

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
CURSO DE MESTRADO

A INTRODUÇÃO DO CONCEITO E A APLICAÇÃO DE
INTELIGÊNCIA COMPETITIVA EM HOSPITAIS DE CAXIAS DO SUL

ADRIANO RECI PRESTES

Caxias do Sul, dezembro de 2009

ADRIANO RECI PRESTES

**A INTRODUÇÃO DO CONCEITO E A APLICAÇÃO DE
INTELIGÊNCIA COMPETITIVA EM HOSPITAIS DE CAXIAS DO SUL**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Administração, Área de Concentração: Inovação e Competitividade.

Orientador: Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea

Caxias do Sul, dezembro de 2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
UCS - BICE - Processamento Técnico

P936i Prestes, Adriano Reci
A introdução do conceito e a aplicação de inteligência competitiva em hospitais de Caxias do Sul / Adriano Reci Prestes. -- 2009.
158 f. ; 30 cm.

Apresenta bibliografia.
Dissertação (Mestrado) – Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2009.
“Orientação: Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea”.

1. Inteligência competitiva - hospitais. 2. Gestão hospitalar. 3. Sistema de saúde. 4. Monitoramento ambiental. I. Título.

CDU : 658.012.4:640.522

Índice para catálogo sistemático:

1. Inteligência competitiva - hospitais	658.012.4:640.522
2. Gestão hospitalar	640.522
3. Sistema de saúde	614.39
4. Monitoramento ambiental	504.064.3

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária
Criselen Jarabiza – CRB 10/1789

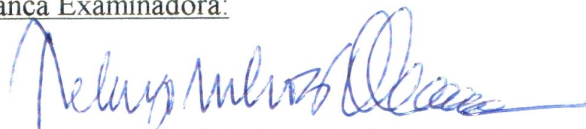
“Cultura de Competitividade e Maturidade para Inteligência Competitiva em Hospitais de Caxias do Sul”

Adriano Recí Prestes

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Administração, Área de Concentração: Administração da Produção.

Caxias do Sul, 2 de outubro de 2009.

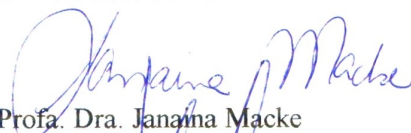
Banca Examinadora:



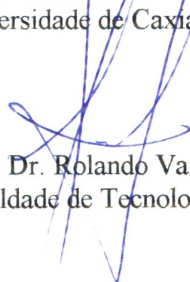
Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea (Orientador)
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Guilherme Cunha Malafaia
Universidade de Caxias do Sul



Profa. Dra. Janaina Macke
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Rolando Vargas Vallejos
Faculdade de Tecnologia TECBrasil

AGRADECIMENTOS

À Pati, que me impulsiona a crescer e a ser mais feliz a cada dia em que convivemos.

À minha mãe, verdadeira orientadora de vida.

À Profa. Ana Fachinelli e ao Prof. Gabriel Milan, pelos importantes impulsos no decorrer desta jornada.

À Simone e ao Luis Paulo, pela parceria em grandes momentos.

Aos gestores hospitalares, que tão gentilmente se dispuseram a falar sobre suas práticas e trajetórias à frente das principais instituições de saúde de Caxias.

Epígrafes

*O nosso hospital hoje
[...] é um avião sem uma rota definida.*
Entrevistado 1

*[...] na ausência de informação sólida,
as providências que se vêm tomando para
melhorar os hospitais brasileiros
não passam de voos cegos.*
La Forgia e Couttolenc

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 ó Gastos estimados em saúde no Brasil por segmento (2005)	20
Tabela 2 ó Composição do PIB de Caxias do Sul (2005)	34
Tabela 3 ó Acomodação Hospitalar de Caxias do Sul (2005)	38
Tabela 4 ó Número de profissionais por formação do Hospital do Círculo (2005 a 2007).....	72
Tabela 5 ó Número de atendimentos por especialidade do Hospital do Círculo (2005 a 2007).....	72
Tabela 6 ó Número de leitos por especialidade do Hospital do Círculo (2005 a 2007).....	73
Tabela 7 ó Tempo médio de internação por especialidade no Hospital do Círculo (2005 a 2007)	73
Tabela 8 ó Composição do faturamento do Hospital do Círculo (2005 a 2007)	74
Tabela 9 ó Número de profissionais por formação do Hospital Fátima (2005 a 2007)	76
Tabela 10 ó Número de atendimentos por especialidade do Hospital Fátima (2005 a 2007).....	77
Tabela 11 ó Número de leitos por especialidade do Hospital Fátima (2005 a 2007).....	77
Tabela 12 ó Tempo médio de internação por especialidade no Hospital Fátima (2005 a 2007)	78
Tabela 13 ó Número de profissionais por formação do Hospital Geral (2005 a 2007).....	81
Tabela 14 ó Número de atendimentos por especialidade do Hospital Geral (2005 a 2007).....	81
Tabela 15 ó Número de leitos por especialidade do Hospital Geral (2005 a 2007).....	82
Tabela 16 ó Tempo médio de internação por especialidade no Hospital Geral (2005 a 2007)	82
Tabela 17 ó Número de profissionais por formação do Hospital Pompéia (2005 a 2007).....	85
Tabela 18 ó Número de atendimentos por especialidade do Hospital Pompéia (2005 a 2007).....	85
Tabela 19 ó Número de leitos por especialidade do Hospital Pompéia (2005 a 2007).....	86
Tabela 20 ó Tempo médio de internação por especialidade no Hospital Pompéia (2005 a 2007)	86
Tabela 21 ó Composição do faturamento do Hospital Pompéia (2005 a 2007)	87
Tabela 22 ó Número de profissionais por formação do Hospital Saúde (2007)	89
Tabela 23 ó Número de leitos por especialidade do Hospital Saúde (2007)	89
Tabela 24 ó Número de profissionais por formação da Clínica Paulo Guedes (2005 a 2007)	91
Tabela 25 ó Número de profissionais nos hospitais estudados (2005 a 2007)	92
Tabela 26 ó Número de atendimentos nos hospitais estudados (2005 a 2007).....	93
Tabela 27 ó Número total de leitos nos hospitais estudados (2005 a 2007).....	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 ó Os diferentes mundos de um hospital geral.....	30
Figura 2 ó Esquema dos quatro mundos de um hospital geral aplicado a um Sistema de Saúde.....	31
Figura 3 ó Características dos Hospitais de Caxias do Sul	37
Figura 4 ó Sinais fracos do ambiente como fonte de antecipação de um evento	44
Figura 5 ó O Ciclo da Inteligência.....	51
Figura 6 ó IC na relação entre Ambiente Externo e Organização	53
Figura 7 ó Classificação das atividades de monitoramento ambiental	55
Figura 8 ó Maturidade em IC	56
Figura 9 ó Localização da unidade de IC na estrutura organizacional	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 ó Total de hospitais no país e hospitais disponibilizados ao SUS em 2008	19
Quadro 2 ó Hospitais destacados pelo Prêmio <i>Top Hospitalar 2007</i>	33
Quadro 3 ó Fatores do ambiente e suas variáveis	45
Quadro 4 ó Definições de Inteligência Competitiva	50
Quadro 5 ó Ferramentas de TI aplicadas à Inteligência Competitiva	61
Quadro 6 ó Caracterização geral dos hospitais participantes	92
Quadro 7 ó Composição do faturamento nos hospitais estudados (2005 a 2007)	94
Quadro 8 ó Data de realização e tempo de duração das entrevistas	95
Quadro 9 ó Situação dos hospitais de Caxias do Sul quanto à acreditação (junho-2009)	113
Quadro 10 ó Graus de concordância e pesos associados às respostas	123
Quadro 11 ó Médias aritméticas das respostas ao questionário	124
Quadro 12 ó Cumprimentos dos objetivos específicos	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEO	<i>Chief Executive Officer</i>
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRM	<i>Costumer Relationship Management</i>
DW	<i>Data Warehouse</i>
ESPM	Escola Superior de Propaganda e Marketing
FEE	Fundação de Economia e Estatística
FPS	Frente Parlamentar da Saúde
FUCS	Fundação Universidade de Caxias do Sul
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Inteligência Competitiva
IDESE	Índice de Desenvolvimento Econômico
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
MG	Minas Gerais
min	minutos
ND	Não Disponibilizada
OLAP	<i>On-Line Analytical Processing</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OSA	Organização a Serviço do Ambiente
PACS	<i>Picture Archiving and Communication Systems</i>
PBAH	Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

RS	Rio Grande do Sul
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia
SCIP	<i>Society of Competitive Intelligence Professionals</i>
SLS	Sistema Local de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
UBSø	Unidades Básicas de Saúde
UCS	Universidade de Caxias do Sul
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

RESUMO

A pesquisa realizada teve por objetivo identificar como os principais executivos dos hospitais de Caxias do Sul compreendem o conceito de Inteligência Competitiva (IC) e de que forma vislumbram a utilidade de sua aplicação no segmento hospitalar; além disso, a pesquisa teve o intuito de determinar como os hospitais estudados se preocupam em avaliar o ambiente de negócios e de que forma esta preocupação se concretiza em coleta e análise de informações para a tomada de decisão, com vistas a verificar se podem ser encontradas práticas de IC, mesmo que intuitivas, nos locais pesquisados. Para tanto, partiu-se da definição de IC e de alguns termos relacionados, como monitoramento ambiental e vigília. A pesquisa teve caráter qualitativo exploratório, baseando-se na aplicação de entrevistas individuais em profundidade com os principais executivos de seis dos sete hospitais da cidade. As entrevistas foram analisadas por meio da técnica da análise de conteúdo. Os resultados mostraram diferenças entre os hospitais cujo maior financiador é o Sistema Único de Saúde (SUS) e aqueles que dependem prioritariamente das operadoras de planos de saúde, especialmente no que tange ao interesse pelo ambiente de negócios, presente fundamentalmente no segundo grupo. Como fontes para a coleta de informações do ambiente de negócios, os entrevistados destacaram órgãos regulamentadores, classe médica, outras instituições, normas de certificação, clientes e meio acadêmico. Como técnicas de coleta das informações foram mencionadas as visitas, a participação em congressos e cursos e o uso do *benchmarking*. Mesmo com a utilização intuitiva de alguns dos princípios de IC, a aplicação de seus conceitos e a conquista de seus benefícios foi percebida como incipiente no contexto analisado. Em um cenário caracterizado por grandes preocupações com custos e dificuldades para definir preços que contemplem as necessidades hospitalares, pensa-se que a IC tornar-se-ia grande aliada da gestão ao disponibilizar as informações mais relevantes sobre o ambiente, possibilitando melhor percepção das ações dos movimentos do mercado para a tomada de decisão e a inovação.

Palavras-chave: gestão hospitalar, inteligência competitiva, monitoramento ambiental, inovação em gestão.

ABSTRACT

This study aimed to identify how the CEOs of the hospitals of Caxias do Sul, Brazil, understand the concept of Competitive Intelligence (CI) and how they perceive its utility in the hospital segment. In addition, the study focused on determining how concerned these hospitals are about evaluating business environment and how they collect and analyze information for decision-making, and determining whether CI-related activities, even intuitive ones, can be found on these companies. Methodology to achieve proposed goals has been based on qualitative research, exploratory type, with the application of in-depth interviews with the CEOs of six out of seven local hospitals. The contents proceeding from the interviews have been undergone to a content analysis. Results showed differences between the hospitals whose major funder is the Brazilian Public Health System ó SUS ó and those that depend heavily on health care operators, especially in regard to interest in the business environment, mainly perceived in this second group. As sources for collecting information of the external environment, respondents highlighted regulators, physicians, other institutions, certification standards, customers and academia. As techniques for collecting information were mentioned visits, participation in conferences and courses and the use of benchmarking. Even with the intuitive use of some of the principles of CI, the application of its concepts and benefits was considered incipient in the context examined. Anyway, in a scenario where hospitals have strong concerns about controlling costs and difficulty to set prices that address their needs, it can be assumed that CI can become a significant ally of management, enabling better understanding of the actions of competitors and the market moves to the decision-making and innovation.

Keywords: hospital management, competitive intelligence, environmental scanning, innovation.

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS: A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR NAS PERSPECTIVAS HISTÓRICO-SOCIAL E DE GESTÃO DOS SERVIÇOS	15
1.1	O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	15
1.2	O HOSPITAL NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE	20
1.3	OS DESAFIOS DA GESTÃO HOSPITALAR.....	26
2	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	34
3	PROBLEMA DE PESQUISA.....	39
4	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	42
4.1	A INFORMAÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA PARA A ORGANIZAÇÃO	42
4.2	O CONCEITO DE INTELIGÊNCIA HUMANA APLICADO À ORGANIZAÇÃO	46
4.3	INTELIGÊNCIA COMPETITIVA COMO UMA INOVAÇÃO EM GESTÃO.....	48
4.3.1	Maturidade em Inteligência Competitiva	56
4.3.2	Vantagens da Utilização da Inteligência Competitiva	58
4.3.3	A Inteligência Competitiva e a Tecnologia da Informação.....	59
5	OBJETIVOS DO TRABALHO	63
5.1	OBJETIVO GERAL	63
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	63
6	MÉTODO DE PESQUISA	65
7	ANÁLISE DOS RESULTADOS	68
7.1	HISTÓRICO E CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PESQUISADOS	69
7.1.1	Hospital do Círculo	69
7.1.2	Hospital Fátima.....	74
7.1.3	Hospital Geral.....	78
7.1.4	Hospital Pompéia	83
7.1.5	Hospital Saúde	87
7.1.6	Clínica Paulo Guedes	90

7.1.7	Caracterização Geral dos Hospitais Participantes	91
7.2	PERFIL DOS ENTREVISTADOS E REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	94
7.3	ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS.....	96
7.3.1	Percepção de competitividade no segmento hospitalar.....	97
7.3.2	Preocupação com o acompanhamento aos movimentos de outros hospitais	103
7.3.3	Entendimento do conceito de Inteligência Competitiva (IC).....	105
7.3.4	Aplicação dos princípios de IC nos hospitais.....	107
7.3.5	Utilização de fontes e técnicas para coleta de informações do mercado	109
7.3.6	Disponibilidade de Tecnologia da Informação nos hospitais.....	117
7.3.7	Exigências de controle interno em contraposição às necessidades de IC	119
7.3.8	Gestão hospitalar e introdução de inovações.....	121
7.4	APRECIÇÃO DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO.....	123
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
8.1	EM BUSCA DE UMA SÍNTESE POSSÍVEL.....	127
8.2	MATURIDADE PARA IC NOS HOSPITAIS ESTUDADOS.....	130
8.3	PERSPECTIVAS E DESAFIOS DA IC NOS HOSPITAIS ESTUDADOS	131
8.4	ALCANCES E LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	135
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
	APÊNDICES	153

1 CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS: A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR NAS PERSPECTIVAS HISTÓRICO-SOCIAL E DE GESTÃO DOS SERVIÇOS

1.1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Ao longo de sua história, o sistema de saúde brasileiro, inserido no contexto mundial, passou por diferentes etapas, gestadas no cenário da evolução do país e apoiadas pelos conhecimentos e estruturas que foram construídos em cada momento político-social. Dessa forma, para que se possa analisar a realidade existente, torna-se necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo.

Desde seu descobrimento até a instalação do império, o Brasil, país colonizado basicamente por degredados e aventureiros, não dispunha de um modelo de atenção à saúde da população e sequer havia interesse, por parte do governo colonizador, de criá-lo. Desse modo, a atenção à saúde limitava-se ao uso dos recursos da terra, plantas e ervas, assim como dos conhecimentos empíricos de curandeiros e, mais adiante, também dos boticários (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; POLIGNANO, 2001).

A vinda da família real ao Brasil criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava. Até então, as atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e dos portos, mais restrito à capital do império, tendência que se estendeu por quase um século (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; CUNHA; CUNHA, 1998; POLIGNANO, 2001). Isso deixava as cidades brasileiras a mercê das epidemias; no início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população (BRAGA; PAULA, 1986).

Rodrigues Alves, então presidente do Brasil (governou de 1902 a 1906), nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, órgão que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. Para isso, foi criado um verdadeiro exército de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da doença. Este modelo de intervenção, denominando campanhista¹, obteve vitórias no controle das epidemias, o que o tornou hegemônico como proposta de ação na área da saúde coletiva durante décadas (BRAGA; PAULA, 1986; CUNHA; CUNHA, 1998; COELHO; LUCENA; SILVA, 2000; POLIGNANO, 2001).

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo que, até então, era puramente fiscal e policial. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados e expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; POLIGNANO, 2001).

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agro-exportadora, assentada na monocultura cafeeira, predominou o modelo de uma política de saneamento voltada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e ao controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Entretanto, com a acumulação capitalista advinda do comércio exterior, deu-se início ao processo de industrialização no país, começando pelo eixo Rio-São Paulo. Tal processo foi acompanhado de uma urbanização crescente e da utilização de imigrantes, especialmente italianos e portugueses, como mão-de-obra nas indústrias, visto que eles já possuíam grande experiência neste setor, que era muito desenvolvido no velho continente. Esses imigrantes, alguns deles anarquistas, traziam consigo a história do movimento operário e dos direitos trabalhistas já conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta forma procuraram organizar a classe operária no Brasil (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; POLIGNANO, 2001; LINK, 2009).

Na época, os operários não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Em função disso e das péssimas condições de trabalho existentes, o movimento operário organizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. Através destas manifestações, os operários começaram a

¹ Segundo Polignano (2001), o modelo de saúde foi denominado de campanhista pois foi concebido dentro de uma visão militar (em uma referência a "campanha" operação militar), em que diversos "guardas sanitários" fiscalizavam a população de forma um tanto arbitrária, pelo uso da força e da autoridade.

conquistar alguns direitos sociais (LINK, 2009). Segundo Braga e Paula (1986), a crescente massa trabalhadora pressionou o governo a ampliar as políticas sociais, resultando na criação de uma política de saúde. Assim, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), marco da previdência social no Brasil. Por exigência dos representantes da oligarquia rural no Congresso Nacional, essa lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano; além disso, as CAPs deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais, fazendo com que sua criação dependesse da mobilização dos trabalhadores de cada indústria (CUNHA; CUNHA, 1998; POLIGNANO, 2001).

Em 1939, no contexto do Estado Novo, foi regulamentada a justiça do trabalho e em 1943 foi homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Nesse cenário, a política do estado pretendeu estender os benefícios da previdência a todas as categorias do operariado urbano organizado. Em decorrência, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), nos quais os trabalhadores eram organizados por categoria profissional e não mais por empresa (CUNHA; CUNHA, 1998; POLIGNANO, 2001).

É a partir principalmente da segunda metade da década de 50 do século XX, com o desenvolvimento industrial, a aceleração da urbanização e o assalariamento de parcela crescente da população, que ocorre mais pressão junto aos institutos pela assistência médica. Viabiliza-se, com isso, o crescimento de um complexo médico-hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegia abertamente a contratação de serviços de terceiros (POLIGNANO, 2001). De qualquer forma, de acordo com Médici (2008), poucos eram os estados e municípios brasileiros que dispunham de serviços de assistência médica adequados às necessidades de suas populações.

Finalmente, em 1960, foi promulgada a lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, a qual unificou o regime geral da previdência social e se destinava a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e os servidores públicos e de autarquias que tivessem regimes próprios de previdência (POLIGNANO, 2001). De qualquer forma, o processo de unificação só avançou com o movimento revolucionário de 1964, que neste mesmo ano promoveu uma intervenção generalizada nos IAPs, e consolidou-se com a reforma previdenciária de 1967. Até então, a população não coberta pelo sistema previdenciário dos institutos valia-se de hospitais públicos, filantrópicos e alguns poucos hospitais lucrativos (RIBEIRO, 1993).

Médici (2008) aponta que com a reforma previdenciária de 1967 surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão que se tornou responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais do Brasil. Essa extensão de cobertura sanitária causou problemas às instituições de assistência do INPS, o que obrigou não apenas a ampliação das instalações públicas, como também a contratação de estabelecimentos privados para a complementação da cobertura. Para dar conta da demanda, o setor privado também teve que expandir sua rede de estabelecimentos, sendo que boa parte desta expansão foi financiada com recursos públicos.

O governo do regime militar criou ainda, em 1975, o Sistema Nacional de Saúde. Esse sistema definiu as responsabilidades dos ministérios para cuidarem da medicina curativa e da medicina preventiva, sendo que a primeira ficou sob responsabilidade do Ministério da Previdência Social, e a segunda do Ministério da Saúde. A opção do Ministério da Previdência Social pela medicina curativa incentivou a internação hospitalar, que era mais dispendiosa, mas que, contudo, contava com recursos a serem recolhidos dos trabalhadores para o INPS; já o Ministério da Saúde, com poucos recursos e, em sua maioria, oriundos da Previdência Social, foi incapaz de desenvolver ações efetivas de prevenção (CUNHA; CUNHA, 1998; MINOTTO, 2002).

Foi nessa época que surgiu cerca de meia centena de hospitais da Previdência. Da mesma forma, surgiu nesse período boa parte das instituições hospitalares sem finalidade lucrativa, para preencher a lacuna deixada pela União, cujas políticas e práticas de saúde ainda se limitavam ao controle e tratamento de epidemias e endemias prevalentes. Entre essas instituições, destacam-se as Santas Casas, que nasceram da iniciativa de comerciantes, fazendeiros ou industriais com mais poder econômico, os quais, estimulados por párocos, pessoas caridosas ou médicos, criavam uma associação e destinavam a maioria de seus leitos, quase sempre enfermarias coletivas, para pobres e indigentes. Ribeiro (1993) aponta que, por esta razão, uma das principais características dessas Santas Casas era o trabalho voluntário e filantrópico, realizado principalmente por religiosos, leigos em enfermagem e médicos.

O sistema de saúde da época causava insatisfação e descontentamento, especialmente no que se referia ao direito de acesso, à qualidade dos serviços prestados e à forma de organização. Durante as décadas de 70 e 80 do século XX, médicos, enfermeiros, donas de casa, trabalhadores de sindicatos, religiosos e funcionários dos postos e secretarias de saúde levaram adiante um movimento que tinha por objetivo criar um novo sistema público para

solucionar os problemas de atendimento à saúde da população. Este movimento sanitário orientava-se pela ideias de que todos teriam direito à saúde e de que o governo, juntamente com a sociedade, teria o dever de fazer o que fosse preciso para alcançar este objetivo (BRASIL, 2008a).

Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 determinou que o Estado tem o dever de garantir a saúde de toda a população (BRASIL, 1988). Para buscar a efetivação do que preconiza a Constituição, o governo criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, detalhando o funcionamento do SUS, o qual incorporou os hospitais universitários do Ministério da Educação e as redes públicas e privadas conveniadas de saúde nos estados e municípios, formando um sistema com abrangência nacional (BRASIL, 2008a).

Um dos princípios que pautou a implantação do SUS foi o da universalidade, que estabeleceu o direito à proteção e recuperação da saúde a todos os cidadãos, por meio da prestação de serviços gratuitos nas unidades públicas de saúde (MÉDICI, 2008). O princípio da universalidade representou a inclusão de todos no amparo do SUS, uma vez que antes apenas os trabalhadores com carteira registrada faziam jus a esses serviços (BRASIL, 2008a).

Em locais onde há falta de serviços públicos, o SUS contrata serviços de hospitais e de outros prestadores particulares. Em decorrência disso, os hospitais privados constituem hoje 51,4% do total de hospitais credenciados pelo SUS, conforme Quadro 1. Para atuar na rede, essas organizações têm que seguir os princípios e diretrizes preconizados pelo sistema público de saúde (BRASIL, 2008a).

Quadro 1 ó Total de hospitais no país e hospitais disponibilizados ao SUS em 2008

Categoria Jurídica		Total	% Total	SUS	% SUS
Hospitais Públicos	Federais	55	0,7	28	0,5
	Estaduais	544	7,1	536	8,8
	Municipais	2.213	28,8	2.213	36,3
	Total	2.812	36,6	2.777	45,5
Hospitais Privados	Sem Fins Lucrativos	1.728	22,5	1.651	27,1
	Lucrativos	2.959	38,5	1.483	24,3
	Total	4.687	61,0	3.134	51,4
Hospitais Universitários e de Ensino		186	2,4	186	3,1
TOTAL		7.685	100	6.097	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde ó CNES (BRASIL, 2009a).

Além disso, os cidadãos têm a possibilidade de recorrer a serviços suplementares promovidos por planos de saúde privados e pagos, organizados no Sistema de Saúde Complementar; ou podem, ainda, buscar assistência médico-hospitalar sem interveniência do SUS ou de um plano de saúde, o que se caracteriza como Desembolso Direto. Para Médici (2008), a segmentação entre sistema público e privado de saúde é muito comum nos países em desenvolvimento. No Brasil, especialmente pela dificuldade de se criarem as bases materiais para a garantia da universalidade, a construção social do SUS vem sendo feita de forma segmentada, incorporando, assim, esses dois outros subsistemas relevantes, o Sistema de Saúde Suplementar e o Sistema de Desembolso Direto. A representatividade de cada um destes sistemas está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 ó Gastos estimados em saúde no Brasil por segmento (2006)

Segmento do sistema de saúde	Gasto anual (em bilhões de R\$)	Representatividade (%)
Sistema Único de Saúde	68,8	47,9
Sistema de Saúde Suplementar	36,2	18,2
Sistema de Desembolso Direto	46,8	33,9
Total	151,8	100,0

Fonte: World Health Organization (2009).

Essa forma de organização busca aproximar os recursos e serviços do SUS de seus usuários, o que supõe, além do envolvimento das administrações municipais, uma grande organização da rede hospitalar e uma gestão eficiente de seus recursos e serviços.

1.2 O HOSPITAL NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE

A preocupação com a saúde e com a cura de males e doenças acompanha a humanidade desde o alvorecer das civilizações. Para Brandt (2008), esta preocupação é normal no ser humano, situando-se na base de suas necessidades. É, juntamente com a alimentação, õmais importante do que segurança, moradia, afeto, estima e realização pessoalõ (p. XXIV). Pesquisas indicam que, já na Idade da Pedra, os homens primitivos valiam-se da

medicina buscada nas plantas e dominavam técnicas básicas para curar doenças, facilitar partos e fazer cirurgias.

A fase inicial da assistência médica, nos primórdios da civilização, caracterizou-se por um forte componente religioso e místico; as doenças eram ligadas ao sobrenatural e o médico fazia também o papel de sacerdote (ROSEN, 1958 apud ABBAS, 2001). Os ensinamentos de cada época, embora inicialmente de base prática e intuitiva e envolvendo misticismos e crenças na ação da natureza, atravessaram os tempos e permitiram a evolução científica dos conhecimentos e a qualificação dos serviços de saúde (ZANON, 2001).

De qualquer forma, apesar da grande quantidade de apontamentos encontrados sobre práticas de cura e terapias usadas desde os primórdios da história da humanidade, não se encontram registros remotos sobre a existência de locais específicos para tratamento dos doentes. Só mais recentemente, com o Budismo, no quinto século antes da era Cristã, organizaram-se hospedarias de caráter humanitário, anexadas a mosteiros e destinadas a atender doentes, pobres e acidentados (ZANON, 2001).

No ocidente, na época, surgiram hospedarias com essa mesma finalidade, e passou a ser usada a palavra latina *hospitalis*, derivada de *hospis*, que designava o hóspede ou estrangeiro, e que deu origem ao vocábulo hospital, em referência a uma instituição destinada a abrigar doentes, velhos, enfermos ou mesmo pessoas mentalmente desequilibradas (MORAES; CÂNDIDO; VIEIRA, 2004; BRANDT, 2008). Já na era Cristã, o Concílio de Nicéia, em 325, determinou que se criassem hospitais junto às catedrais de cada cidade, destinados ao atendimento de pobres, peregrinos fatigados e enfermos sem esperança de cura. Durante a Idade Média, funcionou um grande número desses hospitais em toda a Europa, os quais atendiam aos doentes em nome da caridade cristã ou para impedir a transmissão de suas doenças (MASCARENHAS, 1976 apud ABBAS, 2001; MINOTTO, 2002).

Como instrumento terapêutico, o hospital é uma invenção do final do século XVIII. A descoberta da penicilina e o surgimento da anestesia, além da introdução do uso de métodos assépticos e antissépticos, contribuíram para modificar a função e a imagem dos hospitais, que passaram a atuar e serem vistos como locais de cura (MORAES; CÂNDIDO; VIEIRA, 2004; PARIS, 1987 apud ZANON, 2001). Em acréscimo, o advento de inovações tecnológicas, tais como os equipamentos de controle da anestesia e os aparelhos de Raios X, contribuiu para atrair médicos e pacientes para os hospitais, uma vez que estes avanços demandavam salas

especiais que dificilmente poderiam ser disponibilizadas na residência das pessoas, tornando indispensável o deslocamento a locais dedicados (BALESTRIN; RESENDE, 2008).

A mudança da feição religiosa que caracterizou as primeiras instituições hospitalares deu-se com a passagem de uma forma de trabalho executado por monges ou voluntários para o uso de serviços médicos e de enfermagem, e de uma administração feita por religiosos para uma administração profissional. Associadas à exigência de profissionalização da atividade hospitalar, a descentralização e a diferenciação das atividades complementares, a diversidade de funções e a decorrente necessidade de convivência de pessoal administrativo, médicos, enfermeiros e auxiliares, fizeram dos hospitais instituições altamente complexas (GLOUBERMAN; MINTZBERG, 2001; ZANON, 2001; PORTER; TEISBERG, 2007; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Mais recentemente, em 1957, Malcon Mac Earchern (apud ZANON 2001), afirmava que mesmo que o hospital tivesse um simples propósito, o de receber o corpo humano quando este se tornasse doente ou ferido e de cuidar dele de modo a restaurá-lo tão próximo quanto possível do normal, nenhuma das organizações modernas seria mais complexa do que a hospitalar. Glouberman e Mintzberg (2001) destacam, a propósito, que a tarefa de administrar a mais complicada corporação pode, muitas vezes, parecer brincadeira de criança se comparada à necessidade de administrar qualquer hospital.

Shortell e Kaluzny (2000) observam que a referida complexidade é derivada de algumas peculiaridades destas instituições, tais como: a) a dificuldade para definir e mensurar resultados; b) a extrema variabilidade do trabalho desenvolvido; c) a natureza emergencial das atividades; d) a pouca margem de ambiguidade e de erro aceitáveis no trabalho; e) a profissionalização dos membros da organização, que pode fazer com que sejam mais leais à profissão do que à instituição; f) o pouco controle organizacional ou gerencial efetivo sobre o grupo médico, e g) a existência de dupla linha de autoridade, a técnica e a burocrática, o que gera problemas de coordenação e responsabilidades.

O hospital tem sido considerado a estrutura fundamental para a preservação da saúde e a cura das doenças. Nele atuam os médicos e demais profissionais da saúde, numa aparente harmonia de ações, propósitos e princípios. Hospitais e médicos são considerados a base que alicerça a confiança no sistema, no atendimento e nos resultados obtidos a partir da tecnologia farta e dos modernos recursos terapêuticos (BRANDT, 2008, p. XXIV). Porém, para Glouberman e Mintzberg (2001), esta harmonia pode mesmo ser apenas aparente. Um hospital tem, na ótica destes autores, muitos tomadores de decisão com objetivos muitas vezes

diferentes, o que torna a eficiência de sua gestão virtualmente impossível. Esta questão será aprofundada no tópico 1.3, quando se abordará a gestão dos serviços de saúde no Brasil.

De qualquer forma, o setor hospitalar é uma parcela da infraestrutura de serviços de atenção à saúde, colocados à disposição da população por um sistema de saúde, e complementada por outros serviços como postos de saúde, ambulatórios, consultórios médicos, pronto-socorros, clínicas. No Brasil, a partir dos anos 70 do século passado, a instituição hospitalar passou a representar a porta de entrada ao sistema de saúde (GAZETA MERCANTIL, 1998), apesar dos continuados esforços para a "desospitalização" que busca transferir os serviços primários de atenção à saúde para outros estabelecimentos, postos e ambulatórios. Isso permitiria que os hospitais se tornassem elos especializados na cadeia de serviços de assistência à saúde, constituindo-se em referência para outros estabelecimentos de saúde voltados aos cuidados básicos da população.

Como ocorre na maioria dos países em desenvolvimento, no Brasil os hospitais são o centro do sistema de saúde, respondendo por dois terços dos gastos do setor e por boa parte dos serviços produzidos. Empregam a maioria dos médicos, enfermeiros e outros profissionais formados na área da saúde, e são, também, centros de capacitação profissional, espaços privilegiados de pesquisa e principais ambientes de desenvolvimento e adoção de novas tecnologias (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009), em seu Informe Técnico nº. 122 de 1957,

o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa como preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em domicílio, e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais.

O Ministério da Saúde do Brasil define o hospital moderno como parte de uma organização social, cuja missão consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva; o hospital é também um centro de educação, de capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde. Do ponto de vista clínico, o hospital pode ser: geral, quando se destina a prestar assistência sanitária a doentes nas quatro especialidades básicas de clínica (médica, cirúrgica, gineco-obstétrica e pediátrica); ou especializado, quando

se destina a prestar assistência sanitária em uma determinada especialidade (GAZETA MERCANTIL, 1998; BRASIL, 2008a).

O hospital também pode atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, quais sejam: atenção básica, média complexidade ou alta complexidade. A atenção básica representa um conjunto de ações que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias dirigidas a populações de territórios bem delimitados, e emprega tecnologias que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância nestes locais. A média complexidade, por sua vez, compõe-se de ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Já a alta complexidade corresponde a um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados para o tratamento de problemas de saúde de maior risco (BRASIL, 2008a).

No que diz respeito ao porte, os hospitais são categorizados em hospitais de pequeno porte, com até 49 leitos; de médio porte, com 50 até 199 leitos; de grande porte, com 200 a 499 leitos; e de porte especial ou extra-hospital com 500 ou mais leitos (MINOTTO, 2002). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), os hospitais de pequeno porte são instituições que atuam em serviços de atenção básica e média complexidade, tendo importância fundamental no processo de regionalização da Saúde, que objetiva a organização de redes de atenção articuladas e resolutivas, em níveis microrregionais.

Quanto à propriedade ou natureza administrativa, o hospital pode ser: público, quando integra o patrimônio da União, Distrito Federal, estados ou municípios, autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista; ou privado, quando integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado. O hospital privado, por sua vez, pode ser com fins lucrativos ou sem fins lucrativos categoria que abrange os hospitais beneficentes e os filantrópicos (GAZETA MERCANTIL, 1998). Para Almeida (1987), a diferença entre hospitais com fins lucrativos e sem fins lucrativos está no fato de que os primeiros, embora imbuídos do objetivo social inerente a todos os hospitais, tem o desempenho de sua administração avaliado pela capacidade de remunerar o capital investido; já os outros, procuram manter os serviços dentro de padrões razoáveis, sem a

preocupação de remunerar o capital investido, mas desejando um crescimento necessário para melhorar os serviços e atender a demanda da comunidade.

Para ser considerada filantrópica, uma instituição deve ser detentora do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). O CEBAS é concedido mediante o cumprimento de diversas exigências; no caso dos hospitais, são estabelecidas duas exigências alternativas principais: a oferta e a efetiva prestação de pelo menos 60% de internações pelo SUS, ou, no caso do gestor local do SUS declarar-se impossibilitado de contratação de 60% de internações, a aplicação de um percentual da receita bruta em gratuidade. Esse percentual pode variar entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS. O setor hospitalar filantrópico no Brasil é, atualmente, responsável por cerca de um terço dos leitos existentes no país (PORTELA et al., 2004; BRASIL, 2008a).

Ser uma entidade de assistência social reconhecida pelo Poder Público garante uma série de benefícios, incentivos fiscais e subvenções estatais. As instituições hospitalares filantrópicas são imunes a todo e qualquer tributo que incida sobre o patrimônio, a renda e os serviços, conforme estabelecido no artigo 150, inciso VI, alínea c da Constituição Federal (CF); são ainda isentas da contribuição para a seguridade social, de acordo com o disposto no artigo 195, § 7º também da CF. Esses benefícios são concedidos pela lei suprema e objetivam privilegiar o caráter benemérito dos serviços prestados às comunidades por estas entidades. A finalidade pública, o bem comum, o objetivo social são, em última análise, o sustentáculo da Administração Pública, sendo também objetivos primordiais das instituições hospitalares filantrópicas (TOIGO, 2001).

Por fim, os hospitais de ensino e pesquisa são instituições que integram a rede própria contratada ou conveniada ao SUS, certificadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação como instituições de atenção à saúde. Participam da formação de estudantes, bem como contribuem para a pesquisa, desenvolvimento científico e avaliação tecnológica (BRASIL, 2008a).

Da afirmação que a saúde é um direito humano fundamental, consagrada na Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, decorre o reconhecimento do direito de cada ser humano de receber assistência para prevenir e tratar doenças e do dever de organização da sociedade para prestar essa assistência (ONU, 2009). Conciliar esse objetivo humanístico e a complexidade característica da instituição hospitalar com as exigências de gerenciamento dos recursos econômico-financeiros, que precisam ser cada vez maiores, mas

que são extremamente finitos face às necessidades de saúde e bem estar, é o grande desafio a ser enfrentado pela administração dos sistemas de saúde e, mais diretamente, pela administração de cada hospital.

Para La Forgia e Couttolenc (2009, p. XV),

a gama de serviços oferecidos pelos hospitais ó de tratamentos clínicos de alta tecnologia a cirurgias complexas, da contabilidade complexa a serviços básicos de hotelaria ó torna a sua administração complexa e cara e a sua supervisão e controle extremamente desafiadores. Assegurar o controle sobre essas complexas entidades requer profundidade e amplitude de conhecimentos para compreender todos os componentes de um hospital e integrá-los efetivamente (ao sistema), ao passo que monitorar o desempenho e o uso de recursos requer informações confiáveis e atualizadas ó o que pode ser difícil de alcançar nos países em desenvolvimento.

1.3 OS DESAFIOS DA GESTÃO HOSPITALAR

A temática da gestão vem sendo gradualmente mais valorizada na área da saúde, especialmente devido às tentativas de implantação do novo modelo de administração do sistema de saúde. Entretanto, para Mirshawka (1994 apud Minotto, 2002, p. 54), õsamente após a terceira década do século XX é que a administração hospitalar começou a apresentar sinais de presença, pelo menos como potencialö.

Nos anos 1990, diversas experiências de mudança de gestão foram desenvolvidas em hospitais públicos e privados brasileiros, buscando minimizar as dificuldades da burocratização, absorver ferramentas gerenciais, enfatizar informações e custos, e democratizar os processos decisórios e institucionais (AZEVEDO; FERNANDES; CARRETEIRO, 2007). Nessa época, o processo de reforma do Estado se baseou em um tríplice diagnóstico: situação de crise fiscal crescente, desgaste das formas de intervenção na economia e excessiva ineficiência administrativa (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2006).

De qualquer forma, desde a criação do SUS, o setor de saúde vem passando por transformações. A reforma setorial enfatizou o caráter universal da política pública, causando mudanças nas relações entre Estado, população e atores (financiadores, produtores e provedores) de serviços de saúde. O ponto central da reforma sanitária brasileira foi o processo de descentralização, envolvendo a transferência de poder, serviços, responsabilidades e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal (CHERCHIGLIA;

DALLARI, 2006; COHEN; MOURA; TOMAZZELI, 2004).

Devido às significativas diferenças existentes entre as várias regiões e municípios brasileiros, o Ministério da Saúde criou formas de descentralizar a prestação dos serviços públicos de saúde, repassando responsabilidades diferenciadas aos diferentes municípios (BRASIL, 2008a). A implantação do SUS determinou também a criação de outros órgãos necessários ao seu funcionamento, especialmente para que a referida descentralização se efetivasse por meio da municipalização da saúde (MULLER NETO, 1991). A municipalização baseia-se na criação de um Sistema Local de Saúde (SLS), com o qual se busca concretizar a universalização da cobertura e do acesso à saúde de maneira regionalizada. Para Mendes (1993), a criação de um SLS representa um modo de atender as demandas da população e contribui para a solução dos problemas de saúde das pessoas de determinado espaço territorial.

Porém, há problemas com o sistema de saúde brasileiro. Alguns estudiosos da área consideram, inclusive, que o termo crise tornou-se corriqueiro na pauta do setor. Em entrevista para a Revista Saúde Business ó Hospitais Referência, publicada em dezembro de 2007, o presidente da Federação Brasileira de Hospitais, Eduardo de Oliveira, afirma que, no cenário atual, tanto a rede privada quanto a rede pública de assistência à saúde enfrentam problemas crônicos. Para Oliveira, a situação da rede pública é precária, resultado do sucateamento do setor e da falta de investimentos; já para a rede privada, a principal causa dos problemas é a falta de incentivos do governo, denunciada pela defasagem da tabela do SUS e pelos constantes aumentos aplicados à carga tributária das empresas do setor, especialmente à dos hospitais. Nessas condições, fala-se até em um possível apagão hospitalar ó a interrupção forçada das organizações da área devido à falta de condições para manutenção do negócio (LEITÃO, 2007).

Em 2006, durante conferência que objetivava discutir propostas para o enfrentamento da crise da saúde no país, o médico e deputado federal Rafael Guerra (PSDB-MG), que à época presidia a Frente Parlamentar da Saúde (FPS)², afirmou que o subfinanciamento do setor da saúde acarreta dificuldades como má gestão, sucateamento de equipamentos, atraso tecnológico e atendimento de baixa qualidade à população (JAMB, 2006). Mantendo o discurso, Darcísio Perondi, médico, deputado federal pelo PMDB-RS e atual presidente da

² Grupo de parlamentares criado em 1993 para tratar da agenda da área da saúde.

FPS, também vê que o subfinanciamento do SUS ameaça severamente o sistema nacional de saúde e agrava sua crise (LEITÃO, 2007b).

Perondi lamenta que, apesar de a atenção básica ter avançado substancialmente nos últimos 10 anos, os recursos destinados à saúde diminuíram (LEITÃO, 2007b). Corroborando esta opinião, o IPEA ó Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ó publicou recentemente dados de um levantamento realizado no país entre 1995 e 2005. O levantamento mostra que o gasto federal com saúde, que correspondia a 1,79% do Produto Interno Bruto (PIB) em 1995, ficou limitado a 1,59% em 2005. Neste mesmo período, enquanto o investimento com todas as políticas públicas cresceu quase 74%, os gastos com saúde foram reduzidos em 16% (BRASIL, 2008b).

Nesse sentido, Leitão (2007) enfatiza que muito se fala da crise na saúde e, principalmente, de seu impacto no setor público. Porém o que agrava a crise é a falta de incentivos aos hospitais privados, pois, sem eles, seria impossível garantir o atendimento. A rede privada é composta por hospitais filantrópicos e lucrativos que são responsáveis por mais de 60% dos atendimentos prestados pelo SUS à população, o que em 2005 representou cerca de 6,8 milhões de atendimentos. Além disso, segundo dados do Ministério da Saúde, os hospitais privados respondem por 76,5% dos atendimentos do SUS em toda a região Sul.

Assumindo postura igualmente crítica, Perondi afirma que a área econômica do governo tende a ver a saúde apenas como um gasto, não como um investimento nas pessoas. Assim, com a falta de incentivos, os hospitais privados ó lucrativos ou não ó têm administrações ~~heróicas~~ para Perondi, ão negócio de hospital é ruim, mas precisa ficar aberto 24 horas por diaó (LEITÃO, 2007b, p.12).

Por suas características, o hospital é considerado uma empresa de grande complexidade, pois enfrenta os mesmos problemas das demais atividades econômicas, exigindo planejamento e gestão eficientes. No Brasil, os estudos sobre este tema iniciaram por volta de 1980, quando pesquisadores como Jouclas et al. (1980 apud SANTOS; TEIXEIRA, 2002) mostraram que a administração de hospitais é um dos principais problemas da área da saúde, e que a preocupação com a competência e a responsabilidade do administrador vem crescendo em diversos países. Maria Silvia Bastos Marques, ex-presidente da Companhia Siderúrgica Nacional, afirma que rentabilizar o negócio é outro desafio enfrentado pelos hospitais. Como quaisquer empresas, os hospitais também precisam de retorno financeiro para

sobreviver em um mercado extremamente competitivo. Para ela, as instituições devem definir primeiramente sua atuação para, então, partir para os desafios do seu nicho em busca de recursos e profissionalização, pois não existe gestão eficaz sem planejamento eficaz, e isso depende de informação, com diferentes cenários, alternativas e possibilidades (CECOTOSTI, 2005).

Para Carapinheiro (1998 apud CHERCHIGLIA; DALLARI, 2006), é natural que as organizações de saúde também precisem se adaptar ao ambiente, pois não é possível atribuir-lhes total autonomia. Porém, isso não significa que um hospital seja mero repetidor das orientações político-ideológicas vigentes, pois, mesmo ajustando-se às mudanças ambientais, conserva importante margem de tomada de decisão, representada pela produção e pela reprodução das relações de poder em seu contexto. Bittar (1996) afirma que, apesar do avanço obtido na administração de hospitais em geral no Brasil nas últimas décadas, o maior avanço tem sido apresentado pela área privada, não só em razão da autonomia em sua gestão, como também pelo fato de que a observância dos conceitos de efetividade, eficiência e eficácia é uma das regras de sobrevivência no mercado.

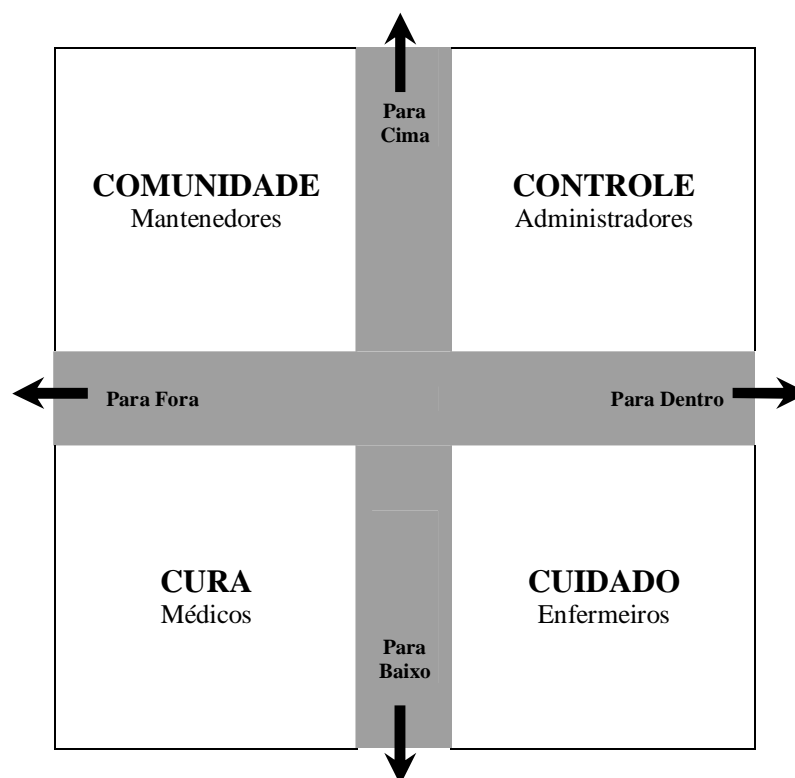
Em relação às questões de autonomia e de complexidade da gestão dos fatores internos e externos a um hospital, Glouberman e Mintzberg (2001), afirmam, conforme já mencionado, que um hospital tem muitos tomadores de decisão com objetivos muitas vezes diferentes, o que torna a eficiência de sua gestão virtualmente impossível. Em seu modelo, esses autores identificam quatro diferentes grupos (denominados os diferentes "mundos") com implicações na gestão de um hospital. Este modelo está reproduzido na Figura 1.

No esquema proposto, médicos e enfermeiros administram "para baixo" devido ao seu foco na atenção ao paciente; administradores e mantenedores gerem "para cima" atendendo àqueles que controlam ou financiam a instituição. Indo além, administradores e enfermeiros, que são funcionários, gerem a instituição "para dentro" enquanto que médicos e mantenedores gerem "para fora" uma vez que não são funcionários e não estão sujeitos à autoridade formal do hospital (GLOUBERMAN; MINTZBERG, 2001).

Nesse ambiente cindido, médicos e enfermeiros formam a "coalizão clínica" baseada no objetivo de cuidar do paciente; enfermeiros e administradores formam a "coalizão interna" uma vez que eles normalmente são os únicos que têm vínculo empregatício com o hospital e têm preocupações com as operações diárias da instituição. Esta coalizão pode se dirigir contra

os «estrangeiros» (médicos e mantenedores), de forma a tentar preservar empregos e o próprio hospital em situações extremas. Já os administradores e os mantenedores (como um conselho diretor, por exemplo) formam a «coalizão de contenção» a qual tem fortes preocupações com as questões orçamentárias. Por último, os mantenedores e os médicos estabelecem a «coalizão de status» compartilhando o prestígio de serem independentes da instituição e, ainda assim, estarem no topo da hierarquia (GLOUBERMAN; MINTZBERG, 2001).

Figura 1 ó Os diferentes mundos de um hospital geral

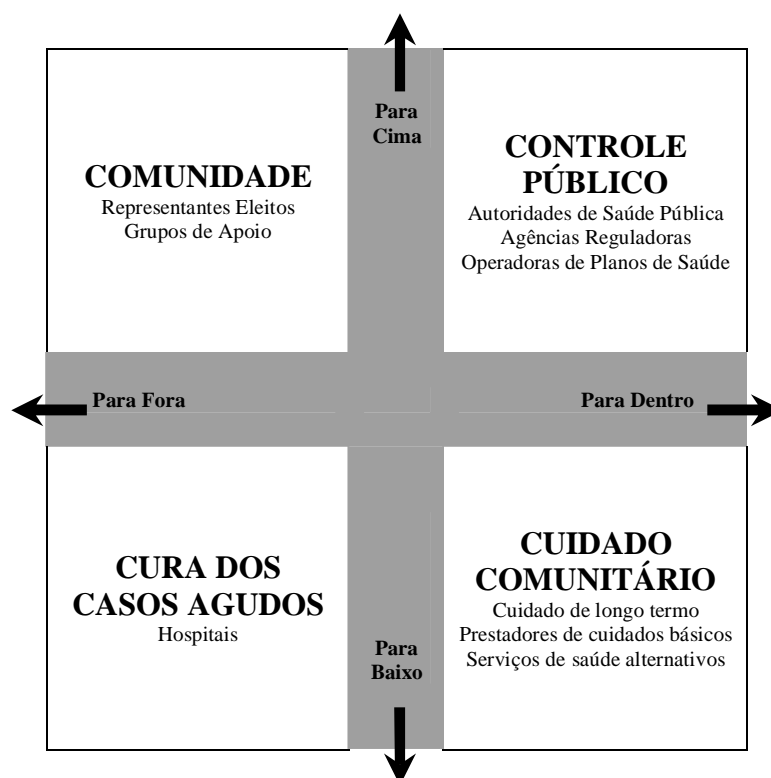


Fonte: Glouberman e Mintzberg (2001).

Diferentemente de qualquer outro setor privado de negócio, ninguém está realmente no controle de um hospital. Os administradores tomam decisões quanto à alocação de recursos, mas são os médicos que decidem o que fazer com os recursos alocados. Uma cisão horizontal afasta os atores clínicos dos da coalizão de contenção, e tende a haver pouca cooperação entre estes grupos. Além disso, Glouberman e Mintzberg (2001) apontam que tanto médicos quanto administradores tendem a solicitar que os enfermeiros busquem a resolução de conflitos; nesse sentido, os enfermeiros também «administram» o hospital, o que os coloca em uma situação paradoxal, uma vez que não têm autoridade formal para administrar efetivamente.

O mesmo modelo pode ser aplicado a todo o Sistema de Saúde, conforme explicitado na Figura 2. Um Sistema de Saúde tem como objeto de trabalho a promoção da saúde da população, sendo a saúde entendida como um componente da qualidade de vida. De acordo com a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009), saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, não sendo meramente a ausência de doenças ou enfermidades.

Figura 2 ó Esquema dos quatro mundos de um hospital geral aplicado a um Sistema de Saúde



Fonte: Glouberman e Mintzberg (2001).

Nesse caso, por sua atuação no atendimento aos casos agudos, o hospital ocupa isoladamente o quadrante da cura. Pacientes vão para o hospital quando estão realmente doentes, e depois voltam para a comunidade (representada pelo atendimento domiciliar, médicos de família, etc.), onde receberão atendimento básico de longo termo. De certa forma, o hospital fica além do controle público direto e, assim, fora do cotidiano da comunidade. As agências governamentais ou as operadoras de planos de saúde proveem o controle. Elas ficam afastadas do cuidado com os pacientes, mas se responsabilizam por seu financiamento. Por último, políticos e grupos de apoio, como os mantenedores no modelo hospitalar, tentam

influenciar o sistema sem se envolverem diretamente com o financiamento nem com o cuidado (GLOUBERMAN; MINTZBERG, 2001).

Em princípio, cada um destes mundos tem a tendência de defender sua dinâmica e o seu enfoque dentro da instituição: os administradores preocupam-se com a contenção de gastos para equacionar resultados; os médicos solicitam mais tecnologia e investimentos nas áreas de diagnósticos e de material; a enfermagem busca aprimorar o atendimento ao paciente com mais pessoas capacitadas e com aprimoramento técnico dos envolvidos; e os membros da comunidade tomam decisões visando à manutenção e à ampliação do patrimônio da instituição. Porém, há uma interação dinâmica entre estas forças, com coalizões e trocas, mudando-se as perspectivas de acordo com o momento. Quanto mais divergentes forem estas perspectivas, menor a interação e maiores as barreiras para que os objetivos se direcionem a um denominador comum: o aprimoramento e o engrandecimento do hospital (GLOUBERMAN; MINTZBERG, 2001; TOIGO, 2001).

Mesmo considerada a complexidade do sistema de saúde no Brasil, as políticas de financiamento público à saúde e a dificuldade de gestão dos diferentes mundos de um hospital, há, de qualquer forma, organizações hospitalares de diferentes naturezas que conseguem lidar bem com o tão propalado ambiente de crise no setor. O presidente do Hospital São Luiz de São Paulo, André Staffa, chega a afirmar que a expectativa quanto ao mercado é de crescimento, em decorrência da conjuntura econômica favorável no Brasil. Para trazer mais alguns exemplos, o Quadro 2 apresenta os hospitais que receberam destaque no Prêmio *Top Hospitalar 2007*, em sua 10ª edição, promovido pela IT Mídia. A coluna *Destaques* dá uma pequena amostra dos investimentos feitos e do crescimento destas organizações no decorrer de 2007 (MARTINS; CECOTOSTI, 2008).

Quadro 2 ó Hospitais destacados pelo Prêmio *Top Hospitalar* 2007

Instituição Hospitalar	Categoria	Destaques
Hospital Israelita Albert Einstein	Filantrópico	Inovação em medicina; três novos prédios em 2008 (R\$ 450 milhões); sistema cirúrgico robótico (R\$ 5 milhões)
Hospital da Criança Nossa Senhora de Lourdes	Pediátrico	Crescimento de 10% em 2007; expansão prevista de R\$ 12 milhões
Hospital das Clínicas ó USP	Público	Reestruturação tecnológica (R\$ 1,5 milhão); implantação do PACS (<i>Picture Archiving and Communication Systems</i>) para tráfego de imagens de exames; faturamento de R\$ 650 milhões em 2007
Hospital São Luiz	Privado	Expansão de três unidades; UTI Neonatal com incubadoras modernas; maternidade com <i>wireless</i> ; previsão de crescimento de 40% no faturamento

Fonte: Elaboração própria a partir de matéria de Martins e Cecotosti (2008).

Nesse contexto, espremidos pela dependência de financiamentos do governo, pelas regulamentações do setor e pelas próprias limitações administrativas, mas guardando grande capacidade de diferenciação em um mercado competitivo, os hospitais tornam-se alvo de interesse, especialmente para que se possa compreender como poderiam se utilizar de mecanismos de inteligência competitiva para analisar informações do ambiente como forma de apoio à tomada de decisão.

2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

De acordo com a Fundação de Economia e Estatística ó FEE (RIO GRANDE DO SUL, 2008), vinculada à Secretaria do Planejamento e Gestão do Governo do Rio Grande do Sul, o município de Caxias do Sul foi oficialmente criado por meio da Lei nº 257, de 20 de junho de 1890, desmembrando-se de São Sebastião do Caí. Quase 120 anos após sua fundação, o município de Caxias do Sul é hoje o segundo maior do estado em número de habitantes: de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ó IBGE (BRASIL, 2009b), 410.166 pessoas vivem em uma área de 1.644 km².

Conforme dados do IBGE (BRASIL, 2007), Caxias do Sul apresentou, em 2005, o 34º maior PIB entre as cidades do Brasil. Em termos estaduais, Caxias do Sul possui o 3º maior PIB total, ficando atrás apenas de Porto Alegre, capital do estado, e de Canoas, situada na região metropolitana. Isso significa um PIB per capita anual de R\$ 20.838,00. Ainda de acordo com o IBGE (BRASIL, 2007), o PIB de Caxias do Sul teve, no ano de 2005, a composição especificada na Tabela 2.

Tabela 2 ó Composição do PIB de Caxias do Sul (2005)

Participação no PIB	Valor (em R\$ 1.000,00)	Participação (%)
Valor adicionado na agropecuária	118,28	1,40
Valor adicionado na indústria	3.052,43	36,24
Valor adicionado no serviço	3.972,28	47,16
Impostos	1.279,37	15,20
PIB a preço de mercado corrente	8.422,36	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE (BRASIL, 2007).

Como se pode perceber na tabela acima, o valor adicionado³ aos serviços tem a maior participação na composição do PIB municipal, o que ressalta a importância da área para a economia local. O valor de serviços chega a atingir quase 50% do PIB, superando o valor da indústria, área pela qual a cidade é conhecida nacional e internacionalmente.

Segundo levantamento realizado pela QualiData Pesquisas e Conhecimento Estratégico, em parceria com a Escola Superior de Propaganda e Marketing (ESPM) de Porto Alegre, a cidade de Caxias do Sul foi considerada a preferida por empresários gaúchos para investimentos no ano de 2008, deixando a capital do estado em segundo lugar. Foram consideradas as opiniões de 425 empresários de 46 municípios de todas as regiões do Rio Grande do Sul, sendo os entrevistados proprietários ou executivos em empresas de pequeno, médio e grande porte. Este levantamento tem sido feito anualmente desde 2006, e Caxias do Sul ficou em primeiro lugar nas três edições (ANDREAZZA, 2008).

Além disso, pelo sexto ano consecutivo, Caxias do Sul lidera a lista do Índice de Desenvolvimento Econômico (IDESE) do estado do Rio Grande do Sul. O índice é medido desde 2000 pela FEE, e avalia os municípios em quatro critérios: saúde, saneamento, educação e renda (RIO GRANDE DO SUL, 2009). Apesar da posição de extremo destaque no índice geral, curiosamente em saúde Caxias obteve apenas o 416º lugar entre os 496 municípios avaliados.

Com relação à saúde, o processo de municipalização referido anteriormente reconhece os municípios como principais responsáveis pelo sistema em sua área de abrangência. Nesse modelo de gestão, o Governo Federal e os estados devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para os municípios. Isso implica a transferência dos recursos necessários para que os municípios possam exercer as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento e auditoria da saúde local (MENDES, 1993).

³ O valor adicionado mede a renda gerada por cada atividade a cada ano no país, e corresponde à diferença entre o valor da produção e o consumo intermediário da atividade. Para um hospital privado, por exemplo, subtraindo-se do valor da produção as despesas com energia elétrica, medicamentos, serviços terceirizados de limpeza e segurança e outras despesas com aquisição de bens e serviços, chega-se a quanto o hospital acrescentou de valor à economia do país. Assim, o valor adicionado também é igual às remunerações dos empregados diretos do hospital acrescidas da remuneração do capital investido no hospital e de impostos sobre a produção. O valor adicionado pelo hospital é, então, uma medida da renda gerada por ele e distribuída entre empresários, governo e funcionários (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, em 1998, Caxias do Sul assumiu, por meio de sua Secretaria Municipal da Saúde, a gestão plena do SUS para os 48 municípios⁴ que compõem a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde. Além das ações e serviços de saúde, a Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos para a promoção da saúde da população usuária do SUS.

A área de serviços abrange, naturalmente, os negócios de saúde necessários para o atendimento da população. Para isso, o município de Caxias do Sul constituiu as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), as quais se tornaram pontos de acesso aos serviços do SUS e primeiras referências da população para os cuidados sanitários básicos, e procurou articular as ações da rede hospitalar para o atendimento das demais necessidades de saúde de seus municípios.

Dessa forma, o Sistema de Saúde de Caxias do Sul oferece assistência hospitalar por meio de sete estabelecimentos. A assistência aos usuários do SUS é feita por quatro estabelecimentos: Hospital Pompéia, Hospital Geral, Hospital Saúde e Clínica Paulo Guedes. Também integram o Sistema de Saúde de Caxias do Sul, por meio dos Sistemas de Saúde Suplementar e de Desembolso Direto, o Hospital do Círculo, o Hospital Fátima e o Hospital da Unimed. Destes hospitais, apenas a Clínica Paulo Guedes é classificada como um Hospital Especializado, sendo os outros sete considerados Hospitais Gerais.

Três destes hospitais foram fundados nos últimos treze anos (Hospital do Círculo ó 1995; Hospital Geral ó 1998; Hospital da Unimed ó 2004), o que pode ser explicado pelo aumento da demanda por serviços de saúde, em parte decorrente do aumento da população e em parte da municipalização da saúde. A Figura 3 apresenta os hospitais de Caxias, enfocando suas principais características.

Como se depreende da Figura 3, quatro dos sete hospitais caxienses (57%) são instituições de natureza beneficente, percentual superior ao atingido por esse setor hospitalar no Brasil, que representa 22,7% do total. Estes hospitais são responsáveis por manter cerca de um terço dos leitos existentes, constituindo-se em importante prestador de serviços ao SUS e

⁴ Alto Feliz, Antonio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Bom Jesus, Bom Princípio, Campestre da Serra, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Coronel Pilar, Cotiporã, Esmeralda, Fagundes Varela, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Guabiju, Guaporé, Ipê, Jaquirana, Linha Nova, Monte Alegre dos Campos, Monte Belo do Sul, Muitos Capões, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Prata, Nova Roma do Sul, Paraí, Picada Café, Pinhal da Serra, Protásio Alves, Santa Teresa, São Jorge, São José dos Ausentes, São Marcos, São Vendelino, União da Serra, Vacaria, Vale Real, Veranópolis, Vila Flores, Vista Alegre do Prata.

ao Sistema de Saúde Suplementar.

Figura 3 ó Características dos Hospitais de Caxias do Sul

Descrição	Hospital						
	Círculo	Fátima	Geral	Pompéia	Saúde	Unimed	Paulo Guedes
Natureza da Organização							
Público							
Privado com Fins Lucrativos							
Privado sem Fins Lucrativos							
Atendimento Internação							
SUS							
Sistema de Saúde Suplementar							
Sistema de Desembolso Direto							

Fonte: Elaboração própria a partir de dados disponibilizados no CNES (BRASIL, 2009a).

Considerando o tamanho de seu parque hospitalar, sua grande participação no volume de internações para o SUS e, ainda, sua expressiva capilaridade e interiorização no território nacional, os hospitais filantrópicos merecem atenção especial no que concerne à formulação de políticas públicas na área da Saúde. Destaca-se o papel estratégico destes hospitais para o SUS, como únicos prestadores de serviços em importante número de municípios do interior, e também como prestadores de serviços de maior complexidade em capitais e cidades de maior porte (PORTELA et al., 2004). Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde ó CNES (BRASIL, 2009a), do total de internações realizadas pelo SUS no Brasil em 2000, 37,6% se deram em hospitais filantrópicos.

Ainda de acordo com o IBGE (BRASIL, 2006), Caxias do Sul conta hoje com leitos hospitalares aptos a prestar atendimentos básicos, de média e de alta complexidade, os quais determinam a acomodação hospitalar especificada na Tabela 3.

Tabela 3 ó Acomodação Hospitalar de Caxias do Sul (2005)

Estabelecimentos de Saúde	Número de Leitos para Internação
Públicos Federais	Zero
Públicos Estaduais	Zero
Públicos Municipais	20
Privados	1.272
Privados ó SUS	820

Fonte: Malha municipal digital do Brasil: situação em 2005 ó IBGE (BRASIL, 2006).

Como se pode perceber, praticamente não há leitos públicos na cidade. Apenas 20 leitos são conveniados com o Município e reservados para atendimentos a emergências, embora não sejam por ele mantidos. São os estabelecimentos privados que prestam atendimento tanto aos pacientes do SUS quanto aos que têm condições de utilizar os sistemas de Saúde Suplementar ou de Desembolso Direto.

3 PROBLEMA DE PESQUISA

A disponibilidade de informações e a aceleração das comunicações favoreceram mudanças rápidas ao ambiente das organizações. O aumento do escopo da competição, as evoluções permanentes e rápidas do ambiente, a aparição de ameaças novas e mais difíceis de caracterizar, trazem uma forte incerteza quando é preciso tomar uma decisão (CENDOTEC, 2007; ZWICKER; TREVISANI; CUNHA, 2006). Isso faz com que, nos tempos atuais, a incerteza do ambiente torne-se algo rotineiro para todas as organizações, sejam elas grandes ou pequenas, públicas ou privadas (GOODRICH, 1987).

A palavra "ambiente" refere-se ao espaço de negócios da empresa, concretizado por atores (SHAW, 1999), o qual deve ser conhecido e do qual serão coletadas informações (LESCA; FREITAS; JANISSEK-MUNIZ, 2003a). Esses atores podem ser parceiros, concorrentes, patrocinadores, clientes, fornecedores, organizações, homens políticos, etc. Trata-se de um grupo de influência que pode gerar maior ou menor interesse em função das decisões que tomarão (LESCA; FREITAS; JANISSEK-MUNIZ; 2003b).

Quando analisa o ambiente que envolve uma OSA (Organização a Serviço do Ambiente)⁵, Ansoff (1983) aponta um aumento progressivo na turbulência. Para o autor, isso se verifica por quatro indicadores principais: a) aumento da novidade da mudança, o que faz com que os eventos que afetam a OSA se desliguem, progressivamente, da experiência passada; b) crescimento na intensidade do ambiente, marcado pelo dispêndio de energia e recursos para a manutenção da ligação entre a OSA e seus correspondentes; c) aumento na velocidade da transformação do ambiente; e d) aumento da complexidade do ambiente.

Nesse ambiente veloz e permeado por incertezas, Lesca, Freitas e Janissek-Muniz (2003a) consideram que uma empresa não se mantém competitiva por acaso. Para os autores,

⁵ Adaptado do termo em inglês ESO (*Environmental Serving Organization*), denominação dada por Ansoff (1983) para organizações com ou sem fins lucrativos, cuja função primordial é o fornecimento de bens ou serviços à sociedade, como é o caso dos hospitais.

isso se dá, provavelmente, quando ela possui mecanismos de adaptação, de reação e de antecipação aos eventos do ambiente. Nesse contexto, a informação participa de forma cada vez mais intensa da vida de uma empresa: em decorrência da globalização e da interdependência da economia mundial, observam-se grandes fluxos de informação, o que a torna um recurso produtivo tanto para as ciências econômicas quanto para as administrativas. Uma empresa de alto desempenho reconhece que seu sucesso depende da habilidade de criar e de aplicar a informação, de forma a adaptar-se a ambientes de crescente complexidade e dinamismo (ZWICKER; TREVISANI; CUNHA, 2006).

Para a tomada de decisão em ambientes considerados turbulentos, marcados por intensa concorrência e preocupação incessante pela busca de vantagens competitivas (ZWICKER; TREVISANI; CUNHA, 2006), Ansoff (1983) descreve quatro principais abordagens: administração por controle, por extrapolação, por antecipação e por resposta em tempo real. A abordagem por antecipação, de interesse específico para este trabalho, é alicerçada por informações geradas a partir de indícios ambientais denominados "sinais fracos" (PORTER, 1986; PRAHALAD, 1995; LESCA, 2001; ZWICKER; TREVISANI; CUNHA, 2006). Os sinais fracos podem ser captados em elementos de informação dispersos e de ocorrência variada, os quais, quando combinados, podem conduzir a certas percepções e permitir a inferência sobre ações a realizar (LESCA; FREITAS; JANISSEK-MUNIZ, 2003a).

O conceito de sinais fracos foi introduzido por Ansoff (1975 apud KERR et al., 2006), correspondendo a dicas difusas ou pouco nítidas de mudanças futuras que representam discontinuidades importantes no ambiente e que podem afetar a organização. Nesse contexto, a capacidade de reagir e o tempo de reação são qualidades fundamentais para a definição de estratégias das empresas para que estas possam se tornar claramente orientadas para o mercado e aproveitar as oportunidades (POZZEBON; FREITAS; PETRINI, 1997), além de antecipar às mudanças do ambiente.

Porém, o caráter de antecipação mencionado não significa apenas descobrir tendências para ter capacidade de previsão. Tendência e previsão, muitas vezes, ficam restritas à ideia de analisar o passado para determinar o futuro, supondo que haverá uma continuidade de comportamentos; já o caráter de antecipação mencionado está relacionado à inovação. Muitas vezes, pequenos fragmentos de informação podem dar origem à inovação, representando até mesmo grande ruptura na tendência vigente (LESCA, 2001).

Porter (1986) afirma que, dada a sutileza da interpretação dos sinais de mercado, pode-se pensar que seria contraproducente dedicar demasiada atenção a eles. Porém, para o autor, mesmo que houvesse situações em que a alta direção ficasse tão ocupada com os sinais que negligenciasse a construção de uma posição estratégica ou até mesmo a administração da empresa, nada justificaria o abandono desta valiosa fonte de informações. Isso se deve ao fato de que os sinais de mercado podem aumentar o conhecimento da empresa sobre os concorrentes e, assim, melhorar a estratégia competitiva.

Nesse contexto, intensifica-se também a importância da utilização de indicadores e informações para comparar as organizações de saúde, visando levá-las a níveis de vantagem competitiva, por meio de referências (*benchmarks*) de processos, práticas ou medidas de desempenho. Cresce também a exigência para que os serviços de saúde, tanto privados quanto públicos, se organizem para responder às necessidades das pessoas e para que ofereçam um cuidado efetivo (WATSON, 1994; ESCRIVÃO JUNIOR, 2007).

De acordo com o que foi exposto, percebeu-se como problema de pesquisa a importância de identificar como os hospitais do município de Caxias do Sul atentam para o ambiente de negócios e utilizam as informações dele proveniente. Nesse sentido, buscou-se, mais especificamente, identificar como os administradores destes hospitais percebem o monitoramento das possibilidades e restrições apresentadas pelo contexto externo, como delas extraem informações para a tomada de decisão, e como utilizam, mesmo que incipientemente, mecanismos de inteligência competitiva.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 A INFORMAÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA PARA A ORGANIZAÇÃO

Para Bezerra (2008), se existe algo indiscutível sobre o ambiente empresarial é que ele está em constante mutação; mutação essa que, para Goodrich (1987), se dá em passo crescente. O termo "ambiente" expressa a situação externa à organização, englobando aspectos que a influenciam e outros que ela, em contrapartida, deseja influenciar (GOODRICH, 1987; RAI, 2004). Segundo Rai (2004), a organização deve estar atenta ao seu ambiente para a tomada de decisão estratégica, de forma a garantir sua sobrevivência. Os processos centrais de uma empresa, outrora baseados na produção e depois no marketing, atualmente saem do ambiente interno e vão para o ambiente competitivo (RODRIGUES; RICCARDI, 2007). Indo ao encontro desta ideia, Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) descrevem dez escolas de pensamento estratégico e, apesar de apontarem diferenças marcantes entre elas, ressaltam que um dos elos que as conectam é o reconhecimento da importância do ambiente.

Nesse contexto, as organizações assistem a uma revolução ambiental na qual se somam fatores de ordem mundial, como a globalização, a inovação tecnológica, a definição de novos ciclos de vida dos produtos e que culmina na explosão do que ficou conhecido como a era da informação. Há uma demanda para que as organizações adquiram, interpretem e controlem fluxos de informação ambiental para que não sejam surpreendidas por ameaças, nem se vejam despreparadas para oportunidades (SUTCLIFFE, 2000 apud RAI, 2004).

A informação torna-se, então, um ativo de grande valor para as organizações. A dramática redução nos custos de obtenção, processamento e transmissão da informação está mudando a maneira como os negócios são feitos e causando grandes alterações na forma como as empresas competem. Assim, pode-se dizer que a informação tem a capacidade de modificar ambientes competitivos antes considerados estáveis pelas grandes potências empresariais; o papel da informação nesse novo contexto é o de sustentar as decisões e tornar

mais flexível o comportamento empresarial (BEZERRA, 2008). A informação passa, assim, a ser o fundamento mais importante para o controle estratégico de um negócio (RODRIGUES; RICCARDI, 2007) e mostra-se elemento crucial tanto para movimentos ofensivos quanto para defensivos (PORTER, 1986).

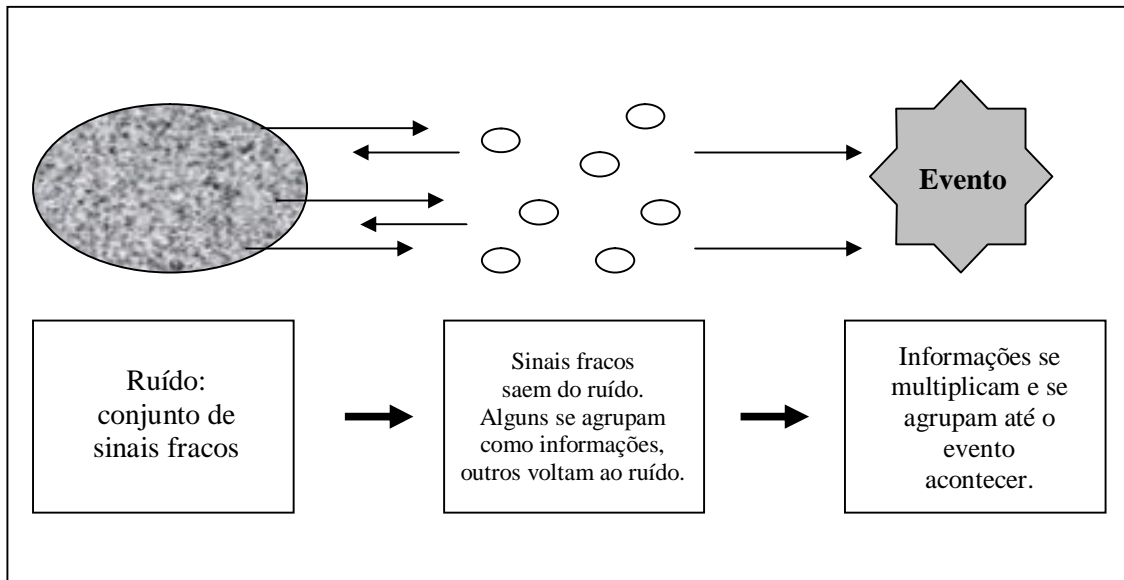
Mautort (1991 apud BATTAGLIA, 1999) considera a informação insumo para a pesquisa tecnológica e para o desenvolvimento econômico e industrial. O sigilo é fundamental para o desenvolvimento do ciclo da informação na área tecnológica; para protegê-lo, existe o sistema de patentes, que resguarda as informações mais relevantes, de forma a favorecer o proprietário da tecnologia. Em síntese, tecnologia é um conjunto ordenado de informações, e sua transferência é entendida como a cessão dessa propriedade e do direito de uso dessas informações por outros que não os seus detentores. Assim, a informação é um componente fundamental para que a transferência de tecnologia e da própria ciência aconteça. A posse da informação tem, portanto, capacidade de promover dominação e o seu uso é capaz de ditar regras para manter posição de mercado ou garantir vantagem competitiva (BATTAGLIA, 1999).

A transferência de informação está ligada a uma demanda; nessa ótica, a necessidade da informação é determinante para seu uso e, conseqüentemente, é no momento do uso que vai ser atribuído valor a ela. Isso faz com que a informação não tenha valor absoluto, mas sim relativo à necessidade do usuário e ao tempo em que ela é obtida. Tendo em vista a aceleração do processo de inovação e de mudança no ambiente competitivo, a vida útil da informação é cada vez mais curta; ela tem, portanto, um momento certo para sua aplicação. De acordo com isso, Battaglia (1999) chega a afirmar que quanto mais nova a informação, mais utilidade e valor ela terá, pois se coletada e analisada no momento adequado, ela dará ao seu detentor a capacidade de antecipar movimentos do mercado (CENDOTEC, 2007).

Porter (1986) foi um dos primeiros a indicar as fontes de informação que podem gerar vantagem competitiva: clientes, concorrência, fornecedores e fontes de desenvolvimento tecnológico. Ao elencar algumas das principais fontes de informação, o autor estabeleceu uma importante diferenciação. Segundo ele, considerando-se a origem, há dois tipos de informação: a) formal, oriunda de publicações da imprensa, bases de dados, artigos científicos, patentes, documentos da empresa; e b) informal, obtida em seminários, congressos, visitas a clientes, exposições, agências de publicidade, ou até mesmo de boatos sobre produtos, clientes e fornecedores. A Figura 4 apresenta como os ruídos ó os chamados

sinais fracos ó provenientes do ambiente podem se transformar em importante fonte de antecipação para a ocorrência de um evento.

Figura 4 ó Sinais fracos do ambiente como fonte de antecipação de um evento



Fonte: CENDOTEC (2007).

Ampliando as considerações de Porter, outros pesquisadores apontam que os principais fatores do ambiente externo que afetam a tomada de decisão são a tecnologia, as condições políticas e regulatórias, e a demanda proveniente do consumidor e da competição (ELENKOV, 1997; GIMENO, 1999; CHANG; SINGH, 2000; CHOU, 2003; NAMASIVAYAM, 2004 apud MILLINER, 2006). Nesse sentido, Degent (1986) aponta as principais variáveis que podem ser levadas em consideração pelas empresas para a avaliação do ambiente. Estas variáveis estão expostas no Quadro 3.

Quadro 3 ó Fatores do ambiente e suas variáveis

Fator do ambiente	Variáveis
Competidores	Participação no mercado ó segmento e clientes Estratégia de <i>marketing</i> Atividades de pesquisa e desenvolvimento Novos projetos, expansões, aquisições Composição de custos e preços Resultados financeiros, tendências e posição relativa Capacidade gerencial
Clientes	Razões que os tornam clientes Processo de escolha e de compra Utilização dos produtos ou serviços Segmentação do mercado Perfil socioeconômico por segmento Distribuição geográfica por segmento
Tecnologia	Evolução dos produtos ou serviços Tendências e substituições Tendências ecológicas Incentivos governamentais à pesquisa Projetos de pesquisa
Políticas governamentais	Prioridades governamentais Política econômica, energética e ecológica Política de investimento e financiamento
Situação geopolítica	Evolução política e econômica dos demais países Fontes de energia e de matérias-primas Tendências dos grandes mercados consumidores
Fatores socioeconômicos	Evolução dos preços e do poder aquisitivo Mudanças nos hábitos de consumo Indicadores de conjuntura Tendência da inflação Orçamento monetário e balanço de pagamentos Deslocamentos urbanos Tendência dos custos de mão-de-obra e de matéria-prima Ação sindical

Fonte: Degent (1986).

Nesse contexto, o processo de coleta e análise de informação é um dos elementos chave para a tomada de decisão estratégica; Rai (2004) argumenta que este processo pode ser até mais importante para o sucesso da organização do que a própria tomada de decisão. A importância do processamento da informação pode ser depreendida da magnitude do gasto com sua coleta: de acordo com relatório publicado pela Associação Americana de *Marketing* em 2001, as corporações norte-americanas investiram US\$ 5,5 bilhões somente em pesquisas de mercado, o que não inclui despesas com *software* ou outras formas de tecnologia da informação (SUTCLIFFE; WEBER, 2003 apud RAI, 2004).

4.2 O CONCEITO DE INTELIGÊNCIA HUMANA APLICADO À ORGANIZAÇÃO

Em um primeiro momento, é importante compreender como o termo inteligência pode ser aplicado às organizações no mundo empresarial. O atributo inteligência é, primordialmente, uma característica própria dos seres vivos (KAMII, 1996; PISANI et al., 1985). Procurando explicar como se desenvolve a inteligência no ser humano e, mais especificamente, o que representa o conceito inteligência, alguns teóricos vieram, ao longo do tempo, pesquisando sobre o assunto e difundindo suas ideias. Para alguns destes teóricos, de concepção dita Inatista, as capacidades básicas de cada ser humano ó entre elas a inteligência ó já se encontrariam praticamente prontas por ocasião do nascimento, sofrendo pouca diferenciação qualitativa e quase nenhuma transformação ao longo da existência. A corrente Inatista apóia-se em interpretações do conhecimento biológico, tais como a proposta evolucionista de Darwin, a Embriologia e a Genética (DAVIS; OLIVEIRA, 1990; LOPES; MENDES; FARIA, 2005).

Contrapondo-se a essa vertente teórica, outros pesquisadores ó da chamada concepção Ambientalista ó atribuíram um imenso poder ao ambiente no desenvolvimento humano. Nessa ótica, o ser humano teria suas características desenvolvidas unicamente em função das condições do meio em que se encontra. Esta concepção deriva-se da corrente filosófica denominada empirista, que enfatiza a experiência sensorial como fonte do conhecimento. Na visão ambientalista, a inteligência seria entendida como o processo pelo qual o comportamento humano é modificado pelo resultado das experiências (DAVIS; OLIVEIRA, 1990; KAMII, 1996; LOPES; MENDES; FARIA, 2005).

Partindo dessas duas correntes teóricas, a concepção Interacionista estruturou-se em torno da ideia de que os seres humanos constroem seu conhecimento por meio de suas interações com o ambiente. Nessa interação, tanto fatores internos quanto externos se combinam e se inter-relacionam continuamente, o que valoriza tanto a importância do papel do ambiente quanto de fatores genéticos e maturacionais no processo de desenvolvimento humano. Os interacionistas, como Jean Piaget e Lev Vygotsky, defendem que organismo e ambiente exercem ação recíproca, de forma que um influencia o outro e essa interação acarreta mudanças sobre o indivíduo. Essa ação recíproca determina que a aquisição de conhecimento seja um processo construído durante toda a vida, não estando pronto ao nascer

nem sendo adquirido de forma passiva de acordo com as pressões do meio (DAVIS; OLIVEIRA, 1990; KAMII, 1996; LOPES; MENDES; FARIA, 2005).

Para Piaget (1970 apud Mizukami, 1986), o indivíduo é um sistema aberto, em reestruturações sucessivas, em busca de um estágio final de desenvolvimento, nunca alcançado. Nessa perspectiva, a inteligência seria a construção histórica de estruturas mentais ou orgânicas que não são nem inatas nem determinadas pelo meio, mas que resultam de processos de equilíbrio diante de perturbações do meio e de respostas a essa perturbação.

Ao longo dos anos, e com o desenvolvimento de pesquisas genéticas e psicológicas, a concepção Interacionista ganhou força e é hoje a mais aceita para explicar o desenvolvimento da inteligência. Tendo por base o atual estágio de desenvolvimento científico na área, o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa define inteligência como sendo: a) a faculdade de aprender, apreender ou compreender; b) a capacidade de compreender e adaptar-se facilmente; c) a maneira de entender ou interpretar; d) a capacidade de resolver situações problemáticas novas mediante reestruturação dos dados perceptivos (FERREIRA, 2004).

Nesse sentido, ao entender-se uma empresa como um organismo vivo (MORIN, 2005) e, assim como o ser humano, sempre em processo de reestruturação, pensa-se que os significados de inteligência na perspectiva interacionista expostos acima podem ser aplicados ao contexto empresarial. Uma empresa tem capacidade de desenvolver processos de equilíbrio diante de perturbações do meio. Pode, portanto, aprender e, por meio desta aprendizagem, adaptar-se ao ambiente competitivo, de forma a resolver problemas a partir da interpretação de informações e da reestruturação do que capta do meio externo. Indo além, conforme Piaget (1972 apud KAMII, 1996), há um princípio que se aplica a todo organismo vivo: o princípio da adaptação ao meio. A adaptação é fundamental para todo organismo, porque quando ela cessa, o organismo morre.

Morin (2005) afirma que a empresa, ao produzir objetos e serviços, também se autoproduz; isso significa que produz todos os elementos necessários para sua sobrevivência e organização. Nessa ótica, a empresa não pode condicionar sua ação a um programa predeterminado que é aplicado de forma invariável ao longo do tempo; deve, por outro lado, imaginar certo número de cenários para a ação, cenários esses que poderão (e deverão) ser modificados de acordo com as informações recebidas ao longo da aplicação da ação.

Assim sendo, fica viável pensar que uma empresa pode ter inteligência, especialmente quando se aceita que, de forma análoga a um ser humano em desenvolvimento, a empresa pode apresentar a capacidade de aprender e de atuar eficientemente sobre o meio na busca de soluções para novos problemas (GREENE, 1987; PISANI et al., 1985), lidando de forma adequada com os desafios da vida (LOPES; MENDES; FARIA, 2005) e construindo continuamente sua interação com o ambiente (DAVIS; OLIVEIRA, 1990).

4.3 INTELIGÊNCIA COMPETITIVA COMO UMA INOVAÇÃO EM GESTÃO

Conforme mencionado anteriormente, o ambiente que envolve as organizações vem se tornando cada vez mais desafiador, o que deixa seus gestores em permanente estado de alerta. Além das constantes mudanças no cenário competitivo, também a velocidade acelerada com que tais mudanças ocorrem e as incertezas futuras fazem com que as organizações não mais possam confiar em suas antigas práticas de negócio, fazendo-se necessário buscar inovações como estratégia de sobrevivência competitiva (KOTLER; FOX, 2000).

A inovação, como diz Schumpeter (1997), é o resultado da aplicação de invenções e do conhecimento acessível às organizações, motivadas pela busca de vantagens competitivas com impacto econômico. Para Rodrigues e Riccardi (2007), ela deve estar focada nos interesses do consumidor e objetiva representar uma diferença para a organização frente a seus competidores. De acordo com o Manual de Oslo (1997), a inovação pode ocorrer em todos os setores da economia, incluindo os setores governamentais como o da saúde. Entretanto, como é mais comum se abordar as inovações associadas a empresas comerciais, a inovação no Sistema de Saúde ainda é pouco explorada pelos governos e pelas organizações.

De qualquer forma, observa-se que a inovação na área de serviços de saúde é influenciada pelas fontes de recursos dos atores envolvidos, podendo ser de quatro tipos: de produtos ou serviços, de processo, de marketing e de gestão (BESSANT; TIDD, 2007). Apesar de a estratégia de inovação depender de decisões complexas e arriscadas, ela tem importância fundamental para a sobrevivência das organizações, pois pode impulsionar resultados, acelerar crescimento, garantir vantagem sobre a concorrência e agregar valor aos *stakeholders* (PORTER, 1990; DRUCKER, 1998).

Para Canongia et al. (2004), a gestão da inovação busca reunir mecanismos que incrementem a capacidade de inovar das organizações e, conseqüentemente, a capacidade competitiva ó que depende em muito do ambiente externo a elas. O processo de inovação, com múltiplos agentes em inúmeras correlações dinâmicas, se configura em uma teia complexa. Nessa ótica, o diferencial de valor das organizações pode residir na capacidade de antecipar oportunidades e ameaças provindas do ambiente. Assim, conforme Rodrigues e Riccardi (2007), a modelagem dos negócios mais competitivos precisa ser alimentada por informações atualizadas, precisas e confiáveis.

Para esse fim, surgem novas metodologias como a Inteligência Competitiva (IC) que, de acordo com estudiosos como Rodrigues e Riccardi (2007), pode ser utilizada para apoiar o desenvolvimento da inovação nas empresas. Dessa forma, a concepção de um negócio pode se basear em um sistema de IC consistente, que garanta, com suas informações, apoio aos processos decisórios e à capacidade inovadora. A metodologia de IC pode permitir o entendimento das referidas correlações e a interpretação de volumosas massas de dados provenientes de diferentes fontes de informação, sejam elas internas ou externas, formais ou informais (CANONGIA et al., 2004). Por ser uma área do conhecimento relativamente nova e por não existir, até o momento, uma doutrina consolidada a respeito de IC (MILLER, 2002), diferenças conceituais se fazem presentes. O Quadro 4 apresenta definições propostas por teóricos da matéria (FONTANA, 2004).

Entretanto, independentemente da definição escolhida para IC, todas elas apontam para a obtenção de informações pelo uso de um processo sistematizado, que envolve planejamento, coleta, análise, comunicação e gerenciamento, e resulta em ferramenta para a tomada de decisão. Esta atividade não tem como única finalidade o monitoramento da concorrência, mas sim de todo o ambiente de negócios, pois objetiva prever movimentos do mercado, dos consumidores, dos fornecedores, dos reguladores e de todos os que podem interferir na realidade corporativa (CENDOTEC, 2007; FONTANA, 2004). Para Pozzebon, Freitas e Petrini (1997), mesmo que se busquem outras definições de IC, todas parecem estar voltadas para estes pontos-chave: a informação externa e as estratégias possibilitando inovação.

Quadro 4 ó Definições de Inteligência Competitiva

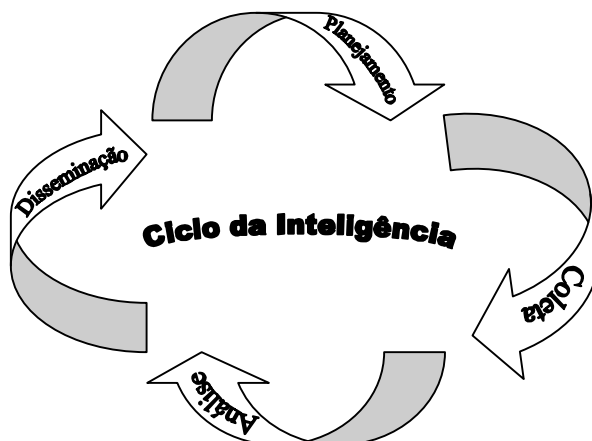
IC é...	Autor, Ano
o processo proativo de prever movimentos e pontos cegos de reguladores, clientes, competidores e fornecedores, usado para identificar oportunidades e minimizar surpresas.	CALOF, 1998
a coleta ética sobre tendências, eventos e atores fora das fronteiras da empresa; método que reúne, sistematicamente, informações relevantes, e as transforma, analiticamente, em elemento de tomada de decisão.	CANONGIA et al., 2004
informação analisada.	FULD, 1995
uma ferramenta estratégica que permite à alta gerência melhorar sua competitividade, identificando as principais forças propulsoras e prevendo os rumos futuros do mercado.	KAHANER, 1998
o método que busca fornecer uma representação do ambiente e dar elementos que permitam inferir sobre mudanças neste ambiente, apoiando o processo decisório, para que a empresa possa agir de forma rápida e no momento certo.	LESCA; FREITAS; JANISSEK-MUNIZ, 2003a
um processo de monitoramento do ambiente competitivo.	MILLER, 2002
o processo pelo qual informações de múltiplas fontes são coletadas, interpretadas e comunicadas, oferecendo apoio à tomada de decisões estratégicas ao prever oportunidades e riscos associados à dinâmica competitiva (concorrentes, potenciais concorrentes, fornecedores, clientes e parceiros) e a outros fatores que impactam esta dinâmica (regulamentações governamentais, tarifas e a cultura local).	PRESCOTT, 2002
a habilidade de coletar, processar e armazenar informações, disponibilizá-las para as pessoas em todos os níveis da empresa.	ROUACHI; SANTI (2001 apud FONTANA, 2004)

Fonte: Elaboração própria a partir dos conceitos propostos pelos autores citados.

A partir disso, pode-se deduzir um dos objetivos principais da IC: captar e interpretar os sinais fracos do ambiente o mais cedo possível para dar à organização capacidade de ação, liberdade de manobra e influência sobre o evento (CENDOTEC, 2007). A agregação de valor na cadeia que vai da informação à decisão, passando pela geração de conhecimento, é essencial para a melhoria dos processos e para a formulação de políticas e estratégias competitivas para a empresa. Nesse contexto, a IC se constitui em uma forma de inovação em gestão. Rodrigues e Fernandez (2006) consideram que o objetivo da IC não é procurar tendências, mas sim dar à empresa a capacidade de prever o que poderá se tornar tendência em um futuro próximo. Assim, quando um fenômeno qualquer se tornar tendência, a empresa que tiver IC já terá ó antecipadamente ó a informação a respeito.

Para Kahaner (1998), a beleza da IC está na simplicidade de seu processo, ou de seu ciclo. Conforme apresenta a Figura 5, o ciclo da IC é composto por apenas quatro fases: planejamento, coleta, análise e disseminação.

Figura 5 ó O Ciclo da Inteligência



Fonte: Kahaner (1998).

Na fase de **planejamento**, a alta direção da organização decide-se sobre qual inteligência é necessária ao negócio, enquanto que os executores de IC definem os rumos a seguir para atender esta necessidade. A **coleta**, por sua vez, consiste da reunião de dados brutos, em sua grande maioria de domínio público, seguida de sua armazenagem em meio eletrônico, de forma a permitir tratamento posterior. Já a **análise** é geralmente considerada a fase mais desafiadora do ciclo, pois requer grandes habilidades para possibilitar a avaliação do material coletado, em busca de padrões e do descortinamento de diferentes cenários. Apesar de a análise ser baseada na realização de atividades lógicas, seus executores devem, por vezes, ser capazes de realizar pressuposições sobre futuros prováveis. Por fim, a **disseminação** envolve a comunicação dos produtos da inteligência, de forma a atender às solicitações iniciais. Nessa fase, os analistas sugerem possíveis rumos baseados em argumentações lógicas. Apesar de ser considerada a última fase, a disseminação pode também ser considerada a primeira, dada a tendência circular do processo (KAHANER, 1998; SAAYMAN et al., 2008).

Saayman et al. (2008) constatam ainda que, para que o ciclo aconteça de forma bem sucedida, a IC depende de dois fatores organizacionais: a estrutura, representada por políticas, procedimentos e outros recursos formais ou informais para que os funcionários possam

contribuir efetivamente para o processo e possam dele se beneficiar; e a cultura de competitividade e a sensibilização para a IC. Os autores apontam também que estudos como o de Evangelista (2005 apud SAAYMAN et al., 2008) demonstram que a IC se beneficia do apoio da alta direção, uma vez que tal apoio dá legitimidade e importância ao processo.

A Figura 6 especifica o mecanismo de IC conectando o ambiente ao contexto interno de uma organização. Nela, observa-se que ações e fatos relacionados a clientes, competidores, tecnologia, condições políticas e regulatórias podem ser conhecidos e introduzidos no ciclo de IC da empresa. Uma vez coletados, os dados brutos sobre os atores ambientais podem ser estruturados e transformados em informações providas de significado; as informações, por sua vez, ao serem interpretadas e analisadas por especialistas, podem se converter em conhecimento para os indivíduos da empresa. Esta atividade sistemática corresponde ao processo de inteligência, e dá subsídios para a tomada de decisão.

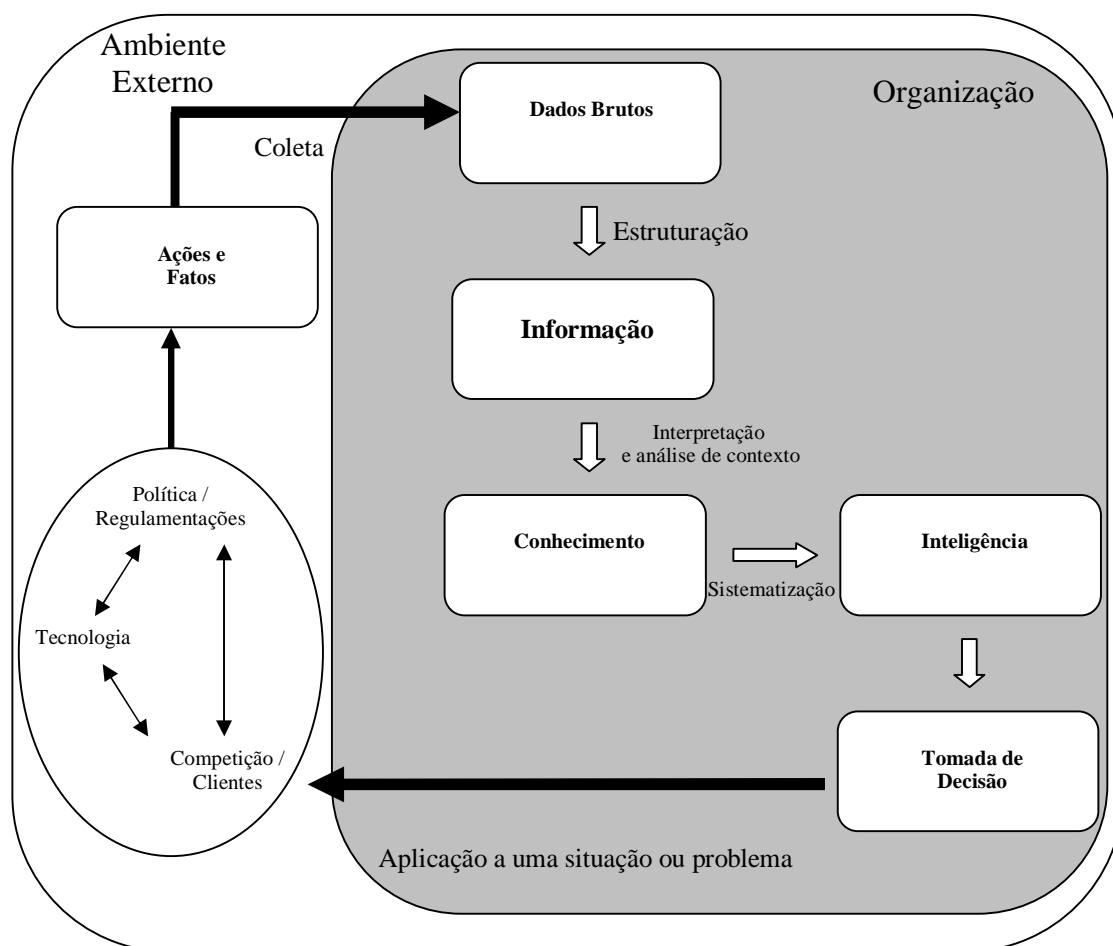
Obviamente, a IC por si só não resolve todas as demandas e anseios da comunidade empresarial; no entanto, ao ser aplicada como facilitadora da gestão da inovação, contribui para dar mais competitividade a um setor, bem como possibilita a troca de conhecimentos entre os profissionais e a sociedade (CANONGIA et al., 2004).

Entretanto, um extensivo mapeamento sobre o processo de IC revelou que, apesar da suposta simplicidade apontada por Kahaner (1998), ainda existem muitas dificuldades relacionadas ao seu entendimento e à sua utilização; além disso, sua aplicação geralmente ocorre com baixo grau de sofisticação e é conduzida em nível de decisão superior, do tipo *top down* (CANONGIA et al., 2004). Também é importante frisar que os sistemas de IC são exclusivos para cada empresa, pois, como seus projetos baseiam-se nas necessidades particulares de informação, não é possível aplicar modelos previamente definidos (BATTAGLIA, 1999). Assim, é comum que algumas empresas não tenham atentado para a importância da IC ou não tenham viabilizado maneiras para utilizá-la com eficácia.

As atividades de inteligência sempre foram executadas de maneira intuitiva, mesmo pelos pequenos empreendedores (FONTANA, 2004), ou de forma tradicional nas feiras de demonstração, na leitura de revistas especializadas, na conversa com clientes e fornecedores e nos processos de engenharia reversa (ESCORSA, 2001). Além disso, há outras formas de IC que também possibilitam que a empresa fique atenta ao seu ambiente de negócios. Encontra-se, por exemplo, na literatura francesa, o termo *veille* ó vigília, com estreita correspondência

com a IC. A análise do cenário francês destaca três tipos de vigília: a) vigília científica e técnica, orientada para pesquisa e desenvolvimento; b) vigília tecnológica, orientada para produto e tecnologia, e que consagrou o termo de maneira geral; c) vigília concorrencial e comercial, voltada para o exame do ambiente e para o estudo da competição. Pode-se considerar que o conjunto destes tipos de vigília abranja o campo da IC (POZZEBON; FREITAS, PETRINI, 1997; FACHINELLI, 2003), embora Fachinelli (2003) ressalve que o conceito de inteligência ultrapassa o de vigília justamente quanto à intenção estratégica que orienta suas ações.

Figura 6 ó IC na relação entre Ambiente Externo e Organização



Fonte: Elaboração própria a partir de dados de Cendotec (2007) e do modelo conceitual proposto por Milliner (2006).

Outro exemplo é o do monitoramento ambiental (*environmental scanning*), que se refere a uma atividade de gestão relacionada a aprender sobre eventos e tendências do ambiente no qual uma organização opera, e a buscar informações neste ambiente para apoiar a organização a planejar e a tomar decisões (ANDRIOTTI; FREITAS; JANISSEK-MUNIZ, 2008). O monitoramento ambiental iniciou-se nos países desenvolvidos, em meados da década de 1960, para atender às necessidades de acompanhar as mudanças do ambiente externo às organizações. Por isso, não surgiu como uma atividade fundamentada em uma base teórica definida, pois cada organização colocava em prática a sua própria maneira de estruturar processos de captação de sinais externos e de utilizá-los em seu benefício para a tomada de decisão (GOODRICH, 1987).

Como a atividade empreendedora depende da busca e da identificação de oportunidades existentes no ambiente, o monitoramento ambiental pode auxiliar na identificação de forças que estão determinando mudanças no mercado e que podem levar à antecipação de oportunidades competitivas (LI; TSE; GU, 2006). A importância do monitoramento em um ambiente de negócios foi primeiramente descrita por Aguilar em 1967: para ele, todas as organizações empenham algum esforço de monitorar o ambiente em que atuam, seja esse esforço direto ou indireto, proposital ou intuitivo (AGUILAR 1967 apud MARTINS; KRAISCH; ALTOFF, 2007). Se isso não acontecesse, essas organizações não poderiam persistir no tempo, pois ao ignorar seu ambiente estariam ignorando oportunidades e ameaças.

A partir dos pressupostos de Aguilar, muitos outros estudiosos conceituaram o monitoramento e analisaram a relevância de seu uso para a empresa, tais como Daft e Weick (1984), Goodrich (1987), Morrison (1992), Sapiro (1993), Choo (1999), Myers (1999), Abels, (2002), Moresi (2002), Albright (2004) e Barbosa (2006). Partindo de esquema proposto por Van Wyk em 1984, Goodrich (1987) relacionou quatro tipos de monitoramento ambiental, os quais estão representados na Figura 7.

Figura 7 ó Classificação das atividades de monitoramento ambiental



Fonte: Elaboração própria a partir de quadro proposto por Goodrich (1987).

Segundo Goodrich (1987), os quatro tipos de monitoramento apresentados podem ser caracterizados da seguinte forma:

- a) Panorâmico Informal: corresponde à observação passiva do ambiente, algo que quase todas as organizações executam costumeiramente; há pouco esforço e poucos critérios para selecionar fontes de informação. Seu funcionamento depende da capacidade das pessoas envolvidas;
- b) Panorâmico Formal: requer mais atenção ao ambiente e postura mais ativa da organização; utiliza-se de vigílias não-direcionadas para procurar sinais de interesse, selecionando informações de acordo com critérios preestabelecidos;
- c) Focalizado Informal: atividade de procura direta que se estende até a localização da

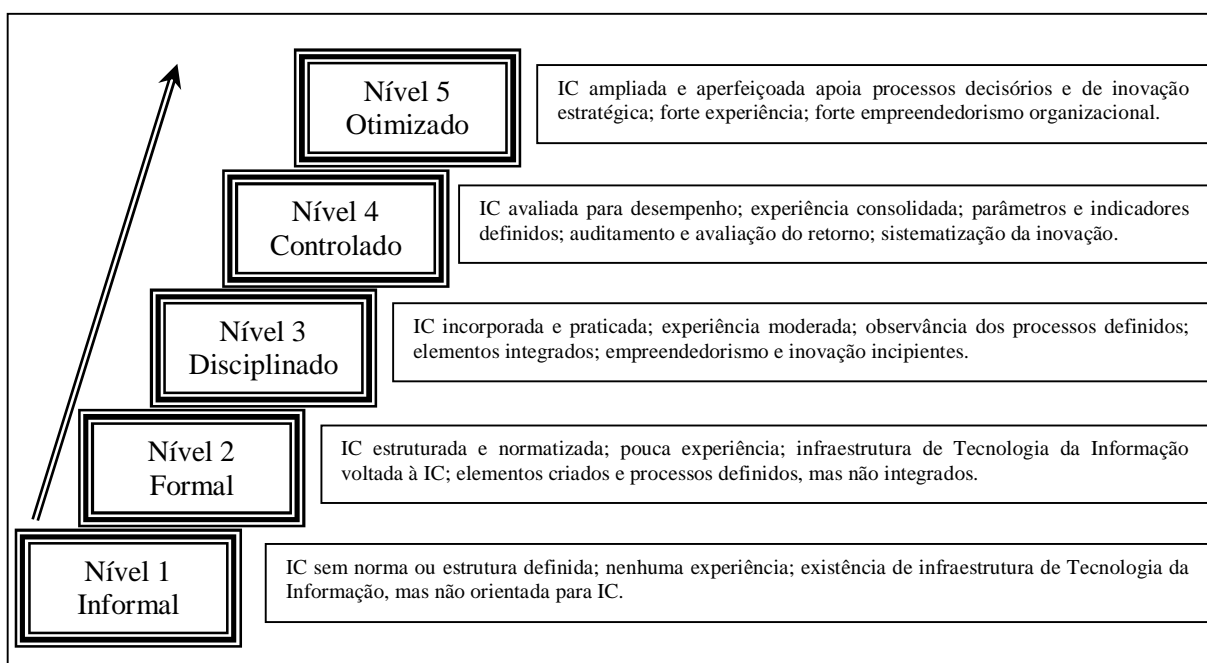
informação desejada; os sinais de interesse são rastreados por um período de tempo suficiente para serem documentados; seu emprego demanda a utilização de pessoal dedicado e a manutenção de registros extensos;

d) Focalizado Formal: é o mais complexo tipo de monitoramento que pode ser empregado por uma organização; além de localizar e de acompanhar sinais de interesse, também exige sofisticada capacidade de análise para o estabelecimento de padrões de comportamento para os sinais seguidos, definição de tendências a partir destes padrões, e a criação de hipóteses sobre as consequências para a organização.

4.3.1 Maturidade em Inteligência Competitiva

A partir de esquemas precursores como o de Goodrich (1987), muito se avançou nos estudos sobre tipos de IC e sobre sua aplicação nas organizações. Nesse sentido, um dos modelos mais recentes é o de Rodrigues e Riccardi (2007), proposto para identificar a maturidade das organizações em termos de IC. Este modelo está representado na Figura 8.

Figura 8 ó Maturidade em IC



Fonte: Rodrigues e Riccardi (2007).

De acordo com Rodrigues e Riccardi (2007), maturidade em IC indica o domínio do

uso e da funcionalidade dos elementos constitutivos da arquitetura da inovação. Para ser considerada madura, uma organização deve possuir, prioritariamente, uma infraestrutura de Tecnologia da Informação (TI) que sustente o desenvolvimento da IC como um sistema, o que será aprofundado no tópico 4.3.3.

A passagem para um novo nível de maturidade exige o cumprimento integral de todos os requisitos do nível anterior. O processo de incorporação das normas e padrões da IC pode ser lento e não resultar em imediata sistematização do processo de inovação (RODRIGUES; RICCARDI, 2007). Prescott (2002) explica que isso se deve ao fato de que a constituição da IC em uma organização é um processo social; assim, uma cultura sustentada pela IC é construída gradualmente: primeiro, com a qualificação no trato das informações; depois com a formação da rede de contatos pessoais, e, finalmente, com a formalização de mecanismos para que as informações possam fluir adequadamente. Assim, é fundamental introduzir a avaliação de desempenho do sistema de IC, de forma a definir padrões para verificação da eficácia do sistema implantado. É também por meio destes padrões que os usuários de IC se motivam a bem utilizá-la (RODRIGUES; RICCARDI, 2007).

O modelo apresentado por Rodrigues e Riccardi (2007) aponta que a influência da IC sobre a organização se inicia, efetivamente, a partir do Nível 3, pois a simples formalização do sistema, característica do Nível 2, não garante sua aceitação nem sua prática na organização. Neste caso, mesmo que no Nível 2 possam ser notados os primeiros resultados em direção à inovação, ainda faltam à organização as condições apropriadas, especialmente as relacionadas à experiência, para que os efeitos benéficos da IC possam ser notados.

À medida que aumenta a maturidade em IC de uma organização, aumenta também sua capacidade competitiva. Este raciocínio decorre da crença de que as ações empreendedoras surgem da combinação de oportunidades externas com capacidades internas da empresa; assim, para encontrarem alternativas de negócios, as pessoas precisam ser capazes de identificar tais oportunidades e de associá-las às capacidades já existentes. Para Rodrigues e Riccardi (2007), esta combinação pode prescindir da IC, mas seguramente será muito favorecida pelo emprego de suas informações sistêmicas.

De acordo com os autores, para ser útil ao processo inovador de uma organização, a IC necessita de condições mínimas de suporte e funcionalidade. Entre estas condições pode-se destacar: o acesso à informação significativa, tanto em forma quanto em conteúdo, o que

aumenta a exigência de especialidade dos funcionários; a existência de valores culturais favoráveis a discussões abertas e à comunicação multidirecional; e a manutenção de contatos com fontes externas de informação por parte da alta direção, especialmente voltados a conteúdos de importância estratégica. Estas condições são compreendidas quando se faz uma relação com o processo de inovação, especificamente com a primeira fase, a Preparação, exposta por Escorsa e Valls (2003 apud RODRIGUES; RICCARDI, 2007), na qual se buscam informações consideradas necessárias às áreas especialistas. Quanto mais consistência houver na fase de Preparação, mais eficiente será o restante do processo inovador.

4.3.2 Vantagens da Utilização da Inteligência Competitiva

Lesca, Freitas e Janissek-Muniz (2003a) apontam que a IC traz como vantagem principal o fato de colocar à disposição da empresa o maior número possível de informações sobre o ambiente competitivo, possibilitando melhor percepção das ações dos concorrentes, mais controle da situação do mercado e a possibilidade de agir com rapidez. Prescott (2002) ainda afirma que a IC agrega valor à empresa por possibilitar que ela conheça as iniciativas da concorrência que podem afetar sua participação no mercado, os preços praticados e o lucro possível. Além disso, Fontana (2004) considera que um dos grandes benefícios da IC é que ela tem a capacidade de aprimorar o processo decisório da empresa, transformando-o de uma atividade intuitiva para um processo analítico.

Além disso, há estudos que evidenciam as vantagens que a empresa tem ao utilizar um processo formalizado e estruturado de inteligência. McGonagle e Vella (2002) relatam três destes estudos:

a) em 1993, a SCIP (*Society of Competitive Intelligence Professionals*), ao investigar um grupo de indústrias de embalagens de alimentos, telecomunicações e farmacêuticas, mostrou que as organizações que apresentavam níveis mais elevados de atividade de Inteligência Competitiva tinham 37% mais qualidade em seus produtos, o que, por sua vez, representava um aumento de 68% na performance dos negócios;

b) em 1995, estudo publicado na *Competitive Intelligence Review* demonstrou que as empresas que possuíam ênfase em Inteligência Competitiva apresentavam, em média, melhores resultados financeiros;

c) em 2002, a *PricewaterhouseCoopers* revelou que 84% dos *Chief Executive Officers* (CEOs) das empresas de crescimento acelerado (*fast-growth companies*) manifestaram que o monitoramento da concorrência era importante para a manutenção do lucro.

Além destes exemplos, há muitos outros na literatura especializada: estudo realizado na Universidade do Texas, em 1995, demonstrou que as empresas que faziam uso de IC apresentavam, em média, melhores resultados em vendas, participação de mercado e participação nos lucros (MILLER, 2002); estudo de Subramaniam e Ishak (1998) relacionou desempenho financeiro e IC, demonstrando evidências de que as empresas com melhores índices de Retorno sobre o Ativo (ROA) possuíam um sistema de monitoramento da concorrência mais avançado; estudo coordenado por Calof em 2001 (apud FONTANA, 2004) com empresas de tecnologia canadenses evidenciou que as maiores empresas (em número de funcionários) estavam mais engajadas nas práticas de inteligência; já Groom e David (2001), em estudo realizado com 139 pequenas empresas americanas, encontraram relação estatística significativa entre desempenho financeiro e satisfação com a obtenção no monitoramento da concorrência.

4.3.3 A Inteligência Competitiva e a Tecnologia da Informação

O crescimento acelerado da competição global e a difusão das tecnologias exercem grande influência sobre o cenário econômico atual, fazendo com que as informações sobre produtos, processos, fornecedores e clientes possam ser coletadas e processadas com mais velocidade (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000). Nesse contexto, Borba et al. (2003) consideram que as empresas têm percebido a necessidade de dispor de informações confiáveis para apoiar seus processos operacionais e gerenciais e para obter vantagem competitiva. Para satisfazer essa necessidade, as empresas têm se apoiado cada vez na utilização das ferramentas de Tecnologia da Informação (TI); por meio delas, as empresas podem se tornar capazes de automatizar processos, coletar informações e promover sua análise para a tomada

de decisões gerenciais e estratégicas (BORBA et al., 2003; O'BRIEN, 2001). A TI pode ser conceituada como o conjunto de recursos tecnológicos e computacionais empregados para guarda, geração e utilização da informação, e está fundamentada nos seguintes componentes: *hardware* e seus dispositivos, *softwares* e seus recursos, sistemas de telecomunicações e gestão de dados e informações (REZENDE; PEREIRA, 2002).

Porém, em pesquisa realizada com mais de 500 executivos no mundo, Prahalad e Krishnan (1999) constataram que nas organizações, frequentemente, a infraestrutura de TI não acompanha o desejo de inovação. O desalinhamento da estratégia de TI é, em geral, um empecilho para a implementação de mudanças no negócio. Por isso os autores afirmam que, de forma geral, as organizações ainda estão insatisfeitas com a qualidade e a assiduidade da geração de informações para a gestão do negócio e a tomada de decisões. Como fator complicador, o mercado pressiona as organizações a incorporar e aprimorar tecnologias de ponta, buscar novos modelos de gestão e tecnologia, ampliar conhecimentos e inovar para prosperar.

Frente a essa realidade, Teixeira Filho (2000) afirma que a empresa que perceber melhor as aplicações das tecnologias emergentes às suas operações, e que puder usar mais eficazmente a informática em seus processos decisórios, terá maior vantagem competitiva em seu setor de atuação. Assim, pode-se dizer que a TI é muito útil para apoiar o processo de inteligência competitiva. Segundo Gomes e Braga (2002), a TI apoia todas as etapas de um processo de inteligência competitiva, desde a identificação das necessidades de informação, passando pela coleta, análise e disseminação, até a avaliação dos resultados.

É importante apresentar as definições de algumas das ferramentas de TI que podem ser utilizadas como base para sistemas de inteligência competitiva e que podem alimentar as decisões estratégicas e a inovação nas empresas. O Quadro 5 descreve algumas destas ferramentas.

Quadro 5 ó Ferramentas de TI aplicadas à Inteligência Competitiva

Ferramenta	Definição e Aplicação
<i>Data Warehouse (DW) ou Data Mart</i>	Disponibiliza informações para apoio a decisões. Para DalóAlba (2001), o DW é um banco de dados especializado que integra e gerencia o fluxo de informações a partir dos bancos de dados corporativos e fontes de dados externos a empresa. Não há modelo de DW que possa ser utilizado em todas as circunstâncias, pois requer levantamento das necessidades da empresa e das pessoas que nela atuam, para definição e construção da base de dados. Já o <i>Data Mart</i> utiliza a tecnologia do DW, sendo voltado para uma determinada área da empresa.
<i>On-Line Analytical Processing (OLAP)</i>	Analisa dados extraídos do <i>Data Warehouse</i> . Executa, cria relatórios, agrega dados, podendo ainda limitar a visualização dos dados para determinado grupo de usuários, enquanto outro grupo tem acesso a uma quantidade maior de informações (RUBINI, 1999).
<i>Data Mining</i>	Descobre, de forma automática ou semi-automática, uma informação imersa em grande quantidade de dados armazenados. Conforme Possas et al. (2002), <i>Data Mining</i> envolve métodos matemáticos, algoritmos e heurística para descobrir padrões e regularidades em grandes conjuntos de dados.
<i>Workflow</i>	Automatiza procedimentos e fluxos de serviços nos quais documentos, informações ou tarefas são passados de uma pessoa para a outra, por uma via controlada por regras e procedimentos (BOVO; BALANCIERI, 2003 apud VALENTIM et al., 2003).
<i>CRM (Customer Relationship Management)</i>	Favorece que a organização conheça o perfil do seu cliente e, a partir disso, desenvolva um trabalho dirigido de fidelização ou retenção. Para Garcia Júnior (2008), o CRM é um conceito que requer um modelo de negócios centrado nos clientes.
<i>Internet</i>	Interliga por meio de uma rede todos os computadores do mundo. Tem sido importante recurso de conectividade, pois representa um espaço de conexão entre as organizações e as pessoas, otimizando a comunicação e a interação, que podem ser realizadas através de <i>websites</i> , <i>e-mails</i> , <i>chats</i> , listas de discussão, teletrabalho, acesso a banco de dados, ferramentas de busca, comércio eletrônico, entre outros (VALENTIM et al., 2003).
<i>Intranet</i>	Utiliza os serviços da Internet em uma rede interna de computadores. Dissemina, rápida e eficientemente, informações aos usuários de uma corporação. Permite a colaboração e o compartilhamento de informações de forma mais eficaz, simples e intuitiva (VALENTIM et al., 2003).
<i>Extranet</i>	Permite o compartilhamento de informações entre empresas, fazendo com que, por exemplo, uma distribuidora possa acessar os dados do fabricante, um vendedor possa verificar o estoque disponível na empresa ou inserir um pedido mesmo fora da organização. É usada geralmente por corporações de grande porte (VALENTIM et al., 2003).

Fonte: Elaboração própria a partir dos conceitos propostos pelos autores citados.

Para Freitas e Lesca (1992), ao se analisar as ferramentas de tecnologia da informação utilizadas para a IC, é natural que sejam enfatizados *hardwares* e *softwares* que compõem os sistemas. Porém, para os autores, é fundamental destacar que os sistemas de IC não se resumem a estes componentes; são, outrossim, compostos por uma série de elementos interdependentes ó pessoas, estruturas da organização, tecnologias de informação, procedimentos e métodos. Nesse sentido, é imprescindível entender que a implantação de um processo de inteligência competitiva, nas suas diversas fases, exige planejamento e

envolvimento de toda a organização. Se não houver planejamento e comprometimento das pessoas, de nada servirão as tecnologias da informação utilizadas. Nesse sentido, Lesca, Freitas e Janissek-Muniz (2003a) afirmam que a implantação da IC demanda grande vontade e esforços pró-ativos dos envolvidos. Pode-se mesmo afirmar que a emergência da IC está mais estreitamente vinculada aos comportamentos das pessoas do que propriamente às tecnologias.

5 OBJETIVOS DO TRABALHO

A partir da delimitação da oportunidade de pesquisa, devem ser definidos os objetivos do trabalho. Segundo Gil (2002), para que uma pesquisa possa ser realizada, é necessário que se parta dos objetivos gerais, os quais indicam a direção a seguir, e que se definam os objetivos específicos do levantamento.

5.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo teve por objetivo identificar a percepção que os administradores dos hospitais de Caxias do Sul têm do conceito de inteligência competitiva e dos benefícios de sua aplicação no ambiente hospitalar, bem como da importância que por eles é dada para a captação sistemática e a aplicação de informações provenientes do contexto externo para a tomada de decisões em suas instituições.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A partir do objetivo geral, a pesquisa se estruturou para alcançar os seguintes objetivos específicos:

- a) verificar a importância atribuída pelos entrevistados aos movimentos das demais instituições hospitalares para a gestão dos próprios negócios;
- b) identificar as fontes e as técnicas de coleta de informações do ambiente externo e descrever mecanismos de inteligência competitiva eventualmente utilizados pelos hospitais;

c) classificar o segmento hospitalar pesquisado quanto ao nível de maturidade em inteligência competitiva, de acordo com modelos propostos por Goodrich (1987) e por Rodrigues e Riccardi (2007);

d) apontar alternativas para a utilização dos conceitos de inteligência competitiva nos hospitais pesquisados.

6 MÉTODO DE PESQUISA

Pesquisa, no sentido estrito do termo, significa a procura de respostas para lacunas evidenciadas e deve ser orientada por procedimentos racionais e sistemáticos. Gil (1999) resume o termo como o processo formal e sistemático de desenvolvimento científico. Para ele, o objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos. Já Rúdio (2001) afirma que a pesquisa é um conjunto de atividades orientadas para buscar um determinado conhecimento, devendo ser feita de modo sistematizado e com método próprio, técnicas específicas e visando a um conhecimento adequado à realidade empírica.

A pesquisa desenvolvida pode ser classificada como de natureza social, pois objetivou a geração de novos conhecimentos no campo da realidade social ó nos múltiplos aspectos relativos ao homem e à sua interação com a sociedade. Conforme classificação proposta por Gil (1999), Silva e Menezes (2001) e Richardson et al. (2002), esta pesquisa também pode ser classificada como aplicada, pois procurou construir conhecimentos para o enfrentamento de problemas que ocorrem no ambiente de negócios das instituições do segmento pesquisado.

Em relação aos objetivos, a pesquisa teve caráter exploratório e descritivo (MALHOTRA, 2001). Exploratório porque buscou a compreensão da realidade referente à coleta e ao tratamento de informações estratégicas no segmento hospitalar de Caxias do Sul, tendo em vista preencher lacunas de conhecimento na área. Por sua vez, teve caráter descritivo porque buscou a descrição do fenômeno, isto é, buscou descrever como os hospitais pesquisados se comportam em relação às informações do ambiente externo, que papel elas têm na tomada de decisões estratégicas e que práticas de coleta e tratamento dessas informações estão em uso nos hospitais, situando essas práticas no corpo conceitual da Inteligência Competitiva.

A definição de um método de pesquisa é uma preocupação instrumental, e estabelece os procedimentos lógicos que serão utilizados no processo de investigação científica dos fatos

da natureza e da sociedade (GIL, 2002). Trata das formas de se fazer ciência, definindo procedimentos, ferramentas e caminhos para se atingir a realidade teórica e prática (DEMO, 1995). Quanto à forma de abordagem do problema, a presente pesquisa envolveu aspectos qualitativos, caracterizando-se, além disso, como um estudo de caso. Skinner, Tagg e Holloway (2000) comentam que as técnicas qualitativas focam a experiência das pessoas e seu respectivo significado em relação a eventos, processos e estruturas, inseridos em cenários sociais. Segundo Aaker, Kumar e Day (2004), os métodos qualitativos são menos estruturados e mais intensivos do que os quantitativos, permitindo maior flexibilidade e, por consequência, maior profundidade e riqueza na análise dos dados.

Roesch (2005) diz que o pesquisador, ao utilizar o estudo de caso, deve procurar captar a perspectiva dos sujeitos pesquisados sem partir de um modelo pré-estabelecido; isso faz com que o estudo de caso se constitua em uma estratégia especialmente adequada para dissertações de Mestrado em Administração, geralmente focalizadas em universos limitados a uma ou a poucas organizações. O estudo de caso pode ser único ou múltiplo e a unidade de análise pode ser um ou mais indivíduos, grupos, organizações, eventos, países ou regiões.

Para alcançar os objetivos desta pesquisa foi utilizada a técnica da entrevista individual em profundidade, semi-estruturada, a qual foi complementada pela aplicação de um questionário que buscava ampliar a compreensão da percepção dos entrevistados sobre o assunto objeto de pesquisa.

Na entrevista em profundidade, considerada fundamental na pesquisa qualitativa, o entrevistador fica frente ao entrevistado e faz uso de questões abertas, as quais induzem o respondente a comentar sobre crenças, atitudes e informações subjacentes ao tema em estudo. Isso dá ao entrevistador a oportunidade de explorar em detalhes uma determinada questão de pesquisa e de descobrir conteúdos implícitos. Além disso, minimiza a influência do pesquisador sobre as respostas e favorece a compreensão da perspectiva do entrevistado (MALHOTRA et al., 2005).

De forma a propiciar que se obtivessem informações úteis aos propósitos da pesquisa, optou-se por entrevistar os principais gestores dos hospitais estudados. Considerando o perfil dos entrevistados, procurou-se elaborar questões que pudessem ser respondidas em no máximo uma hora de entrevista, tempo este sugerido por Wolcott (1994) como ideal para garantir o aproveitamento e a consistência dos dados verbalizados.

O roteiro da entrevista foi desenvolvido tendo por base um questionário estruturado desenvolvido por Saayman et al. (2008) e empregado como instrumento de pesquisa quantitativa para explorar e validar os construtos teóricos de Inteligência Competitiva em empresas de exportação da África do Sul e de Flandres (região da Bélgica). O roteiro da entrevista semidirigida desenvolvido com o apoio do questionário está exposto no Apêndice A.

Como forma de complementação à entrevista, também foi aplicado aos sujeitos da pesquisa o questionário de Saayman et al. (2008), que já havia servido de base para a elaboração da entrevista. Contudo, os resultados obtidos não foram trabalhados estatisticamente em virtude do número de entrevistados. Assim, propôs-se a eles que, à medida que assinalassem suas respostas, expusessem percepções e crenças sobre o assunto da pesquisa, o que os incentivou a comentar sobre a competitividade e a importância da coleta e análise das informações no segmento hospitalar e, mais especificamente, nas instituições que administram. Este questionário contém 38 proposições relativas à IC, a serem respondidas em uma escala *Likert* de cinco pontos. Assim, em cada uma delas, o respondente indica seu grau de concordância ou de discordância com as proposições. Adicionalmente, é formulado um número limitado de questões gerais destinadas a caracterizar a organização pesquisada.

As questões relativas à IC constantes desse questionário foram baseadas em construtos teóricos e em resultados preliminares de pesquisas anteriores realizadas por Calof e Dishman (2002 apud Saayman et al., 2008) e Viviers et al. (2002 apud Saayman et al., 2008). Além de apresentar questões sobre o processo de IC, o questionário tem também questões relacionadas ao contexto que envolve a IC, especialmente para identificar se há cultura de competitividade e sensibilização para IC na organização, o que foi de particular interesse para esta pesquisa com os hospitais de Caxias do Sul. O questionário está apresentado no Apêndice B, e foi traduzido da língua inglesa pelo pesquisador. Sua aplicação foi precedida pela apresentação de definições de IC e de Tecnologia da Informação, no intuito de reforçar os conceitos expostos aos respondentes (Apêndice C).

Com o questionário foi entregue ainda uma carta de apresentação (Apêndice D) ressaltando o sigilo no tratamento e na divulgação das informações coletadas, a finalidade da pesquisa e os objetivos gerais do estudo. Posteriormente, o questionário também auxiliou a criação das unidades de análise de conteúdo, o que será retomado no tópico 7.3.

7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a coleta dos dados, a etapa seguinte consistiu da análise e interpretação do material coletado (GIL, 2002). Uma pesquisa qualitativa, por não ter uma estrutura prévia de alternativas para as respostas, faz com que o pesquisador se depare com uma grande quantidade de dados ao encerrar a fase da coleta. Os dados se materializam em forma de texto, o qual precisa ser organizado e interpretado de acordo com modelos conceituais pré-definidos para permitir a identificação de relações. O conjunto destes modelos denomina-se análise de conteúdo (ROESCH, 2005).

Para Bardin (2004), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações obtidas, visando, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimento. A análise de conteúdo utiliza uma série de procedimentos para classificar palavras, frases ou mesmo parágrafos em categorias de conteúdo (WEBER, 1990; ROESCH, 2005).

Segundo Caregnato e Mutti (2006) a técnica de Análise de Conteúdo, se compõe de três grandes etapas: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados e interpretação. A primeira etapa é a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

Este capítulo contempla, assim, a análise e a interpretação dos resultados obtidos a partir da categorização das entrevistas em profundidade. Esta análise é antecedida da descrição do histórico e da caracterização dos hospitais participantes da pesquisa, bem como do perfil dos entrevistados, como forma de ampliar a compreensão do objeto de estudo, e é

finalizada com a apresentação das respostas ao questionário estruturado, aplicado complementarmente à entrevista. Compõem a unidade de análise desta pesquisa seis dos sete hospitais que integram o Sistema de Saúde de Caxias do Sul, tendo em vista que os representantes do Hospital da Unimed manifestaram não ter interesse em ser entrevistados e, conseqüentemente, o referido hospital foi excluído das análises. Conforme mencionado anteriormente, para o levantamento dos dados foram entrevistados os principais gestores dos hospitais estudados, em função de seu envolvimento com as questões relativas aos objetivos da pesquisa.

7.1 HISTÓRICO E CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PESQUISADOS

Por meio de um levantamento histórico, buscou-se conhecer a origem, a evolução e a realidade atual de cada um dos hospitais analisados nesta pesquisa. Interessou, especialmente, conhecer cada instituição, como e onde ela se construiu, pois é essa historicidade, associada ao espaço geográfico-cultural, que permite entender o momento presente e refletir sobre ele. Independentemente de sua natureza, organizações sociais se fazem de modos diferentes em diferentes lugares (RIBEIRO, 1993). A seguir apresenta-se, primeiramente, a análise individual dos hospitais estudados e, em seguida, a caracterização conjunta dos seis participantes do estudo.

7.1.1 Hospital do Círculo

O Hospital do Círculo é mantido pelo Círculo Operário Caxiense, entidade associativa civil, filantrópica, beneficente, sem fins lucrativos e inspirada na doutrina cristã. Os Círculos Operários constituem uma modalidade de organização social que tem o objetivo de congregar trabalhadores associados para, mediante o mútuo-socorro e a beneficência, assegurar-lhes benefícios e defesa cultural, intelectual, moral, social e física, bem como auxílio jurídico, médico e material. Essa forma de associação representava uma experiência bem sucedida na Itália no período anterior à imigração e foi trazida para o Brasil como forma de suprir as

lacunas oficiais de atendimento às necessidades sociais dos primeiros moradores do Rio Grande do Sul, em especial os imigrantes (LINK, 2009).

O primeiro Círculo Operário do Brasil foi criado em 15 de março de 1932, na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul. A tarefa de tornar o movimento circulista uma realidade para o operariado gaúcho e brasileiro coube ao Padre Jesuíta Leopoldo Brentano. A partir de seu trabalho inicial, ocorreu a expansão dos Círculos Operários por todo o Rio Grande do Sul e posteriormente para outros estados do Brasil (TOIGO, 2001; LINK, 2009).

Adepto da ideia de fundação de um Círculo Operário em Caxias do Sul, o Padre Orestes Valeta, em meados de 1934, formalizou um convite ao Padre Brentano para visitar a cidade. Assim, em 23 de junho de 1934, juntamente com o Padre Brentano, Padre Valeta promoveu uma reunião contando com a participação de onze trabalhadores, o que fez com que a ideia de fundar um Círculo local começasse a se concretizar (LINK, 2009).

Em 31 de outubro de 1934, no décimo encontro do grupo, o qual já contava então com 34 pessoas, foi fundado o Círculo Operário Caxiense, dando início oficial às atividades que, conforme o primeiro estatuto social, compreendiam:

[...] coordenar a atividade de seus associados dentro de uma organização forte e perfeita para os seguintes fins:
§ 1º ó Prestar-lhes todo o gênero de benefícios e defesa, a saber: Cultura intelectual, moral, social e física, pela fundação, respectivamente adesão de escolas, pela realização de conferências e pela imprensa sã, clubes de esportes, etc. Proteção social por assistência caridosa eficiente nas oficinas, escolas e lares. Auxílio jurídico, médico e material, pelas várias formas de beneficência e mútuo socorro (CIRCULO OPERÁRIO CAXIENSE, 2008).

A primeira sede social foi estabelecida na então Casa Canônica da Paróquia Santa Teresa, onde atualmente se localiza a Catedral Diocesana do Município. Após alguns anos, em 1947, a entidade adquiriu sede própria, comprando o prédio que pertencia na época ao Recreio da Juventude, tradicional clube da cidade, no local em que hoje se localiza a Farmácia Matriz do Círculo. Já em 1966, o Círculo inaugurou o edifício São José Operário, um prédio de 13 andares construído ao lado da sede própria. O prédio passou a abrigar todos os serviços oferecidos aos associados (LINK, 2009).

Avançando no tempo, já em de setembro de 1995, o Círculo Operário Caxiense, que até então utilizava serviços médicos e hospitalares conveniados com outras entidades para atender seus associados, inaugurou o Hospital Nossa Senhora Medianeira. Este hospital, que

dispõe de 136 leitos, foi instalado em um prédio construído especialmente para sua finalidade, com uma arquitetura moderna em termos de instituição de saúde, pois se caracteriza por ser edificado horizontalmente, diferenciando-se dos demais hospitais de Caxias do Sul por ser o único com essa concepção. Desta forma, ficam facilitados o atendimento e o deslocamento de todas as pessoas dentro do Hospital.

Posteriormente, em 2004, buscando fortalecer sua marca, o Círculo Operário Caxiense procurou um retorno simbólico às suas origens, de forma a valorizar o espírito pioneiro e solidário de seus fundadores; este movimento levou a entidade a unificar as denominações de seus negócios, o que fez com que seu hospital passasse a se chamar simplesmente Hospital do Círculo.

O Hospital do Círculo, criado há não mais do que 15 anos, já nasceu em um contexto exigente e competitivo. Precisava construir um modelo moderno e viável economicamente para que pudesse se inserir num mercado já ocupado por tradicionais instituições de saúde. A busca por esse modelo marcou os planos iniciais da instituição. É bom lembrar aqui que o hospital, mantido por uma instituição associativa, cuja missão precípua é social, tem dois grandes desafios: ser um hospital de excelência e desenvolver e sustentar um grande projeto social que atenda a seus associados e a comunidade regional. Com tais compromissos, optou a instituição por desenvolver um modelo de assistência à saúde que pudesse atender os grandes desafios à gestão, além dos impostos pelo mercado.

Acompanhando os avanços na área da saúde, o Hospital do Círculo dispõe hoje de modernos e sofisticados equipamentos e serviços, bem como de profissionais altamente qualificados, sistematicamente atualizados mediante programas internos e apoio à participação a eventos externos. Isso lhe permite prestar atendimento de qualidade aos cerca de 60.000 beneficiários, incluídos os associados do Círculo e seus familiares, e os usuários dos planos de saúde, de acidente de trabalho e de saúde ocupacional da Unidade de Planos de Saúde da entidade mantenedora.

Com base nos dados levantados junto à entidade, foram elaboradas as Tabelas 4 a 8 buscando caracterizar o Hospital do Círculo quanto ao número de profissionais, de atendimentos e de leitos no período de 2005 a 2007. A Tabela 4 apresenta o nível de formação dos profissionais do Hospital no período de 2005 a 2007.

Tabela 4 ó Número de profissionais por formação do Hospital do Círculo (2005 a 2007)

Formação	Número de profissionais		
	2005	2006	2007
Nível Superior (excetuando-se médicos)	63	58	62
Nível Técnico	178	190	196
Ensino Médio	93	90	78
Ensino Fundamental	79	82	68
Médicos Contratados	64	61	61
Total	477	481	465

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

A Tabela 5 demonstra a quantidade de atendimentos por especialidade realizados no Hospital do Círculo entre 2005 e 2007. Como pode ser percebido, houve um crescimento de 7% no volume geral de atendimentos de 2005 a 2007.

Tabela 5 ó Número de atendimentos por especialidade do Hospital do Círculo (2005 a 2007)

Especialidade	Número de Atendimentos		
	2005	2006	2007
Ambulatorial	3.944	4.288	4.664
Internação	6.595	7.607	7.751
Cirúrgica	5.047	6.716	8.442
Urgência e Emergência	62.728	66.124	66.489
SADT ó Radiologia	53.148	50.614	50.415
SADT ó Ressonância	5.518	6.351	6.380
SADT ó Tomografia	5.169	6.351	6.377
SADT ó Outras	5.683	4.144	5.371
Total	69.323	73.731	74.240

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Em 2005 o Hospital do Círculo possuía um total de 144 leitos, ocorrendo uma redução de oito leitos no ano de 2006, permanecendo este número inalterado em 2007. A Tabela 6 demonstra a distribuição dos leitos no Hospital do Círculo, de acordo com a especialidade.

Tabela 6 ó Número de leitos por especialidade do Hospital do Círculo (2005 a 2007)

Especialidade	Número de Leitos	
	2005	2006 e 2007
Cirúrgica	40	40
Clínica	40	40
Obstétrica	19	19
Pediátrica	13	13
Outras (Oncologia)	8	0
Total	144	136

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O tempo médio de internação nos três anos estudados permaneceu estável, sendo as UTIs (Unidades de Tratamento Intensivo) Adulto e Neonatal e Pediátrica responsáveis pelas maiores médias de tempo de internação. A Tabela 7 apresenta o tempo médio de internação por especialidade de atendimento, no período de 2005 a 2007.

Tabela 7 ó Tempo médio de internação por especialidade no Hospital do Círculo (2005 a 2007)

Especialidade	Tempo médio de internação (dias)		
	2005	2006	2007
Cirúrgica	0,33	0,32	0,36
Clínica	4,34	4,19	4,55
Obstétrica	3,76	4,59	3,36
Pediátrica	3,63	3,45	3,52
UTI Adulto	39,33	42,57	37,98
UTI Neonatal e Pediátrica	22,22	18,92	22,33
Média Geral	12,27	12,34	12,02

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O Hospital do Círculo atende pacientes usuários do Sistema Suplementar de Saúde e do Sistema de Desembolso Direto (particulares). A Tabela 8 evidencia a participação de cada um dos sistemas na composição do faturamento total deste Hospital.

Tabela 8 ó Composição do faturamento do Hospital do Círculo (2005 a 2007)

Sistema de Saúde	Composição do faturamento		
	2005	2006	2007
Sistema de Saúde Suplementar	93,28%	91,79%	91,48%
Sistema de Desembolso Direto	6,70%	8,17%	8,44%
Sistema Único de Saúde	0,02%	0,04%	0,08%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

É importante mencionar que, embora não atenda pacientes do SUS, o Hospital do Círculo tem com este sistema um acordo para captação de órgãos doados, o que justifica a participação do SUS na composição do faturamento.

7.1.2 Hospital Fátima

A Sociedade Hospitalar Nossa Senhora de Fátima, atual Associação Cultural e Científica Nossa Senhora de Fátima, foi concebida com fins sociais e, desde seu início, palavras que são hoje corriqueiras, como compromisso social e solidariedade, já estavam presentes em sua concepção. ãPode-se dizer que a idéia de responsabilidade social nasce imersa na estrutura do Fátima, emaranhada em ferro e cimentoã (FARIAS, 2008, p. 26). Em 1956, movido pelo apoio de amigos e pelo exemplo de sua família, o Dr. Virvi Ramos funda esta instituição, que deu origem a todo o grupo Fátima, incluindo o Hospital Fátima, constituindo-se em grande diferencial na história do empreendedorismo de Caxias do Sul. No ano seguinte ao da fundação da Associação, o Hospital iniciou os atendimentos à comunidade.

A história de Virvi Ramos se confunde com a história região, da cidade e do hospital. Sua contribuição foi marcante, tanto na área da saúde e da assistência social, quanto na da educação. Não apenas o Hospital Fátima, que se tornaria referência em saúde, mas cursos voltados para a formação profissional em nível técnico e superior nasceram dessa visão pioneira do Dr. Virvi, como passou a ser conhecido. Buscando resolver o problema de carência de recursos humanos especializados na área da saúde, em 1º de fevereiro de 1958, o

Hospital Fátima criou a Escola de Auxiliares de Enfermagem. Dois anos depois, em 1960, criou uma Faculdade de Direito, tornando-se a primeira e única sociedade hospitalar brasileira a ter uma Faculdade de Direito. Depois disso, em 1961, criou a Faculdade de Medicina; logo mais, em 1967, os cursos de Direito e Medicina foram transferidos para contribuir na constituição da Universidade de Caxias do Sul, da qual o Dr. Virvi foi o primeiro Reitor. O Dr. Virvi teve importância decisiva nesse início trabalhando como médico, como empresário, como professor, como cidadão caxiense (FARIAS, 2008, p. 34).

A partir de então, o fundador do Fátima concentrou esforços no processo de especialização do Hospital nas áreas de maternidade e pediatria, e também na construção de prédio próprio para a Escola de Auxiliares de Enfermagem, consolidando, desta forma, o Hospital como um dos mais conceituados da região. Em 1998, a Escola de Auxiliares de Enfermagem Nossa Senhora de Fátima transformou-se na Escola de Educação Profissional Nossa Senhora de Fátima, que, desde então, ministra os Cursos de Técnico em Enfermagem e de Técnico em Radiologia.

Uma marca importante do Hospital Fátima é o pioneirismo, tendo sido a primeira instituição do interior do Estado do Rio Grande do Sul a realizar transplante renal e a primeira a constituir um serviço de *Home Care* (1998), o qual garante o atendimento ao paciente em sua própria residência, reduzindo a necessidade de deslocamentos e de internações em situações de menor gravidade. Em 2003, o Hospital Fátima conquistou a Certificação de Acreditação Nacional, chancelada pelo Ministério da Saúde, sendo o primeiro Hospital do interior do Rio Grande do Sul a atingir esta marca. Mantendo o pioneirismo, em 2006, o Hospital Fátima conquistou a Acreditação Hospitalar Plena (nível 2), tornando-se o primeiro do interior do estado. No ano seguinte, o Hospital Fátima passou a ser o primeiro Hospital do Rio Grande do Sul certificado com a ISO 9001:2000.

Na área de formação profissional, o Hospital Fátima conta atualmente com o Programa de Educação Continuada para o aperfeiçoamento de todos os profissionais que atuam na instituição. Além disso, contribui para a formação médica através do setor de residência médica.

Já na área de atendimento clínico, o Fátima possui o Setor de Pré-Internação de Alta Resolutividade, no qual o paciente tem à sua disposição, 24 horas por dia, uma equipe médica capaz de avaliar seu estado de saúde e trabalhar para que sua recuperação seja rápida e eficaz,

dispensando, quando possível, a internação hospitalar. O ambulatório atende situações de urgência e emergência em tempo integral, contando com equipe médica permanente e especialistas de apoio para quaisquer exigências.

A tecnologia é outro fator que acompanha os serviços oferecidos pelo Hospital Fátima. A constante aplicação de recursos em equipamentos altamente sofisticados para as áreas cirúrgica, laboratorial, UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), radiologia e diagnóstico por imagem contribuem para a segurança nos resultados. O bloco cirúrgico possui tecnologia para a realização de cirurgias minimamente invasivas, utilizada para todos os procedimentos por vídeo. O laboratório de análises clínicas também segue a linha da modernidade, agregando equipamentos capazes de processar 700 amostras hematológicas em até 30 segundos.

As Tabelas 9 a 12 caracterizam o Hospital Fátima quanto ao número de profissionais, de atendimentos e de leitos, tempo médio de internação e composição financeira no período de 2005 a 2007.

No ano de 2005 o Hospital Fátima possuía 391 profissionais, passando a ter 439 em 2007, representando um aumento de 12%. A Tabela 9 evidencia o nível de formação dos profissionais do Hospital.

Tabela 9 ó Número de profissionais por formação do Hospital Fátima (2005 a 2007)

Formação	Número de profissionais		
	2005	2006	2007
Nível Superior (excetuando-se médicos)	38	44	49
Nível Técnico	148	151	167
Ensino Médio	88	87	109
Ensino Fundamental	75	70	70
Médicos Residentes	6	6	6
Médicos Contratados	36	37	38
Total	391	395	439

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

No ano de 2005 o Hospital Fátima realizou 80.961 atendimentos, passando a realizar nos anos de 2006 e 2007, respectivamente, o total de 121.641 e 128.245, evidenciando um crescimento de 9% de um ano para outro. A Tabela 10 demonstra a quantidade de atendimentos por especialidade, evidenciando um crescimento total de 10% de 2005 a 2007.

Tabela 10 ó Número de atendimentos por especialidade do Hospital Fátima (2005 a 2007)

Especialidade	Número de atendimentos		
	2005	2006	2007
Ambulatorial	36.131	36.538	37.810
Internação	4.421	4.007	4.136
Cirúrgica	3.144	3.090	3.783
Urgência e Emergência	40.072	42.152	44.501
SADT ó Radiologia	33.114	35.854	38.015
Total	116.882	121.641	128.245

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O Hospital Fátima possuía em 2005 um total de 100 leitos, mantendo a mesma quantidade nos anos seguintes. A Tabela 11 demonstra a distribuição dos leitos no Hospital de acordo com a especialidade, sendo que não houve alteração nos três anos estudados.

Tabela 11 ó Número de leitos por especialidade do Hospital Fátima (2005 a 2007)

Especialidade	Número de leitos (2005 a 2007)
Cirúrgica, Clínica e Obstétrica	56
Pediátrica	08
UTI	11
Recuperação	09
Outras	16
Total	100

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

A Psiquiatria foi a especialidade em que ocorreu a maior variação no tempo médio de internação de 2005 para 2006, sendo que em 2007 o Hospital Fátima deixou de atender esta especialidade. Nas demais especialidades, o tempo médio de internação apresentou pequenas variações. Como pode ser percebido na Tabela 12, que apresenta o tempo médio de internação por especialidade de atendimento entre 2005 e 2007, o encerramento da unidade psiquiátrica reduziu consideravelmente a média geral de internação (a redução foi de 25% de 2006 para 2007).

Tabela 12 ó Tempo médio de internação por especialidade no Hospital Fátima (2005 a 2007)

Especialidade	Tempo médio de internação (dias)		
	2005	2006	2007
Cirúrgica	4,62	5,24	4,69
Clínica	6,14	6,21	5,88
Obstétrica	2,10	2,08	2,02
Pediátrica	4,69	4,94	5,13
Psiquiátrica	8,27	11,01	-
Média Geral	5,16	5,90	4,43

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O Hospital Fátima atendeu somente pacientes conveniados ao Sistema de Saúde Suplementar no período pesquisado, por isso não há necessidade de se apresentar uma tabela com a composição do faturamento entre 2005 e 2007.

7.1.3 Hospital Geral

Tendo iniciado seu funcionamento em 19 de março de 1998, o Hospital Geral foi oficialmente constituído por meio do convênio nº. 334/97, celebrado entre o Estado do Rio Grande do Sul e a Fundação Universidade de Caxias do Sul (FUCS). Mediante este convênio, ficou definido que o Estado, por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde, delegava à FUCS a gestão do Hospital Geral de Caxias do Sul.

A construção do hospital iniciou em 1989, por iniciativa do poder público estadual, com apoio dos Sindicatos Reunidos de Caxias do Sul. Esse sindicato, que à época congregava diversos órgãos sindicais constituídos por trabalhadores de Caxias do Sul e da Região, arrecadou a contribuição de um dia de trabalho de cada trabalhador sindicalizado, com o objetivo de construir o Hospital do Trabalhador de Caxias do Sul. Um ano depois, a construção foi interrompida, por falta de liberação de recursos para sua continuidade.

Em 1994, a Universidade de Caxias do Sul (UCS), necessitando de um Hospital-Escola e desejando contribuir para que Caxias do Sul pudesse dispor de um hospital público, propôs a assinatura de convênio de sua mantenedora com o Estado do Rio Grande do Sul. A partir, desse convênio, a construção do prédio foi finalizada entre os anos de 1995 e 1996. Nos dois anos seguintes, o hospital foi equipado com recursos financeiros repassados pelo Estado e pela União, via REFORSUS, à FUCS, que gerenciou o planejamento do hospital e a aquisição e instalação de materiais permanentes necessários ao seu pleno funcionamento.

Em 1998, a Universidade assumiu a responsabilidade pela administração do Hospital Geral, cabendo-lhe, hoje, preservar o cumprimento de sua missão e de seus objetivos, prestar contas ao Estado e à sociedade dos recursos investidos e zelar por esse patrimônio público.

Na vigência do convênio, a FUCS garante, no Hospital Geral, atendimento universal e gratuito aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), disponibilizando desde pronto-atendimento ambulatorial de urgência até os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT). Já no Ambulatório Central da UCS, os usuários têm à disposição consultas médicas gratuitas nas áreas de atendimento básico e de especialidades.

O Hospital Geral está instalado num prédio de seis pavimentos, de aproximadamente 12.500 m², com instalações adequadas para atendimento nas áreas de obstetrícia/ginecologia, de neonatologia, de pediatria, de clínica médica, de cirurgia e de Pronto Socorro, bem como os serviços auxiliares de diagnóstico e de tratamento: oncologia, radiologia, ecografia, tomografia, mamografia, recreação infantil, anatomia patológica, eletroencefalografia, endoscopia, eletroneuromiografia, banco de olhos, análises clínicas, colonoscopia, ecocardiografia, dor torácica, agência transfusional, hemodiálise e hemodinâmica.

Dentre os serviços oferecidos pelo Hospital Geral, destaca-se o atendimento a gestantes de alto risco, às quais é oferecido, durante o período de gestação, apoio psicológico, nutricional, de orientação social e de saúde. Esse programa de apoio é voltado, especialmente, àquelas que provêm de famílias de baixa renda e que apresentam dificuldades socioeconômicas, sendo, no entanto, extensivo a todas as gestantes que o desejarem.

O Hospital Geral é certificado como Hospital Amigo da Criança o qual promove a adoção de práticas do aleitamento materno. É referência para o município e região. As mães são orientadas e apoiadas para o sucesso da amamentação desde o pré-natal até o puerpério,

aumentando dessa forma os índices de aleitamento materno exclusivo e continuado e reduzindo a morbimortalidade materna e infantil.

O Hospital Geral tem a missão de promover a assistência à saúde de forma humanizada e integrada a programas de ensino e pesquisa, oferecendo soluções às necessidades da comunidade regional através de profissionais comprometidos e de recursos tecnológicos eficientes, cumprindo seu papel social de forma competitiva e auto-sustentável.

O funcionamento do Hospital Geral é orientado pelos princípios de: garantia de atendimento universal e humanizado à comunidade; ética e integridade nas relações com clientes, fornecedores, órgãos públicos e privados; recursos humanos e tecnológicos adequados às necessidades da assistência, do ensino e da pesquisa; ações e estratégias competitivas buscando a qualidade no atendimento e a auto-sustentação; liderança e inovação no desenvolvimento de processos técnicos e científicos, na preservação do meio ambiente e na responsabilidade social.

Constituem público-alvo do Hospital Geral os cidadãos que demandam serviços do SUS, provenientes do município de Caxias do Sul e de toda a região de abrangência da 5ª Coordenadoria Regional da Saúde. Nesse atendimento são respeitados os princípios da universalidade (todos os usuários têm direito), da equidade (todos têm o mesmo direito), da integralidade (direito a todos os serviços) e da gratuidade (sem ônus para os usuários).

O Hospital Geral trabalha em articulação com a Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul e com a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, cujos pacientes não encaminhados para os necessários tratamentos médico-hospitalares. Para isso, é observada a seguinte metodologia de encaminhamento: se provenientes de Caxias do Sul, pelo Centro à Vida da Secretaria Municipal da Saúde e pelas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde; se residentes em outros Municípios, pelas Secretarias Municipais de Saúde, mediante prévio contato médico a médico.

Como Hospital de Ensino da Universidade de Caxias do Sul o Hospital Geral possui Programas de Residência Médica, aprovados pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação nas áreas de Obstetrícia e Ginecologia; Pediatria; Clínica Médica; Cirurgia Geral; Medicina de Família e Comunidade; Pneumologia; Infectologia; Pediatria; Gastroenterologia; Medicina do Esporte. Esses programas oferecem um total de 29 vagas anuais, e possuem credenciamento no Ministério da Educação, credenciamento este obtido em diferentes datas, conforme a área, entre os anos de 2003 e 2008.

A partir de sua condição de hospital de ensino, o Hospital Geral possibilita, ainda, o acompanhamento das atividades por parte de alunos dos cursos da área da saúde da

Universidade, desde que devidamente acompanhados por seus professores, respeitando o princípio de respeito aos pacientes, e em número que não interfira no bom funcionamento do hospital. Pela qualidade dos serviços prestados aos usuários, o Hospital Geral vem alcançando excelentes resultados na Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS, realizada anualmente pelo Ministério da Saúde.

As Tabelas 13 a 16 caracterizam o Hospital Geral quanto ao número de profissionais, de leitos, tempo médio de internação e composição financeira, no período de 2005 a 2007.

O Hospital Geral possuía 894 profissionais no ano de 2005, sendo 45 destes Médicos Residentes; em 2007 o quadro foi reduzido para 861 profissionais, dos quais 46 Médicos Residentes. Com as informações levantadas não foi possível identificar o nível de formação dos demais profissionais, conforme demonstrado na Tabela 13.

Tabela 13 ó Número de profissionais por formação do Hospital Geral (2005 a 2007)

Formação	Número de profissionais		
	2005	2006	2007
Geral	849	838	815
Médicos Residentes	45	42	46
Total	894	880	861

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

No ano de 2005 o Hospital Geral realizou 80.961 atendimentos, número que chegou a 88.219 em 2007, o que evidenciou um crescimento de 9% no período. A Tabela 14 demonstra a quantidade de atendimentos por especialidade de 2005 a 2007.

Tabela 14 ó Número de atendimentos por especialidade do Hospital Geral (2005 a 2007)

Especialidade	Número de atendimentos		
	2005	2006	2007
Ambulatorial	11.304	11.051	11.188
Internação	11.553	12.444	12.973
Cirúrgica	7.217	7.515	7.388
Urgência e Emergência	7.949	7.894	8.262
SADT ó Radiologia	25.214	28.532	28.987
SADT ó Tomografia	2.872	1.189	2.403
SADT ó Outros	14.852	17.117	17.018
Total	80.961	85.742	88.219

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O Hospital Geral possuía em 2005 um total de 240 leitos, reduzindo para 235 em 2006, permanecendo este número inalterado em 2007. A Tabela 15 demonstra a distribuição dos leitos no Hospital de acordo com a especialidade.

Tabela 15 ó Número de leitos por especialidade do Hospital Geral (2005 a 2007)

Especialidade	Número de leitos	
	2005	2006 e 2007
Cirúrgica	31	31
Clínica	83	83
Obstétrica	25	25
Pediátrica	51	35
Psiquiátrica	07	07
Outras	43	54
Total	240	235

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

A Tabela 16 demonstra o tempo médio de internação por especialidade de atendimento entre 2005 e 2007. Através da análise dos dados percebe-se que o tempo médio de internação reduziu-se em 22% com o passar dos anos.

Tabela 16 ó Tempo médio de internação por especialidade no Hospital Geral (2005 a 2007)

Especialidade	Tempo médio de internação (dias)		
	2005	2006	2007
Cirúrgica	5,17	4,38	4,67
Clínica	7,39	5,09	4,87
Obstétrica	3,04	2,69	2,91
Pediátrica	4,00	4,48	4,43
Psiquiátrica	27,57	30,03	20,87
Outras	8,48	4,83	5,60
Média Geral	9,28	8,58	7,23

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O Hospital Geral atende somente a pacientes direcionados pelo SUS, por isso não será apresentada uma tabela demonstrando a composição de faturamento entre 2005 e 2007.

7.1.4 Hospital Pompéia

O Hospital Pompéia é uma associação civil sem fins lucrativos, mantida pelo Pio Sodalício das Damas de Caridade e foi organizado mediante trabalho comunitário liderado por senhoras da sociedade caxiense. Essa entidade nasceu de um grupo que tinha o objetivo de angariar fundos para a construção do altar-mor da Igreja Matriz Santa Tereza, ainda no período em que Caxias do Sul se organizava para tornar-se município (TONET; TONET, 1998).

Tendo alcançado seu objetivo inicial, o grupo de senhoras organizou-se oficialmente como sociedade ligada à Igreja Católica, fundando em 1913 a Associação Damas da Caridade, que direcionou seus esforços para a criação de um hospital, o que era, na época, a grande necessidade dos habitantes de Caxias e da região, em vista da ausência do poder público no atendimento à saúde⁶.

O Hospital Nossa Senhora de Pompéia foi fundado no dia 24 de junho de 1920, com a missão de atender aos necessitados, na época denominados carentes ou indigentes. Localizou-se inicialmente em um palacete e três casas contíguas, adquiridas pela Associação, tendo esse espaço sido bastante ampliado em 25 de dezembro de 1940, quando foi inaugurado o novo prédio, onde atualmente é o bloco central do Hospital. No período entre 1970 e 1974, foi construída uma nova ala do prédio junto à já existente, em área doada pelo Município de Caxias do Sul. Posteriormente, com a participação da comunidade, novos espaços foram incorporados ao Pompéia, que conta hoje com ampla e qualificada infraestrutura física, adequada ao excelente trabalho que presta (TONET; TONET, 1998).

Em 1963, a Associação mantenedora do hospital, adaptando-se à legislação canônica, passou a denominar-se Pio Sodalício Damas da Caridade, com o objetivo de caracterizar uma irmandade de leigos católicos e de evidenciar que o Hospital é uma obra social da Igreja Católica, ligada ao Bispado (TONET; TONET, 1998).

⁶ Caxias do Sul, criada oficialmente em 1890, não dispunha, na época, de locais específicos para o atendimento de doentes. A primeira instituição criada com esta finalidade foi o Hospital Pompéia, em 1920, seguida da Casa de Saúde do Dr. Carbone, de 1926, que se localizava na própria residência do médico e que foi utilizada, posteriormente, de 1931 a 1933, para a instalação do Hospital Saúde enquanto este construía o prédio onde atualmente se localiza (BRUGALLI, 1995).

A partir de sua criação, o Hospital foi administrado e atendido por religiosas da Congregação de São José até o ano de 1969, quando passou a ser gerido por leigos. Em 1989, a Sociedade Beneficente São Camilo assumiu a orientação administrativa do Pompéia, indicando profissionais com especialização em administração hospitalar para a direção da instituição (TONET; TONET, 1998).

Como associação sem fins lucrativos, e em atendimento à legislação específica, o Hospital Pompéia destina 60% da capacidade instalada ao atendimento dos pacientes do SUS.

Este hospital foi reconhecido em novembro de 2007, pelo Ministério da Educação e Cultura e pelo Ministério da Saúde, como Hospital de Ensino, formando médicos nas áreas de cirurgia geral, clínica médica, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia e nefrologia. Além disso, a partir de 2008, iniciou atividades em pesquisa.

O Pompéia atesta, com sua caminhada histórica, a força de uma comunidade organizada na solução de problemas não solucionados pelo poder público, e constitui-se em motivo de orgulho para a cidade e a região, sendo hoje hospital de grande porte e referencial na área de diagnósticos e de alta complexidade cirúrgica.

As Tabelas 17 a 21 caracterizam o Hospital Pompéia quanto ao número de profissionais e de leitos, ao tempo médio de internação e à composição financeira, no período de 2005 a 2007.

A Tabela 17 apresenta o número de profissionais do Hospital Pompéia de acordo com sua formação, entre 2005 e 2007. Destaca-se o crescimento no número dos profissionais de nível superior (33%) e a redução dos profissionais de ensino médio e fundamental (7 e 13%, respectivamente).

Tabela 17 ó Número de profissionais por formação do Hospital Pompéia (2005 a 2007)

Formação	Número de profissionais		
	2005	2006	2007
Nível Superior (excetuando-se médicos)	170	188	226
Nível Técnico	258	309	265
Ensino Médio	227	213	211
Ensino Fundamental	172	162	149
Médicos Residentes	25	26	28
Médicos Contratados	10	12	16
Total	862	910	895

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

No ano de 2005, o Hospital Pompéia realizou 153.415 atendimentos, passando a 215.683 em 2006 e a 238.448 em 2007, evidenciando um crescimento de 55% no período de 2005 a 2007. A Tabela 18 demonstra a quantidade de atendimentos por especialidade nos períodos de 2005 a 2007.

Tabela 18 ó Número de atendimentos por especialidade do Hospital Pompéia (2005 a 2007)

Especialidade	Número de atendimentos		
	2005	2006	2007
Ambulatorial	54.342	49.694	50.190
Internação	15.862	16.143	16.406
Cirúrgica	12.128	12.186	12.933
Urgência e Emergência	37.524	49.694	50.190
SADT ó Radiologia	19.120	55.063	65.014
SADT ó Ressonância	8.562	12.615	14.364
SADT ó Tomografia	5.877	8.901	9.861
SADT ó Outras	-	11.387	19.490
Total	153.415	215.683	238.448

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

A Tabela 19 demonstra a distribuição dos leitos no Hospital Pompéia, de acordo com a especialidade. Conforme pode ser observado, apenas um leito de psiquiatria foi criado depois de 2005.

Tabela 19 ó Número de leitos por especialidade do Hospital Pompéia (2005 a 2007)

Especialidade	Número de leitos	
	2005	2006 e 2007
Cirúrgica	146	146
Clínica	120	120
Obstétrica	11	11
Pediátrica	07	07
Psiquiátrica	17	18
Total	301	302

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Do ano de 2005 para o de 2007, o tempo médio de internação na psiquiatria teve um aumento de 11%; o tempo médio de internação na obstetrícia permaneceu inalterado, enquanto que nas demais especialidades houve redução (20% na cirúrgica, 9% na clínica e 23% na pediatria). A Tabela 20 apresenta o tempo médio de internação por especialidade de atendimento, no período de 2005 a 2007.

Tabela 20 ó Tempo médio de internação por especialidade no Hospital Pompéia (2005 a 2007)

Especialidade	Tempo médio de internação (dias)		
	2005	2006	2007
Cirúrgica	5,60	4,70	4,50
Clínica	7,00	6,80	6,40
Obstétrica	2,30	2,30	2,30
Pediátrica	8,70	7,50	6,70
Psiquiátrica	18,60	22,70	20,60
Média Geral	8,44	8,80	8,10

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

O Hospital Pompéia atende pacientes do Sistema Único de Saúde, bem como do Sistema Suplementar de Saúde e do Sistema de Desembolso Direto. A Tabela 21 evidencia a participação de cada um dos sistemas na composição do faturamento total do Hospital.

Tabela 21 ó Composição do faturamento do Hospital Pompéia (2005 a 2007)

Sistema de Saúde	Composição do faturamento		
	2005	2006	2007
Sistema de Saúde Suplementar	60%	61%	62%
Sistema de Desembolso Direto	3%	3%	3%
Sistema Único de Saúde	37%	36%	35%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

7.1.5 Hospital Saúde

O Hospital Saúde é hoje uma entidade privada, de propriedade de um grupo de médicos, com larga história de serviços na área da saúde. Sua história, relatada por Alvino Melquides Brugalli a partir de pesquisa documental e de depoimentos, indica ter havido, ao longo do tempo, desde a criação do Hospital, várias e grandes mudanças em termos de natureza jurídica, propriedade e até de finalidade de prédio (BRUGALLI, 1995).

Com o nome de Hospital Beneficente Santo Antônio este estabelecimento foi fundado em 1931, na forma de uma sociedade beneficente, constituída por um grupo de cidadãos caxienses e aberta à associação de interessados, mediante aquisição de ações. O Hospital, que iniciou suas atividades ainda naquele ano, funcionou provisoriamente na Casa de Saúde do Dr. Carbone. Posteriormente, possivelmente entre 1932 e 1933, foi deslocado para prédio próprio, em belo conjunto arquitetônico construído com recursos provenientes das ações e de donativos, em terreno adquirido de Francisco Oliveira e sua esposa. A Direção interna do Hospital foi exercida, desde sua criação, por religiosas da Congregação de São José.

No ano de 1943, o Hospital foi vendido à Mello & Cia. Ltda., empresa formada por médicos que já atuavam no Hospital. É justamente nessa fase que deixa de ser sociedade beneficente, tornando-se uma organização particular, preservando o nome e os direitos dos sócios, a fim de que os objetivos propostos quando da criação do hospital não se desviassem. Os novos proprietários modificaram sua direção interna, entregando a administração à Congregação de São Carlos.

Em 1945, o Hospital foi novamente vendido, desta feita à empresa Leonardelli & Cia Ltda., a qual transformou o prédio do Hospital no luxuoso Caxias Hotel, que funcionou até o ano de 1954. Em 25 de agosto de 1954, o Caxias Hotel foi adquirido pelas irmãs de São José, retornando, desta forma, à sua trajetória no atendimento à saúde e passando a ser denominado Hospital Nossa Senhora da Saúde, destinado como um anexo ao treinamento das alunas da Escola de Enfermagem Madre Justina Inês. Com a transferência do Curso de Enfermagem para a Universidade de Caxias do Sul, tendo em vista viabilizar a criação dessa instituição de ensino superior, a Congregação de São José decidiu por à venda as instalações do Hospital.

O Hospital Nossa Senhora da Saúde foi vendido em setembro de 1974. Os novos proprietários, médicos que já trabalhavam no Hospital, modificaram a razão social, surgindo então a denominação Hospital Saúde Ltda., permanecendo o nome "Saúde" em respeito à história anterior mais recente. Logo após a aquisição, foram providenciadas ampliações físicas e após o término do pagamento das prestações assumidas com os antigos proprietários, o Hospital Saúde passou a investir em equipamentos para atender às necessidades dos pacientes.

Em 1982, o Saúde já oferecia 180 leitos, e tinha ocupação média de cerca de oitenta por cento. Em 1985, as salas cirúrgicas passaram de quatro para oito, indicando sua vocação para essa complexa área. A procura do Hospital por pacientes que se submetiam a cirurgias eletivas, exigindo melhores acomodações em lugar das enfermarias tradicionais, forçou a redução de leitos para 165.

Também com o objetivo de prestar serviços mais qualificados, foi ampliada a Unidade de Tratamento Intensivo, bem como foram instaladas mais duas salas cirúrgicas, além de um centro obstétrico e da maternidade, o que exigiu os decorrentes investimentos na área de pediatria e determinou a criação de um Plano de Acidente de Trabalho.

Atualmente, o Hospital Saúde conta com 139 leitos, distribuídos em 60 suítes e apartamentos, 15 quartos individuais, 30 quartos semiprivativos e 34 leitos de enfermaria, atendendo a especialidades como: cirurgia vascular e periférica, neurocirurgia, urologia, oncologia, plástica, otorrinolaringologia, oftalmologia, cirurgia geral com ênfase na gastroenterologia, videocirurgia, ortopédico-traumatológica, obstetrícia e ginecologia, além das especialidades clínicas.

O bloco cirúrgico dispõe de 11 salas para atendimento dos mais variados procedimentos, e o centro obstétrico conta com três salas. Em período de movimento normal, são realizados, em média, mais de cem atendimentos por mês no centro obstétrico.

O Hospital Saúde não disponibilizou os registros do período 2005-2007 para a pesquisa. Desta forma, fica prejudicada a caracterização quanto ao número de atendimentos, tempo médio de internação e composição do faturamento. As Tabelas 22 e 23 caracterizam o Hospital Saúde quanto ao número de profissionais e de leitos, de acordo com os dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2009a).

O Hospital Saúde possuía 390 profissionais no ano de 2007. Além dos profissionais com vínculo empregatício, foi também relatada a participação de 414 médicos autônomos que colaboravam nos atendimentos e procedimentos na instituição. Na Tabela 22 pode ser observado o nível de formação dos profissionais do Saúde.

Tabela 22 ó Número de profissionais por formação do Hospital Saúde (2007)

Formação	Número de profissionais
Nível Superior (excetuando-se médicos)	30
Nível Técnico	199
Ensino Médio	160
Médicos Contratados	01
Total	390

Fonte: Elaboração própria, baseado nos dados disponibilizados no CNES (BRASIL, 2009a).

No ano de 2007 o Hospital Saúde possuía 139 leitos. A Tabela 23 demonstra a distribuição dos leitos no Hospital, de acordo com a especialidade.

Tabela 23 ó Número de leitos por especialidade do Hospital Saúde (2007)

Especialidade	Número de leitos
Cirúrgica	51
Clínica	40
Obstétrica	13
Pediátrica	13
Outras	22
Total	139

Fonte: Elaboração própria, baseado nos dados disponibilizados no CNES (BRASIL, 2009a).

7.1.6 Clínica Paulo Guedes

A Clínica Psiquiátrica Paulo Guedes Ltda., especializada em doenças mentais, foi fundada em 1971, em Ana Rech, distrito de Caxias do Sul, sendo oficialmente inaugurada no ano de 1972 e tendo como fundadores os médicos Antonio Tadeu Bonalume, Domenico Castagnoto e Jaime Daisson.

Inicialmente o regime de atendimento era de caráter particular, e a clínica contava com 100 leitos. Em 1974, foi firmado convênio com o então denominado Instituto Nacional da Previdência Social ó INPS, com a finalidade de prestar atendimento a um maior número de pacientes portadores de deficiências mentais, convênio que atualmente persiste com o SUS.

Gradativamente, o número de leitos foi aumentando em função da demanda de pacientes de toda a região, o que gerou a necessidade de criação de uma unidade feminina. Assim, com o passar dos anos, a Clínica Paulo Guedes tornou-se referência como hospital especializado para o SUS, atendendo a homens e mulheres acometidos de quadros de psicose crônica e aguda, além de homens com sintomas de dependência alcoólica. Por algum tempo, a Clínica também se prestou à reabilitação de adictos a substâncias químicas, trabalho que foi interrompido no ano de 2003.

Durante o ano de 2004, a Clínica Paulo Guedes viu-se forçada a passar por uma extensa reformulação, em decorrência da mudança na política nacional voltada aos hospitais psiquiátricos. Para adequar-se à nova regulamentação, a instituição teve que reduzir o número de leitos destinados ao SUS, o que fez com que houvesse uma perda substancial de faturamento no período. Para compensar a queda de receita, a Clínica Paulo Guedes decidiu abrir uma unidade para o atendimento a pacientes psiquiátricos conveniados aos planos de saúde da região, passando então a atender também ao Sistema de Saúde Suplementar.

Por não constarem nos registros de gestão da Clínica, não foram disponibilizadas informações quanto ao número de profissionais, número de leitos e tempo médio de internação referentes aos anos de 2005 e 2006, tampouco foram divulgados dados sobre a composição do faturamento, discriminando o percentual relativo aos atendimentos vinculados ao Sistema Único de Saúde, Sistema Suplementar de Saúde e Sistema de Desembolso Direto.

A Clínica Paulo Guedes contava em 2007 com 120 profissionais, discriminados por formação na Tabela 24.

Tabela 24 ó Número de profissionais por formação da Clínica Paulo Guedes (2005 a 2007)

Formação	Número de profissionais
Nível Superior (excetuando-se médicos)	18
Nível Técnico	70
Ensino Fundamental	22
Médicos Contratados	10
Total	120

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

No ano de 2007 foram realizados 2.570 atendimentos, com um tempo médio de internação de 30 dias, e o Hospital contava com 300 leitos.

7.1.7 Caracterização Geral dos Hospitais Participantes

A partir das informações levantadas a respeito da rede hospitalar de Caxias do Sul, é possível destacar a absoluta ausência do poder público enquanto mantenedor de unidades de atendimento hospitalar. Em razão dessa lacuna, foram sendo construídas pela própria comunidade alternativas que buscaram suprir as necessidades de atendimento hospitalar para a população do município e de municípios vizinhos. Assim, conforme caracterização acima apresentada, todos os hospitais estudados são instituições privadas, sendo dois deles com fins lucrativos e quatro entidades beneficentes sem fins lucrativos. Desses últimos, pode-se afirmar que todos representam experiências diferenciadas nascidas do empreendedorismo da comunidade caxiense. Além disso, pode-se ainda, destacar que cada um deles apresenta especificidades na forma como se constituíram: o Círculo, criado e mantido por uma entidade associativa, constituída por religiosos e operários caxienses; o Fátima, fundado por um empreendedor, cuja história se confunde com a da cidade e da região; o Geral, hospital de origem pública e de propriedade do estado, administrado por uma fundação de direito privado; e o Pompéia, organizado a partir de trabalho comunitário liderado por senhoras da sociedade caxiense. De acordo com as informações extraídas do CNES (BRASIL, 2009a), dos

seis hospitais participantes da pesquisa, cinco deles são considerados hospitais gerais e um hospital especializado; três hospitais possuem atividade de ensino e pesquisa. O Quadro 6 evidencia estas informações.

Quadro 6 ó Caracterização geral dos hospitais participantes

Descrição	Hospital					
	Círculo	Fátima	Geral	Pompéia	Saúde	Paulo Guedes
Natureza da Organização						
Entidade Privada sem Fins Lucrativos						
Entidade Privada com Fins Lucrativos						
Tipo de Unidade						
Hospital Especializado						
Hospital Geral						
Atividade de Ensino/Pesquisa						
Hospital de Ensino						
Hospital Auxiliar de Ensino						
Hospital Universitário						

Fonte: Elaboração própria, baseado nos dados disponibilizados no CNES (BRASIL, 2009a).

Em 2007, os seis hospitais participantes do estudo contavam com 3.516 profissionais, não sendo possível apurar os números relativos aos anos de 2005 e 2006 por não terem sido disponibilizadas (ND) as informações correspondentes pelo Hospital Saúde e Clínica Paulo Guedes. Destaca-se que no número de profissionais está contabilizado somente o corpo clínico com vínculo empregatício, embora seja característica do segmento hospitalar que grande grupo de profissionais médicos apenas utilize o hospital para desenvolver suas atividades remuneradas pelos sistemas de saúde suplementar ou de desembolso direto. A Tabela 25 demonstra de forma detalhada o número de profissionais no período de 2005 a 2007.

Tabela 25 ó Número de profissionais nos hospitais estudados (2005 a 2007)

Número de profissionais	2005	2006	2007
Hospital do Círculo	448	436	432
Hospital Fátima	391	395	439
Hospital Geral	894	880	861
Hospital Pompéia	862	910	995
Hospital Saúde	ND	ND	390
Clínica Paulo Guedes	ND	ND	120
Total	3.105	3.131	3.237

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa e disponibilizados no CNES (BRASIL, 2009a).

O Hospital Pompéia foi o que realizou o maior número de atendimentos nos três anos estudados. Dados correspondentes a esse item não foram disponibilizados pelo Hospital Saúde para os três anos estudados, nem pela Clínica Paulo Guedes para 2005 e 2006. Em 2007, os hospitais participantes do estudo, excluído o Hospital Saúde, realizaram um total de 620.288 atendimentos. A Tabela 26 apresenta o número de atendimentos no período de 2005 a 2007 dos hospitais pesquisados.

Tabela 26 ó Número de atendimentos nos hospitais estudados (2005 a 2007)

Número de atendimentos	2005	2006	2007
Hospital do Círculo	69.323	160.384	162.806
Hospital Fátima	116.882	121.641	128.245
Hospital Geral	80.961	85.742	88.219
Hospital Pompéia	153.415	215.683	238.448
Hospital Saúde	ND	ND	ND
Clínica Paulo Guedes	ND	ND	2.570
Total	420.581	583.450	620.288

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Os seis hospitais participantes da pesquisa possuíam 1.203 leitos em 2007. Não foi disponibilizada (ND) a quantidade de leitos nos anos de 2005 e 2006 no Hospital Saúde e na Clínica Paulo Guedes, o que impediu o cálculo da evolução do número de leitos no período estudado. A Tabela 27 discrimina o número de leitos no período de 2005 a 2007 nos hospitais pesquisados.

Tabela 27 ó Número total de leitos nos hospitais estudados (2005 a 2007)

Número de leitos	2005	2006	2007
Hospital do Círculo	144	136	136
Hospital Fátima	100	100	100
Hospital Geral	240	235	235
Hospital Pompéia	301	302	302
Hospital Saúde	ND	ND	136
Clínica Paulo Guedes	ND	ND	300
Total	785	773	1.209

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa e dados disponibilizados no CNES (BRASIL, 2009a).

O Hospital Saúde e a Clínica Paulo Guedes não forneceram informações quanto à composição do faturamento em relação ao número de atendimentos pelo Sistema Único de Saúde, Sistema de Saúde Suplementar e Sistema de Desembolso Direto. Segundo o CNES (BRASIL, 2009a), a Clínica Paulo Guedes atende aos três sistemas. Entretanto, o Hospital Saúde atende somente ao Sistema de Saúde Suplementar e Sistema de Desembolso Direto.

No Hospital Fátima, 100% dos atendimentos estão vinculados ao Sistema de Saúde Suplementar, bem como 100% dos atendimentos realizados no Hospital Geral estão vinculados ao Sistema Único de Saúde. O Hospital Pompéia atende aos três sistemas: Sistema Único de Saúde, Sistema de Saúde Suplementar e Sistema de Desembolso Direto. O Quadro 7 evidencia a composição do faturamento dos hospitais participantes da pesquisa.

Quadro 7 ó Composição do faturamento nos hospitais estudados (2005 a 2007)

Composição do faturamento	Hospital					
	Círculo	Fátima	Geral	Pompéia	Saúde	Paulo Guedes
Sistema Único de Saúde						
Sistema de Saúde Suplementar						
Sistema de Desembolso Direto						

Fonte: Elaboração própria, com base em dados disponibilizados no CNES (BRASIL, 2009a).

7.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS E REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Para preservar a confidencialidade das informações específicas de cada hospital, a identificação dos seis entrevistados foi codificada utilizando-se uma ordem definida de acordo com a data da realização das entrevistas; consequentemente, o primeiro entrevistado será designado por E1, o segundo por E2, e assim sucessivamente.

As entrevistas foram agendadas com antecedência por meio de contato com as secretarias das instituições, e foram realizadas no período de outubro de 2008 a fevereiro de 2009, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Para possibilitar posterior transcrição literal, todas as entrevistas foram gravadas em meio magnético, estando os

entrevistados plenamente cientes deste fato. O Quadro 8 detalha a data de realização e o tempo de duração de cada entrevista.

Quadro 8 ó Data de realização e tempo de duração das entrevistas

Código do Entrevistado	Data da Entrevista	Duração da Entrevista (min)
E1	25/09/2008	42
E2	07/10/2008	15
E3	09/10/2008	20
E4	22/10/2008	20
E5	19/01/2009	35
E6	23/02/2009	23
Duração Média das Entrevistas (min)		26

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Todos os entrevistados são graduados, sendo que dois deles possuem diploma de graduação em dois cursos superiores. Os entrevistados são graduados em Administração de Empresas, Administração Hospitalar, Direito, Enfermagem, Farmácia e Medicina. Cinco dos entrevistados (83%) são pós-graduados em nível de especialização, e dois deles são Mestres em Administração de Empresas (33%). Os cursos de especialização dos entrevistados foram realizados em Administração Hospitalar, Auditoria em Saúde, Gestão Empresarial, Gestão de Negócios Imobiliários e Saúde Pública.

Cinco dos seis entrevistados ocupam seus cargos há mais de cinco anos, sendo que um deles está há 21 anos exercendo suas funções. O outro entrevistado está há apenas um ano no cargo. Três dos entrevistados são Superintendentes de suas instituições, enquanto dois são Diretores Administrativos e um é Diretor Geral⁷.

Conforme mencionado anteriormente, tendo em vista que os entrevistados poderiam não ter o pleno conhecimento dos conceitos referentes ao assunto pesquisado, foram elaboradas e apresentadas definições sobre inteligência competitiva e tecnologia da informação. Este material foi apresentado em todas as entrevistas, de forma a minimizar dispersões e suposições errôneas a respeito do assunto.

⁷ Depois da realização das entrevistas, houve mudanças em duas das instituições pesquisadas, sendo indicados novos gestores para os respectivos hospitais.

Por determinação de uma das instituições visitadas, o projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa daquela instituição, tendo sido aprovado em 04 de dezembro de 2008. O projeto foi então registrado no Sistema Nacional de Informações de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) do Conselho Nacional de Saúde, órgão ligado ao Ministério da Saúde, sob o número 0050401123-08. Este número identifica o projeto de forma única e corresponde ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE); o CAAE, segundo o SISNEP, dá respaldo ao pesquisador e segurança aos sujeitos envolvidos na pesquisa, pois demonstra que o projeto foi apreciado e está dentro da regulamentação ética nacional (BRASIL, 2009c).

7.3 ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

A metodologia de análise de conteúdo permite ao pesquisador aprofundar a compreensão do fenômeno que investiga a partir de uma análise rigorosa e criteriosa da informação constante dos textos que constituem o corpus de pesquisa (MORAES, 1998). No caso específico da presente pesquisa, o corpus analisado foram as respostas obtidas nas entrevistas realizadas com os administradores dos Hospitais do Círculo, Fátima, Geral, Pompéia, Saúde e Clínica Paulo Guedes.

Conforme mencionado, as respostas obtidas nas entrevistas foram gravadas, mediante autorização dos entrevistados, e após foram transcritas literalmente pelo pesquisador, buscando criar condições para aprofundamento da análise. A partir disso, foram organizadas unidades de análise ou unidades de registro, que, conforme Moraes (1994), se constituem em fragmentos de conteúdo com unidades de significado a serem posteriormente categorizados.

Moraes (1994) adverte que a fragmentação do corpus de pesquisa precisa ser feita com o máximo rigor, uma vez que sempre representa uma perda de informação. É preciso, ainda, estar consciente de que toda a leitura é uma interpretação e de que não há como captar toda a informação do texto, já que, pelas inúmeras leituras possíveis, nenhuma delas consegue captar o significado completo.

De posse das unidades de análise foi feita a categorização, utilizando-se um processo denominado comparação constante das unidades conforme sugerido por Lincoln e Guba

(1985 apud MORAES, 1994), considerando que as categorias não estavam definidas a priori, mas emergiram da própria análise do conteúdo das questões da entrevista, em confronto com a teoria adotada. Também tiveram importante papel na elaboração das categorias os construtos teóricos que haviam embasado a formulação das perguntas utilizadas no questionário elaborado por Saayman et al. (2008).

Considerando os objetivos deste trabalho, foram organizadas as categorias explicitadas a seguir, e que, em síntese, buscaram identificar/descrever: se os entrevistados consideram que o segmento hospitalar é competitivo; que importância atribuem ao acompanhamento dos movimentos de outros hospitais; qual a compreensão que têm do conceito de IC; como aplicam os princípios de IC nos hospitais que administram; que fontes utilizam para coleta de informações do ambiente externo; como percebem a disponibilidade de Tecnologia da Informação nos hospitais; como lidam com as exigências de controle interno e com as necessidades de IC; e, finalmente, como percebem a gestão hospitalar e as possibilidades de inovação.

7.3.1 Percepção de competitividade no segmento hospitalar

Para que se pudesse determinar a importância da utilização da IC para as instituições hospitalares, primeiramente foi necessário investigar se os entrevistados consideram que o segmento hospitalar é competitivo. Na análise da percepção que os entrevistados têm sobre a existência de competição entre hospitais, é importante separar os hospitais pesquisados em dois grupos: aqueles que prestam serviços exclusivamente ao SUS ou o têm como principal financiador dos seus serviços; e os que não são credenciados ao SUS ou não o têm como principal financiador de seus serviços.

Para os hospitais que prestam serviços exclusivamente ao SUS ou o têm como principal financiador dos seus serviços, o segmento hospitalar não foi reconhecido como competitivo, o que, portanto, não configuraria concorrência entre determinados hospitais.

[...] competitivo eu não diria, porque a nossa característica do hospital, por ser um hospital que atende 100% SUS, ele não tem muita competitividade com os demais (E1).

[...] nós não trabalhamos com concorrência porque temos um contrato de prestação de serviço que nossa entidade é uma entidade privada que exerce uma função de prestadora para o SUS (E6).

A inexistência de competitividade foi também associada ao nível de desenvolvimento do município de Caxias do Sul, tido como capaz de atrair pacientes de outras partes do Estado do Rio Grande do Sul, favorecendo a ocupação dos hospitais locais credenciados ao SUS.

[...] competitividade não existe de forma alguma, não existe. Existe é Caxias cada vez mais se salientando no estado. O que acaba, de certa forma, canalizando pacientes de todo estado para cá [...]. Então, nesse sentido, Caxias, e o nosso Hospital, está virando um pólo estadual de saúde (E1).

Este depoimento vem em consonância ao destaque dado a Caxias do Sul em levantamentos como o do IDESE, realizado pela FEE (RIO GRANDE DO SUL, 2009). No referido indicador, conforme descrito anteriormente, o município é apontado como o mais desenvolvido do estado do Rio Grande do Sul nos seis últimos levantamentos. Nesse caso, a instituição hospitalar credenciada ao SUS não disputaria clientes com outras instituições do ramo, uma vez que receberia a clientela para atendimento, dentro de uma estratégia de direcionamento estabelecida pelos órgãos gestores da saúde pública para uma cidade que tem a gestão plena em saúde.

[...] nós não buscamos cliente, o cliente vem a nós. [...] São serviços estratégicos que o estado, juntamente com o município, determina: esse serviço vai para o Hospital A, esse vai para o Hospital B, e assim por diante. Então, não existe competição, existe um pensamento estratégico, e atendemos naquilo que somos mais focados (E1).

[Este hospital] ficou estrategicamente dentro do estado num ponto que atende todos esses 270 municípios. [...] O município manda tudo aqui, nós temos um contrato específico, casos de Caxias vêm direto para cá (E6).

Como pode ser percebido, a estratégia dos gestores da saúde pública foi citada nos dois depoimentos; no caso do hospital administrado por E6, pode-se até supor que desta estratégia derive a orientação estratégica do próprio hospital de manter o monopólio dos atendimentos na região.

Foi citado, ainda, que o estabelecimento de concorrência entre hospitais que prestam serviços ao SUS poderia prejudicá-los.

[...] eu vejo, frequentemente, hospitais tentarem concorrência um com o outro, e acabam os dois sendo prejudicados. Há algum tempo atrás, quando surgiu a tomografia, alguns hospitais de uma mesma cidade extremamente pequena colocavam dois tomógrafos, [...] na época era coisa de luxo; e acabavam os dois concorrendo, e muitas vezes brigavam..., e acabavam os dois falindo (E1).

Interessante destacar que o estabelecimento de concorrência, neste caso, foi comparado com uma briga em que ambos os envolvidos sofrem prejuízos. Contudo, poderia se admitir que uma eventual concorrência pelo paciente do SUS seria uma forma de tentar viabilizar o pagamento dos custos fixos de um hospital, os quais representam os maiores gastos de uma instituição desta natureza. De acordo com Machline (2007), apenas os custos fixos associados a pessoal correspondem a 50% dos custos totais de um hospital.

[...] e aí concorrendo pelo paciente SUS, porque, de uma forma ou outra, ele dá fluxo de atendimento e viabiliza o custo fixo (E1).

Isso porque os hospitais credenciados ao SUS podem encontrar grandes dificuldades para obter resultados que permitam o reinvestimento no negócio.

[...] a nossa missão aqui é que, pelo menos, o serviço se pague. Se sobrar uma margenzinha para que possa reinvestir, beleza! Mas, no SUS, margens quase nem existem. Só os serviços de alta complexidade são remunerados de uma maneira um pouquinho diferente, mas em média, eles praticamente empatam ou perdem. Então, a gente primeiro pensa nisso: ãesse serviço se paga, pelo menos?ö. õSimö. õExiste a necessidade do município, ou da região?ö (E1).

É importante referir ainda que no caso do hospital psiquiátrico, uma determinação governamental vinculada ao movimento antimanicomial impede a existência de concorrência em Caxias do Sul.

Como hospital, o nosso não tem concorrência [...] porque, a partir de [19]92, saiu uma portaria proibindo a abertura de novos hospitais psiquiátricos; o objetivo do governo é... eles têm um programa antimanicomial, que é o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos. Só que a necessidade apresentou outra realidade, [...] não dá para a gente trabalhar sem hospital (E6).

Por outro lado, a redução de leitos destinados ao SUS ocorrida em 2004, conforme destacado no tópico 7.1.6, fez com que o hospital psiquiátrico também buscasse credenciamento a convênios privados como fonte de receita. Isso implicou a disputa pelo mercado com clínicas do ramo.

[...] como não se abriu mais hospitais, foram abertas algumas clínicas dentro de outros hospitais. Mas não com o intuito hospitalar. Então o que acontece: essas clínicas passam, perante não o SUS, mas convênios, a exercer uma concorrência, que nós também temos esse serviço para prestar perante os convênios (E6).

Já para o grupo de hospitais que não são credenciados ao SUS ou que não o têm como o principal financiador, ficou evidenciada a percepção da existência de concorrência pelo mercado. Nesse sentido, estes hospitais podem ser parte de uma engrenagem movimentada primeiramente por operadoras de planos de assistência à saúde. Cria-se, assim, um raciocínio

de empresa e o hospital acompanha os movimentos da operadora de planos de saúde de sua instituição, e a concorrência se estabelece entre as operadoras.

Caxias é um pouco atípico em relação à área da saúde, porque como tem três hospitais que têm planos de saúde próprios, e são hospitais que têm as estratégias voltadas para o seu plano de saúde, o marketing tá muito mais voltado para o plano de saúde do que para o hospital, porque, na verdade, quem alimenta o hospital são os usuários dos planos (E5).

O hospital não tem, por questões econômicas, um grande investimento de marketing. Então ele faz um investimento focal dentro daquele investimento em produto que o grupo [de assistência à saúde] está fazendo no momento (E3).

O nosso plano [de saúde] [...] aumentou o número de atendimentos [no hospital], mas o fundamental pra nós, no nosso raciocínio de empresa, era aumentar o número de empresas que contratassem [o plano de saúde]. [...] Vamos trabalhar com o raciocínio econômico? Quanto mais empresas eu tiver, e menos atendimentos eu tiver, melhor. O principal para nós, no raciocínio de empresa, de investimento, era trabalhar com um maior número de empresas. Então nós fizemos um planejamento de crescimento, e inclusive invadimos áreas como Flores da Cunha, São Marcos e Farroupilha (E3).

[...] trouxemos cirurgias que não eram feitas no nosso hospital, muitas delas até por exigência de termos um plano de saúde, porque nós queremos explorar ao máximo a nossa estrutura própria. Então como [esta instituição] também tem um plano de saúde, precisa fazer com que o seu hospital trabalhe para ele prioritariamente (E4).

A relação do hospital com o nosso plano é de fornecedor, cliente-fornecedor (E4).

Talvez fique um pouco confuso [...], porque eu não estou tratando de um hospital que está desvinculado de uma operadora. Nós somos um hospital filantrópico, prestador de serviço para uma operadora privada, e que 98% da demanda do hospital vem dessa operadora. Claro que a estratégia maior é tomada em conjunto com quem mais alimenta esta instituição (E5).

É curioso perceber que, neste raciocínio de empresa, podem se estabelecer necessidades opostas dentro de um mesmo grupo de saúde: enquanto para o hospital é fundamental manter a ocupação de seus leitos, a fim de garantir faturamento para viabilizar seus custos fixos, para o plano de saúde é desvantajoso prestar assistência, pois isso implica gastos. De qualquer forma, para estes hospitais, o segmento é reconhecido como competitivo, principalmente pela disputa de mercado travada pelas operadoras privadas de assistência à saúde; isto se evidencia pela utilização de termos associados a batalhas como *invadimos*⁸ (mencionado por E3). Seguem demonstrações do quanto os administradores entrevistados se preocupam com a concorrência estabelecida no mercado local.

⁸ Invadir, de acordo com Ferreira (2004), pode significar conquistar, ocupar ou entrar à força ou hostilmente em algum lugar; difundir-se, alastrar-se ou espalhar-se por algum lugar; dominar, tomar, usurpar ou apoderar-se violentamente de algo.

Nós concorremos com a [Operadora X], porque tem um hospital, e com os planos de saúde que têm acidente de trabalho (E3).

[...] Eu não posso considerar competição com o SUS, tira o SUS. [...] O Hospital da [Operadora X], por ser da [Operadora X], que é o maior tomador de serviços, nos preocupa como competição, nós temos que nos manter na crista da onda, certo? (E3).

Pode-se falar em segmento competitivo, claro. [...] Principalmente com a [Operadora X] [...]. Então, na verdade, hoje o [nosso hospital] encontra-se em um mercado competitivo, e seu principal concorrente é o Hospital da [Operadora X] (E4).

[...] eu acho que não dá pra trabalhar hospital isolado da operadora. Com certeza tem [o Hospital X], o [Hospital Y], assim como são competitivos no plano de saúde. Tanto que os nossos usuários não internam nesses hospitais assim como os usuários dessas operadoras não internam no nosso. Então claro que é uma competição pra se manter no mercado enquanto hospital e enquanto operadora (E5).

Competimos com os outros hospitais da cidade de Caxias do Sul, e na região com o Hospital Tacchini [de Bento Gonçalves]. A disputa é pelo mercado em geral, uma vez que todos fazem a mesma coisa (E2).

No depoimento de E5 identifica-se a percepção de que a busca de vantagens competitivas pode estar atrelada, inclusive, à permanência da instituição hospitalar no mercado ou, dito de outra forma, à sua sobrevivência. Isso vem ao encontro das opiniões de Cecotosti (2005), para o qual, como qualquer empresa, o hospital precisa de retorno para sobreviver em seu ambiente, e de Bittar (1996), que afirma que os hospitais privados é que, em geral, despertaram para a necessidade de atualizar conceitos de gestão e, com isso, têm avançado nas práticas para se manterem no mercado. Afinal de contas, Kotler e Fox (2000) são contundentes ao afirmar que, para sobreviver, as organizações não mais podem confiar em suas práticas antigas de gestão. Começa a se desenhlar aqui a importância que as instituições deste segmento devem dar para o ambiente de negócios (RAI, 2004) e para a busca de inovações (KOTLER; FOX, 2000), busca essa que, mesmo envolvendo decisões complexas e arriscadas, é fundamental para a sobrevivência, conforme destacado anteriormente nas opiniões de Porter (1990) e Drucker (1998).

A observação de E2 reforça a importância de diferenciação entre os hospitais, õuma vez que todos fazem a mesma coisaõ. Isso confirma a percepção de Cecotosti (2005) de que é fundamental que uma organização encontre seu nicho de atuação. Conforme Minotto (2002), a estratégia em um ambiente de competitividade é a busca deliberada de um plano de ação para desenvolver um diferencial e ajustar uma vantagem competitiva da empresa, que pode ser de preço, funções, utilização de tempo, localização, ou a própria percepção do cliente em relação ao produto ou serviço prestado.

Porter e Teisberg (2007) destacam que o ponto de partida para se elaborar a estratégia competitiva de uma organização de saúde é definir o negócio em que ela compete. Em alguns segmentos de mercado, o negócio é definido de imediato; na prestação de serviços de saúde, por outro lado, isso não acontece tão facilmente: muitos hospitais, por exemplo, se percebem de forma ampla no negócio de hospitais ou de prestação de serviços de saúde o que os faz competir com base na oferta geral de serviços. Com este raciocínio, forma-se um obstáculo à criação de valor, pois o negócio fica centrado nos médicos, nos procedimentos prestados ou na instituição, e não no paciente.

Além disso, para Porter e Teisberg (2007), a definição do negócio sempre envolve um componente geográfico, pois o prestador de serviços tem que compreender o mercado ou a área em que pretende competir, caso contrário não reconhecerá os *benchmarks* de desempenho contra os quais deverá se comparar nem as opções estratégicas disponíveis. Para os autores, ainda que os serviços tenham que ser prestados localmente, o mercado relevante deveria ser regional ou até mesmo nacional. Os prestadores que não pensam assim se tornam cada vez mais vulneráveis à competição e perdem oportunidades de firmar parcerias bem sucedidas. Cada prestador tem que definir claramente o conjunto de condições de saúde de que irá participar, e mais, onde se encaixa no ciclo de atendimento de cada condição desse conjunto, como forma de dar o primeiro passo para conceber uma estratégia, organizar sua prestação de serviços e avaliar seu desempenho.

Como os hospitais dependem das operadoras de planos de saúde, eles precisam, inclusive, aliar-se à concorrência para ocupar seus leitos e viabilizar seus custos.

E os planos de saúde, os planos de acidente de trabalho, todas essas empresas têm uma vantagem, a venda casada, que nós então precisamos jogar com o lado contrário (E3).

O hospital se relaciona com outros planos também, ele é livre-atirador, tem que ir buscar negócio (E4).

Jogar com o lado contrário é uma expressão interessante para descrever o comportamento das instituições hospitalares vinculadas a operadoras de saúde: indo ao encontro do que Freitas e Lesca (1992) chamaram de busca da perenidade das condições de competitividade, este comportamento torna-se esperado e até necessário para estas organizações. Isso se dá porque, conforme Pozzebon, Freitas e Petrini (2007), para garantir vantagem competitiva nos negócios, ou, pelo menos, sobreviver, é preciso que a organização continue no jogo o que não se mostra tarefa trivial. Fuld (2007), por sua vez, acrescenta que

o contexto é tudo em um jogo; é através do contexto que uma organização analisa a inteligência e o ímpeto estratégico de seus competidores, afinal, seguindo Porter (1986), o autor afirma que toda empresa é parte de um ecossistema e o seu ambiente e deve nele agir.

E4, por sua vez, fala que o hospital é um "livre atirador" o que pode ser aproximado do significado de franco-atirador, alguém que, segundo o Novo Dicionário Aurélio (FERREIRA, 2004), trabalha por uma ideia sem pertencer a nenhum grupo ou organização. Novamente fica expresso o paradoxo de um sistema de saúde em que o hospital, centro dos atendimentos, precisa de faturamento, e as operadoras, fontes da ocupação hospitalar, necessitam constantemente reduzir as despesas associadas à assistência, de forma a garantir seu resultado.

7.3.2 Preocupação com o acompanhamento aos movimentos de outros hospitais

Para os hospitais que atendem predominantemente ao sistema suplementar de saúde, ficou clara a preocupação com os movimentos de outros hospitais, inclusive como forma de aprender maneiras para satisfazer o cliente. Isso se dá porque é percepção dos entrevistados que a concorrência se fundamenta na qualidade do atendimento prestado.

Claro que é importante [acompanhar os movimentos da concorrência]! [...] A nossa direção deve ser essa: quanto mais você qualificar, mais você vai conseguir retorno do paciente (E3).

Muito importante porque o tipo de serviço oferecido, de programas existentes [nas outras instituições], isso tudo visa a cativar o cliente para estar lá [...]. Então existe sempre um interesse de se conhecer o que fazem os outros hospitais para que a gente possa fazer melhor. Diz que quem faz depois sempre faz melhor, né? (E4).

Quando um dos entrevistados menciona que é importante saber o que é feito nos outros hospitais para depois fazer melhor, começa-se a vislumbrar a importância da inteligência competitiva para as instituições hospitalares, o que será mais explorado na sequência. Isto pode revelar, contudo, certa acomodação no segmento, caracterizada pela falta de interesse ou pela incapacidade de desenvolvimento de novas práticas, ou mais especificamente, pela geração de inovação; resta, então, a expectativa de copiar o que outros líderes, desbravadores e tenham implantado com sucesso em suas organizações.

Conhecer os movimentos da concorrência pode servir, ainda, para evitar investimentos em atividades que não seriam rentáveis, tendo em vista a busca da auto-sustentabilidade.

Com certeza [é importante conhecer os movimentos da concorrência]! Não só pra se pautar, mas para definir uma nova estratégia de investimento. Caxias agora está com um comentário que vai ter *pet scan*⁹. Então se já existe alguém investindo no *pet scan*, que é um aparelho de altíssimo custo, é obvio que [...] tu já tem um olhar diferente se tu não saiu na frente. Porque talvez não comporte pra cidade, e aí tem que fazer toda uma análise (E5).

É absolutamente importante e relevante acompanhar os movimentos da concorrência, pois esse também é um fator decisivo na visão estratégica de auto-sustentabilidade (E2).

Para Minotto (2002), as organizações que conquistam uma vantagem competitiva passam a caracterizar-se como líderes em seu segmento. As demais concorrentes poderão, então, ser seguidoras ou desafiantes, à medida que estabelecerem ações almejando a liderança.

Foi significativo perceber que, mesmo para um hospital credenciado ao SUS e que não reconhece a existência de concorrência em seu segmento, foi destacada a importância da coleta de informações de instituições do segmento e da observância dos mesmos padrões no atendimento aos pacientes, buscando-se para isso até a utilização de parcerias.

[...] o nosso material e medicamento que a gente aplica nos pacientes é material que a grande maioria dos hospitais privados pratica, nós não temos diferença (E1).

Eu acho que isso é bem salutar. Quando a gente fala em concorrência é tu disputar o paciente, isso não existe. Mas existe essa visão de instituição pra que se possa até fazer serviços complementares e não em concorrência. Acho que na área hospitalar, na área SUS, a gente tá muito mais focado em parcerias do que propriamente em concorrência (E1).

[...] Essa visão da outra instituição é muito importante. E até há interligação, a gente conversa muito em Caxias do Sul, temos uma ligação muito forte, porque ãeu vou investir nisso, será que o colega não vai investir? Ou os dois podem investir? Também tem isso: daqui a pouco é uma área super-grande que nem eu nem o meu co-irmão vai dar conta. Então eu acho que essa visão do não-concorrente, do co-irmão, eu diria assim, é extremamente salutar (E1).

Porém, no caso específico do hospital psiquiátrico, parece não ser tão evidente o interesse na coleta de informações sobre as atividades dos outros hospitais. Esta despreocupação seria resultado de uma não evolução da especialidade.

⁹ Equipamento de tomografia que trabalha com a emissão de pósitrons (PET é a abreviatura de *Positron Emission Tomography* no original em inglês). O Jornal Pioneiro divulgou em 13 de julho de 2009 que o Hospital Pompéia anunciava a instalação de um PET/CT que deverá estar em funcionamento até dezembro de 2009.

[...] cada hospital tem uma estrutura própria. A psiquiatria não tem apresentado uma evolução que nem tu tens dentro da área orgânica, dentro da área clínica. Então não existe assim uma necessidade de investimentos, a não ser na parte hoteleira (E6).

Este aparente desinteresse pelas tendências do mercado poderia estar relacionado ainda à garantia de ocupação total dos leitos, determinada pela demanda de pacientes do SUS, que excede em muito à oferta. Isso poderia ser visto como um fator de acomodação e de não necessidade de modificar os serviços prestados.

[...] o SUS é sempre casa cheia. Por quê? Porque a demanda é muito grande. Hoje, o estado precisaria ter cinco mil leitos de psiquiatria; ele não tem mil e duzentos. Então há um represamento muito grande lá fora, e realmente baixa quem está em piores condições (E6).

Em um cenário em que a demanda de pacientes supera a oferta de leitos, esse último hospital parece confiar apenas na manutenção da situação atual, e desligar-se de seu entorno e de eventuais mudanças dele advindas. Repete-se então a percepção de que a estratégia da instituição fundamenta-se na necessidade de que o gestor público de saúde continue favorecendo o monopólio na área de atuação do hospital.

7.3.3 Entendimento do conceito de Inteligência Competitiva (IC)

Quando, por ocasião da entrevista, se apresentou aos administradores dos hospitais o cartão-conceito de IC, conforme referido na descrição da metodologia utilizada, e se perguntou se ferramentas associadas a ela poderiam ser úteis para um hospital, houve dúvidas sobre o significado da expressão IC, dando a entender que esta não é uma expressão de uso corrente no meio hospitalar pesquisado.

Não sei se é bem isso que eu... vamos ver se eu entendi bem (E6).

Vamos... vamos... vamos objetivar e... vou te pedir pra usar linguagem mais... menos técnica, porque essa é de vocês e eu não conheço. Não entendi a tua pergunta. Vamos repetir a pergunta (E3).

De qualquer forma, mesmo com as dúvidas iniciais em relação ao conceito, o emprego de ferramentas de IC foi considerado útil para o negócio hospitalar. Houve, inclusive, menção de que a IC poderia apoiar o planejamento estratégico e auxiliar na coleta de tendências do mercado.

Eu acho que se aplica sim essa inteligência competitiva. Hoje se busca um planejamento dos próximos anos do hospital. Nós ó a direção ó temos que entender onde o hospital vai chegar, pelo menos nós, e depois nós casarmos essa ideia com nossos externos, que seriam os clientes, os pacientes, e o próprio estado e o município. E claro que para fazer esse planejamento, tenho que ter todas essas tendências aqui (E1).

Então, dentro da nossa entidade há uma necessidade de melhorar o atendimento, aperfeiçoar, se adequar a uma série de situações, dentro da própria tecnologia também. [...] Então isso a gente tem que buscar. Então esse aperfeiçoamento não é para abrir concorrência, e sim para a melhoria do serviço (E6).

[...] a metodologia implementada para o dimensionamento de cada negócio obriga os gerentes a estarem voltados para o mercado, e constantemente, portanto constantemente na busca de negócios para trazer o equilíbrio da unidade que ele administra (E4).

[...] quando eu digo que as pessoas para assumirem determinados postos de executivos principais dentro de organizações, independente do tipo de organização, precisam ter uma metodologia de trabalho, é uma grande verdade! Só que essa metodologia não nasce do nada, né? Ela tem que estar baseada em alguma coisa que seja palpável, que seja verdadeira. Porque uma coisa é você conhecer o processo, saber que o cara dá um ponto [cirúrgico] desse jeito, tá? E aí, este bom conhecedor, ele muitas vezes virou o principal da organização, então não é incomum você ter organizações até bem organizadas, mas estrategicamente estão falhas, porque a pessoa tá constantemente olhando para dentro [...]. Tu promoveu, ganhou um péssimo estrategista e perdeu um executor quem sabe interessante no processo (E4).

Com certeza, porque informação, conhecimento são úteis (E5).

As técnicas e ferramentas relacionadas à IC podem ser extremamente úteis na nossa organização. A elaboração de um planejamento estratégico é absolutamente relevante na tomada de decisão. O sistema de informação como ferramenta permite ao hospital as informações em tempo real, principalmente no que tange a indicadores assistenciais, econômicos, financeiros e de consumo, vitais para que possamos redirecionar determinadas ações, interceptando, quando necessário, eventos que poderão distorcer resultados (E2).

Fundamental destacar, conforme E4, que uma instituição depende de um método para prosperar, e que, além disso, sua administração não pode apenas ficar olhando para dentro o que mostra o quanto a IC poderia ser útil para o negócio, ampliando horizontes. A coleta e a análise de informações do ambiente de negócios podem também estar associadas à inovação.

[...] quando o ambiente externo, que são os pacientes e o próprio estado, ele te solicita um credenciamento em hemodinâmica, por exemplo, é um avanço. Porque eles enxergam o mercado, eles enxergam as tendências (E1).

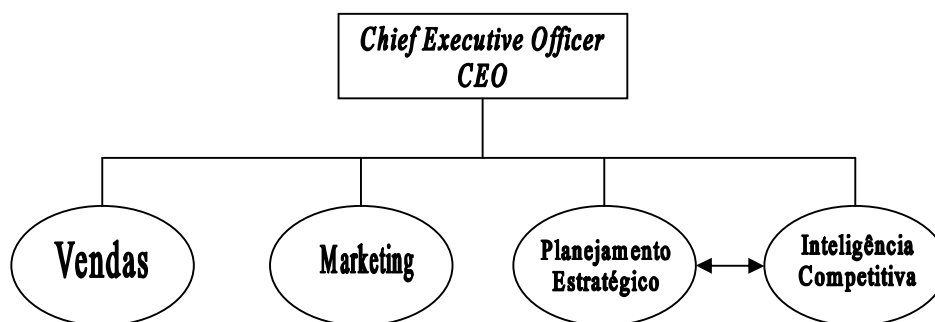
[...] surge um novo procedimento a nível mundial aí, logo, logo o Ministério da Saúde tá dando um jeito e tentando implantar dentro do nosso país. Existe algo que esbarra que é a questão do financiamento, mas a tecnologia em si, eles estão sempre tentando colocar a melhor tecnologia possível, mas existe uma falta de financiamento fantástica (E1).

Um dos entrevistados deu, inclusive, uma ideia de onde o grupo de inteligência poderia se localizar na estrutura hierárquica de uma empresa.

O monitoramento do ambiente de negócios é coordenado pelo grupo de planejamento estratégico, o qual se reúne mensalmente avaliando as metas traçadas e os resultados (E2).

Este depoimento mostra-se consonante com a constatação de Kahaner (1998), o qual aponta que em muitas organizações a unidade de IC é associada ao departamento de planejamento estratégico, reportando-se, assim, diretamente à alta direção (ao CEO ou *Chief Executive Officer*). A Figura 9 expressa esta configuração organizacional.

Figura 9 Localização da unidade de IC na estrutura organizacional



Fonte: Kahaner (1998).

Como sugestão para a implantação de um sistema eficiente, o autor comenta que a unidade de IC deva ser colocada o mais alto possível na estrutura hierárquica da organização, de forma que as pessoas a respeitem, mas que, ao mesmo tempo, ela se mostre acessível a qualquer um dos interessados. Assim, Kahaner (1998) comenta que, mais importante do que definir onde vai estar localizada a unidade de IC, é fundamental perceber que a organização deve fazer com que seus canais de comunicação funcionem, pois este é um dos pressupostos para o sucesso do empreendimento.

7.3.4 Aplicação dos princípios de IC nos hospitais

Foi mencionado em algumas entrevistas que alguns dos princípios da IC já são aplicados, ainda que de maneira informal ou não sistemática.

Então acho que essa inteligência competitiva a gente tá começando a trabalhar, isso é uma coisa que eu diria que até hoje não tá sendo muito trabalhado, hoje é meio que à deriva, meio... precisou, faz! Mas a gente tá tentando fazer essa análise do ambiente externo, e essa projeção do hospital, nem que seja pra daqui a dez anos (E1).

[...] porque talvez a gente faça isso não com essa ... nome que a bibliografia prevê, mas de forma empírica, muitas vezes informal (E5).

Então, acho que, empiricamente, sem o nome de inteligência competitiva, a gente acaba utilizando. É sistemático quando isso acontece nas reuniões de planejamento estratégico, mas eu não posso te afirmar que sempre na reunião de planejamento estratégico acaba acontecendo. Com frequência os setores trazem essas situações, mas a reunião não é voltada somente com esse foco, é uma reunião que tu avalia planejamento e tu cobra resultados (E5).

Pode-se perceber, entretanto, que não há um esforço sistemático direcionado à implantação de ferramentas de IC. Nesse contexto, a disseminação da importância da IC dependeria de um amadurecimento da instituição, da incorporação do conceito de inteligência à cultura organizacional e da percepção de sua utilidade.

[As informações] acabam se centralizando. Nós procuramos desenvolver essas... nós achamos que é um ótimo investimento em pessoas que pensam em competição, mas o problema é tu conseguir isso no -Zé Povinho, é difícil de chegar até lá, né? Chega num grupo (E3).

Eu diria que sim se tu tivesse abertura nos outros hospitais, mas tu não tem no mercado assim muita abertura (E4).

[...] acho que é importante, acho que é uma uma... talvez é uma cultura organizacional que está num processo de evolução (E5).

[...] é um amadurecimento da instituição no sentido de evoluir para utilizar, porque os diretores conhecem essas técnicas, os gestores conhecem essas técnicas, mas não se utiliza formalmente. Talvez seja questão de incorporar aos poucos e de amadurecer. A gente, como te disse, até utiliza, mas não é assim periódico, não é tão sistemática a utilização (E5).

A disseminação da cultura de IC é de fundamental importância para os hospitais pesquisados, considerando que a incorporação de elementos organizacionais e de gestão mais modernos torna-se cada vez mais necessária aos hospitais privados, inseridos em contexto econômico de competitividade e de sobrevivência financeira dependente do mercado (BALESTRIN; RESENDE, 2008). Porém, conforme apontam Rodrigues e Riccardi (2007), como a incorporação dos padrões de IC pode ser lenta, a percepção de sua importância em uma organização hospitalar dependeria de sua constituição como um verdadeiro processo social, o que, para Prescott (2002), implica o envolvimento do maior grupo possível de pessoas.

Percebe-se ainda que, antes de se cogitar a implantação de um sistema IC, talvez o segmento hospitalar necessite valorizar mais a importância de compartilhar informações, pois, conforme menciona E4, parece faltar abertura para isso. Para La Forgia e Couttolenc (2009), os hospitais brasileiros, com raras exceções, além de não compartilhar, tampouco coletam ou analisam informações essenciais referentes a custos ou qualidade. Nesse sentido, fariam muito bom uso de sistemas de informação que lhes auxiliassem a avaliar seu desempenho, identificar seus problemas e tomar medidas corretivas. Os autores afirmam ainda que estes sistemas deveriam se concentrar nas informações essenciais para a tomada de decisão, sendo projetados de acordo com as necessidades do gestor local, sem armazenar grande quantidade de informações que poderiam se tornar irrelevantes para o cotidiano hospitalar.

7.3.5 Utilização de fontes e técnicas para coleta de informações do mercado

Os administradores de hospitais que trabalham como prestadores de serviços ao SUS ressaltaram a importância de cumprir com as obrigações governamentais para atuar na rede. O governo, assim, foi citado como ator regulamentador para o funcionamento do hospital e como principal fonte de informações para a instituição.

[...] o estado define que a gente vai ser alta complexidade em neurocirurgia, por exemplo; o hospital faz toda a documentação legal e encaminha ao Ministério da Saúde pra poder fazer o credenciamento nessa especialidade (E1).

[...] Todos os anos a gente faz um contrato e a partir desse contrato vai seguindo as diretrizes da rede; nós somos obrigados a acompanhar porque o estado trabalha em forma de rede de saúde. Então nós somos assim, vamos dizer, não órgão público, mas a gente faz parte indiretamente da rede (E6).

Existem portarias, existe inclusive um órgão federal que vem todos os anos avaliar as condições do hospital e ver se está acompanhando todas as normas e regras e portarias que eles determinam. Por que quem contrata esses hospitais são órgãos públicos, e eles determinam: "nós queremos que seja assim" (E6).

Fica claro, nesse sentido, que as informações provenientes do governo podem assumir a característica de determinações, as quais os hospitais credenciados devem cumprir para continuar participando da rede pública de atendimento. Entretanto, mesmo tendo que acatar tais determinações, uma instituição hospitalar também pode se beneficiar das informações dos órgãos governamentais e buscar ativamente tendências que favoreçam a tomada de decisão.

As informações do ambiente externo são fundamentais na tomada de decisão. O setor hospitalar filantrópico tem participação ativa no Conselho Municipal de Saúde, através da qual as informações estratégicas com relação ao SUS são recebidas tanto no referido conselho quanto pelos órgãos públicos oficiais (E2).

Como fonte utilizada para coleta de informações relevantes ao andamento dos negócios e apoio à tomada de decisão, foi destacada também a classe médica.

O médico vem aqui às vezes com uma proposta: õeu fiz uma análise, eu tive em congressos, e entendo que isso seja um bom negócio para o hospital, e é uma carência da regiãoõ. Vamos lá, vamos executar, vamos ver como é que a gente vai ter esses valores e essa estrutura física (E1).

A vantagem que nós levamos é que o hospital é de um grupo de médicos, então o que acontece nos outros hospitais nós ficamos sabendo. [...] é no boca-a-boca que sabemos o que tá acontecendo. Quando às vezes eles vão pra uma assembléia pra discutir uma coisa, nós já sabemos o que vai ser discutido. Essa é uma das nossas maiores estratégias (E3).

Também foi ressaltada a importância dos processos de certificação como forma de coletar tendências que possibilitem aprimorar o atendimento prestado. Desta forma, a obtenção de certificados pode ser muito mais útil do que uma simples estratégia de divulgação do hospital na mídia.

O termo "acreditar" significa dar crédito a; crer; afiançar. No âmbito da América Latina, o Brasil foi um dos pioneiros no desenvolvimento de programas de acreditação no segmento de saúde, destacando-se os programas estaduais e o nacional de qualidade e, mais recentemente, o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH) coordenado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Entretanto, diferentemente de outros países onde esses programas existem, no Brasil eles não são obrigatórios e, portanto, sua utilização é, para La Forgia e Couttolenc (2009), inaceitavelmente baixa.

Segundo a definição dada pela ONA, acreditação hospitalar é õum método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalizaçãoõ (PEDROSA; SILVA; COUTO, 2008, p. 147).

A ONA é composta por representantes de entidades prestadoras e compradoras de serviços de saúde, representantes do Ministério da Saúde, dos conselhos municipais e estaduais e de secretarias de saúde. Esta organização estruturou-se formalmente em 1999, com base em parceria entre o Ministério da Saúde e instituições hospitalares que

desenvolviam, desde 1997, iniciativas pioneiras de acreditação no país, em decorrência do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP). Nesse contexto, o processo de acreditação consolidou-se na atenção aos resultados assistenciais e organizacionais, com forte ênfase no gerenciamento de riscos (PEDROSA; SILVA; COUTO, 2008).

Para acreditação, foram estabelecidos pela ONA padrões de qualidade para as diversas unidades do hospital. Os padrões foram organizados em três níveis crescentes de complexidade, devendo ser cada padrão plenamente atendido para garantir a certificação. Se acreditada ao final do processo de avaliação, a organização hospitalar será certificada no nível em que todas as suas unidades se encontrarem. O nível 1 confere o certificado de Acreditado, que representa que o hospital tem condições de atender a finalidade a que se destina, o nível 2 de Acreditado Pleno e o nível 3 de Acreditado com Excelência (PEDROSA; SILVA; COUTO, 2008).

A metodologia da ONA tem um grande enfoque na gestão de riscos assistenciais e monitoramento de processos para o alcance da melhoria contínua. Estes princípios favorecem, em especial, a atuação do corpo clínico. A participação e o envolvimento ativo desse corpo clínico, tanto na fase de planejamento quanto de implementação da norma da ONA, trazem grandes vantagens para todo o sistema de saúde, gerando valor para a cadeia que se inter-relaciona (PEDROSA; SILVA; COUTO, 2008).

[...] nós levamos muito tempo em fazer isso, mais de ano, porque levei um conceito pra eles: ãeu quero o padrão de atendimento da certificação, e não apenas o diploma da certificação. O diploma é consequênciaã. Então eu coloquei para eles: ãse atingirmos o padrão, estamos satisfeitos, o diploma vem depoisã. E esse é um conceito que eu consegui botar na cabeça do pessoal, e nós investimos nisso e estamos num ponto agora que a gente queria chegar (E3).

Conforme o fragmento acima, é importante destacar que se mostra fundamental a participação do administrador do hospital como capaz de incentivar que processos e comportamentos sejam incorporados à cultura da instituição, como é o caso dos relacionados à certificação. ãBotar na cabeça do pessoalã representa, assim, a contribuição do executivo para uma mudança estrutural que parte do nível hierárquico mais alto da pirâmide organizacional. Segundo Fuld (1995) e Kahaner (1998), a participação do principal executivo é fundamental também para que a inteligência competitiva se torne uma prática nas instituições.

Além disso, conforme citado anteriormente, como a competição entre instituições hospitalares pode se estabelecer em função da qualidade do atendimento, a acreditação também se mostra importante para isso. Para Pedrosa e Couto (2007), a gestão da qualidade é tão importante para instituições de saúde no Brasil que apenas aquelas com sistemas fortemente implantados conseguirão sobreviver e crescer, justamente porque não há mais espaço para custos relacionados à má qualidade.

[...] Nós estamos buscando a acreditação para buscar melhoramentos, para a melhoria interna (E6).

O Hospital, desde 96, vem desenvolvendo um processo de qualificação [...], o que eu considero fundamental no trabalho dentro da empresa: o pessoal; isso nos levou a fazer investimentos e qualificação em termos de pessoal (E3).

[...] os programas de qualidade nos exigem, muitas vezes, comparativos com indicador de mercado: ã nossa meta tá assim, nós não estamos atingindo, mas eu me informei, lá no Hospital [X] tá daquela forma, aqui tão fazendo assim, de que forma que a gente pode reavaliar aqui?ö [...] Claro que, somado a isso, o hospital que tem ISO, que tem certificação de ONA, consolida para que realmente consiga atrair esse tipo de paciente (E5).

A aplicação da Acreditação Hospitalar, espécie de ISO Hospitalar, permite analisar e redefinir os processos organizacionais, configurando-se como importante ferramenta de gestão (E2).

E, inclusive, isso facilita ó claro que no campo de concorrências, no campo privado ó isso aí soma pontuação e na hora da negociação tu tens condição até de exigir um pouco mais. Claro que pelo SUS não, o SUS já é uma coisa mais estatal, então a diária é X e acabou, e todo mundo vai receber isso aí, não importa se o teu serviço é o melhor ou se ele deixa a desejar. Enquanto que o privado não, o privado, quanto melhor o serviço, mais nós te pagamos (E6).

No Brasil, há evidências de que os hospitais que participam de programas de acreditação superam os não acreditados em qualidade e eficiência¹⁰. A acreditação requer que desenvolvam programas de aperfeiçoamento da qualidade, averiguando suas competências, avaliando e comparando seus serviços em face de padrões de desempenho exigíveis dos serviços de saúde (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). O Quadro 9 apresenta a situação dos hospitais de Caxias do Sul quanto à acreditação em junho de 2009. Pelo que pode ser observado, mais da metade dos hospitais locais obtiveram acreditação, sendo que dois deles já conquistaram acreditação em nível 2. No interior do Estado do Rio Grande do Sul, o único

¹⁰ Em 2005, o Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (CQH), da Associação Paulista de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, conduziu uma análise comparativa dos hospitais participantes do Selo de Conformidade entre 1999 e 2003. Os resultados indicam que, ãem praticamente todos os indicadores de qualidade avaliados, os hospitais certificados tiveram desempenhos significativamente melhores do que os hospitais similares não certificadosö (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009, p. 340).

hospital acreditado com excelência (nível 3) é o Tacchini de Bento Gonçalves, feito conquistado no corrente ano.

Quadro 9 ó Situação dos hospitais de Caxias do Sul quanto à acreditação (junho-2009)

Hospital	Certificação ONA	Nível	Validade
Fátima	Sim	2 ó Acreditado Pleno	Não informada ¹¹
Unimed	Sim	2 ó Acreditado Pleno	05/11/2009
Círculo	Sim	1 ó Acreditado	25/06/2011
Pompéia	Sim	1 ó Acreditado	03/06/2011
Clínica Paulo Guedes	Não	-	-
Geral	Não	-	-
Saúde	Não	-	-

Fonte: Elaboração do autor a partir de informações obtidas com os próprios hospitais e no *site* da ONA (2009).

O depoimento de E6, administrador de um dos hospitais credenciados ao SUS, de que a conquista da acreditação poderia facilitar a negociação dos preços dos hospitais que atuam no campo de concorrências ou seja, daqueles que disputam o mercado da saúde suplementar, é muito relevante e pode ser aprofundado. Isso denota a percepção de que os hospitais que atuam para planos de saúde e para particulares teriam a capacidade de determinar o preço de seus serviços com mais liberdade do que os hospitais credenciados ao SUS. Porém, isso parece não se confirmar de todo, a julgar pelas palavras do administrador de um destes hospitais, pois mesmo podendo atrair mais clientes, o hospital tem seus preços limitados, seja pelo SUS, seja pelas operadoras de planos de saúde.

Porque uma vez ó e eu vivi estes momentos diferentes, o custo mais o lucro era o preço de venda; hoje, o preço de venda menos o custo é igual ao lucro (E4).

O preço de venda dos serviços é consequência de exigências externas ao hospital, sendo regulado pelo SUS ou pelos convênios privados. Isso vem ao encontro do que afirma

¹¹ No momento da pesquisa, não foi encontrada no *site* da ONA informação sobre o prazo de validade da acreditação do Hospital Fátima.

Machline (2007), quando explica que o lucro de uma instituição de saúde não se obtém mais na venda de seus serviços, mas sim na aquisição eficiente de seus insumos, uma vez que o preço de venda ostenta um teto, fixado pelo mercado ou o plano de saúde ou o governo.

Com relação à maior facilidade de negociação de preços para os hospitais certificados ou bem avaliados, La Forgia e Couttolenc (2009) apresentam algumas recomendações a partir de uma variedade de pesquisas e estudos realizados para o Banco Mundial e seus associados. A principal delas seria a de introdução de mudanças nos mecanismos de pagamento aos prestadores de serviços hospitalares, utilizando-se o pagamento por desempenho, o que levaria a uma diferenciação conforme o atingimento de indicadores de qualidade definidos contratualmente. Para os hospitais públicos, isso seria feito através da contemplação de valores maiores em seus orçamentos anuais; já para os privados, por meio das tabelas do SUS ou dos convênios privados, conforme o caso. Em relação a estes últimos, os autores mencionam a iniciativa da Operadora de Saúde Unimed-BH de pagar reembolsos mais altos para unidades acreditadas, destacando-a como exemplo de compras baseadas na qualidade.

O uso de técnicas de *benchmarking* com outras instituições do mesmo segmento foi citado como um dos mais utilizados por hospitais para a coleta de informações visando a melhorias.

É uma das áreas que mais faz *benchmarking*. Embora alguns até tenham receio da concorrência [...], todo mês, praticamente, tem algum setor que tá fazendo *benchmarking* com alguma instituição (E1).

Existe ainda a interação em termos técnicos de alguns setores. Vou dar um exemplo que é o mais comum: a busca de dados para traçar um paralelo entre os vários hospitais. A enfermagem faz isso muito bem, por exemplo, no setor Controle de Infecção: como é que tá o teu? O que é que vocês estão fazendo? Como é que vocês estão trabalhando tal coisa?ö. Isso existe informalmente entre os hospitais em alguns setores (E3).

As informações são coletadas do ambiente por *benchmarking*, tanto regional, como nacional e internacional (E4).

[...] nessas reuniões [com gestores] em que se discutem processos, os gestores mesmo trazem, e muitas vezes são orientados a fazer *benchmarking*, em visitar outra instituição para conhecer: bom, como é que vocês estão trabalhando aí?ö (E5).

De acordo com Pozzebon, Freitas e Petrini (1997), *benchmarking* é uma das mais conhecidas técnicas utilizadas por uma organização para coletar informações sobre o desempenho de seus concorrentes. Mello (1994) descreve que, se traduzido literalmente para a língua portuguesa, o termo *benchmarking* significa "padrões de referência"; contudo, pode ser mais bem compreendido como um processo empresarial focado em comparar

características internas de uma organização com referenciais de excelência, de forma a favorecer a obtenção de qualidade frente a concorrentes em um cenário competitivo. Assim, pode-se dizer que *benchmarking* é uma das formas possíveis de praticar inteligência competitiva (POZZEBON; FREITAS; PETRINI, 1997).

Entretanto, Rodrigues e Riccardi (2007) ressaltam que há diferenças significativas entre os dois conceitos, o que, segundo eles, demonstra porque a IC não pode ser substituída pelo *benchmarking*. O *benchmarking* preocupa-se mais em como o competidor atua, avaliando produtos e serviços em busca das melhores práticas dos processos de trabalho; tem, assim, uma característica "defensiva" uma vez que analisa fatos já produzidos. A IC, por sua vez, concentra-se na antecipação das mudanças de mercado, das ações dos competidores e em análises sobre seus fracassos ou sucessos, objetivando melhorar tanto processos quanto estratégias da organização, o que a torna "ofensiva". Para resumir, pode-se pensar que o *benchmarking* apenas traz para um hospital algumas formas de imitar boas práticas adotadas em outras corporações; a IC propõe a revisão constante das tendências de negócio, apontando caminhos para a descoberta de potenciais competitivos.

Os clientes, que no caso dos hospitais que atendem ao SUS podem ser representados pelos municípios atendidos, também são apontados como fonte de informações sobre tendências de mercado.

Nós abrangemos 48 municípios, eles também têm anseios, que vem pra nós; seria o terceiro ator aí, que vem através dos secretários, que vem através do delegado regional, que é quem administra a saúde na região (E1).

Para os hospitais credenciados ao sistema suplementar, também os clientes surgem como fonte de informações sobre o mercado.

[...] uma das metas dos setores é conseguir o maior número de respostas das pesquisas de satisfação com clientes, de tão importante que nós consideramos isso. Os setores são premiados conforme conseguem. A resposta é buscada junto ao pessoal no maior número possível. E isso nos permite traçar planos e ações estratégicas, e fazer as melhorias nos setores (E3).

O meio acadêmico foi descrito como tendo alguma importância para a coleta de tendências.

A academia não é uma das principais que mostra onde nós temos que ir a nível de tecnologia, mas com certeza ela influi. Até por essa interligação, hoje a gente tem cerca de seiscentos e poucos alunos que circulam pelo hospital por mês. Então é um universo bastante grande que acaba, de uma forma ou outra, também empurrando os processos (E1).

E são também acessos a estudos de gurus. Eu sempre digo: houve muito tempo em que nenhum dos gurus se dirigia à gestão hospitalar. Os principais gurus da administração nunca falaram, e se falaram, era uma obra assim que nem, por exemplo, o Henry Mintzberg; o cara escreveu sim, mas escreveu numa revista, senão me engano são três páginas ou cinco numa revista americana [...] (E4).

Outros meios, como os relacionados a informações de funcionários que participam de congressos e eventos e a participação em entidades associativas, foram citados como úteis para a coleta de tendências.

Pela participação em congressos e eventos, visitas frequentes a entidades consideradas referências no país, informação precisa e atualizada por boletins da Confederação Internacional das Misericórdias, Confederação das Misericórdias do Brasil e Federação dos Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul. Também a assinatura de periódicos contribui (E2).

No sistema privado, a participação da instituição hospitalar nas entidades associativas permite a captação de informações, as quais poderão ser transformadas em elementos para a tomada de decisão (E2).

Foram indicadas outras formas para que os funcionários possam colaborar com a coleta de informações do ambiente externo.

Porque esses mecanismos já existem de uma forma um pouco distante quando a gente faz pesquisa de clima. Então eles [os funcionários] podem participar de um conjunto de assuntos. Hoje [...], principalmente pelo perfil do gerenciamento que lá colocamos, tem condições de todo o funcionário se pronunciar para sugerir coisas: desde formatação de preços, cobrança de taxas, fechamento de contas, mudança de processos, alteração de sistema, nada é proibido, nada! Tudo ele deve participar. E é evidente que vai muito do perfil do funcionário [...] (E4).

Através da pesquisa de avaliação de funcionários, do clima de satisfação, da horizontalização do sistema de gestão: participação em reuniões setoriais, campanhas do *endomarketing*, café com superintendência, etc. (E2).

Quando se perguntou sobre a importância dada aos funcionários como fonte para a coleta de informações, houve respostas que demonstraram pouca preocupação com esta fonte.

Eu diria que, no momento, não está sendo aplicado isso aí. [...] mas no momento ela não está sendo aplicada, nós estamos mais desenvolvendo o sistema gerencial. Então eu te diria que no momento ela não está sendo incentivada. Quando era um sistema de qualidade, isso aqui era fundamental, a gente tava sempre buscando. Hoje nós achamos que não precisamos mais disso aqui (E3).

Nossos funcionários participam de treinamentos sobre inteligência? Com esse nome? (risos) Aqui, se tu fores perguntar, falar pra eles sobre inteligência competitiva, eles vão te dizer: ôO que é isso?ô (E5).

De qualquer forma, foi considerado que os funcionários gestores são os que mais podem colaborar para a coleta de informações sobre o ambiente de negócios.

Esse ano nós inclusive fizemos curso para quem? Chefiar! [...] Esses nós levamos porque nós achamos que se você conseguir botar na cabe... na chefia, e a chefia for comprometida, ela vai levar o máximo disso pro pessoal dela (E3).

[...] aos funcionários que são chefias nós fazemos com que participem dessa necessidade: ã nós precisamos saber de tal coisaõ (E3).

As pessoas são já treinadas para saber o que devem buscar. No momento que eles vão... por exemplo assim: nós temos duas UTIs. Hoje vai ser feito o uso de aparelhos de última geração, um curso em Porto Alegre, uma moça de cada uma vai. Condição: na volta tem que transmitir esse conhecimento pro pessoal. Nós pagamos a despesa em troca dessa disseminação do conhecimento (E3).

[...] hoje principalmente com a gestora (E4).

[...] A gente tem reunião com os gestores que são sistemáticas, e nessa reunião com os gestores se discute planejamento estratégico, plano orçamentário, e se as áreas estão atendendo aquilo que planejaram. Nessas discussões muitas vezes aparecem esses tipos de informações que são internas e também em relação ao mercado externo (E5).

Nessas reuniões é comum aparecer muito disso. Como se trabalha muito com indicadores comparativos, quando eles estão comparando um indicador... õah, mas eu soube que lá está fazendo assim, então estão aparecendo essas questõesõ. E eles têm acesso, a gente trabalha, além do e-mail, do *communicator*, dessas informações, as chefias elas têm, não existe também uma sistematização: õolha vamos fazer uma reunião para identificar como está este cenárioõ, mas como se faz, em função de programa de qualidade também se reúne semanalmente. [...] Então quando se discute isso, normalmente aparece: õolha, lá no [Hospital X] estão fazendo assim..., eu soube que lá no [Hospital Z] eles estão...õ (E5).

7.3.6 Disponibilidade de Tecnologia da Informação nos hospitais

Foram relatadas as dificuldades que os hospitais têm com a Tecnologia da Informação (TI).

A questão da TI no nosso hospital é bastante deficitária ainda [...]. O que acontece conosco aqui: o nosso hospital hoje [...] é um avião sem uma rota definida, ou uma rota desconhecida. Pode ser que ela tá definida, mas ela não tá conhecida por todos. Nós temos um problema de TI muito grande, porque na área de saúde a gente deve ter um banco de dados muito rico, o que nós não temos hoje. Então a gente tá adquirindo agora nesse mês um novo software que vai interligar, a gente tem diversos, hoje a gente tem diversos programas falando separadamente (E1).

O pessoal não entende isso! Não entende o que quer dizer. É muito difícil, é muito complicado esse conceito. Principalmente quando têm nomes difíceis como esses aqui (referindo-se a ferramentas de TI). Aqui, quando a gente fala em CRM, eles pensam que é o número do médico! (risos) (E3).

A manifestação de E1 de que as deficiências no trato da informação fazem de seu hospital um avião sem rota definida em muito se alinha com a opinião de La Forgia e

Couttolenc (2009), os quais identificam que, em geral, os administradores dos hospitais brasileiros raramente têm as informações necessárias para tratar dos problemas urgentes de qualidade; assim, na ausência de informação sólida, as providências que tomam para melhorar seus hospitais não passam, na opinião dos autores, de voos cegos (p.384).

Mesmo com as referidas dificuldades, foi ressaltada a importância de que a TI funcione como elo entre áreas e processos hospitalares.

E qual é o objetivo disso: interligar todos os processos, todos os processos, ligando ferramentas de gestão, ferramentas a nível assistencial, a nível educacional, acadêmico, e a nível financeiro, econômico-financeiro também. Então eu, como diretor, tenho que ter essa visão gerencial. Porque hoje eu até tenho, mas de uma forma muito ainda artesanal, muito manual, e a gente sabe que muito manual pode ter algum tipo de erro (E1).

Os objetivos [da aplicação da TI no hospital] estão centrados na comunicação interna, externa e na elaboração de relatórios que permitam a agilidade e a correta tomada de decisão (E2).

O nosso sistema é totalmente integrado. Todas as nossas informações são integradas desde a entrada do paciente até a conta que vai ser emitida (E3).

Nós mudamos o sistema de informática, e isso já significa dizer que mudamos totalmente os processos [...], porque nós entendíamos que o sistema, o *software* que nós tínhamos para gestão hospitalar não atendia as mínimas necessidades ó isso há oito anos atrás. Então nós procuramos uma organização que tivesse atuando no segmento de saúde, que fosse uma organização que tivesse um projeto para desenvolver, um *software* hospitalar (E4).

Conforme Seferin e Silva (2008), o sistema de informações é fundamental para a gestão dos resultados hospitalares, pois possibilita a integração dos recursos que compõem o sistema e permite a adequada utilização dos recursos. Para Porter e Teisberg (2007), a TI é um elemento capacitador para que um prestador de serviços de saúde possa atuar de acordo com suas estratégias. Isso não significa que automatizar as práticas de um hospital resolve, por si só, todos os problemas de processos, pois a verdadeira oportunidade está em transformar a prestação dos serviços de saúde de forma que a TI possa ajudar a sustentá-la (p.139). O *software* hospitalar pode, nessas circunstâncias, servir como fonte de informações para promover melhorias internas e favorecer o aproveitamento dos recursos internos.

[...] nós acabamos tendo um processo, um sistema, um *software*, não copiado do hospital, porque estaríamos incorrendo em erro de copiar algo errado, né? Então nós acabamos mudando muitos processos face a esse novo sistema (E4).

Nós temos um banco de dados fantástico, fantástico; o que falta é explorar este banco de dados de uma maneira organizada, de uma maneira coerente, de uma maneira fiel, vamos dizer assim, àquilo que está sendo executado (E1).

Conforme Minotto (2002), uma fonte de vantagem competitiva é resultante da relação da tecnologia e o seu papel na cadeia de valores e da habilidade de atingir diferenciação ou baixo custo através de suas atividades. Gattes (2000 apud Minotto, 2002), afirma que a TI representa um meio poderoso para que as organizações tornem mais eficiente o fluxo de informações entre os diferentes elos da cadeia de valor e com todos os clientes atuais e potenciais. Isto reforça que apenas com uma adequada infraestrutura de TI as organizações conseguirão tirar melhor proveito do conceito de IC (RODRIGUES; RICCARDI, 2007) e, conseqüentemente, buscar inovação em suas atividades (PRAHALAD; KRISHNAN, 1999).

7.3.7 Exigências de controle interno em contraposição às necessidades de IC

A partir das entrevistas, pode-se perceber que há uma grande preocupação com o controle interno, o que é fundamental para que o hospital alcance seus objetivos e realize sua missão. Em vista disso, os hospitais podem estar mais preocupados em controlar seu ambiente interno do que, propriamente, em vasculhar o ambiente externo à procura de sinais fracos e da avaliação de possibilidades e tendências, de tal forma que a IC seria, ainda, uma questão pouco conhecida, menos importante, ou até pouco útil por ser difícil de ser avaliada ou mensurada. Isso pode ser percebido pela mudança de foco da conversa em algumas situações. Quando se abordava sobre as ferramentas para coleta de tendências do ambiente externo, em alguns casos os entrevistados passavam a falar de ferramentas de controle interno. Pode ser percebido, também, pela aparente confusão que era gerada quando se mencionavam ferramentas de controle interno e ferramentas de busca de tendências do ambiente externo.

Esse *industry report* [relatório de análise setorial] seria um relatório de gestão, ou não? Nós temos relatórios de gestão aqui todo mês analisados por mim, pela direção (E1).

A respeito desse controle, percebeu-se que o que precisa ser feito internamente demanda ainda muita atenção e envolve grande trabalho e tempo dos administradores dos hospitais.

Então nós temos assim duas fases aí dentro: uma fase é aquela que a pessoa olhou para dentro e viu a bagunça que estava, então se passou a organizar; e depois, a outra fase, que nem todas atingiram, é olhar pra fora e expandir (E4).

Além do mais, nós pegamos uma instituição muito desorganizada, e essa desorganização também gerou esforços nossos para gerar recursos para que a gente conseguisse organizá-la (E4).

Também foi mencionada a importância de se investir no que pode ser mensurado no ambiente hospitalar.

O que eu não consigo medir, eu não faço! Eu não faço pesquisa porque eu acho que não adianta a gente gastar o tempo em pesquisa se não vai poder medir e corrigir... e corrigir. Talvez algumas coisas a gente não corrija, não consiga corrigir tudo por questão econômica (E3).

[...] eu só pego aquilo que eu posso medir pra poder usar. Se eu não posso medir... nós tínhamos uma estratégia: ser ético no atendimento. Mede isso! Então resolvemos tirar do nosso ... não que o princípio da ética não seja importante, mas esse princípio é muito difícil de ser medido, eu não vou dizer impossível, nada é impossível, mas é muito subjetivo. Então nós consideramos que esse princípio está bonito no quadro, mas nós não medimos esse princípio (E3).

Em vista disso, é necessário que a IC não seja vista como uma exigência a mais, mas como algo que venha contribuir para a melhoria interna. Rodrigues e Riccardi (2007) explicam a dificuldade que um sistema de IC enfrentaria ao ser implantado no cenário da gestão hospitalar: como um sistema de IC só mostra resultados com formas adequadas de mensuração e a partir de um determinado nível de maturidade, esse poderia ser mais um empreendimento considerado "muito subjetivo" e, conseqüentemente, descartado frente a tantas necessidades de controle interno. Assim, seguindo os autores, é fundamental introduzir a avaliação de desempenho do sistema de IC, de forma a definir padrões para verificação de sua eficácia e também para motivar os envolvidos a empregá-lo.

Reichheld e Sasser, Jr. (1990) apontam que as empresas de serviços, como é o caso dos hospitais, mesmo com um atraso considerável em relação às indústrias, passaram a atentar para o fato de que a qualidade do atendimento prestado só poderia ser melhorada com o estabelecimento de formas de mensuração, de maneira que o termo "qualidade" não se tornasse apenas um slogan, mas sim uma forma rentável de se gerir o negócio. Os autores citam, inclusive, que assim como a busca pela qualidade teve profundo impacto na competitividade das indústrias, a revolução da qualidade nas empresas de serviços tende a criar um novo conjunto de vencedores e, conseqüentemente, de perdedores.

7.3.8 Gestão hospitalar e introdução de inovações

A partir das entrevistas, pode-se destacar que o segmento da saúde foi considerado pobre em termos financeiros, dificultando a introdução de inovações, especialmente as tecnológicas, que são consideradas caras.

Nós tivemos um progresso expressivo na nossa gestão, na nossa inovação, nas coisas que a gente fez, mas nem todas trouxeram como reflexo resultado. O que é bem verdade é que nós também atuamos num segmento pobre. E esse segmento tem uma série de outras dificuldades, porque custa muito caro tudo o que você compra para a saúde, e você compra em dólar e vende em reais (E4).

A percepção de que o que é comprado para a saúde custa muito caro e nem sempre traz resultados é analisada por Porter e Teisberg (2007) como um dos fatores que leva ao fracasso da competição em um sistema de saúde. Em um cenário em que os custos são altos e crescentes e os problemas de qualidade do serviço prestado persistem, a inovação tecnológica se difunde lentamente e pode ser tida como parte do problema, e não como um elemento capaz de gerar melhorias de valor.

Os autores justificam a falência da competição no sistema de saúde não pela ausência de competitividade de seus atores, mas sim porque esta competição se dá de forma errada: é a competição de soma zero na qual os ganhos de um prestador de serviços são determinados unicamente pelo insucesso financeiro dos outros. Esse tipo de competição não gera valor aos pacientes, apenas prejudica a qualidade, cria capacidade excessiva e eleva os custos administrativos (PORTER; TEISBERG, 2007).

O hospital foi caracterizado como um ambiente complexo e, portanto, de difícil gestão.

O grande problema é que isso aqui são várias empresas: uma de alimentação, uma de higienização, de lavanderia; fora o corpo clínico, que é aberto [...]. É uma das pesquisas que eu estou fazendo agora: eu quero saber quem é o meu corpo clínico! (E3).

A percepção sobre a complexidade hospitalar condiz com o que foi apontado por Glouberman e Mintzberg (2001), no modelo dos quatro mundos de um hospital geral, e por outros autores, conforme mencionado anteriormente (ZANON, 2001; PORTER; TEISBERG, 2007; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Seferin e Silva (2008) complementam essa ideia ao considerarem que o desafio da sobrevivência, aliado à necessidade de competitividade e

incorporação tecnológica, transformou a gestão hospitalar numa atividade complexa, exigindo competência gerencial e preparo de seus profissionais (p. 109). Neste contexto caracterizado por mundos tão separados e, por vezes, até conflitantes, foi mencionada a influência da área médica na gestão hospitalar.

Eu te diria que eu estou desde 94 na área da saúde, e lá atrás era bem pior, lá atrás o médico dizia ðesse é o meu tratamento, não quero saber. Ou você [administrador do hospital] diz que não vai dar!ö. Hoje em dia já... o próprio avanço da medicina, o próprio conceito de SUS, por todo mundo entender que o SUS é um sistema belíssimo, mas de uma gestão financeira muito delicada, muito difícil, então isso já está muito bem introjetado até no meio médico (E1).

Ainda nessa direção, foi ressaltada a importância do desenvolvimento de uma visão de gestão hospitalar inclusive em quem atua na gestão médico-assistencial.

[...] é a nossa grande disputa agora: fazer com que cada gestora entenda que ela é responsável pela assistência, pelos custos, pela manutenção dos equipamentos de cada unidade; enfim, ela é uma gestora total da casa dela, da unidade dela, não mais só da assistência ao paciente. Eu acho que o grande futuro dos hospitais e da área médica é essa visão de gestão, porque nem mais as instituições privadas, as Unimed, os demais planos de saúde, nem eles mais toleram o desperdício. Ou nem digo o desperdício, mas esse esbanjamento de coisas. Se for olhar a [Operadora X], a [Operadora X] tem regras, tem protocolos, que isso é uma coisa que vai entrar muito forte, que vai poder gerir um pouquinho a atitude médica (E1).

Foi mencionada a dificuldade que profissionais da área da saúde podem ter para administrarem o hospital como um negócio.

É o grande paradigma. Eu diria ainda que não é só o enfermeiro, é o próprio médico, porque o médico ele tem na sua formação a questão assistencial, ele enxerga o paciente e ele enxerga uma patologia a ser tratada, a ser curada, enfim. Só que a gente tá trabalhando que a saúde não tem preço, mas ela tem custo (E1).

A solução para provocar mudança neste paradigma seria a busca de um equilíbrio entre a visão assistencial e a visão de mercado, entre a gestão médico-assistencial e a gestão administrativa, a partir de uma visão de conjunto, de objetivos comuns.

Então tem que haver uma balança, um equilíbrio entre a parte assistencial e a parte financeira (E1).

Para Seferin e Silva (2008), é imperioso mudar o raciocínio estrutural construído a partir das diferentes categorias profissionais e que se caracteriza por «cada um faz a sua parte». A relação entre médicos e administradores precisa resultar em somas positivas e ser mais consistente, de forma a preservar suas competências e contribuições para a qualidade da assistência e o sucesso das instituições.

7.4 APRECIACÃO DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Conforme mencionado no Capítulo 6 (Método da Pesquisa), os entrevistados foram convidados a responder um questionário desenvolvido por Saayman et al. (2008). Em cada item deste questionário havia uma escala de cinco pontos utilizada para que o respondente pudesse demonstrar seu grau de concordância com a proposição. O peso de cada possível resposta para uma proposição está exposto no Quadro 10.

Quadro 10 ó Graus de concordância e pesos associados às respostas

Grau de concordância do respondente	Peso atribuído para cálculo da média aritmética
Discorda Totalmente	-2
Discorda em Parte	-1
Nem Discorda nem Concorda	0
Concorda em Parte	1
Concorda Totalmente	2

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa.

Assim, itens com médias negativas representam que os entrevistados, na média, discordaram das proposições; itens com pesos próximos de zero demonstram que os entrevistados, na média, se mantiveram neutros; já médias positivas indicam predominância da concordância em relação às proposições.

As proposições de número 5 a 42 referiam-se ao contexto organizacional para IC e ao processo de IC. O Quadro 11 apresenta, à esquerda, as médias aritméticas das respostas dos seis gestores hospitalares para as questões associadas ao contexto organizacional para IC, e ao lado direito, as médias referentes ao processo de IC, ordenadas de forma decrescente de peso. As questões de número 1 a 4 destinavam-se a caracterizar os hospitais estudados e não serão, portanto, apresentadas.

Quadro 11 ó Médias aritméticas das respostas ao questionário

Item	Quanto ao Contexto de IC	Média Aritmética	Item	Quanto ao Processo de IC	Média Aritmética
5	Nossa organização reconhece IC como uma atividade necessária ao negócio.	1,33	38	Utilizamos os resultados de entrevistas de desligamento ou de seleção em nosso sistema de IC.	1,00
9	IC pode ser utilizada para criar uma vantagem competitiva.	1,33	41	Avaliamos a confiabilidade de nossas fontes de informação (pessoas, publicações, internet, etc.).	0,83
23	Relatamos nossas descobertas de IC ao nosso principal executivo.	1,17	22	Estamos interessados nos planos e intenções de nossos principais competidores, aliados, fornecedores, distribuidores e financiadores.	0,67
14	Mantemos mapa ou inventário compreensível de informações e conhecimentos internos.	1,00	26	Nossa organização produz avaliações que apontam para vários possíveis resultados das ações de nossos competidores que poderiam ser ameaças ou oportunidades.	0,67
6	Nossa administração compreende o que significa IC.	0,83	31	Em nossa organização nós nos reunimos com nossos executivos para identificar suas necessidades de inteligência.	0,67
8	A alta direção de nossa organização apoia as atividades de IC.	0,83	17	Temos várias formas de apresentar nossas descobertas de inteligência (<i>briefings, newsletters, perfis da concorrência, análises setoriais, etc.</i>).	0,50
19	Nossa cultura organizacional encoraja compartilhamento de informação.	0,83	27	Nossos funcionários relatam informações sobre nossos competidores aos gestores mais adequados aos propósitos de tomada de decisão.	0,50
10	Nossa organização tem incentivos para encorajar funcionários a descreverem suas observações e informações competitivas.	0,50	36	Toda informação é verificada quanto a precisão e validação com a utilização de pelo menos uma fonte alternativa.	0,50
18	Possuímos sistemas de gestão de conhecimento/informação.	0,33	12	Nossa organização tem uma variedade de métodos para coletar informação (feiras comerciais, <i>websites</i> , análises setoriais, etc.).	0,33
20	Nossa organização mantém um registro central de fontes confiáveis de informação.	0,33	29	Nossa organização emprega modelos analíticos de competitividade (análise <i>SWOT</i> , análise de <i>gaps/lacunas</i> , perfis da concorrência, análise de cenários, <i>benchmarking</i> , etc.).	0,33
30	Comunicamos as necessidades de IC aos funcionários.	0,33	33	Nossa organização desenvolve perfis sobre tecnologias emergentes para melhor compreender suas características, aplicações potenciais e vantagens comerciais.	0,33
32	A alta direção emprega resultados de IC para o planejamento estratégico e a tomada de decisão.	0,33	42	Realizamos auditorias internas de conhecimento (identificação e catalogação do que os funcionários sabem, dos relatórios que possuem, das publicações que utilizam, etc.).	0,33
39	Avaliamos nossas descobertas de IC.	0,33	28	Nossa organização analisa planos e estratégias de nossos competidores para prever e antecipar suas ações.	0,17

15	Há um ponto de coordenação central para recebimento das informações de IC.	0,17	35	Questionamos/entrevistamos os principais tomadores de decisão a fim de verificar se os produtos de IC destinados a eles satisfazem suas necessidades.	0,17
21	Temos um planejamento de IC de longo prazo.	0,17	40	Nossos funcionários participam de seminários e programas de treinamento sobre IC.	0,17
24	IC é uma atividade permanente em nossa organização.	0,17	13	Nossas descobertas de inteligência são amplamente distribuídas pela organização.	0,00
11	Dispomos de maneiras convenientes para que os funcionários descrevam suas observações e informações.	0,00	34	Empregamos ferramentas de gestão da informação (<i>data mining</i> , <i>data warehousing</i> , OLAP, softwares de <i>Business Intelligence</i> ó BI) para compreender nossos clientes.	0,00
16	Tornamos o treinamento em IC (ex.: técnicas de coleta e de análise) disponível aos funcionários	-0,17	37	Treinamos/preparamos nossos funcionários antes de feiras comerciais, exposições e convenções sobre o tipo de informação que eles devem procurar.	-0,33
7	A maioria dos nossos funcionários compreende o que significa IC.	-0,33	25	Nossa organização produz relatórios e avaliações de IC sobre tecnologias emergentes que acreditamos serem as mais importantes.	-0,67
Média Geral do Contexto de IC		0,50	Média Geral do Processo de IC		0,32

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa.

Como pode ser percebido no lado esquerdo do quadro acima, os itens referentes ao contexto de IC, determinado pela cultura da competitividade e pela sensibilização das organizações para o assunto, apresentaram quatro médias com valores iguais ou superiores a 1,00 e mais três médias com valor igual a 0,83. Essas médias referem-se a questões que buscam conhecer o grau de importância atribuída à IC e à criação de condições prévias para a instalação de um processo de IC, entre elas o envolvimento da alta direção, a organização de inventários de informações e de conhecimentos internos e o encorajamento ao compartilhamento dessas informações. Entretanto, à medida que as questões vão se encaminhando para aspectos operacionais destinados à sensibilização para o processo e à disseminação de uma cultura de IC, as médias vão baixando, até chegar a -0,33.

Já para as proposições sobre o processo de IC, apresentadas à direita do quadro, a maior média das respostas foi a do item 38, que se refere à utilização dos resultados das entrevistas de desligamento ou de seleção para um suposto sistema de IC, seguida da atingida pelo item 41, referente à avaliação de confiabilidade das fontes de informação utilizadas. O primeiro desses itens obteve peso médio 1,00 e o segundo 0,83, o que aponta para a

concordância apenas parcial dos respondentes. As demais proposições obtiveram médias próximas a zero ou negativas, o que pode indicar que não há, ainda, ações na direção da implantação formal de um sistema de IC.

Nas duas dimensões analisadas, contexto de IC e processo de IC, as maiores discordâncias, representadas pelas médias negativas no quadro, estiveram relacionadas a proposições sobre os treinamentos para os funcionários (itens 16 e 37), a compreensão dos funcionários sobre IC (item 7) e a produção de relatórios sobre tecnologias de interesse (item 25).

De qualquer forma, na média geral, o valor encontrado para os itens do contexto de IC foi ligeiramente superior ao valor dos itens referentes ao processo de IC. Isso pode indicar que, apesar da percepção da importância da IC por parte dos administradores, há ainda um espaço significativo a ser percorrido em direção à sensibilização e ao envolvimento de todos os integrantes dos hospitais por eles gerenciados em um processo de IC e, mais ainda, em direção à efetiva implantação desse processo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1 EM BUSCA DE UMA SÍNTESE POSSÍVEL

A análise das respostas obtidas nas entrevistas, associada à dos dados levantados no questionário, permite que se sejam algumas considerações a respeito da realidade estudada, as quais devem ser precedidas de importantes observações a respeito da pesquisa. Em primeiro lugar, é necessário que se tenha presente que, ao se realizar uma pesquisa qualitativa que utiliza a técnica de análise de conteúdo, essa análise é essencialmente interpretativa, considerando estar o pesquisador limitado a interpretar a fala dos sujeitos, a partir de sua própria percepção e das teorias assumidas.

Além disso, ao se estudar uma realidade, faz-se uma espécie de fotografia ou representação parcial dela, um recorte no espaço e no tempo, considerando-se ser a realidade muito mais ampla e dinâmica do que a fotografia apresentada. Especialmente no caso desta pesquisa que trata dos hospitais de Caxias do Sul, nos quais ocorreu nos últimos anos, conforme caracterização apresentada, um crescimento acelerado no desempenho e uma forte profissionalização e qualificação da gestão, é possível que, ao serem divulgados os resultados da pesquisa, os achados referentes às categorias estudadas já estejam bastante modificados. Entretanto, apesar dessas limitações, podem ser destacados pontos importantes nas falas dos entrevistados em relação aos aspectos investigados.

A partir dessas considerações, destaca-se que em relação à primeira categoria, percepção de competitividade no segmento hospitalar, foram verificados dois posicionamentos diferentes: dos hospitais que prestam serviços exclusivamente ao SUS ou o têm como principal financiador dos seus serviços, os quais não percebem o segmento como competitivo, considerando que as normas de prestação dos serviços são definidas pelos órgãos regulamentadores, admitindo, no entanto, a possibilidade de concorrência pelos pacientes do SUS para cobrir os custos fixos, assegurar o fluxo de atendimento e obter resultados que

permitam reinvestimentos; e dos hospitais que não são credenciados ao SUS ou não o têm como principal financiador de seus serviços, os quais apresentaram a percepção da existência de concorrência pelo mercado, que se manifesta primeiramente entre operadoras de planos de assistência à saúde, fazendo com que os hospitais precisem acompanhar os movimentos da operadora de sua instituição, desenvolvendo um "raciocínio de empresa"

Quanto à segunda categoria, preocupação com o acompanhamento dos movimentos de outros hospitais, verificou-se que os hospitais direcionados ao SUS, embora destaquem não existir concorrência em seu segmento, percebem a importância de coletar informações de outros hospitais e de observar os mesmos padrões no atendimento aos pacientes, mediante, inclusive, o uso de parcerias. Já para os hospitais que atendem predominantemente ao sistema suplementar de saúde, a preocupação com os movimentos de outros hospitais se volta especialmente para o atendimento ao cliente, uma vez que, na percepção dos entrevistados, a concorrência se fundamenta na qualidade desse atendimento. Além disso, esse conhecimento pode servir, ainda, para evitar investimentos em atividades que não seriam rentáveis, tendo em vista a auto-sustentabilidade.

A partir da análise das falas dos entrevistados relativamente às duas primeiras categorias, identificou-se a preocupação com a permanência da instituição hospitalar no mercado, a sobrevivência. Essa preocupação abre espaço para o avanço nas práticas de gestão, orientadas para a busca de vantagens competitivas, e que pode se efetivar inicialmente através do monitoramento do ambiente de negócios, direcionando-se depois para um processo sistemático de IC.

Relativamente à terceira categoria, entendimento sobre o conceito de IC, verificou-se que havia dúvidas sobre o significado da expressão, não sendo ela usada correntemente no meio hospitalar pesquisado. Entretanto, o emprego de ferramentas de IC foi considerado útil para o negócio hospitalar, apoiando o planejamento estratégico, auxiliando a coleta de tendências do mercado e ampliando horizontes na busca de inovações.

No que diz respeito à quarta categoria, aplicação dos princípios de IC, pode-se depreender das entrevistas que alguns deles já são aplicados nos hospitais, ainda que de maneira informal e assistemática, especialmente vinculados ao planejamento estratégico, não havendo, entretanto, um esforço direcionado à implantação de ferramentas de IC. Nesse sentido, seria importante o amadurecimento das instituições que já usam ferramentas de IC

mediante a disseminação da cultura da competitividade, vista como a concorrência por melhores resultados, a incorporação do conceito de inteligência competitiva a essa cultura e a percepção de sua utilidade para a permanência dessas instituições no mercado.

Em relação à quinta categoria, que trata da utilização de fontes e técnicas para a coleta de informações do mercado, foram mencionadas como principais fontes os órgãos regulamentadores, a classe médica, outras instituições, as normas de certificação, especialmente as da ONA, os clientes, o meio acadêmico. Como técnicas de coleta das informações foram mencionadas as visitas, a participação em congressos e cursos, e o uso de técnicas de *benchmarking* com outras instituições para a coleta de informações visando a melhorias, a partir do conhecimento de boas práticas de outros hospitais.

A sexta categoria, disponibilidade de tecnologia da informação nos hospitais, oportunizou aos administradores que mencionassem as dificuldades que os hospitais têm com a TI. Segundo sua percepção, em alguns casos a TI ainda não permite o interfaceamento entre as diferentes áreas de um hospital, o que pode dificultar em muito a sua gestão. Entretanto, mesmo com as referidas dificuldades, foi ressaltada a importância de que a TI funcione como elo entre áreas e processos hospitalares, provocando, inclusive modificações nesses processos e servindo para promover melhorias internas.

Relativamente à sétima categoria, exigências de controle interno em contraposição às necessidades de IC, depreendeu-se das entrevistas que a preocupação dos administradores está ainda bastante focada no grande número de exigências de controle interno, o que lhes demanda muita atenção e envolve muito trabalho e tempo. Entretanto, também se registram falas que indicam que, depois de organização interna, é necessário olhar para fora e expandir. Foi mencionada, além disso, a necessidade de se concentrar esforços no que pode ser mensurado no ambiente hospitalar, talvez indicando a percepção de que a IC resultasse em um processo cujos resultados não seriam mensuráveis. Reforça-se, assim, o que foi afirmado por Rodrigues e Riccardi (2007): para que a IC não se torne mais um processo descartado frente a tantas necessidades de controle interno, e também para motivar os envolvidos a empregá-lo, é fundamental que a implantação desse sistema seja acompanhada de uma avaliação de desempenho, a partir de padrões de eficácia.

Finalmente, em relação à última categoria, gestão hospitalar e introdução de inovações, destaca-se das entrevistas que alguns fatores dificultam a introdução de inovações,

especialmente as tecnológicas, na gestão dos hospitais. Dentre esses, destacam-se as limitações financeiras dos hospitais, a impossibilidade de fixação de preços adequados ao custo dos serviços, o preço dos produtos usados na área da saúde, o baixo retorno dos investimentos em serviços hospitalares, a complexidade e a diversidade da instituição hospitalar, a influência da área médica na gestão administrativa do hospital. Nesse sentido foi ressaltada a importância do desenvolvimento de uma visão de gestão hospitalar inclusive em quem atua na gestão médico-assistencial e de que esses gestores passem a administrar o hospital como um negócio.

8.2 MATURIDADE PARA IC NOS HOSPITAIS ESTUDADOS

Tendo presente o conjunto de categorias examinadas, e com base no modelo teórico proposto por Goodrich (1987) sobre quatro possíveis tipos de monitoramento do ambiente de negócios, selecionado para identificar o nível de maturidade em inteligência competitiva alcançado pelo segmento hospitalar pesquisado, pode-se afirmar que os hospitais estudados nesta pesquisa ainda permanecem em um monitoramento dito "Panorâmico Informal". Esse tipo de monitoramento se caracteriza pela observação passiva do ambiente, pouco esforço sistematizado e poucos critérios para selecionar fontes de informação, fazendo com que o sucesso da observação dependa, determinadamente, da capacidade das pessoas envolvidas, e não necessariamente de uma estrutura desenvolvida pela instituição.

Pode-se afirmar, ainda, que apenas em alguns casos, para atividades específicas, as instituições analisadas avancem para um modelo de monitoramento dito "Focalizado Informal" em que a atividade de procura direta de uma informação se estende até sua localização, fazendo com que os sinais de interesse sejam rastreados por tempo suficiente para serem documentados. Neste caso, ocorre a designação de pessoal dedicado para a tarefa exclusivamente no período da busca.

Em relação ao modelo teórico proposto por Rodrigues e Riccardi (2007), que aponta cinco níveis possíveis de maturidade de IC em organizações, também selecionado para classificar o segmento hospitalar quanto ao nível de maturidade em IC, pode-se perceber que nos hospitais estudados não há elementos de IC definidos, exceto a infraestrutura de TI, a qual

serve genericamente às necessidades das instituições. Mesmo assim, foi citado que este fator ainda apresenta lacunas, gerando dificuldades no processamento de informações. Assim, eventuais processos de IC são informais e mostram-se dispersos e independentes, podendo ser realizados de forma diferente por cada pessoa.

A atividade que mais se aproxima do conceito de IC no segmento estudado é a de *benchmarking*, realizada com frequência pelas instituições hospitalares na busca das melhores práticas. Mesmo assim, o enfoque nestes casos é sobre o que já está acontecendo no ambiente, e não sobre o que pode vir a acontecer, o que denotaria a característica estratégica e de inovação da IC.

Nesse sentido, se houver de parte das instituições hospitalares estudadas interesse em desencadear um processo sistemático de IC, é necessário que concentrem esforços no encaminhamento de alternativas para superação de dicotomias enfrentadas na gestão do processo, tais como: necessidade de autonomia institucional diante das exigências e normas dos órgãos regulamentadores e das operadoras de planos de saúde; superação da pressão exercida pelas exigências de controle interno em vista das necessidades apresentadas por um sistema de IC; ampliação da cultura de competitividade na área da saúde diante da percepção da importância de IC nas organizações; exigências de infraestrutura apresentadas por um sistema de IC e dificuldades de modernização das ferramentas de tecnologia de informação; dificuldades de encontrar um equilíbrio entre a gestão médico-assistencial e a gestão administrativa; e finalmente, dificuldades de desenvolvimento de um processo continuado de IC diante do retorno financeiro de instituições que atuam na área da saúde. A busca da superação dessas exigências dicotômicas pode constituir-se em um conjunto de princípios orientadores da ação dos administradores hospitalares para a criação de uma cultura de IC.

8.3 PERSPECTIVAS E DESAFIOS DA IC NOS HOSPITAIS ESTUDADOS

A construção da IC em uma organização é, segundo Prescott (2002), um processo social, o que faz com que uma cultura organizacional sustentada pela inteligência tenha que ser construída gradualmente. Isso se dá com o aprimoramento das qualificações relativas ao trato das informações, depois com a formação de redes de contatos pessoais e, finalmente,

com a formalização de mecanismos para garantir o fluxo adequado das informações.

Um ponto fundamental para a implantação da IC seria o desenvolvimento de maior autonomia das instituições hospitalares diante de órgãos regulamentadores e de operadoras de planos de assistência à saúde. Conforme já destacado anteriormente, o fato de necessitar atender a essas normas, não significa que um hospital deva ser apenas repetidor das orientações político-ideológicas vigentes, pois conserva importante margem de tomada de decisão, podendo assumir a autonomia em sua gestão, buscando observar os princípios de efetividade, eficiência e eficácia, básicos para sua sobrevivência no mercado.

Nesse sentido, a IC poderia se tornar muito útil diante da grande regulação sofrida pelas instituições do segmento, destacada especialmente pelos administradores de hospitais credenciados ao SUS. Seja pelo SUS, CNAS ou qualquer outro órgão regulamentador, sempre surgem novas leis a serem seguidas e pouco tempo para atendê-las. Neste caso, conforme Rodrigues e Riccardi (2007), a IC permitiria conhecimento sistemático e apurado sobre mudanças políticas, legislativas e regulatórias que afetam o negócio. A IC seria também muito bem aproveitada para as operadoras de planos de saúde, que mesmo estando em um segmento muito regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, podem variar produtos e, conforme resultados da pesquisa, têm mais facilidade para entender o mercado como competitivo.

Entretanto, no contexto analisado, em que hospitais têm grandes preocupações com controles internos, em vista da necessidade de organizar-se para fazer frente às dificuldades de gestão, pode ser dificultada a implantação de um sistema de IC. O pressuposto de envolvimento da alta direção no processo pode ser um fator dificultador da efetiva instalação de IC em um hospital, em virtude das constantes pressões exercidas pelas atribuições gerenciais nos controle interno da organização. Mas esse também pode ser um fator facilitador, dando base à consolidação do processo. Isto poderá ocorrer se houver da parte da alta administração forte convicção sobre a importância de seu papel de dirigir a instituição com o olhar voltado para dentro a fim de supervisionar a gestão interna, mas, também, e especialmente, com o olhar voltado para fora com vistas a apontar aos demais membros da instituição os rumos a serem seguidos.

Outro aspecto fundamental a ser considerado pelos hospitais que desejarem implantar um sistema de IC é a necessidade de ampliação da percepção de competitividade na área da

saúde, na perspectiva do entendimento de que a concorrência não é um fator negativo, mas pode estimular a busca de sempre melhores resultados para o trabalho desenvolvido. Este aspecto é particularmente importante se considerados as peculiaridades das instituições hospitalares apontadas por Shortell e Kaluzny (2000), em especial a natureza emergencial das atividades por elas desenvolvidas e a pouca margem de ambiguidade e de erro aceitáveis no trabalho na área da saúde. A criação de uma cultura de competitividade dará base à convicção, por parte de todos os membros da instituição, de que a IC é importante e necessária para o desenvolvimento institucional e de que todos devem se envolver no processo.

No que diz respeito às exigências de infraestrutura apresentadas por um sistema de IC e dificuldades de modernização das ferramentas de tecnologia de informação, esse fator precisa ser considerado pelas instituições que desejarem ampliar suas atividades de IC. O crescimento da IC está em muito associado ao desenvolvimento de ferramentas eficazes de tecnologia da informação, uma vez que há necessidade de trabalhar com base em informações confiáveis, de forma, inclusive, a apoiar seus processos operacionais e gerenciais e de obter vantagem competitiva, conforme apontado por Borba et al. (2003). Essa preocupação foi identificada na análise das entrevistas e questionários respondidos pelos administradores dos hospitais pesquisados, especialmente no que diz respeito à melhoria e à integração dos sistemas de TI (em especial manifestada pelos entrevistados E1, E2, E3 e E4), tidas como fundamentais para o crescimento das instituições. Como a TI foi apontada como deficitária (em especial por E1), pode-se inferir que a IC também tenha dificuldades para se estabelecer no segmento.

Além disso, ficou evidenciado que nas organizações estudadas, frequentemente, a infraestrutura de TI não acompanha o desejo de inovação. O desalinhamento da estratégia de TI é, conforme referem Prahalad e Krishnan (1999), em geral, um empecilho para a implementação de mudanças no negócio. Entretanto, essa dificuldade não é exclusiva dos hospitais, pois atinge grande número de outras empresas que, conforme Rodrigues e Riccardi (2007), apesar dos investimentos feitos nos recursos de TI, ainda percebem grande necessidade de integrar sistemas e de caracterizar melhor o fator humano nas organizações. Isso vem ao encontro das manifestações dos entrevistados, ao referirem preocupação com as ferramentas que fazem com que os recursos internos dos hospitais possam ser mais conhecidos e aproveitados.

Referentemente à importância de encontrar um equilíbrio entre a gestão médico-assistencial e a gestão administrativa, é necessário que todos os envolvidos busquem formas de administrar o hospital como um negócio. Para que aconteça essa mudança, é necessário que a administração se impregne dos objetivos da instituição, a partir de uma visão de conjunto, apoiada no equilíbrio entre visão assistencial e visão de mercado, resultando em somas positivas, de forma que todos possam preservar suas competências e dar suas contribuições para a qualidade da assistência e o sucesso das instituições (PORTER; TEISBERG, 2007; SEFERIN; SILVA, 2008).

Finalmente, em relação às dificuldades de desenvolvimento de um processo continuado de IC diante do reduzido retorno financeiro de instituições que atuam na área da saúde, é importante que se busquem alternativas eficientes para esse problema. Tendo em vista que os hospitais estudados têm, por via de regra, dificuldades para interferir nos preços, e lembrando que, nesse cenário, conforme destaca com propriedade um dos entrevistados (E4), o controle dos custos é fator determinante para a obtenção de lucro, a aplicação dos mecanismos de IC também pode mostrar-se útil para esses hospitais. De acordo com Prescott (2002), um sistema de IC agrega valor por possibilitar que a instituição conheça as iniciativas da concorrência que podem afetar sua participação no mercado, os preços praticados e o lucro possível. Além disso, Fontana (2004) considera que um dos grandes benefícios da IC é que ela tem a capacidade de aprimorar o processo decisório da empresa, transformando-o de uma atividade intuitiva para um processo analítico.

Crê-se ainda que a IC poderia ser extremamente útil no segmento hospitalar analisado por poder garantir a avaliação sistemática e repetida dos pressupostos que norteiam a definição das estratégias competitivas destas instituições. Como o segmento da saúde foi considerado pobre (E4) e algumas áreas específicas como a da psiquiatria foram tidas como de menor evolução (E6), pode haver certa acomodação com os modos de pensar e de agir sobre a instituição hospitalar. De acordo com Rodrigues e Riccardi (2007), as estratégias competitivas se originam, muitas vezes, de normas culturais cristalizadas, as quais podem levar à interpretação de aspectos do mercado e do comportamento dos clientes sem base real nem atualizada. Nesse sentido, a IC contribuiria para questionar verdades ôrrefutáveis assumidas pelos gestores ou impregnadas na cultura organizacional que, muitas vezes, não são convenientemente verificadas e que impedem as instituições de competirem melhor no segmento.

É importante ressaltar, conforme referido por Shortell e Kaluzny (2000), que o fato de os médicos, em especial, terem uma forte relação de lealdade com a categoria profissional e, além disso, trabalharem em outras instituições até concorrentes, como também ocorre com enfermeiros e técnicos de enfermagem, faz com que haja grande difusão de informações entre os hospitais. Isso, apesar de ser referido como uma das grandes estratégias do hospital administrado por E3, pode-se tornar uma força e uma fraqueza do hospital no que tange à utilização das informações. Por isso nota-se a tendência em tentar descobrir quais são os profissionais leais às instituições hospitalares (E3). Rodrigues e Riccardi (2007) falam que a IC poderia apoiar em um ambiente como este no desenvolvimento de atividades de contrainteligência ou de inteligência defensiva, de forma a criar meios para favorecer a segurança das atividades da organização.

8.4 ALCANCES E LIMITAÇÕES DA PESQUISA

O tema proposto para este trabalho é importante e oportuno, justificando-se pelas lacunas de conhecimento e de práticas que tenham por objeto a construção de sistemas de inteligência competitiva em instituições hospitalares. A realização da pesquisa permitiu ao seu autor, de um lado, a constatação da precariedade da literatura para fundamentar uma análise consistente, por se referir a uma área do conhecimento relativamente nova e pela limitação de estudos específicos sobre IC em instituições hospitalares; de outro lado, também possibilitou o contato com a riqueza do universo da gestão hospitalar em instituições de Caxias do Sul, de forma a perceber os grandes avanços nessa área, resultantes da profissionalização e da dedicação dos gestores. Dessa forma, o que se apresentava inicialmente como uma restrição, constituiu-se em oportunidade de definição de alguns princípios gerais a partir de dicotomias identificadas na gestão do processo. Esses princípios podem vir a orientar um trabalho efetivo na direção de um sistema de IC em instituições hospitalares, a fim de colaborar com o desenvolvimento do conhecimento científico e influenciar, principalmente, a promoção de políticas administrativas na área da saúde.

Todos os administradores participantes da pesquisa manifestaram perceber a importância da inteligência competitiva, ficando evidenciada, contudo, por meio da análise das respostas dos entrevistados, a presença de condições bastante incipientes para a instalação

de um processo de IC nos hospitais pesquisados. Ao longo da pesquisa apresentaram-se algumas limitações, destacando-se principalmente a não participação do Hospital da Unimed na população objeto; outra limitação foi a dificuldade na obtenção de dados de alguns hospitais, dificultando a caracterização dessas instituições e do conjunto de hospitais pesquisados.

Com relação aos objetivos do trabalho, o objetivo geral foi de identificar como os hospitais de Caxias do Sul vislumbram o ambiente concorrencial e de que forma a inteligência competitiva pode ser adicionada a este segmento de modo a agregar valor para a busca de vantagem competitiva. Buscando-se atender a este objetivo, foi realizada uma entrevista em profundidade com os administradores de seis hospitais, sendo que o Hospital da Unimed não se dispôs a participar do estudo. Para se alcançar o objetivo geral, foram estabelecidos alguns objetivos específicos, os quais foram atendidos conforme demonstrado no Quadro 12.

Quadro 12 ó Cumprimento dos objetivos específicos

Objetivo Específico	Capítulo, Seção
Verificar a importância atribuída pelos entrevistados ao movimento das demais instituições hospitalares para a gestão dos próprios negócios	Capítulo 7, seção 7.3.2
Identificar as fontes e as técnicas de coleta de informações do ambiente externo e descrever mecanismos de inteligência competitiva eventualmente utilizados pelos hospitais	Capítulo 7, seção 7.3.5
Classificar o segmento hospitalar pesquisado quanto ao nível de maturidade em inteligência competitiva, de acordo com modelos propostos por Goodrich (1987) e por Rodrigues e Riccardi (2007)	Capítulo 8, seção 8.1
Apontar alternativas para a utilização dos conceitos de inteligência competitiva nos hospitais pesquisados.	Capítulo 8, seção 8.2

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Com relação à possibilidade de desenvolvimento de pesquisas futuras, o escopo da investigação limitou-se ao Município de Caxias do Sul. No entanto, o mesmo estudo pode ser realizado com instituições de outros municípios e algumas conclusões ser generalizadas para outros hospitais, em vista das categorias de análise elaboradas, dos modelos de classificação do nível de maturidade para IC utilizados e dos princípios propostos para implantação de um processo de IC.

Outra oportunidade que se apresenta diz respeito ao desenvolvimento de pesquisas buscando evidenciar se existe relação entre o nível de maturidade para IC dos Hospitais que geraram maior competitividade, aumento de receita e resultado e, ainda, ampliação da capacidade de atendimento. Por fim, pensa-se ser interessante também investigar as práticas de IC das operadoras de planos de saúde da região, tendo em vista que, conforme mencionado anteriormente, elas parecem estar mais adaptadas à cultura da competitividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAKER, D.A.; KUMAR, V.; DAY, G.S. **Pesquisa de marketing**, São Paulo: Atlas, 2004.

ABBAS, K. **Gestão de Custos em Organizações Hospitalares**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, 2001.

ABELS, E. Hot topics: environmental scanning. **Bulletin of the American Society for Information Science and Technology**, v.28, n.3, p.16-17, fev./mar. 2002.

ALBRIGHT, K.S. Environmental scanning radar for success. **Information Management Journal**, v.38, n.3, p.38-45, mai./jun., 2004.

ALMEIDA, J.J. **Sistemas de custos em organizações hospitalares**: estudo de casos. Dissertação de Mestrado em Ciências Contábeis. ISEC/FGV. Rio de Janeiro, 1987.

ANDREAZZA, G. **Caxias do Sul, a favorita dos empresários**. Economia: Ambiente de Negócios. ZERO HORA, n. 15.603, 16 mai. 2008.

ANDRIOTTI, F.K.; FREITAS, H.; JANISSEK-MUNIZ, R. Informação informal e a monitoração do ambiente organizacional: reflexões e sugestões para a área de TI. Submetido ao **XXXII EnANPAD**. Rio de Janeiro: ANPAD, 2008.

ANSOFF, H.I. **Administração estratégica**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 1983.

AZEVEDO, C.S.; FERNANDES, M.I.A.; CARRETEIRO, T.C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p.2410-2420, out. 2007.

BALESTRIN, F.; RESENDE, J.M. Síntese da organização do corpo clínico de uma rede hospitalar privada: a experiência da Rede VITA. In: SILVA, H. M. S.; KAEMMERER, A.;

SCHOUT, R. A. **Gestão do Corpo Clínico: experiências dos Hospitais da ANAHP**. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

BARBOSA, R.R. Uso de fontes de informação para a inteligência competitiva: um estudo da influência do porte das empresas sobre o comportamento informacional. **Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, ed. esp., 1º Semestre, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa Edições 70. Lisboa, 2004.

BATTAGLIA, M.G.B. A inteligência competitiva modelando o sistema de informação de clientes ó Finep. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 200-214, mai./ago. 1999.

BERTOLOZZI, M. R., GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem ó USP**. São Paulo, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BESSANT, J.; TIDD, J. **Innovation and entrepreneurship**. Chichester, West Sussex, Inglaterra: John Wiley & Sons, 2007.

BEZERRA, F.A. **Variáveis que interferem na definição e na abrangência da controladoria**. Produção Científica Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.oswaldocruz.br/download/artigos/social7.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2008.

BITTAR, O.J.N.V. Metodologia para avaliação da produtividade em hospitais. **Revista Mundo da Saúde**, São Paulo: Fundação Social Camiliana, v. 20, n. 7, p.238-242, ago. 1996.

BORBA, G.S.; CUNHA, A.K.M; SORDI, D.R.; BORGES, M.V. Saúde integrada? Um estudo exploratório obre o uso de sistemas integrados de gestão (ERP) nos hospitais gaúchos. **Anais do 27º ENANPAD**, Atibaia, São Paulo, set. 2003.

BRAGA, J.C.S., PAULA, S.G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRANDT, R.A. Relações entre médico e Hospitais. In: SILVA, H. M. S.; KAEMMERER, A.; SCHOUT, R. A. **Gestão do Corpo Clínico: Experiências dos Hospitais da ANAHP**. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Título VIII ó Da Ordem Social; Capítulo II ó Seção II, Da Saúde - Artigos 196; 197; 198. Brasília: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília, 2008a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>>. Acesso em: 02 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Datasus. **CNES ó Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 02 mai. 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **SISNEP ó Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos**. Disponível em: <<http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador>>. Acesso em: 13 mar. 2009c.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE ó Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Assistência Médica Sanitária 2005; **Malha municipal digital do Brasil: situação em 2005**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 02 jun. 2008.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE ó Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produto Interno Bruto dos Municípios 2002-2005**, Contas Nacionais, n.22. Rio de Janeiro, 2007.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE ó Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas Populacionais para os municípios brasileiros em 01/07/2009**. Rio de Janeiro, 2009b. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/default.shtm>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

_____. Presidência da República. Secretaria de Assuntos Estratégicos. IPEA ó Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995-2005**. Texto para discussão n.1324, Brasília, 2008b.

BRUGALLI, A. M. **Vocação para hospedar: trajetória de um hospital/hotel/hospital**. Caxias do Sul: EDUCS, 1995.

CALOF, J. Increasing your CIQ: the competitive intelligence edge. *EcDevJournal*, ed.1998. Disponível em <<http://www.ecdevjournal.com/>>. Acesso em: 03 fev. 2009.

CANONGIA, C; PEREIRA, M.N.F.; MENDES, C.S.; ANTUNES, A. Mapeamento de inteligência competitiva (IC) e de gestão do conhecimento (GC) no setor saúde. **Encontros Bibli**: Revista Eletrônica Biblioteconomia e Ciência da Informação, UFSC, ed. esp., 1º sem. 2004. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/293/344>. Acessado em: 02 jun. 2008.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n.4, p. 679-84, Florianópolis, out./dez. 2006.

CAVALCANTI, E.P. Inteligência empresarial e o sucesso nos negócios. **FACEF Pesquisa**, v.7, n.2, 2004.

CECOTOSTI, K. Liderança garante competitividade no setor. **Saúde Business Web**. 20 set. 2005. Disponível em: <http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=28578>. Acesso em: 02 jun. 2008.

CENDOTEC. Relatório do **Seminário Internacional Inteligência Estratégica**. Diretor da Publicação: Pierre Fayard. São Paulo: Centro Franco-Brasileiro de Documentação Técnica e Científica, 2007.

CHANG, S.J.; SINGH, H. Corporate and industry effects on business unit competitive position. **Strategic Management Journal**, v.21, p.739-752, 2000.

CHERCHIGLIA, M.L.; DALLARI, S.G. Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público. **RAE eletrônica**, São Paulo, v.5, n.2, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482006000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2008.

CHOO, C.W. The art of scanning the environment. **Bulletin of the American Society for Information Science**, v.25, n.3, p.21-24, fev./mar. 1999.

CHOU, W. The growing role of IT in transportation. **IT Pro**, p.5-6, dez., 2003.

CÍRCULO OPERÁRIO CAXIENSE. **Institucional ó Histórico**. Disponível em: <http://www.circulo-operario.org.br/institucional/historico.asp>. Acesso em: 10 jan. 2009.

COELHO, E.A.C.; LUCENA, M.F.G.; SILVA, A.T.M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem ó USP**. São Paulo, v. 34, n.1, p.37-44, 2000.

COHEN, M.M.; MOURA, M.L.O., TOMAZZELLI, J.G. Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 7, n. 3, 2004.

COOPER, D.R.; SCHINDLER, P.S. **Métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JR., M.; TONON, L.M. (Orgs.). **Cadernos de Saúde I**. Belo Horizonte: Coopmed, p.11-26, 1998.

DAFT, R.L.; WEICK, K.E. Toward a model of organizations as interpretation systems. **The Academy of Management Review**, v.9, n.2, p.284-295, abr. 1984.

DALALBA, A. **Um estudo sobre Data Warehouse**. Disponível em: <<http://www.geocities.com/SiliconValley/Port/5072>>. Acesso em: 02 jun. 2008.

DAVIS, C.; OLIVEIRA, Z. R. **Psicologia na Educação**. p.27-37. São Paulo: Cortez, 1990.

DEGENT, R.J. A importância estratégica e o funcionamento do serviço de inteligência empresarial. **RAE ó Revista de Administração de Empresas**, v.26, n.1, p.77-83, jan./mar. 1986.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DRUCKER, P. F. **Inovação e espírito empreendedor (entrepreneurship): prática e princípios**. 6.ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

ELENKOV, D.S. Strategic uncertainty and environmental scanning: the case for institutional influences on scanning behaviour. **Strategic Management Journal**, v.18, n.4, p.287-302, 1997.

ESCORSA, P. **De la vigilancia tecnológica a la inteligencia competitiva en las empresas.** Conferencia inaugural de los Estudios de Información y Documentación de la UOC del segundo semestre del curso 2001-2002. 15 set. 2001.

ESCRIVÃO JUNIOR, A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 655-666, 2007.

FACHINELLI, A.C. Elementos metodológicos de vigília e de inteligência econômica para o processamento de informações organizacionais. In: **Conexão ó Comunicação e Cultura**, v.2, n.4, p. 153-162. Caxias do Sul: UCS, 2003.

FARIAS, V. O. **Responsabilidade Social na prática:** a história e realizações do Virvi Ramos. Caxias do Sul: Faculdade Nossa Senhora de Fátima, 2008.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Eletrônico Aurélio**, versão 5.11a. Positivo Informática, 2004.

FITZSIMMONS, J.A.; FITZSIMMONS, M.J. **Administração de Serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

FONSECA, R. C. V. **Metodologia de trabalho científico.** 1. ed. Curitiba: IESDE Brasil S.A, 2007.

FONTANA, E.W. **Inteligência competitiva apoiando o processo de internacionalização de empresas brasileiras:** contribuição para os pequenos negócios exportadores de madeira. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Sistemas de Gestão da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2004.

FREITAS, H.; LESCA, H. Competitividade empresarial na era da informação. **Revista de Administração da USP**, v. 27, n. 3, p.92-102, jul./set. 1992.

FULD, L.M. **Inteligência Competitiva:** como se manter à frente dos movimentos da concorrência e do mercado. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2007.

_____. **The new competitor intelligence.** Chichester, Inglaterra: John Wiley, 1995.

GARCIA JÚNIOR, P.M. **Tendências de CRM: marketing para os próximos dias**. Disponível em: <<http://www.paradigmaglobal.com.br/artigos/CRM.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2008.

GAZETA MERCANTIL. Análise Setorial: Sistema Hospitalar. Elaborado pelo analista econômico Antonio Carlos Pinheiro Santos. In: **Panorama Setorial Gazeta Mercantil**. Vol. I e III, dezembro de 1998.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIMENO, J. Reciprocal threats in multi-market rivalry: staking out spheres of influence in the U.S. airline industry. **Strategic Management Journal**, v.20, p.101-128, 1999.

GLOUBERMAN, S.; MINTZBERG, H. Managing the care of health and the cure of disease. **Health Care Management Review**, n.26, p.56-84, 2001.

GOMES, E.; BRAGA, F. **Inteligência competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

GOODRICH, R.S. Monitoração do ambiente externo: uma necessidade para as organizações tecnológicas. **RAE ó Revista de Administração de Empresas**, v.27, n.1, p.5-10, jan./mar. 1987.

GREENE, J. **Pensamento e linguagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

GROOM, J.R.; DAVID, F.R. Competitive intelligence activity among small firms. **Advanced Management Journal**, p.12-20, winter, 2001.

JAMB. **Jornal da Associação Médica Brasileira**. Presidente da Frente Parlamentar da Saúde defende SUS de qualidade. Política Médica, mai./jun./jul. 2006. Disponível em: <http://amb.org.br/jamb/mai_jun_jul06/pg20.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2008.

KAHANER, L. **Competitive intelligence: how to gather, analyze, and use information to move your business to the top**. New York: Touchstone Books, 1998.

KAMII, C. **A teoria de Piaget e a educação pré-escolar**. 2.ed. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

KERR, C.I.V; outros autores. A conceptual model for technology intelligence. **International Journal of Technology Intelligence and Planning**. v. 2, n. 1, p.73-93, 2006.

KOTLER, P.; FOX, K.F.A. **Administração de marketing**. 10.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

LA FORGIA, G.M; COUTTOLENC, B.F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LEITÃO, L. Recurso apertado. In: **Saúde Business - Hospitais Referência 2007**, ano 3, n.3, dez. 2007.

_____. Remédio para a saúde. In: **Saúde Business - Hospitais Referência 2007**, ano 3, n. 3, dez. 2007b.

LESCA, H. Veille stratégique: passage de la notion de signal faible à la notion de signe d'alerte précoce. **Colloque VSST 2001**, Barcelone oct. Actes du colloque, tome 1, p. 98-105, 2001.

LESCA, H.; FREITAS, H.; JANISSEK-MUNIZ, R. **Inteligência antecipativa para decisão estratégica**. Trabalho preparado com base em textos escritos entre 1996 e 2002. Cooperação GIANTI, PPGA/EA/UFRGS, 2003a.

_____. **Inteligência estratégica antecipativa: uma ação empresarial coletiva e pró-ativa**. Trabalho preparado com base em textos escritos entre 1996 e 2002. Cooperação GIANTI, PPGA/EA/UFRGS, 2003b.

LI, L.; TSE, E. C.; GU, B.Y. The relationship between strategic planning and entrepreneurial business orientation. **The Chinese Economy**, vol. 39, no. 6, p. 70682, nov./dez. 2006.

LINK, R.A. **Círculo Operário Caxiense: uma trajetória de conquistas e realizações**. Caxias do Sul: Belas Letras, 2009.

LOPES, K.R.; MENDES, R.P.; FARIA, V.L.B. (Orgs.). **Livro de estudo: Módulo II**. Brasília: MEC. 72p. Coleção PROINFANTIL, Unidade 1. Secretaria de Educação Básica. Secretaria de Educação a Distância, 2005.

MAC EARCHERN, M. T. **Hospital Organization and Management**. Chicago: Physicians Record Company, 1957.

MACHLINE, C. Cadeia de valor na saúde: compras na área da saúde. In: **Debates GVsaúde**, n.3. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getulio Vargas. 2007. Disponível em: <http://www.eaesp.fgvsp.br/subportais/gvsaude/Pesquisas_publicacoes/debates/03/29.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2009.

MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de Marketing**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

_____; outros autores. **Introdução à pesquisa de marketing**. 1. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2005.

MANUAL DE OSLO: Diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação. 3.ed. OECD/Eurostat, 1997.

MARTINS, A.P.; CECOTOSTI, K. Os Vencedores ó TOP Hospitalar 2007. In: **Saúde Business**, ano 1, n.1, jan. 2008.

MARTINS, E.S.; KRAISCH, E.L.; ALTOFF, J.R. Um estudo de caso sobre monitoramento ambiental na indústria têxtil. In: **RACI ó Revista de Administração e Ciências Contábeis do IDEAU**, v.2, n.5, mai./jul. 2007.

McGONAGLE, J. J.; VELLA, C. M. A case for competitive intelligence. **The Information Management Journal**. jul./ago. 2002.

MÉDICI, A.C. **Evolução da estrutura do sistema de saúde**. Disponível em: <<http://www.tecsi.fea.usp.br/eventos/Contecsi2004/BrasilEmFoco/port/polsoc/saude/estsist/apresent.htm>>. Acesso em: 02 jun. 2008.

MELLO, A. Introduzindo o Benchmarking. In: WATSON, G. H. **Benchmarking estratégico**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.

MILLER, J. P. O processo de inteligência: como funciona, seus benefícios e sua situação atual. In: MILLER, J. P. **O milênio da inteligência competitiva**. Porto Alegre: Bookman, 2002.

MILLINER, L.A. **Systems thinking and strategic decision-making: a consideration of chaos theory**. Master of Philosophy Thesis. Griffith Business School. Brisbane, 2006.

MINOTTO, R. **A estratégia em organizações hospitalares**. 2.ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MIZUKAMI, M. G. M. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986.

MORAES, O.D.; CÂNDIDO, I.; VIEIRA, E.V. **Hotelaria hospitalar: um novo conceito no atendimento ao cliente da saúde**. Caxias do Sul: EDUCS, 2004.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. In: ENGENS, M. E. (org). **Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.

_____. **Uma Tempestade de Luz: a compreensão possibilitada pela análise textual qualitativa**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

MORESI, E. A. D. Monitoração ambiental e percepção da realidade. In: Simpósio Internacional sobre Gestão do Conhecimento, **Anaisí IV ISKM**, Curitiba, 2002.

MORIN, E. **Introducción al pensamiento complejo**. 8ª reimpressão. Barcelona: Gedisa Editorial, 2005.

MORRISON, J. L. Environmental scanning. In WHITELY, M.A.; PORTER, J.D.; FENSKE, R.H. **A primer for new institutional researchers**. Tallahassee, Florida: The Association for Institutional Research. 1992.

MULLER NETO, J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Revista Saúde em Debate**, n. 31, p. 54-66, 1991.

MYERS, K. Technology for the environmental scanning process. **Systemic Practice and Action Research**, v.12, n.4, p.409-424, 1999.

O'BRIEN, J.A. **Sistemas de informação e as decisões gerenciais na era da internet**. São Paulo: Saraiva, 2001.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 1997.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. **Serviços Hospitalares Acreditados**. Disponível em: <http://www.ona.org.br/site/internal_institucional.jsp?pagesite=sa&id=2>. Acesso em 30 abr. 2009.

ONU. Organização das Nações Unidas. Nações Unidas no Brasil. **Declaração dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php>. Acesso em: 22 jul. 2009.

PARIS, M. The medical staff. In: WOLPER, L.F.; PEÑA, J. J. **Health Care Administration. Principles and Practices**. Rockville, Maryland: An Aspen Publication, 1987.

PEDROSA, T. M. G; COUTO, R.C. Gestão hospitalar com garantia da qualidade II ó usando as normas de acreditação hospitalar. In: COUTO, R. C; PEDROSA, T.M.G. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. 2.ed. pp. 346-66. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PEDROSA, T. M. G; SILVA, H. M. S.; COUTO, R.C. Corpo clínico e o processo de Acreditação Hospitalar: o modelo da Organização Nacional de Acreditação (ONA). In: SILVA, H. M. S.; KAEMMERER, A.; SCHOUT, R. A. **Gestão do Corpo Clínico: Experiências dos Hospitais da ANAHP**. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

PISANI, E.M.; BISI, P.G; RIZZON, L.A.; NICOLETTO, UGO. **Psicologia Geral**. 5.ed. Caxias do Sul/Porto Alegre: EDUCS/Vozes, 1985.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Biblioteca Virtual. Internato Rural. Faculdade de Medicina da UFMG. 2001. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2009.

PORTELA, M.C.; LIMA, S.M.L.; BARBOSA, P.R.; VASCONCELLOS, M.M., DÓUGÁ, M.A.; GERSCHMAN, S. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 811-8, 2004.

PORTER, M.E. **The competitive advantage of nations**. London. p. 73-93. Mc Millan, 1990.

_____. **Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência**. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

_____; TEISBERG, E.O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

POSSAS, B.A.V.; outros autores. **Data Mining**. Disponível em: <<http://www.lch.dcc.ufmg.br/node8.html>>. Acesso em: 10 mai. 2008.

POZZEBON, M.; FREITAS, H.M.R.; PETRINI, M. Pela integração da inteligência competitiva nos E.I.S. (Enterprise Information System). **Ciência da Informação**, v. 26, n. 3, p. 243-254, 1997.

PRAHALAD, C.K. Weak signals versus strong paradigms. **JMR ó Journal of Marketing Research**. V. 32, n. 3, Ago. 1995.

_____; KRISHNAM, M.S. The new meaning of quality in the information age. **Harvard Business Review**, v. 77, n. 5, p. 109-118, set. 1999.

PRESCOTT, J. E. **Inteligência competitiva na prática: técnicas e práticas bem-sucedidas para conquistar mercados**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

RAI, N. **Environmental scanning in high velocity environment**, 2004. Disponível em: <<http://www.iimahd.ernet.in/publications/data/2004-05-04nrai.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2008.

REICHHELD, Frederick F.; SASSER Jr., W. Earl. Zero defections: quality comes to service. **Harvard Business Review**, v. 68, n. 5, p. 105-111, Sep-Oct. 1990.

REZENDE, D.A.; PEREIRA, R.O. Sistemas de conhecimentos gerados pelos recursos da Tecnologia de Informação. In: Simpósio Internacional sobre Gestão do Conhecimento, **Anais...** Curitiba: ISKM2002, 2002.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

RICHARDSON, R. J.; outros autores. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Planejamento e Gestão. FEE ó Fundação de Economia e Estatística. **Resumo Estatístico RS ó Municípios**. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?municipio=Caxias+do+Sul>. Acesso em: 02 jun. 2008.

_____. Secretaria do Planejamento e Gestão. FEE ó Fundação de Economia e Estatística. **Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE)**. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_idese.php>. Acesso em: 20 jul. 2009.

RODRIGUES, L.C.; FERNANDEZ, M.J. Alinhamento estratégico da tecnologia de informação e inteligência competitiva. **Revista Gestão Industrial**, Universidade Tecnológica Federal do Paraná ó UTFPR, v. 2, n. 1, p. 131-146, jan.-mar. 2006.

_____; RICCARDI, R. **Inteligência Competitiva: nos negócios e nas organizações**. Maringá: Unicorpore, 2007.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

RUBINI, E.R.C. **OLAP: transformando dados em informações estratégicas**. 1999. Disponível em: <<http://www.treetools.com.br/artigos/warehouse.htm>>. Acesso em: 10 mai. 2008.

RÚDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 2001.

SAAYMAN, A.; PIENAAR, J.; PELSMACKER, P.; VIVIERS, W.; CUYVERS, L.; MULLER, M.; JEGERS, M. Competitive intelligence: construct exploration, validation and equivalence. In: **Aslib Proceedings**: v.60, n.4, 2008, p.383-411.

SANTOS, E.M.; TEIXEIRA, R.M. Gestão de recursos humanos em hospitais de Aracaju. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, v. 9, n. 4, out./dez. 2002.

SAPIRO, A. Inteligência empresarial: a revolução informacional da ação competitiva. **RAE ó Revista de Administração de Empresas**, v33, n.3, p.106-124, mai./jun. 1993.

SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico**: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e ciclo econômico; tradução de Maria Sílvia Possas. São Paulo: Nova Cultural, 1997.

SEFERIN, C; SILVA, A. A. Hospital Mãe de Deus: Um modelo inovador sustentado pela integração da gestão médico-assistencial à gestão administrativa. In: SILVA, H. M. S; KAEMMERER, A; SCHOUT, R. A. **Gestão do Corpo Clínico ó Experiências dos Hospitais da ANAHP**. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

SHAW, M.J. Eletronic Commerce: Review of Critical Research Issues. **Information Systems Frontiers**, v. 1, n. 1, Jul. 1999.

SHORTELL, S.M.; KALUZNY, A.D. **Health care management**: organization design and behavior. Nova Iorque: Delmar, 2000.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SKINNER, D.; TAGG, C.; HOLLOWAY, J. Managers and research: the pros and cons of qualitative approaches. **Management Learning**, v. 31, n. 2, p. 163-179, 2000.

SUBRAMANIAN, R.; ISHAK, S. Competitor analysis practices of U.S. companies: an empirical investigation. **Management International Review**, v. 38, n.1, 7, jan., 1998.

TEIXEIRA FILHO, J. **Gerenciando conhecimento**: como a empresa pode usar a memória organizacional e a inteligência competitiva no desenvolvimento de negócios. Rio de Janeiro: Editora SENAC, 2000.

TOIGO, R.D. **O processo gerencial de uma organização filantrópica**: um estudo de caso. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Caxias do Sul, 2001.

TONET, T.; TONET, C. Em presença do tempo: Hospital Pompéia/História oral de vida. Caxias do Sul: s/ed., 1998.

VALENTIM, M.L.P.; outros autores. O processo de inteligência competitiva em organizações. **DataGramZero** ó Revista de Ciência da Informação, v.4, n.3, jun. 2003.

WATSON, G. H. **Benchmarking estratégico**. São Paulo: Makron Books, 1994.

WEBER, R. P. **Basic content analysis**. Newbury Park: Sage, 1990.

WOLCOTT, H.F. **Transforming qualitative data**: description, analysis, and interpretation. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Frequently asked questions. Disponível em: <<http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>>. Acesso em 22 jul. 2009.

_____. **World Health Statistics**. Genebra: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Table7.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2009.

ZANON, U. **Qualidade na assistência médico-hospitalar**: conceito, avaliação e discussão de indicadores de qualidade. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

ZWICKER, R.; TREVISANI, A.T.; CUNHA, V. A importância do monitoramento da emissão de sinais fracos. **REGE ó Revista de Gestão USP**, v.13, p.51-59, 2006.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

1. Este hospital está inserido em um ambiente competitivo?
2. Este hospital tem competidores diretos? Como se dá a disputa pelo mercado ou por segmentos de mercado?
3. E, em nível mais amplo, quem compete com este hospital?
4. O hospital considera importante acompanhar os movimentos da concorrência?
5. Como este hospital fica sabendo das tendências do mercado?
6. Há mecanismos no hospital que permitam o monitoramento do ambiente de negócios? Caso existam, como funcionam? Quem os coordena?
7. Como as informações do ambiente externo podem se transformar em elemento para a tomada de decisão?
8. Ferramentas de TI como as descritas no Anexo são utilizadas pela organização? Com que objetivos?
9. Modelos de análise de informações (análise *SWOT*, análise de cenários, análise de lacunas/*gaps*, análises setoriais/*industry reports*, *benchmarking*, perfis da concorrência) já foram ou são utilizadas pela organização? Com que resultados?
10. Há mecanismos (ex.: relatórios de espanto na Intranet) na organização para que informações dos funcionários possam ser utilizadas como elemento para tomada de decisão?
11. Há relação entre a coleta e a análise de informações provenientes do ambiente externo e a inovação? Como esta relação pode ser descrita?
12. Levando em consideração o conceito de Inteligência Competitiva ó IC exposto, o senhor acredita que técnicas e ferramentas relacionadas a IC podem ser úteis para este hospital? De que forma?

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO

Caracterização do Hospital

1. Nome do hospital:

2. Tempo de constituição:

menos de 05 anos 05 a 10 anos 11 a 15 anos
16 a 20 anos mais de 20 anos

3. Número aproximado de funcionários:

menos de 100 100 a 299 300 a 499
500 a 799 800 a 999 1000 a 1499
mais de 1500

4. Quanto às receitas deste hospital nos últimos 03 (três) anos, pode-se dizer que houve:

Forte redução Moderada redução
Estabilidade
Moderado aumento Forte aumento

As afirmativas a seguir se relacionam à forma como sua organização compreende e, eventualmente, conduz atividades de IC. Por gentileza, indique em que extensão o senhor concorda com cada uma delas. Para isso, utilize uma escala de 1 a 5, considerando que 1 significa total discordância e 5 significa total concordância.

1	2	3	4	5
Total discordância			Total concordância	

5	Nossa organização reconhece IC como uma atividade necessária ao negócio.	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

6	Nossos gestores compreendem o que significa IC.	1	2	3	4	5
7	A maioria de nossos funcionários compreende o que significa IC.	1	2	3	4	5
8	A alta direção de nossa organização apoia as atividades de IC.	1	2	3	4	5
9	IC pode ser utilizada para criar uma vantagem competitiva.	1	2	3	4	5
10	Nossa organização tem incentivos para encorajar funcionários a descreverem suas observações e informações competitivas.	1	2	3	4	5
11	Dispomos de maneiras convenientes para que os funcionários descrevam suas observações e informações.	1	2	3	4	5
12	Nossa organização tem uma variedade de métodos para coletar informação (feiras comerciais, <i>websites</i> , análises setoriais, etc.).	1	2	3	4	5
13	Nossas descobertas de inteligência são amplamente distribuídas pela organização.	1	2	3	4	5
14	Mantemos um mapa ou inventário compreensível de informações e conhecimentos internos.	1	2	3	4	5
15	Há um ponto de coordenação central para recebimento das informações de IC.	1	2	3	4	5
16	Tornamos o treinamento em IC (ex.: técnicas de coleta e de análise) disponível aos funcionários	1	2	3	4	5
17	Temos várias formas de apresentar nossas descobertas de inteligência (ex.: <i>briefings</i> , <i>newsletters</i> , perfis da concorrência, análises setoriais, etc.).	1	2	3	4	5
18	Possuímos sistemas de gestão de conhecimento/informação.	1	2	3	4	5
19	Nossa cultura organizacional encoraja compartilhamento de informação.	1	2	3	4	5
20	Nossa organização mantém um registro central de fontes confiáveis de informação.	1	2	3	4	5
21	Temos um planejamento de IC de longo prazo.	1	2	3	4	5
22	Estamos interessados nos planos e intenções de nossos principais competidores, aliados, fornecedores, distribuidores e financiadores.	1	2	3	4	5
23	Relatamos nossas descobertas de inteligência ao nosso principal executivo.	1	2	3	4	5
24	IC é uma atividade permanente em nossa organização.	1	2	3	4	5
25	Nossa organização produz relatórios e avaliações de inteligência sobre tecnologias emergentes que acreditamos serem as mais importantes.	1	2	3	4	5
26	Nossa organização produz avaliações que apontam para vários possíveis resultados das ações de nossos competidores que podem ser ameaças ou oportunidades.	1	2	3	4	5
27	Nossos funcionários relatam informações sobre nossos competidores aos gestores mais adequados aos propósitos de tomada de decisão.	1	2	3	4	5
28	Nossa organização analisa planos e estratégias de nossos competidores para prever e antecipar suas ações.	1	2	3	4	5

29	Nossa organização emprega modelos analíticos de competição (ex.: análise <i>SWOT</i> , análise de <i>gaps</i> /lacunas, perfis da concorrência, análise de cenários, <i>benchmarking</i> ; etc.).	1	2	3	4	5
30	Em nossa organização as necessidades de inteligência são comunicadas aos funcionários.	1	2	3	4	5
31	Em nossa organização nós nos reunimos com nossos executivos para identificar suas necessidades de inteligência.	1	2	3	4	5
32	A alta direção emprega resultados de IC para o planejamento estratégico e a tomada de decisão.	1	2	3	4	5
33	Nossa organização desenvolve perfis sobre tecnologias emergentes para melhor compreender suas características, aplicações potenciais e vantagens comerciais.	1	2	3	4	5
34	Empregamos ferramentas de gestão da informação (ex.: <i>data mining</i> , <i>data warehousing</i> , OLAP, <i>Business Intelligence</i> ó BI, etc.) para compreender nossos clientes.	1	2	3	4	5
35	Entrevistamos/questionamos nossos principais tomadores de decisão para verificarmos se os produtos de IC destinados a eles satisfazem suas necessidades.	1	2	3	4	5
36	Toda informação é verificada quanto à precisão e validação com a utilização de pelo menos uma fonte alternativa.	1	2	3	4	5
37	Treinamos/preparamos nossos funcionários sobre o tipo de informação que eles devem procurar antes de irem a feiras comerciais, exposições, convenções, etc.	1	2	3	4	5
38	Utilizamos resultados de entrevistas de desligamento ou de seleção em nosso sistema de IC.	1	2	3	4	5
39	Avaliamos nossas descobertas de IC.	1	2	3	4	5
40	Nossos funcionários participam de seminários e programas de treinamento sobre IC.	1	2	3	4	5
41	Avaliamos a confiabilidade de nossas fontes de informação (ex.: pessoas, publicações, internet, etc.).	1	2	3	4	5
42	Realizamos auditorias internas de conhecimento (ex.: identificação e catalogação do que os funcionários sabem, dos relatórios que possuem, das publicações que utilizam, etc.).	1	2	3	4	5

AGRADECEMOS SUA COLABORAÇÃO!

Caso seja de seu interesse receber um resumo dos resultados da pesquisa, por gentileza, preencha uma das formas de contato listadas abaixo:

Correio Eletrônico: _____

Endereço para correspondência: _____

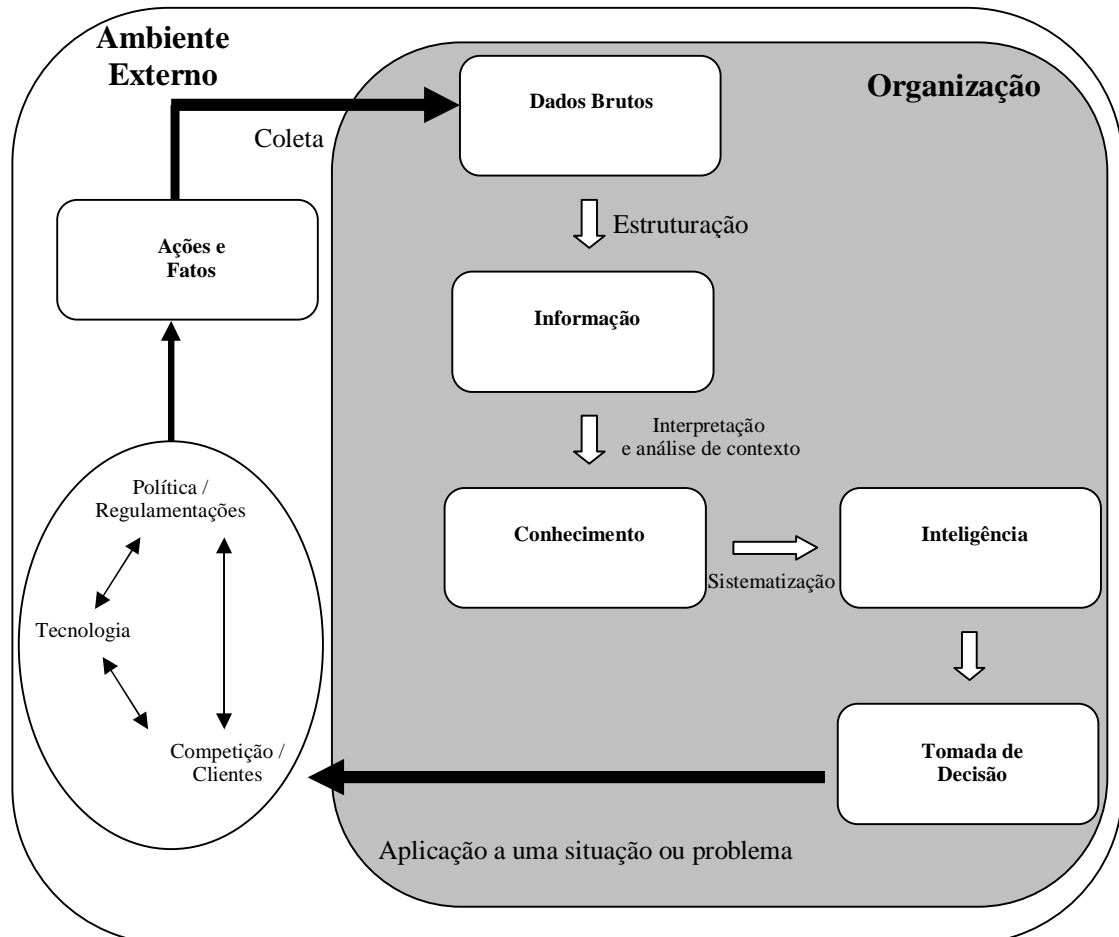
APÊNDICE C

CONCEITOS APRESENTADOS AOS ENTREVISTADOS

Inteligência Competitiva (IC)

Processo sistematizado que envolve planejamento, coleta, análise, comunicação e gerenciamento de informações, e resulta em ferramenta para a tomada de decisão. Consiste, assim, no trabalho ético de identificação de informações úteis do ambiente de negócios, objetivando antecipar movimentos do mercado, concorrência, consumidores, fornecedores, reguladores e dos demais atores que podem interferir na organização e proporcionar vantagem competitiva.

IC na relação entre Ambiente Externo e Organização



Tecnologia da Informação (TI)

Conjunto de recursos tecnológicos e computacionais empregados para geração, armazenamento e utilização da informação; fundamenta-se nos seguintes componentes: *hardware* e seus dispositivos, *software* e seus recursos, sistemas de telecomunicações e de gestão de informações.

APÊNDICE D

CARTA DE APRESENTAÇÃO

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL ó UCS
PROGRAMA DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
Linha de Pesquisa: Inovação e Competitividade**

Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Administração
Telefone: (54) 3218-2100 ó Ramal 2011
Campus Universitário de Caxias do Sul ó Bloco 46
Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 ó CEP 95070.560 ó Caxias do Sul ó RS

Caxias do Sul, setembro de 2008.

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa de caráter científico sobre **como as organizações hospitalares de Caxias do Sul monitoram e analisam os seus ambientes externos de negócios, processo este que pode ser denominado, atualmente, como Inteligência Competitiva**. Nosso objetivo é ajudar as organizações pesquisadas a expandir horizontes, investigando esta nova e importante área do conhecimento.

Sua organização foi selecionada para fazer parte da pesquisa. Respondendo as questões do formulário a seguir, o que levará no máximo **quinze minutos**, o(a) Senhor(a) vai propiciar uma contribuição valiosa para o sucesso desse estudo. As respostas serão tratadas de forma estruturada e confidencial e estarão disponíveis apenas para a nossa equipe de pesquisa; além disso, comprometemo-nos a divulgar os resultados somente de forma agregada e sem a identificação de sua organização.

Para quaisquer informações adicionais, basta contatar os pesquisadores. Caso deseje receber os resultados desta pesquisa, por favor, preencha a última questão. Agradecemos antecipadamente a participação de sua organização, assim como a sua colaboração na concretização deste estudo.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea

Professor do Programa de Mestrado em Administração ó UCS
pmolea@gmail.com

Adriano Reci Prestes

Mestrando em Administração ó UCS
adriprestes@yahoo.com.br