualitativos. Das nove hipóteses propostas, cinco não foram refutadas. Esse resultado pode estar associado à necessidade de melhor entendimento do setor de saúde, por meio da realização de novos estudos, para adequação das teorias de estratégia à realidade específica desse segmento de negócio.

Sobre as contribuições teóricas deste estudo, é interessante observar a convergência dos resultados obtidos por meio da utilização de dois métodos diferentes: um qualitativo, com foco na profundidade, e outro quantitativo, que prioriza a abrangência. Isso ratifica a potência dos dois métodos utilizados e contribui para validação dos mesmos.

Outra contribuição teórica importante é a validação do ciclo adaptativo (MILES; SNOW, 1978), que pôde ser verificada por meio da análise conjunta dos dados qualitativos e quantitativos.

Ainda sobre a contribuição teórica, destaca-se a ênfase na gestão de aspectos intangíveis como pólo da estratégia dos dirigentes das instituições investigadas. A análise dos indicadores de qualidade das escalas quantitativas e da refutabilidade das hipóteses apontam para a necessidade de estudos mais aprofundados visando à adequação das teorias sobre estratégia corporativa no contexto de instituições hospitalares.

As limitações desse estudo devem ser consideradas para fins de generalização dos resultados. A amostra pesquisada, apesar de incluir hospitais de todas as regiões do País, com exceção da Norte, e do bom índice de retorno obtido, ainda é considerada restrita. A ampliação deste estudo, incluindo hospitais não associados à ANAHP, e hospitais com diversos níveis de desempenho, a fim de desenvolver uma comparação das práticas de gestão estratégica, ajudará a fortalecer o campo teórico estratégia corporativa para instituições hospitalares. Para ampliação deste estudo, recomenda-se uma revisão do instrumento de pesquisa. Outra sugestão de pesquisa é estudar o comportamento estratégico dos hospitais públicos, para o desenvolvimento de análises comparativas.

Finalmente, seguem as recomendações gerenciais provenientes dos resultados desse estudo:

- a) Planejar e discutir novo modelo de relacionamento com as operadoras de planos de assistência à saúde, mediante movimentos de cooperação e desintermediação;
- b) Combinar qualidade assistencial com custos baixos, por meio da eficiência de processos e análise de desperdícios;
- c) Estruturar programas de desenvolvimento de pessoas, com foco nas competências dos colaboradores;
- d) Desenvolver programas específicos de relacionamento com os médicos, dada a relevância desse profissional para o hospital, e diante das discussões sobre novos modelos de cuidado do paciente;
- e) Fortalecer a pesquisa, mediante o desenvolvimento de núcleos de estudos e priorizar a formação do profissional médico, com o objetivo de diminuir a dependência dos mesmos;

f) Investir na consolidação e no reconhecimento das marcas dos hospitais.

Espera-se que o desenvolvimento deste trabalho tenha contribuído para o fortalecimento do campo teórico dos estudos em estratégia corporativa em instituições hospitalares e para a prática dos dirigentes de hospitais privados.



## REFERÊNCIAS

- ANDREWS, Rhys; BOYNE, Geoge A.; LAW, Jennifer; WALKER, Richard M. Strategy formulation, strategy content and performance: an empirical analysis. *Public Management Review*, Routledge – Taylor and Francis Group, v. 11, issue 1, p. 1-22, 2009.
- ANSOFF, Igor. Strategies for diversification. *Harvard Business Review*, v. 35, Issue 5, p. 113-124, Sep-Oct, 1957.
- ANSOFF, Igor. *Implantando a Administração Estratégica*. São Paulo: Atlas, 1993.
- BAIN, Joe S. *Industrial Organization*. New York: John Wiley & Sons, 1959.
- BARNEY, J. B. Firm resources and competitive advantage. *Journal of Management*, v. 17, p. 99-120, 1991.
- BARNEY, J. B.; CLARK, D. N. *Resource-Based Theory: creating and sustaining competitive advantage*. New York: Oxford University Press Inc, 2007.
- BOONE, Louis E.; KURTZ, David L. *Contemporary marketing*. For Worth: The Driden Press, 2000.
- BORBA, Valdir R.; LISBOA, Teresinha C. *Teoria geral de administração hospitalar: estrutura e evolução do processo de gestão hospitalar*. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2006.
- BORGES Jr., Adilson A.; LUCE, Fernando B. Estratégias emergentes ou deliberadas: um estudo de caso com os vencedores do prêmio "Top de Marketing" da ADVB. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 36-44, jul./set. 2000.
- BRAGA, Daphne. Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do centro de pesquisas Hospital Evandro Chagas. 2000. 75p. (Dissertação de Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.
- BURRELL, G.; MORGAN, G. *Sociological paradigms and organizational analysis*. London: Heinemann, 1979.
- CHAFFEE, E. E. Three models of Strategy. *Academy of Management Review*, v. 10, n. 1, 1985.
- CHIN, W. W. The partial least squares approach for structural equation modeling. In: MARCOULIDES, George A. (Ed.). *Modern Methods for Business Research*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1998, p. 295-336.
- CHIN, W. W.; NEWSTED, P. R. Structural Equation Modeling analysis with Small Samples Using Partial Least Squares. In: HOYLE, Rick (Ed.). *Statistical Strategies for Small Sample Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1999, p. 307-341.

CHRISTENSEN, Clayton M.; GROSSMAN, Jerome H.; HWANG, Jason. *Inovação na Gestão da Saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade*. Porto Alegre: Bookman, 2009.

CHURCHILL, Gilbert A.; PETER, J. Paul. *Marketing: criando valor para os clientes*. São Paulo: Saraiva, 2000.

COLTMAN, T., DEVINNEY, T. M.; MIDGLEY, D. F. Strategy Content and Process in the Context of E-Business Performance. In: SZULANSKI, G.; DOZ, Y.; PORAC, J. (eds.). *Strategy Process, Advances in Strategic Management*, 22, New York: JAI Press, 2005.

CONANT, Jeffrey S.; MOKWA, Michael P.; VARADARAJAN, P. Rajan. Strategic types, distinctive marketing competences and organizational performance: a multiple measures-based study. *Strategic Management Journal*, v. 11, p. 365-383, Sept, 1990.

CONANT, J. S.; WHITE, C. J. Marketing program planning, process benefits, and store performance: an inicial study among small retail firms. *Journal of Retailing*, v. 75 (4), p. 525-542, 1999.

DAVENPORT, Thomas H. *Ecologia da Informação*. São Paulo: Futura, 1998.

DAY, George S. *Market Driven Strategy*. New York: Free Press, 1990.

DESCHAMPS, Jean-Philippe; NAYAK, P. Ranganath. *Produtos irresistíveis: como operacionalizar um fluxo perfeito de produtos do produtor ao consumidor*. São Paulo: Makron Books, 1996.

DiMAGGIO, Paul J.; POWELL, Walter W. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, v. 48, p. 147-60, 1983.

DOLLINGER, M. J.; GOLDEN, P. A. Interorganizational and collective strategies in small firms: environmental effects and performance. *Journal of Management*, v. 18, p. 695-715, 1992.

DRUCKER, Peter F. As informações de que os executivos realmente precisam. In: *Medindo o Desempenho Empresarial / Harvard Business Review*. Rio de Janeiro: Campus, 2000. p. 9-30.

ECCLES, R. G. The performance measurement manifesto. *Harvard Business Review*, v. 69, n. 1, p. 131-137, jan/feb, 1991.

ELBANNA, Said. Strategic decision making: Process perspectives. *International Journal of Management Reviews*. v. 8, Issue 1, p. 1-20, 2006.

ENGEL, James F.; BLACKWELL, Roger D.; MINIARD, Paul W. *Comportamento do consumidor*. 8 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

FALK, R. F.; MILLER, N. B. *A primer for soft modeling*. Akron: The University of Akron Press, 1992.

FARIAS, S. A.; SANTOS, R. C. Modelagem de Equações Estruturais e Satisfação do Consumidor: uma investigação teórica e prática. *RAC*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 107-132, set/dez. 2000.

FERGUNSON, Paul R.; FERGUNSON, Glenys J. *Industrial economics: issues and perspectives*. London: MacMillan, 1994.

FERLIE, Ewan. Quasi Strategy: Strategic Management in the contemporary public sector. In: PETTIGREW, Andrew; THOMAS, Howard; WHITTINGTON, Richard. *Handbook of Strategy and Management*. London: Sage Publications, 2002.

FLEISHER, Craig; BENSOUSSAN, Babette. *Strategic and Competitive Analysis*. New Jersey: Pearson Education, 2003.

FONTES FILHO, Joaquim R.; NUNES, Geraldo S. A. O estrategista da micro, pequena e média empresa privada brasileira. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, v. 12, n. 36, julho/setembro, 2010.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 22 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

FULD, Leonard. Be Prepared. *Harvard Business Review*, nov/dec, 2003.

GARSON, D. Structural Equation Modeling. (1998) Disponível em: <<http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/structur.htm>>. Acesso em: 27 fev. 2011.

GEROLAMO, M. C.; ESPOSTO, K. F.; CARPINETTI, L. C. R. Modelo para Identificação de Ações de Melhoria de Desempenho Alinhadas à Estratégia. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP, XXII, 2002, Curitiba. *Anais...* Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Engenharia de Produção, 2002.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GODOI, Christiane K.; MATTOS, Pedro L. C. L. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELO, R.; SILVA, A. B. *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva, 2006.

GONÇALVES, C. A.(org); MOREIRA, J. C., OLIVEIRA, D. F., FERREIRA, R. F., COLETA, K. A. P. G.. *Análise de um Alinhamento Estratégico a Partir da Combinação das FOFAS com os FCS*. Revista de Administração FACES Journal, Belo Horizonte, vI, pag. 67-96, Jul-Dez de 2002.

HITT, Michael A.; IRELAND, R. Duane; HOSKISSON, Robert, E. *Administração estratégica: competitividade e globalização*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

HOSKISSON, Robert, E.; HITT, Michael A.; IRELAND, R. Duane; HARRISON, Jeffrey S. *Estratégia competitiva*. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

HUNT, Shelby D. *Foundations of Marketing Theory: Toward a General Theory of Marketing*. New York: M. E. Sharpe, 2002.

JOHNSON, G., LANGLEY, A., MELIN, L. & WHITTINGTON, R. *Strategy as Practice: research directions and resources*. Cambridge University Press. 2007. 244 p.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. Balanced scorecard: Indicadores que impulsionam o desempenho. In: *Medindo o Desempenho Empresarial / Harvard Business Review*. Rio de Janeiro: Campus, 2000. p. 117-136.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. *Mapas estratégicos – balanced scorecard: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

KLINE, R. B. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press, 1998.

KOPF, Águida W.; RIGHI, Liane B.; BOHRER, Paulo R. Inovações nas relações entre níveis subnacionais de governo na gestão da saúde: o caso da gestão de recursos da municipalização solidária em uma região do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. In: VII CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, VII, 2002, Lisboa, Portugal, *Anais...*, Centro Latino Americano de Administración para el Desarrollo, Oct 2002. p. 8-11.

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

LAS CASAS, Alexandre L. *Plano de marketing para micro e pequena empresa*. São Paulo: Atlas, 2001.

LAWRENCE, P. R.; LORSCH, J. W. *Organization and environment: managing differentiation and integration*. Boston, MA: Harvard University Press, 1967.

LIMA GONÇALVES, Ernesto. Condicionantes internos e externos da atividade do Hospital-Empresa. *RAE Eletrônica*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 2-20, Jul/Dez 2002.

LIMA GONÇALVES, Ernesto. Estrutura Organizacional do Hospital Moderno. *RAE – Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, Jan/Mar 1998.

LIMA GONÇALVES, Ernesto; ACHÉ, Carlos A. Hospital Empresa: do planejamento à conquista do mercado. *RAE – Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 84-97, Jan/Mar 1999.

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

MALIK, Ana M.; TELES, João P. Hospitais e Programas de Qualidade no Estado de São Paulo. *RAE Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, Jul/Set, 2001.

MARTINDELL, J. *The scientific appraisal of management*. New York: Harper and Brothers, 1950.

MATTAR, Fauze. *Pesquisa de marketing*. São Paulo: Atlas, 1999.

MATTOS, Pedro L. C. L. Análise de entrevistas não estruturadas: da formalização à pragmática da linguagem. In: GODOI, Christiane K.; SILVA, Anielson B.; MELLO, Rodrigo B. *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva, 2006.

MATUS, Carlos. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Editora IPEA, 1993.

- MILES, Raymond E.; SNOW, Charles C. *Organizational strategy, structure, and process*. New York: McGraw-Hill, 1978.
- MILLER, George A. The Magical Number Seven, Plus or Minus Two Some Limits on Our Capacity for Processing Information. *Psychological Review*, v. 101, n. 2, p. 343-352, 1995.
- MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; AHLSTRAND, B. *Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman, 2000.
- MINTZBERG, H. A criação artesanal da estratégia. In: MONTGOMERY, C.; PORTER, M. (Org.) *Estratégia: a busca da vantagem competitiva*. Rio de Janeiro: Campus, 1998. p. 419-437.
- MINTZBERG, Henry. The Rise and Fall of Strategic Planning. *Harvard Business Review*, Cambridge, 72, n. 01, p. 107-114, Jan/Feb. 1994.
- MINTZBERG, Henry; QUINN, James Brian. *O processo da estratégia*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MORGAN, Gareth. *Imagens da Organização*. São Paulo: Atlas, 1996.
- MURRAY, Andrew D.; VANALLE, Rosângela. Contribuição à Análise do Processo de Planejamento Estratégico dos Hospitais Gerais Privados do Município de São Paulo. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, XXII, 2002, Curitiba. *Anais...* Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Engenharia de Produção, 2002.
- OLIVEIRA, M.; FREITAS, H. Focus group: instrumentalizando o seu planejamento. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELO, R.; SILVA, A. B. *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva, 2006.
- PETTIGREW, A. Strategy Formulation as a Political Process. *International Studies of Management & Organizations* (serial online). p. 78-87, Summer 1977.
- PORTER, Michael E. What's strategy. *Harvard Business Review*, nov/dec, 1996. P. 61-78
- PORTER, Michel E. Como as forças competitivas moldam a estratégia. In: MONTGOMERY, C.; PORTER, M. (Org.) *Estratégia: a busca da vantagem competitiva*. Rio de Janeiro: Campus, 1998. p. 11-28.
- PORTER, Michael E. *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance*. New York: Free Press, 1985.
- PORTER, Michael E. *Vantagem Competitiva: criando e sustentando um desempenho superior*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth O. *Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- POWELL, T. C. Organizational alignment as competitive advantage. *Strategic Management Journal*, v. 13, p. 119-134, 1992.
- PRESCOTT, John E.; MILLER Stephen H. *Inteligência Competitiva na Prática*. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

- REED, M. Teorização organizacional: um campo historicamente contestado. In: CALDAS, M. FACHIN, R.; FISCHER, T. (Orgs. ed. brasileira). *Handbook de estudos organizacionais*. São Paulo: Atlas, 1998.
- REISENGER, I.; TURNER, L. Structural Equation Modeling with Lisrel: Application in Tourism. *Tourism Management*, V. 20, p. 71-80, 1999.
- REYNOLDS, T. J.; GUTMAN, J. Laddering theory, method, analysis, and interpretation. *Journal of Advertising Research*, v. 28, p. 11-31, 1988.
- REYNOLDS, T.; WHITLARK, D. Applying laddering data to communications strategy and advertising practice. *Journal of Advertising Research*, v. 35, n. 4, p. 9-16, 1995.
- RIBEIRO, Herval P. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.
- RICHERS, Raimar. *Marketing: uma visão brasileira*. São Paulo: Negócio, 2000.
- RIVERA, Francisco J. U. Planejamento estratégico-situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico. *Cadernos FUNDAP*. São Paulo, n. 19. p. 25-46, Jan/Abr. 1996.
- ROBBINS, Stephen P. *Administração: mudanças e perspectivas*. São Paulo: Saraiva, 2000.
- ROCKART, John F. Chief executives define their own data needs. *Harvard Business Review*. March-April, 1979.
- ROCKART, John F.; BULLEN, Christine V. *A primer on critical success factors*. Center of information System Research, Sloan School of Management MIT, 1981. Disponível em: <<http://dspace.mit.edu/bitstream/handle/1721.1/1988/SWP-1220-08368993-CISR-69.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 11 nov. 2010.
- ROCKART, John F. Critical success factors: a 2002 retrospective. *CISR Research Briefing*. v. II, n. 1D. MIT: February, 2002.
- ROEDEL, Daniel. Estratégia e Inteligência Competitiva. In: STAREC, Cláudio; GOMES, Elisabeth; CHAVES, Jorge (Org). *Gestão Estratégica da Informação e Inteligência Competitiva*. São Paulo: Saraiva, 2005.
- RUMELT, R. P. Towards a Strategic Theory of the Firm. In: LAMB, R. B. (ed.). *Competitive Strategic Management*. Upper Sadler River, NJ: Prentice Hall, 1984.
- ROSEN, George. *Da política à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- ROWE, Glenn; MORROW JR., J. L. A note on the dimensionality of the firm financial performance construct using accounting, market, and subjective measures. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, v. 16, n. 1, p. 58-70, 1999.
- SALTERIO, S.; WEBB, A. The balanced scorecard. *CA Magazine*, v. 136, n. 6, p. 39, ago. 2003.
- SANT'ANNA, Denise, B. Pacientes e passageiros. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. 6, p. 11-20, 2000.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUE, M. E. R. M. Qualidade de vida na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002.

SANTOS, Franklin S. Perspectivas histórico-culturais da morte. In: SANTOS, Franklin S.; INCONTRI, Dora (orgs). *A arte de morrer: visões plurais*. Vol. 1. Bragança Paulista: Editora Comenius, 2009.

SCHERER, F. M.; ROSS, D. *Industrial Market Structure and Economic Performance*. Boston: Houghton Mifflin, 1990.

SILVA, Kênia L.; SENA, Roseni; LEITE, Juliana C. A.; SEIXAS, Clarissa T.; GONÇALVES, Alda M. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391- 397, Jun. 2005.

SIMON, Herbert Alexander. *Comportamento administrativo: Estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas*. v. 9. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1965.

KATZEMBACH, Jon R; SMITH, Douglas K. *Equipes de alta performance: conceitos, princípios e técnicas para potencializar*. Rio de Janeiro, Campus: 2002.

SUMMER, C.E., BETTIS, R.A., DUHAIME, I.H., Grant, J.H., HAMBRICK, D.C., SNOW, C.C. & ZEITHAML, C.P. Doctoral education in the field of business policy and strategy. *Journal of Management*, v.16, 1990. P. 361-398.

TENENHAUS, M. et al. PLS path modeling. *Computational Statistics & Data Analysis*, v. 48, p. 159-205, 2005.

TESTA, Mario. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas-Abrasco, 1992.

TOFFLER, Alvin. *The Third Wave*. New York: Bantam Books, 1991.

TREACY, Michael; WIERSEMA, Fred. *A disciplina dos líderes de mercado: escolha seus clientes, direcione seu foco, domine seu mercado*. 3. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

VIANA, Ana Luiza D.; POZ, Mário R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (suplemento), p. 225-264, 2005.

WERNERFELT, Birger. A Resource-based View of the Firm. *Strategic Management Journal*. v. 5. John, Wiley & Sons, 1984.

WHIPP, R. Creative deconstruction: strategy and organizations. In: CLEGG, S. R., HARDY, C., NORD, W. R. (Orgs.). *Handbook of organization studies*. Londres: Sage, 1996.

WHITTINGTON, R. 2002. *Practice Perspectives on Strategy: Unifying and Developing a Field*. Denver: Academy of Management Proceedings, 2002.

WHITTINGTON, R.; JARZABKOWSKI, P.; MAYER, M.; MOUNOUD, E.; NAHAPIET, J.; ROULEAU, L. Taking Strategy Seriously: responsibility and reform for an important social practice. *Journal of Management Inquiry*, V. 12, n. 4, December, 2003.

**APÊNDICES**



## **APÊNDICE 1 – ROTEIRO ENTREVISTA : DIRETOR ANAHP**

1 - Como é o ambiente de negócio no qual os hospitais associados à ANAHP estão inseridos? Ele pode ser considerado estável ou dinâmico? Por quê?

2 - Como é a atuação das forças competitivas neste setor? Como é o poder de barganha dos fornecedores? E dos clientes? A concorrência é intensa? Com que frequência surgem novos concorrentes? Existe ameaça de produtos substitutos?

3 - Quais são as tendências para este setor?

4 - Os hospitais associados à ANAHP possuem desempenho superior à média geral do Brasil? Baseado em que se pode afirmar isso?

5 - Os hospitais associados à ANAHP podem ser considerados inovadores, que prestam serviços diferenciados e que estão sempre ampliando seu mercado de atuação?

## APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA HOSPITAIS

1 – Como o senhor vê este hospital no cenário competitivo nacional?

2 – Como o senhor avalia o desempenho deste hospital em relação aos principais concorrentes?

3 – As decisões estratégicas são fruto de processos (indicar percentuais)

Formais \_\_\_\_\_ ou informais \_\_\_\_\_?

Racionais \_\_\_\_\_ ou intuitivos \_\_\_\_\_?

Deliberados \_\_\_\_\_ ou emergentes \_\_\_\_\_?

Coletivos \_\_\_\_\_ ou individuais \_\_\_\_\_?

4 – O senhor poderia dizer quais são os fatores críticos de sucesso para que este hospital tenha bom desempenho?

5 – O senhor poderia explicar por que considera esses fatores importantes para que o hospital tenha um bom desempenho?

6 – O senhor poderia ordená-los (FCS), do mais importante para o menos importante?

## **APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO**

### **CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL**

Q1.1. Nome do hospital:

Q1.2. Região do hospital:

Q1.3. Localização do hospital:

Q1.4. Tipo do hospital:

Q1.5. Hospital filantrópico?

Q1.6. Número de leitos:

Q1.7. O hospital desenvolve atividades de ensino e pesquisa?

Q1.8. O hospital possui acreditação? (poderá ser assinalada mais de uma resposta)

Q1.9. Apesar de se constituir em hospital geral, a gerência da organização e/ou o mercado consideram ou reconhecem alguma área/especialidade forte no hospital? Se sim, qual? (poderá ser assinalada mais de uma resposta)

### **CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO**

Q2.1. Em qual área do hospital você trabalha?

Q2.2. Qual é o seu cargo/função?

Q2.3. Qual é a sua formação principal (graduação)?

Q2.4. Você possui formação em gestão (graduação, pós-graduação, aperfeiçoamento)?

Q2.5. Sexo:

Q2.6. Idade:

### **ASPECTOS RELACIONADOS AO CONTEUDO DA ESTRATÉGIA**

Q3.1 MONITORAMENTO Empregamos uma grande quantidade de tempo monitorando intensamente mudanças e tendências de mercado

Q3.2 APORTE TECNOLÓGICO Os serviços que prestamos são considerados inovadores e com grande aporte tecnológico

Q3.3 DOMÍNIO DE MERCADOS O mercado que atendemos pode ser considerado amplo e está em contínua expansão

Q3.4 CRESCIMENTO Adotamos a prática de entrar agressivamente em novos mercados com novas ofertas de serviços

Q3.5 INOVAÇÃO Podemos considerar como uma das nossas metas mais importantes: Manter custos sob controle/ Buscar inovação

Q3.6 PESSOAS As competências que nossos gestores departamentais possuem podem ser consideradas Especializadas / Amplas e empreendedoras

Q3.7 DESENVOLVIMENTO DE PRODUTO Uma coisa que nos diferencia dos nossos principais concorrentes é: Sabemos fazer um número limitado de coisas excepcionalmente bem / Estamos aptos a consistentemente desenvolver novos mercados e novos serviços

Q3.8 COALIZÃO DOMINANTE Nossa equipe gerencial tende a concentrar: Em manter uma posição financeira segura, com medidas de custo e controle de qualidade / No desenvolvimento de novos serviços e expandindo para novos mercados

Q3.9 PLANEJAMENTO Podemos dizer que nos preparamos para o futuro: Buscando manter e melhorar nossas ofertas de serviços atuais / Buscando oportunidades de desenvolvimento de novos serviços e mercados

Q3.10 ESTRUTURA Nossa estrutura é: Organizada por departamentos (rh, mkt, fin) / Organizada por serviço (unidades de negócio autogeridas)

Q3.11 CONTROLE Nossos procedimentos para avaliação de desempenho podem ser considerados: Altamente centralizados e de responsabilidade da alta gestão / Descentralizados e participativos

#### ASPECTOS RELACIONADOS AO PROCESSO DA ESTRATÉGIA

Q4.1 FORMAL - REGISTRO Registrar decisões em planos escritos é fundamental para o sucesso

+ Q4.2 COLETIVO – ABRANGÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO Decisões estratégicas devem ter a participação dos estrategistas, seus pares e colaboradores próximos

+ Q4.3 INTUIÇÃO NA FALTA DE INFORMAÇÃO Em grande parte das decisões estratégicas, a intuição é o único elemento disponível

Q4.4 FORMAL - PLANO O estrategista deve ter a seu alcance um plano estratégico escrito

+ Q4.5 COLETIVO A formação da estratégia é fruto de um processo coletivo e não de um estrategista isoladamente

Q4.6 RAZÃO As decisões estratégicas devem ser tomadas com o uso estrito da razão humana

Q4.7 INDIVIDUAL As decisões estratégicas devem ser tomadas exclusivamente pelo estrategista

+ Q4.8 INFORMAL A informalidade traz mais eficiência e agilidade na gestão

Q4.9 DELIBERADA O estrategista deve ser um planejador com intenções claras de onde quer chegar

Q4.10 EMERGENCIA A velocidade das mudanças do ambiente torna o planejamento estratégico pouco relevante

+ Q4.11 INTUIÇÃO COMO HABILIDADE DO ESTRATEGISTA As grandes decisões estratégicas são tomadas com base no caráter intuitivo do estrategista

#### ASPECTOS RELACIONADOS AO DESEMPENHO ORGANIZACIONAL

Q5.1 O desempenho dos processos de cuidado desse hospital (considere a ocorrência de evento adverso)

Q5.2 A satisfação dos clientes

Q5.3 O desempenho dos colaboradores

Q5.4 O desempenho financeiro deste hospital

Q5.5 O desempenho global deste hospital

#### APENDICE 4 – TABELAS COMPLETAS DAS QUESTÕES RELACIONADAS A CONTEÚDO, PROCESSO E DESEMPENHO

Para as afirmações abaixo, marque na escala a opção que mais se aproxima da sua opinião. Sempre que necessário, deve ser considerado o desempenho deste hospital comparativamente com o desempenho do seu principal concorrente. O período a ser considerado é o último ano.

	Discordo totalmente	1	2	9	15	19	24	Concordo totalmente	Nota Média	Total de Respostas
O mercado que atendemos pode ser considerado amplo e está em contínua expansão	0						24		5,73	70
Os serviços que prestamos são considerados inovadores e com grande aporte tecnológico	0		4	3	5	16	15	27	5,66	70
Empregamos uma grande quantidade de tempo monitorando intensamente mudanças e tendências de mercado	1		7	9	9	12	20	12	4,89	70
Adotamos a prática de entrar agressivamente em novos mercados com novas ofertas de serviços	3		9	10	10	12	15	11	4,54	70

Para a afirmação abaixo, marque na escala a opção que mais se aproxima da sua opinião. O período a ser considerado é o último ano.

	Manter custos sob controle	4	11	15	17	10	8	5 <th>Buscar inovação</th> <th>Nota Média</th> <th>Total de Respostas</th>	Buscar inovação	Nota Média	Total de Respostas
Podemos considerar como uma das nossas metas mais importantes:		4								3,89	70

Para a afirmação abaixo, marque na escala a opção que mais se aproxima da sua opinião. O período a ser considerado é o último ano.

Especializadas	Amplas e empreendedoras	Nota Média	Total de Respostas
5	1	3,84	70

As competências que nossos gestores departamentais possuem podem ser consideradas

Para a afirmação abaixo, marque na escala a opção que mais se aproxima da sua opinião. O período a ser considerado é o último ano.

Sabemos fazer um número limitado de coisas excepcionalmente bem	Estamos aptos a consistentemente desenvolver novos mercados e novos serviços	Nota Média	Total de Respostas
4	8	4,49	70

Uma coisa que nos diferencia dos nossos principais concorrentes é:

Para a afirmação abaixo, marque na escala a opção que mais se aproxima da sua opinião. O período a ser considerado é o último ano.

	5	6	13	14	14	8	0	Nota Média	Total de Respostas
Em manter uma posição financeira segura, com medidas de custo e controle de qualidade	5	16	13	14	14	8	0	3,57	70
No desenvolvimento de novos serviços e expandindo para novos mercados									

Nossa equipe gerencial tende a concentrar:

Para a afirmação abaixo, marque na escala a opção que mais se aproxima da sua opinião. O período a ser considerado é o último ano.

	0	8	12	11	18	15	6	Nota Média	Total de Respostas
Buscando manter e melhorar nossas ofertas de serviços atuais	0	8	12	11	18	15	6	4,54	70
Buscando oportunidades de desenvolvimento de novos serviços e mercados									

Podemos dizer que nos preparamos para o futuro:



Para a afirmação abaixo, marque na escala a opção que mais se aproxima da sua opinião. O período a ser considerado é o último ano.

Organizada por departamentos (rh, mkt, fin)	Organizada por serviço (unidades de negócio autogeridas)	Nota Média	Total de Respostas
27	1	2,57	70
12	8	12	10
0	0		

Nossa estrutura é:

Para a afirmação abaixo, marque na escala a opção que mais se aproxima da sua opinião. O período a ser considerado é o último ano.

Altamente centralizados e de responsabilidade da alta gestão	Descentralizados e participativos	Nota Média	Total de Respostas
2	14	4,84	70
6	9	11	12
16	16		

Nossos procedimentos para avaliação de desempenho podem ser considerados:

Para as afirmações abaixo, marque na escala a opção que mais se aproxima da sua opinião. O período a ser considerado é o último ano.

	Discordo totalmente										Concordo totalmente										Nota Média	Total de Respostas	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
O estrategista deve ser um planejador com intenções claras de onde quer chegar	1										19	8	3	2	1							6,10	70
Registrar decisões em planos escritos é fundamental para o sucesso	0										22	15	3	3	1							5,89	70
O estrategista deve ter a seu alcance um plano estratégico escrito	2										18	10	7	6	2							5,50	70
A velocidade das mudanças do ambiente torna o planejamento estratégico pouco relevante	32										3	0	2	9	23							1,97	70
A informalidade traz mais eficiência e agilidade na gestão	15										4	3	4	14	28							2,60	70
As decisões estratégicas devem ser tomadas com o uso estrito da razão humana	9										12	6	16	9	16							3,54	70
As grandes decisões estratégicas são tomadas com base no caráter intuitivo do estrategista	22										1	6	7	9	24							2,40	70
Em grande parte das decisões estratégicas, a intuição é o único elemento disponível	30										0	3	8	8	19							2,19	70
As decisões estratégicas devem ser tomadas exclusivamente pelo estrategista	32										3	1	4	10	19							2,09	70
A formação da estratégia é fruto de um processo coletivo e não de um estrategista isoladamente	0										21	5	2	1	0							6,41	70
Decisões estratégicas devem ter a participação dos estrategistas, seus pares e colaboradores próximos	1										19	6	6	2	2							5,96	70

Para as afirmações abaixo, marque na escala a opção que mais se aproxima da sua opinião. Responda comparativamente ao desempenho do seu principal concorrente. O período a ser considerado é o último ano. Como você avalia:

	Muito pior					Muito melhor					Nota Média	Total de Respostas	
	0	1	4	15	25	25	15	4	1	0			
O desempenho dos processos de cuidado desse hospital (considere a ocorrência de evento adverso)	0	0	1	4	15	25	25	15	4	1	0	5,99	70
A satisfação dos clientes	0	0	4	4	14	36	12	12	4	0	0	5,69	70
O desempenho dos colaboradores	0	0	3	6	21	30	10	10	3	0	0	5,54	70
O desempenho financeiro deste hospital	0	3	4	15	13	20	15	15	4	3	0	5,26	70
O desempenho global deste hospital	0	0	2	10	17	26	15	15	2	0	0	5,60	70

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – RELAÇÃO DE HOSPITAIS ASSOCIADOS À ANAHP

1	Hospital Israelita Albert Einstein	SP
2	Hospital Aliança	BA
3	Hospital Anchieta	DF
4	Hospital Bandeirantes	SP
5	Hospital Barra D'Or	RJ
6	Hospital Brasil	SP
7	Hospital Copa D'Or	RJ
8	Hospital Esperança	PE
9	Hcor - Hospital do Coração	SP
10	Hospital Mãe de Deus	RS
11	Hospital Mater Dei	MG
12	Hospital Memorial São José	PE
13	Hospital Meridional	ES
14	Hospital Moinhos de Vento	RS
15	Hospital Monte Sinai	MG
16	Hospital Nipo-Brasileiro	SP
17	Hospital Nossa Senhora das Graças	PR
18	Hospital Nossa Senhora de Lourdes	SP
19	Hospital Nove de Julho	SP
20	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	SP
21	Hospital Português	BA
22	Hospital Pró-Cardíaco	RJ
23	Real Hospital Português de Beneficência	PE
24	Hospital Samaritano	SP
25	Hospital Santa Catarina	SP
26	Hospital Santa Genoveva	GO
27	Hospital e Maternidade Santa Joana	SP
28	Hospital Santa Joana	PE
29	Hospital Santa Luzia	DF
30	Hospital Santa Rosa	MT
31	Hospital São Camilo - Pompéia	SP
32	Casa de Saúde São José	RJ
33	Hospital São Lucas	SP
34	Hospital São Luiz - Itaim	SP
35	Hospital Sírio-Libanês	SP
36	Hospital VITA Curitiba	PR
37	Hospital VITA Volta Redonda	RJ
38	Vitória Apart Hospital	ES
39	Hospital Vivalle	SP

**ANEXO 2 – Proposta de escala desenvolvida por Conant, Mokwa e Varadarajan (1990 p.381) para mensuração dos tipos estratégicos propostos por Miles e Snow (1978)**

The 11 scale items comprising the final instrument correspond to the 11 adaptive cycle dimensions in the Miles and Snow typology. The four response options listed under each scale item characterize the distinctive 'adaptive stance activities' of the archetypes relative to the dimension of the adaptive cycle.

*1. Entrepreneurial-product market domain.*

In comparison to other HOSPITALs, the services which we provide to our members are best characterized as:

- (a) Services which are more innovative, continually changing and broader in nature throughout the organization and marketplace. (P)
- (b) Services which are fairly stable in certain units/departments and markets while innovative in other units/departments and markets. (A)
- (c) Services which are well focused, relatively stable and consistently defined throughout the organization and marketplace.(D)
- (d) Services which are in a state of transition, and largely based on responding to opportunities or threats from the marketplace or environment.(R)

*2. Entrepreneurial—success posture.*

In contrast to other HOSPITALs, my organization has an image in the marketplace as an HOSPITAL which:

- (a) Offers fewer, selective services which are high in quality. (D)
- (b) Adopts new ideas and innovations, but only after careful analysis. (A)
- (c) Reacts to opportunities or threats in the marketplace to maintain or enhance our position. (R)
- (d) Has a reputation for being innovative and creative. (P)

*3. Entrepreneurial—surveillance.*

The amount of time my HOSPITAL spends on monitoring changes and trends in the marketplace can best be described as:

- (a) Lengthy: We are continuously monitoring the marketplace. (P)
- (b) Minimal: We really don't spend much time monitoring the marketplace. (D)
- (c) Average: We spend a reasonable amount of time monitoring the marketplace.(A)
- (d) Sporadic: We sometimes spend a great deal of time and at other times spend little time monitoring the marketplace.(R)

*4. Entrepreneurial-growth*

In comparison to other HOSPITALs, the increase or losses in demand which we have experienced are due most probably to:

- (a) Our practice of concentrating on more fully developing those markets which we currently serve. (D)
- (b) Our practice of responding to the pressures of the marketplace by taking few risks. (R)
- (c) Our practice of aggressively entering into new markets with new types of service offerings and programs. (P)
- (d) Our practice of assertively penetrating more deeply into markets we currently serve, while adopting new services only after a very careful review of their potential. (A)

5. *Engineering—technological goal*

One of the most important goals in this HOSPITAL, in comparison to other HOSPITALs, is our dedication and commitment to:

- (a) Keep costs under control. (D)
- (b) Analyze our costs and revenues carefully, to keep costs under control and to selectively generate new services or enter new markets. (A)
- (c) Insure that the people, resources and equipment required to develop new services and new markets are available and accessible. (P)
- (d) Make sure that we guard against critical threats by taking whatever action is necessary. (R)

6. *Engineering—technological breadth.*

In contrast to other HOSPITALs, the competencies (skills) which our managerial employees possess can best be characterized as:

- (a) Analytical: their skills enable them to both identify trends and then develop new service offerings or markets. (A)
- (b) Specialized: their skills are concentrated into one, or a few, specific areas. (D)
- (c) Broad and entrepreneurial: their skills are diverse, flexible, and enable change to be created. (P)
- (d) Fluid: their skills are related to the near-term demands of the marketplace. (R)

7. *Engineering—technological buffers.*

The one thing that protects my organization from other HOSPITALs is that we:

- (a) Are able to carefully analyze emerging trends and adopt only those which have proven potential. (A)
- (b) Are able to do a limited number of things exceptionally well. (D)
- (c) Are able to respond to trends even though they may possess only moderate potential as they arise. (R)
- (d) Are able to consistently develop new services and new markets. (P)

8. *Administrative—dominant coalition.*

More so than many other HOSPITALs, our management staff tends to concentrate on:

- (a) Maintaining a secure financial position through cost and quality control measures. (D)
- (b) Analyzing opportunities in the marketplace and selecting only those opportunities with proven potential, while protecting a secure financial position. (A)
- (c) Activities or business functions which most need attention given the opportunities or problems we currently confront. (R)
- (d) Developing new services and expanding into new markets or market segments. (P)

9. *Administrative—planning.*

In contrast to many other HOSPITALs, my organization prepares for the future by:

- (a) Identifying the best possible solutions to those problems or challenges which require immediate attention. (R)
- (b) Identifying trends and opportunities in the marketplace which can result in the creation of service offerings or programs which are new to the HOSPITAL industry or which reach new markets. (P)
- (c) Identifying those problems which, if solved, will maintain and then improve our current service offerings and market position. (D)
- (d) Identifying those trends in the industry which other HOSPITALs have proven possess long-term potential while also solving problems related to our current service offerings and our current customers' needs. (A)

10. *Administrative—structure.*

In comparison to other HOSPITALS, the structure of my organization is:

- (a) Functional in nature (i.e. organized by department—marketing, accounting, personnel, etc.). (D)
- (b) Service or market oriented (i.e. departments like pediatrics or Ob/ Gyn have marketing or accounting responsibilities). (P)
- (c) Primarily functional (departmental) in nature; however, a service or market oriented structure does exist in newer or larger service offering areas. (A)
- (d) Continually changing to enable us to meet opportunities and solve problems as they arise. (R)

11. *Administrative—control.*

Unlike many other HOSPITALS, the procedures my organization uses to evaluate our performance are best described as:

- (a) Decentralized and participatory encouraging many organizational members to be involved. (P)
- (b) Heavily oriented toward those reporting requirements which demand immediate attention. (R)
- (c) Highly centralized and primarily the responsibility of senior management. (D)
- (d) Centralized in more established service areas and more participatory in newer service areas. (A)



**ANEXO 3 - Proposta de escala desenvolvida por Fontes Filho e Nunes (2010 p. 281) para mensuração dos processos da estratégia**

	<b>Descrição</b>	<b>Dimensão avaliada</b>
<b>1</b>	O estrategista deve ser um planejador com intenções claras de onde quer chegar.	Grau de intencionalidade
<b>2</b>	Registrar decisões em planos escritos é fundamental para o sucesso.	Grau de formalismo
<b>3</b>	O estrategista deve ter a seu alcance um plano estratégico escrito.	Grau de formalismo
<b>4</b>	A velocidade das mudanças do ambiente torna o planejamento estratégico pouco relevante.	Grau de emergência
<b>5</b>	A informalidade traz mais eficiência e agilidade na gestão.	Grau de informalidade
<b>6</b>	As decisões estratégicas devem ser tomadas com o uso estrito da razão humana.	Grau de racionalidade
<b>7</b>	As grandes decisões estratégicas são tomadas com base no caráter intuitivo do estrategista.	Grau de intuição
<b>8</b>	Em grande parte das decisões estratégicas, a intuição é o único elemento disponível.	Grau de intuição
<b>9</b>	As decisões estratégicas devem ser tomadas exclusivamente pelo estrategista.	Grau de individualismo
<b>10</b>	A formação da estratégia é fruto de um processo coletivo e não de um estrategista isoladamente.	Grau de coletivismo
<b>11</b>	Decisões estratégicas devem ter a participação dos estrategistas, seus pares e colaboradores próximos.	Grau de coletivismo