



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA, CONTABILIDADE -**  
**FEAAC**  
**DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO**

**THIAGO AURÉLIO RODRIGUES**

**APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA EMPRESARIAL PARA OBTENÇÃO DE**  
**VANTAGEM COMPETITIVA EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**  
**FILANTRÓPICAS**

**FORTALEZA**

**2018**

THIAGO AURÉLIO RODRIGUES

APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA EMPRESARIAL PARA OBTENÇÃO DE VANTAGEM  
COMPETITIVA EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES FILANTRÓPICAS

Monografia apresentada ao Curso de Administração do Departamento de Administração da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Zabdiele  
Moreira

FORTALEZA

2018

---

Página reservada para ficha catalográfica que deve ser confeccionada após apresentação e alterações sugeridas pela banca examinadora.

Para solicitar a ficha catalográfica de seu trabalho, acesse o site: [www.biblioteca.ufc.br](http://www.biblioteca.ufc.br), clique no banner Catalogação na Publicação (Solicitação de ficha catalográfica)

---

THIAGO AURÉLIO RODRIGUES

APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA EMPRESARIAL PARA OBTENÇÃO DE VANTAGEM  
COMPETITIVA EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES FILANTRÓPICAS

Monografia apresentada ao Curso de Administração do Departamento de Administração da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração.

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Zabdiele Moreira (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Luiz Carlos Murakami  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Kilvia Souza Ferreira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À Deus.

Aos meus pais, Celso e Heudina.

À minha noiva, Thayanne.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, autor e consumidor da minha fé, por conceder-me graça e misericórdia todos os dias da minha vida.

Aos meus pais, Celso e Heudina, por todo o encorajamento e esforço dedicado incondicionalmente ao longo dos anos para a concretização deste sonho.

À minha noiva e em breve esposa, Thayanne, por todo companheirismo, compreensão e incessante apoio.

À toda a minha família, por todo o apoio e incentivo ao decorrer dos anos.

À Universidade Federal do Ceará, pela formação acadêmica de excelência.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Zabdiele Moreira, por todo zelo e dedicação depositada na orientação deste trabalho.

Aos professores participantes da banca examinadora Prof. Dr. Luiz Carlos Murakami e Prof.<sup>a</sup> Dra. Kilvia Souza Ferreira pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

“A estratégia é uma economia de forças.”  
(Carl Von Clausewitz)

## RESUMO

As organizações hospitalares destacam-se pelo alto nível de complexidade e pela indispensabilidade dos fatores sociais intrínsecos às atividades desempenhadas. Portanto, mediante tais fatores, a estratégia torna-se fundamental para o cumprimento da missão constituída pelas mencionadas organizações, possibilitando que os objetivos filantrópicos caracteristicamente sociais coexistam com os objetivos empresariais essenciais para a manutenção da competitividade. O objetivo geral do presente trabalho é avaliar como as estratégias empresariais são aplicadas em organizações hospitalares filantrópicas para obtenção de vantagem competitiva. A pesquisa teve caráter qualitativo, foi descritiva quanto aos objetivos e utilizou como técnicas de coletas de dados a observação participante, aplicação de questionário estruturado e consulta documental. Constataram-se os fatores que compõem o ambiente externo, sendo estes os elementos do macroambiente (condições políticas, econômicas, sociais, tecnológicas, legais, ambientais e características da indústria) e os diversos *players* do mercado (fornecedores, compradores, entre outros), e os fatores que compõem o ambiente interno, de modo a discernir as características inerentes a organização para mensuração da capacidade de penetração de novos mercados e de defesa de parcelas já mantidas na operação corrente, de acordo com a capacidade de desenvolvimento de paridade competitiva e vantagens competitivas temporárias e sustentáveis.

**Palavras-chave:** Estratégia empresarial. Matriz SWOT. Análise PESTLE. Modelo VRIO. Forças competitivas de Porter. Vantagem competitiva.



## **ABSTRACT**

Hospital organizations stand out because of the high level of complexity and the indispensability of the social factors intrinsic to the activities performed. Therefore, through such factors, the strategy becomes fundamental for the accomplishment of the mission constituted by the mentioned organizations, allowing that philanthropic objectives characteristically social coexist with the corporate objectives essential for the maintenance of the competitiveness. The general objective of this study is to evaluate how business strategies are applied in philanthropic hospital organizations to obtain a competitive advantage. The research had a qualitative character, was descriptive about the objectives and used as data collection techniques participant observation, application of structured questionnaire and documentary consultation. The factors that make up the external environment, such as the macro-environment (political, economic, social, technological, legal, environmental and industry characteristics) and the market players (suppliers, buyers, among others) and the factors that make up the internal environment, in order to discern the characteristics inherent to the organization to measure the capacity to penetrate new markets and to defend parcels already held in the current operation, according to the capacity to develop competitive parity and advantages competitive and sustainable.

**Keywords:** Business strategy. SWOT Matrix. PESTLE Analysis. Model VRIO. Porter's competitive strengths. Competitive advantage.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Elementos da análise PESTLE .....	20
Figura 2 – Matriz SWOT .....	22
Figura 3 – As cinco forças competitivas de Porter (1989) .....	25
Figura 4 – Linha de cuidado integral .....	51
Figura 5 – Fatores das forças competitivas de Porter (1989) .....	62

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Variação do PIB .....	43
Gráfico 2 – Comparação entre VCMH e IPCA .....	44
Gráfico 3 – Variação percentual da taxa de cobertura .....	45
Gráfico 4 – Cotação do valor de compra do dólar .....	46
Gráfico 5 – Percentual populacional exclusivamente coberto pelo SUS .....	47

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diagnóstico da análise SWOT.....	23
Quadro 2 – Resultado das combinações dos critérios de vantagem competitiva sustentável .....	34
Quadro 3 – Alavancagem da capacidade ofensiva .....	59
Quadro 4 – Capacidades defensivas .....	60
Quadro 5 – Restrições ou debilidades .....	60
Quadro 6 – Crise ou vulnerabilidade .....	61

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PESTLE	<i>Political, Economic, Social, Technological, Legal e Environmental</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RSS	Resíduos de Serviços de Saúde
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
VBR	Visão Baseada em Recursos
VHCM	Variação do Custo Médico-Hospitalar
VRIO	Valor, Raridade, Imitabilidade e Organização

## LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

R\$ Real

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
<b>2.1</b>	<b>Conceito e origem de estratégia</b> .....	17
<b>2.2</b>	<b>Modelos estratégicos clássicos</b> .....	19
<b>2.2.1</b>	<i>Análise PESTLE</i> .....	19
<b>2.2.2</b>	<i>Análise SWOT</i> .....	21
<b>2.3</b>	<b>Estratégia Competitiva de Porter (1989)</b> .....	24
<b>2.3.1</b>	<i>A força competitiva da ameaça de novos entrantes</i> .....	25
<b>2.3.2</b>	<i>A força competitiva da rivalidade entre concorrentes</i> .....	27
<b>2.3.3</b>	<i>A força competitiva da ameaça dos produtos substitutos</i> .....	29
<b>2.3.4</b>	<i>A força competitiva do poder de barganha dos compradores</i> .....	29
<b>2.3.5</b>	<i>A força competitiva do poder de barganha dos fornecedores</i> .....	31
<b>2.4</b>	<b>Visão Baseada em Recursos (VBR)</b> .....	32
<b>2.4.1</b>	<i>Modelo VRIO de Barney (1991)</i> .....	33
<b>2.4.1.1</b>	<i>Valor</i> .....	34
<b>2.4.1.2</b>	<i>Raridade</i> .....	35
<b>2.4.1.3</b>	<i>Imitabilidade</i> .....	36
<b>2.4.1.4</b>	<i>Organização</i> .....	37
<b>2.5</b>	<b>O setor de saúde e a estratégia em organizações hospitalares</b> .....	38
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	40
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	42
<b>4.1</b>	<b>Análise PESTLE</b> .....	42
<b>4.1.1</b>	<i>Político</i> .....	42
<b>4.1.2</b>	<i>Econômico</i> .....	43
<b>4.1.3</b>	<i>Social</i> .....	46
<b>4.1.4</b>	<i>Tecnológico</i> .....	48
<b>4.1.5</b>	<i>Legal</i> .....	48
<b>4.1.6</b>	<i>Ambiental</i> .....	49
<b>4.2</b>	<b>Análise SWOT</b> .....	50
<b>4.2.1</b>	<i>Forças</i> .....	50
<b>4.2.2</b>	<i>Fraquezas</i> .....	54

4.2.3	<i>Oportunidades</i> .....	56
4.2.4	<i>Ameaças</i> .....	57
4.2.5	<i>Diagnóstico SWOT</i> .....	59
4.3	<b>Estratégia Competitiva de Porter (1989)</b> .....	62
4.3.1	<i>A força competitiva da ameaça de novos entrantes</i> .....	63
4.3.2	<i>A força competitiva da rivalidade entre concorrentes</i> .....	64
4.3.3	<i>A força competitiva da ameaça dos produtos substitutos</i> .....	66
4.3.4	<i>A força competitiva do poder de barganha dos compradores</i> .....	66
4.3.5	<i>A força competitiva do poder de barganha dos fornecedores</i> .....	68
4.4	<b>Modelo VRIO de Barney (1991)</b> .....	70
4.4.1	<i>Recursos e capacidades valiosas</i> .....	70
4.4.2	<i>Recursos e capacidades valiosas e raras</i> .....	71
4.4.3	<i>Recursos e capacidades valiosas, raras e difícil de serem imitadas</i> .....	72
4.4.4	<i>Organização</i> .....	72
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	74
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	76
	<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO COM O COORDENADOR DE LINHA DE CUIDADO E COM A GERENTE DE NEGÓCIOS</b> .....	80



## 1 INTRODUÇÃO

O interesse sobre a definição das estratégias a serem utilizadas, e suas respectivas aplicabilidades, permeiam o senso de permanência no poder há tempos remotos da história humana, em épocas que tal interesse era prioritariamente militar e estavam ligadas a subsistência de povos e sua perpetuação durante a história. Bueno (2011, p. 34) em sua tradução e comentário de uma das obras mais antigas e conhecidas sobre estratégia, a Arte da Guerra de Sun Tzu, determina que “analise o inimigo; conquiste-o para si. Nada será mais preciso. Quem entende isso será vitorioso; quem subestima esses conselhos será capturado”, destacando a necessidade sobre o conhecimento do meio o qual está inserido e seus concorrentes. Essa preocupação estendeu-se até os tempos atuais, Porter (1993, p.1) afirma que “a competitividade tornou-se uma das preocupações centrais do governo e das indústrias de todos os países”, ou seja, independentemente de as batalhas serem travadas em campos de guerra ou mercados globalizados, a imprescindibilidade da existência de estratégia é evidente.

Na contemporaneidade a estratégia no âmbito empresarial é “um conjunto integrado e coordenado de compromissos e ações definido para explorar competências essenciais” (HITT *et al.*, 2008, p. 4) de forma que, conforme Gamble e Thompson (2012), consiste essencialmente em uma combinação de posicionamentos proativos e reativos para o alcance de metas que podem diversificar, desde como reger determinadas áreas da organização a táticas para eliminação da concorrência.

A partir do cenário constantemente conflituoso e da necessidade de características e ferramentas que fornecessem um posicionamento de destaque e alguma espécie de benesse nas relações de concorrência com os opositores, surgiu o conceito de vantagem competitiva. Conforme Gamble e Thompson (2012) o alcance de uma vantagem competitiva por parte da organização e a sua respectiva manutenção de forma sustentável faz com que clientes sejam cooptados de forma constante e que conseqüentemente mantenham-se leais em um contexto de concorrência de ofertas acerca dos produtos ou serviços oferecidos, possibilitando desta forma lucros acima do normalmente alcançável.

Algumas ferramentas estratégicas clássicas podem ser utilizadas para a avaliação do meio a qual a organização está inserida e as suas respectivas características internas, avaliando de que forma tais competências e necessidades influenciam os seus resultados e desempenho, como o modelo PESTLE (acrônimo de *Political, Economic, Social, Technological, Legal e Environmental*) que conforme Barcellos (2017, p. 30) é “uma das ferramentas estratégicas mais difundidas para condução de análise de ambiente” e “orienta a

análise das dimensões em Política, Econômica, Social, Tecnológica, Ambiental e Legal”, e a análise SWOT (acrônimo de *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*) que conforme Moysés Filho *et al.* (2016, p. 92) tem como função primária “possibilitar a escolha de uma estratégia adequada, para que se alcancem determinados objetivos a partir de uma avaliação crítica dos ambientes interno e externo”.

Porter (2004) constrói o seu principal modelo baseado na análise de cinco forças competitivas atuantes principais, são elas os concorrentes da indústria, entrantes potenciais, fornecedores, produtos substitutos e compradores. A partir da observação deste conjunto de fatores e a dinâmica entre eles, o supracitado autor define que é necessário “encontrar uma posição dentro dela que em que a companhia possa melhor se defender contra essas forças competitivas ou influenciá-las em seu favor” (PORTER, 2004, p. 4).

Já a Visão Baseada em Recursos (VBR), conforme Hitt *et al.* (2008), define que todas as organizações consistem em um conjunto formado por recursos e capacitações, cuja singularidade de tais elementos formam o alicerce estratégico e a sua aptidão para obtenção de retornos atrativos. Segundo Barney e Hesterly (2011), munido de tal definição, o modelo VRIO (acrônimo para Valor, Raridade, Imitabilidade e Organização) tem o objetivo de definir o potencial competitivo de certa capacidade ou recurso.

Consoante Minotto (2003) a estratégia constitui um elemento indispensável para a organização alcançar resultados viáveis para manutenção da operação, e particularmente a saúde destaca-se pelo alto nível de complexidade e indispensabilidade dos fatores sociais intrínsecos as atividades desempenhadas. Ainda conforme o autor, a estratégia nesse cenário torna-se essencial para o cumprimento da missão constituída pela organização hospitalar, permitindo que os objetivos filantrópicos caracteristicamente sociais coexistam com os objetivos empresariais essenciais para a manutenção da competitividade.

A instituição hospitalar filantrópica que será objeto de estudo de caso neste trabalho tem a maior parcela de seus esforços assistenciais focados na política de atenção ao paciente oncológico e é classificada, dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, como um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). A Portaria nº 741 do Ministério da Saúde de 19 de dezembro de 2005, conforme a Biblioteca Virtual em Saúde (2018), afirma em seu art. 1º que é classificado como um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia “o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer”, além disso, complementa-se no art. 3º que também é necessário

“ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004”, ter “01 Centro de Referência para até 12.000 casos novos anuais”, “participar de forma articulada e integrada com o sistema público de saúde local e regional”, entre outras exigências correlacionadas.

A pesquisa partiu do seguinte questionamento: como as organizações hospitalares filantrópicas utilizam as estratégias empresariais para a obtenção de vantagem competitiva?

O objetivo geral do presente trabalho é avaliar como as estratégias empresariais são aplicadas em organizações hospitalares filantrópicas para obtenção de vantagem competitiva. Tal objetivo geral é traduzido nos seguintes objetivos específicos:

- a) diagnosticar os fatores que influenciam a organização de acordo com ferramentas clássicas da estratégia, sendo elas as análises PESTLE e SWOT;
- b) analisar os fatores externos enfrentados para o desenvolvimento de vantagens competitivas do CACON segundo o modelo da estratégia competitiva de Porter (1989);
- c) analisar os fatores internos organizacionais que promovem o desenvolvimento de vantagens competitivas do CACON segundo o modelo VRIO de Barney (1991).

A relevância do estudo é justificada pela necessidade de compreensão acerca da forma que a organização hospitalar filantrópica posiciona-se no cenário competitivo estruturado pela concorrência e busca vantagens competitivas, de forma a perceber o papel exercido na indústria e a cessar a idealização de que tais organizações adotam uma conduta simplesmente passiva frente ao mercado devido à filantropia.

A metodologia adotada pela pesquisa foi qualitativa quanto à abordagem e descritiva quanto aos objetivos. As técnicas de coleta de dados foram observação, questionário estruturado e consulta documental, e a análise de dados deu-se através de análise de conteúdo.

O trabalho foi composto por três partes, sendo primeiramente discorrida sobre a fundamentação teórica referente aos modelos estratégicos clássicos, a estratégica competitiva de Porter (1989) e Visão Baseada em Recursos (VBR), em seguida na segunda parte foi dissertado sobre a metodologia utilizada no presente trabalho e na terceira e última parte foram apresentados os resultados e discussões do estudo. Por fim, as considerações finais e referências.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção será abordado o conceito de estratégia, sua respectiva ressignificação ao decorrer da história, a fundamentação teórica necessária acerca dos modelos estratégicos citados na problemática do trabalho e os objetivos gerais e específicos concernentes.

Além disso, do mesmo modo serão apresentadas considerações sobre a estratégia em organizações de saúde e o referido setor.

### 2.1 Conceito e origem de estratégia

Consoante Lobato *et al.* (2012) a palavra “estratégia” é originada da palavra grega *strategós*, a qual etimologicamente é composta pela união de outras duas palavras de mesma origem linguística: *stratos* (exército) e *ago* (comando). Conforme a plataforma *online* do dicionário Michaelis, estratégia tem seu significado definido como:

Arte de planejar e coordenar as operações das forças militares, políticas, econômicas e morais envolvidas na condução de uma guerra ou na preparação da defesa de um Estado ou comunidade de nações; Arte militar que se ocupa do equacionamento tático das operações e movimentações de um exército tendo em vista conquistar uma vitória ou lograr condições vantajosas para vencer um inimigo; Arte de utilizar planejadamente os recursos de que se dispõe ou de explorar de maneira vantajosa a situação ou as condições favoráveis de que porventura se desfrute, de modo a atingir determinados objetivos; Manobra ou artifício engenhoso, ardil, subterfúgio, estratégia. (MICHAELIS, 2018).

A partir das definições anteriormente descritas, é possível observar que historicamente o termo “estratégia” sempre esteve conectado com o militarismo e a busca constante de superioridade e manutenção do poder. Bueno (2011) relata a previsão histórica sobre a datação de uma das documentações sobre estratégia mais antigas, a Arte da Guerra de Sun Tzu, estimando que tenha sido escrito entre 481 e 221 a.C., época esta em que as organizações, o mercado e a tecnologia em seus moldes atuais eram inconcebíveis. Logo, compreendemos que a busca pela definição da estratégia ideal a ser utilizada sempre foi uma busca incansável pela concepção de vantagem competitiva, ou seja, pela busca de alguma espécie de elemento em que concebesse proveito sobre o adversário.

De acordo com Lobato *et al.* (2012) a estratégia iniciou sendo definida como uma arte dominada pelo general e posteriormente o pensamento foi expandido ao ambiente de mercado, sendo desenvolvido de acordo com as constantes mudanças na sociedade e no contexto empresarial, ou seja, traduzindo-se em mais do que o militarismo e tornando-se elemento chave para a sobrevivência e a busca pela máxima eficiência das organizações,

caracterizando-se conforme Gamble e Thompson (2012, p. 2) como “as iniciativas e abordagens desenvolvidas pela administração para atrair clientes e agradá-los, conduzir as operações, promover o crescimento dos negócios e atingir os objetivos de desempenho”.

Conforme Decourt *et al.* (2012) as ressignificações ocorridas sobre a importância e áreas de atuação da estratégia podem ser definidas em três períodos históricos determinantes. O primeiro tem sua duração definida até a segunda fase da Revolução Industrial (iniciada na metade do século 19), em que a estratégia ainda não possuía relevantes ligações com os negócios e detinha-se a áreas militares, pois apesar da crescente oferta de produtos e rápida formação de mercados, os níveis de demandas eram altos e não exigiam uma compreensão estratégica do meio mercadológico. No segundo período, definido entre 1850 e 1900, ocorreu o surgimento de uma maior rede logística de distribuição com a ampliação das ferrovias, facilidade de acesso ao crédito, e outros fatores que fizeram com que as grandes empresas causassem uma alteração no ambiente competitivo, de forma a induzir as organizações a iniciarem o interesse pela aplicação da estratégia no contexto corporativo. O terceiro, e último período definido pelo autor, surgiram conjuntamente com a Segunda Guerra Mundial, período em que o conceito de estratégia tornou-se essencial para a guerra e os negócios, pois decisões sobre alocação de recursos na guerra iniciou a causar relações de causa e efeito diretos nas empresas, exigindo das mesmas planejamento de produção e otimização dos recursos físicos e humanos.

A estratégia então, segundo Júlio e Salibi Neto (2002), deve contemplar essencialmente o planejamento (como forma de previsão futura), modelo (a busca por padrão), posicionamento (colocação em relação a produtos e mercados), perspectiva (análise na visão mais ampla da empresa) e armadilha (ações específicas para o confronto com concorrentes).

Com o advento da globalização, consequência da difusão e avanço da tecnologia e a respectiva facilidade de acesso à informação e a velocidade de seu fluxo, potencializada com acesso a internet de forma mais ampla, a sociedade passa a convergir de forma contínua e acelerada para integração nos mais diversos níveis (alfandegário, diplomático, entre outros) e com barreiras geográficas cada vez menos consideráveis como fatores ponderáveis e determinantes do limite da atuação de mercados, a exemplo disso a formação de blocos econômicos consolidados e o estabelecimento de acordos comerciais geralmente menos protecionistas. A delimitação de concorrentes diretos e as fronteiras dos seus clientes tornam-se cada vez mais indetermináveis a medida que o conceito de globalização avança e a integração entre pessoas e informações crescem de forma imensurável.

Conforme Porter (1989) o conceito de vantagem competitiva deve estar intrínseca as organizações, que convivem em uma realidade a qual é perceptível que não há espaço no mercado de forma irrestrita para todos os entrantes, sendo o crescimento tendenciosamente mais lento ao decorrer do tempo e com concorrentes mais agressivos. Ainda consoante o autor, a estratégia deve existir com o objetivo de ser traduzida em ações específicas que sejam capazes de alcançar o estabelecimento de vantagens competitivas para a organização.

A partir da consciência dos fatores supracitados, a estratégia torna-se fator preponderante para o autoconhecimento da organização e análise do ambiente interno e externo a qual está inserida, de forma que a tomada de decisão sobre como deve ocorrer o posicionamento da mesma em um ambiente hostil, de forte concorrência e extremamente dinâmico, seja tomada da forma mais assertiva possível.

## **2.2 Modelos estratégicos clássicos**

### **2.2.1 Análise PESTLE**

Inicialmente denominada de análise PEST, as quais conforme Moysés Filho *et al.* (2016) contemplam em sua análise os fatores políticos, econômicos, sociocultural e tecnológico, a análise PESTLE foi expandida conceitualmente a fim de abranger mais elementos em sua conjuntura, e conforme Barcellos (2017) discrimina como matrizes pertencentes a tal modelo os fatores político, econômico, social, tecnológico, ambiental e legal. Castor (2000) destaca que tal análise existe com o objetivo principal de amenizar possíveis variáveis de risco para estratégia, e que para o devido alcance de resultados deve ser utilizada conjuntamente com outra metodologia que delimite as variáveis a serem estudadas nestes elementos ambientais, como as forças definidas por Porter (1989).

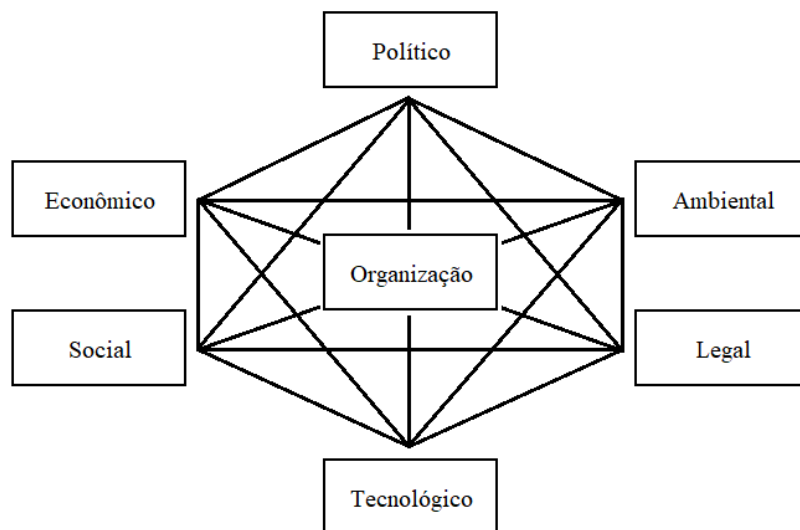
Conforme Moysés Filho *et al.* (2016) o ambiente externo a qual está inserido uma organização, e que necessita ser analisado pela mesma, é constituído em dois âmbitos distintos:

- a) ambiente setorial ou de negócios: meio as quais estão inseridas as forças intimamente ligadas à empresa e que se mantém algum tipo de relação de poder de barganha e influência como agências reguladoras, fornecedores, clientes, entre outros elementos semelhantes que compõem tal cenário;
- b) ambiente indireto ou não aderente: este meio é composto por elementos que influenciam indistintamente o cenário total, ou seja, componentes capazes de

alterar significativamente o cenário para segmentos não restritos somente a atuação da organização ou a delimitações geográficas (sendo possível atingir âmbitos regionais, nacionais e internacionais) e que geralmente possuem pouco ou nenhum tipo de negociação sobre a atuação dos mesmos. Exemplos dos fatores que são citados nesta camada do ambiente externo é a tecnologia, economia, política, entre outros itens.

Ainda consoante os autores supracitados, a análise deve ser realizada sobre os fatores que compõem o ambiente indireto ou não aderente, podendo ser denominado alternativamente como macroambiente ou ambiente geral, de forma a avaliar os elementos representativos e suas respectivas relações de causa e efeito entre si e com a organização, conforme representado na figura 1.

Figura 1 - Elementos da análise PESTLE



Fonte: Adaptado de Moysés Filho *et al.* (2016, p. 71).

Cada perspectiva é formada por um conjunto de possibilidades de elementos que podem constituir influência em diferentes níveis na organização. Conforme Moysés Filho *et al.* (2016) e Barcellos (2017) podem ser definidos como:

- a) político (*political*): prioritariamente compreende decisões governamentais e suas respectivas áreas de competência, como realização de privatizações, mudanças na legislação, acordos de repercussão internacional, atuação dos poderes executivo, legislativo e judiciário, entre outros;
- b) econômico (*economic*): fatores que envolvem os recursos disponíveis no meio

a qual está inserida a organização e a sua respectiva circulação, sendo considerados indicadores de inflação, disponibilidade de financiamentos, Produto Interno Bruto (PIB), entre outros;

c) social (*social*): características inerentes a sociedade e seus respectivos aspectos culturais, como fatores demográficos, nível de escolaridade, composição etária, crenças, estilo de vida, entre outros;

d) tecnologia (*technological*): características relativas a alteração da oferta e execução dos serviços pela influência da tecnologia, como a robotização de atividades, desenvolvimento de novos produtos e serviços, entre outros;

e) ambiental (*environmental*): características referentes ao meio ambiente, como sustentabilidade e mudanças climáticas;

f) legal (*legal*): características relativas a regulamentações legais exigidas para o exercício da atividade no setor.

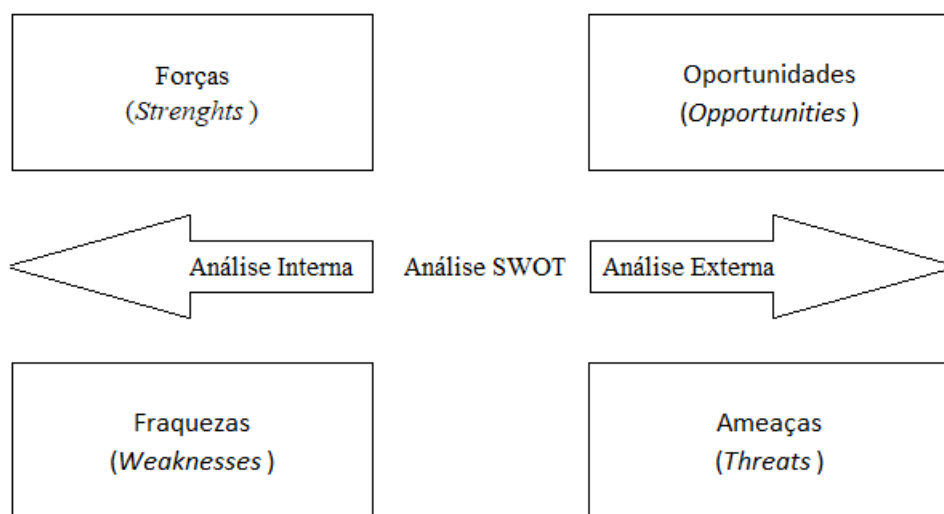
### **2.2.2 Análise SWOT**

Conforme Moysés Filho *et al.* (2016) a análise SWOT surgiu na década de 1960 e representou um importante avanço na maturidade do planejamento estratégico, pois além de ser aplicável universalmente (independente do porte a qual está enquadrada a organização ou outras características segmentárias), também compreende de forma concomitante a análise do ambiente externo e interno, possibilitando uma visão ampla e providencial para a organização. Além disso, Lobato *et al.* (2012) destacam que os elementos elencados na referenciada análise devem ser correlacionados a fim de classificar ações a serem executadas pela organização mediante a contemplação de um horizonte de previsibilidade estratégica oferecida pelos resultados e, a partir disso, “os tomadores de decisão poderão então determinar se o objetivo é atingível, dado a análise e resumo resultante” (HOFRICHTER, 2017, p. 16).

A análise SWOT define que sejam analisados os quatro conjuntos seguintes de fatores: forças, oportunidades, fraquezas e ameaças. Fernandes *et al.* (2015) complementam que o aumento da competitividade nos cenários mercadológicos torna a compulsoriedade de realização desta análise crescente, e na contemporaneidade tornou-se uma questão de vitalidade para as organizações. A figura 2 esquematiza a análise SWOT e os respectivos fatores analisados.



Figura 2 - Matriz SWOT



Fonte: Adaptado de Moysés Filho *et al.* (2016, p. 93).

As perspectivas integrantes da matriz SWOT e os seus respectivos significados e campos de análise, conforme Moysés Filho *et al.* (2016) e Hofrichter (2017), podem ser definidas como:

- a) forças (*strengths*): inclui as características da organização que resultam no aumento de competitividade e de poder de penetração de mercado. Exemplos de elementos que podem ser citados nesta perspectiva são ativos intangíveis como marcas e patentes, alianças e parcerias estabelecidas, ativos das diferentes espécies, entre outros;
- b) fraquezas (*weaknesses*): características faltosas ou mal executadas pela organização e que incorrem em falta de competitividade e possível rebaixamento em relação a concorrência presente no mercado. Os elementos enquadrados nesta perspectiva são justamente as resultantes da ausência de existência das anteriormente citadas como forças;
- c) oportunidades (*opportunities*): fatores externos a organização, e em sua maioria inalcançáveis de influência da mesma, que constituem considerável atratividade para a o pleno exercício da operação, sendo necessária a constante observância da validade de efetividade de tais fatores, já que não necessariamente se constituirão oportunidades por tempo indeterminado;
- d) ameaças (*threats*): fatores externos a organização, e em sua maioria inalcançáveis de influência da mesma, que são capazes de colocar em risco a

operação da organização ou o pleno exercício da competitividade como *player* no mercado inserido.

Lobato *et al.* (2012) afirmam que após a análise das perspectivas anteriormente expostas, é necessário que constitua-se uma relação de causalidade entre as mesmas, de forma a explorar a formulação de ações para constituição de planos estratégicos e para a percepção de possíveis novos pontos de penetração do mercado e de perda de participação.

Quadro 1 - Diagnóstico da análise SWOT

<b>Ambiente Interno</b> \ <b>Ambiente Externo</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<b>Pontos Fortes</b>	Alavancagem da capacidade ofensiva	Capacidades defensivas
<b>Pontos Fracos</b>	Restrições ou debilidades	Crise ou vulnerabilidade

Fonte: Adaptado de Lobato *et al.* (2012, p. 169 e 170).

Os quatro diagnósticos demonstrados no quadro 1, conforme Lobato *et al.* (2012), retratam as seguintes situações:

- a) alavancagem da capacidade ofensiva: capacidade de explorar oportunidades identificadas no ambiente externo que são compatíveis com os pontos fortes destacados do ambiente interno da organização;
- b) capacidades defensivas: capacidade de neutralizar ameaças contidas no ambiente externo com as forças já existentes e identificadas no ambiente interno;
- c) restrições ou debilidades: oportunidades identificadas que estão impossibilitadas de serem exploradas pela organização em virtude da ausência de ponto forte hábil no ambiente interno;
- d) crise ou vulnerabilidade: ameaças que não podem ser neutralizadas pela organização em virtude da ausência de ponto forte hábil no ambiente interno.

Vale ressaltar que na construção da matriz de diagnóstico da análise SWOT, podem existir elementos da análise interna que não sejam possíveis de serem relacionados com elementos da análise externa, impossibilitando desta forma a especificação de ações nas classificações supracitadas.

### 2.3 Estratégia Competitiva de Porter (1989)

Conforme Porter (1989) a concorrência é o motivo primordial pelo qual se define o sucesso ou fracasso das organizações, mediante o tal diagnóstico a proposição de estratégia competitiva é a procura por uma posição que forneça condições de competitividade, buscando consolidar lucratividade e sustentabilidade em meio às forças que determinam a concorrência.

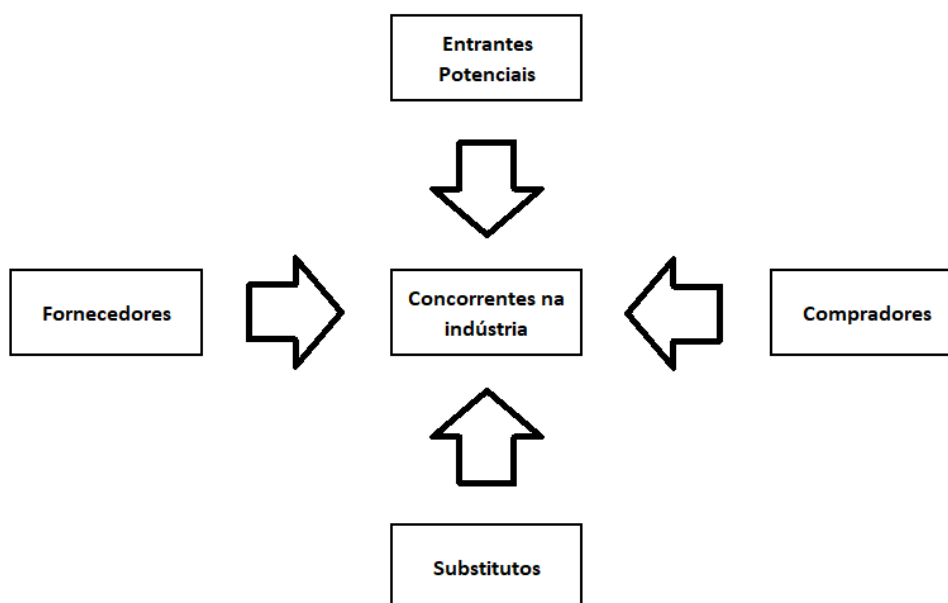
Ainda consoante o autor, duas questões são essenciais para a determinação da atratividade da indústria e as respectivas estratégias competitivas a serem adotadas, são elas:

- a) rentabilidade da indústria em longo prazo: as indústrias possuem características distintas quanto à oportunidade de manutenção da rentabilidade, influenciando incisivamente sobre a conseqüente lucratividade da organização ao decorrer do tempo;
- b) influência da posição competitiva: as indústrias podem possuir características distintas quanto a distribuição de rentabilidade entre os concorrentes, podendo ser distribuído de forma mais uniforme (com alterações mais sutis de acordo com a posição competitiva adotada) ou até de forma extremamente polarizada (rentabilidade extremada em poucos concorrentes).

Porter (1989) ressalta que nenhum fator é suficiente para isoladamente determinar a definição da estratégia competitiva, podendo uma organização inserida em uma indústria extremamente atrativa não obter os lucros esperados por determinar erroneamente sua posição competitiva ou estar inserida em uma indústria tão pouco atrativa que os melhores esforços na definição de sua posição não resultariam em grandes benesses.

Logo “a estratégia competitiva deve surgir de uma compreensão sofisticada das regras da concorrência que determinam a atratividade de uma indústria” (PORTER, 1989, p. 3), e consoante o supracitado autor, o objetivo final é conseguir lidar com tais regras e idealmente modificá-las em benefício da empresa. O autor ainda destaca que as regras da concorrência são incorporadas por cinco forças principais, sendo elas “a entrada de novos concorrentes, a ameaça de substitutos, o poder de negociação dos compradores, o poder de negociação dos fornecedores e a rivalidade entre os concorrentes existentes” (PORTER, 1989, p.3). Tais forças possuem robustezes diferentes de acordo com a indústria ou ao decorrer do tempo e podem influenciar diretamente a rentabilidade “porque influenciam os preços, os custos e o investimento necessário das empresas em uma indústria” (PORTER, 1989, p.4). A figura 3 representa a dinâmica entre as forças supracitadas e suas respectivas incidências.

Figura 3 – As cinco forças competitivas de Porter (1989)



Fonte: Adaptado de Porter (1989, p. 4).

### 2.3.1 A força competitiva da ameaça de novos entrantes

Para Lobato *et al.* (2012) os novos entrantes em determinada indústria, conjuntamente com os concorrentes que já integram a mesma, podem provocar consideráveis alterações na rentabilidade média alcançada até determinado momento. Porter (2004) corrobora que novos entrantes trazem com si uma nova capacidade para a indústria e costumeiramente mais recursos para a conquista de uma parcela de mercado, causando a queda dos preços praticados ou a escalada dos custos dos concorrentes em manobras para o acompanhamento das práticas de mercado, tendo como consequência final a queda de rentabilidade.

Gamble e Thompson (2012) destacam que os fatores determinantes para avaliação desta força é a quantidade de empresas que pretendem penetrar determinada indústria com seus respectivos recursos e, talvez a mais importante por poder ser arquitetada pela concorrência já inserida na indústria, a existência de barreiras de entrada. Ainda segundo os autores, os níveis destas barreiras podem definir substancialmente o interesse dos novos entrantes, pois barreiras baixas em indústrias de lucros consideráveis tornam a entrada mais atraente, entretanto barreiras altas podem sanar esta ameaça.

Segundo Porter (2004), existem seis principais formas de estabelecer barreiras de entrada para novos entrantes. São elas:

- a) economia de escala: produção em grande escala permite que o custo unitário por produto seja menor à medida que o custo total aumenta em virtude do crescimento de produção. Quando adotada por integrantes de determinada indústria, constitui uma barreira de entrada por propor para o entrante apenas duas situações, sendo todas desvantajosas, que são a entrada também com economia em escala e correr o risco de sofrer fortes pressões por parte dos concorrentes integrantes ou iniciar suas operações em baixa escala e sujeitar-se a uma desvantagem de custo na competitividade e conseqüente menor rentabilidade;
- b) diferenciação do produto: as empresas que adotam a diferenciação em determinada indústria possuem a fidelidade do mercado consumidor, seja pela qualidade dos produtos ofertados, pelo pioneirismo na exploração de certo nicho, ações de publicidade ou por outras ações direcionadas aos compradores. A diferenciação exige que os novos entrantes realizem investimentos consideráveis para intervir nos vínculos estabelecidos entre os clientes e os concorrentes e criar os seus próprios, além de tal resultado exigir um período geralmente longo. Outra dificuldade para novos entrantes seria que os investimentos em ativos intangíveis, como na solidificação de uma marca, não possuem valor residual caso não obtenham sucesso;
- c) necessidades de capital: necessidade exacerbada de capital para a entrada em determinada indústria, como a exigência de alto capital de giro para a operação ou investimento em ativos intangíveis e sem valor de liquidação em caso de falha (como publicidade de marcas e pesquisas de desenvolvimento de produtos);
- d) custos de mudança: se houver a necessidade de os compradores incorrerem em custos decorrentes da troca de produtos e serviços dos concorrentes por um entrante, como o treinamento de funcionários, custo de equipamentos auxiliares, entre outros, será exigido dos novos entrantes maior investimento na construção de uma vantagem perceptível de custos na troca ou um desempenho superior para estabelecer o produto;
- e) acesso aos canais de distribuição: os canais de distribuição de determinado produto são atendidos costumeiramente pelos integrantes de determinada indústria, e quanto mais limitado for a existência de tais canais, maior será o controle dos concorrentes sobre os mesmos. Isso exigirá que novos entrantes dediquem um esforço inicial maior para a conquista de tais canais, como maiores descontos e investimento em publicidade conjunta, elementos estes que reduzirão

o lucro;

f) desvantagens de custo independente da economia de escala: as empresas já existentes em determinada indústria podem deter uma vantagem de custo inalcançável para um novo entrante independente da sua economia por escala e de outros fatores, vantagem esta conquistada através de fatores privilegiados como patentes de tecnologia do produto, acesso privilegiado a matérias-primas, aprendizagem e experiência na redução de custos, subsídios governamentais e localização;

g) política governamental: o governo é capaz de limitar ou impedir a entrada de novos entrantes em determinada indústria através do controle e exigência de licenças de funcionamento, que podem interferir diretamente no investimento necessário para a entrada, e dos acessos restritivos a áreas de matéria-prima ou determinantes para a operação.

Além das barreiras supracitadas que podem ser estabelecidas por integrantes da indústria para dificultar a entrada de novos entrantes, Porter (2004) afirma que a expectativa da empresa que está buscando inserção quanto à retaliação que sofrerá por parte dos concorrentes também pode constituir fator decisivo no processo decisório, expectativa esta que pode ser determinada de acordo com o histórico de retaliação a outros entrantes, disponibilidade de recursos dos integrantes para a disputa, grau de comprometimento e crescimento lento da indústria.

### ***2.3.2 A força competitiva da rivalidade entre concorrentes***

Segundo Lobato *et al.* (2012) a força competitiva resultante da rivalidade entre concorrentes é a mais explícita de todas as forças a serem consideradas e a única que historicamente sempre foi focada pelos estrategistas, pois determina a forma de que o valor criado pela indústria será rateado entre os participantes do mercado. Gamble e Thompson (2012) afirmam que o campo de batalha formado no mercado produz o desafio ininterrupto para as empresas de traçarem estratégias que produzam uma vantagem competitiva em relação aos concorrentes, e esta busca conjunta produz um ambiente dinâmico no qual o alcance de resultados satisfatórios por uma empresa causa reações ofensivas e defensivas imediatas por parte dos concorrentes, de forma que a dinamicidade incentiva continuamente a competitividade da indústria e a torna cíclica.

Alguns elementos principais observados em uma indústria podem ser a razão para

o nível de competitividade em uma indústria, e segundo Porter (2004) e Gamble e Thompson (2012) são elas:

- a) crescimento lento da indústria: em indústrias com crescente demanda e constante expansão dos mercados, todos os integrantes são possibilitados de crescer simplesmente com a conquista de novas fatias, entretanto o crescimento lentificado de uma indústria inicia uma competitividade acerca da conquista de parcelas do mercado existente e causa níveis mais altos de instabilidade;
- b) custos fixos ou de armazenagem altos: indústrias que exigem altos custos fixos para a manutenção de suas operações ou para a armazenagem de seus produtos tendem a intensificar a rivalidade entre concorrentes, já que a necessidade pela busca de ocupar integralmente a sua capacidade instalada pode acarretar sucessivas reduções de preço quando há necessidade de dar vazão em estoques parados;
- c) ausência de diferenciação ou custo de mudança: quanto mais fácil for para o comprador trocar entre empresas, mais acessível será a conquista de fatias do mercado consumidor do concorrente. A diferenciação isola total ou parcialmente a empresa da competitividade do mercado, e a ausência de ofertas com este elemento na indústria acarreta na tendência a diminuição do custo de mudança;
- d) capacidade aumentada em grandes incrementos: a busca por economias de escala pode exigir o aumento da capacidade produtiva em níveis que afetem consideravelmente a relação e equilíbrio estabelecido entre oferta e demanda, e conseqüentemente alternar entre períodos de supercapacidade e contração de preços;
- e) concorrentes divergentes: concorrentes que possuem muitas características diferentes relacionadas com a própria cultura e a estratégia, podem possuir dificuldades em analisar o outro e conseguir definir um rito competitivo para a indústria;
- f) grandes interesses estratégicos: caso algum dos concorrentes possua um grande interesse estratégico em certo mercado, como uma organização diversificada que avalia como importante o sucesso de certa marca em determinada indústria, a rivalidade entre concorrentes se tornará mais instável e intensa;
- g) barreiras de saída elevadas: fatores que tornem muito dispendiosa a saída de certa empresa e faz com que permaneçam mesmo com baixos retornos. Pode ser citada como barreiras de saída a existência de ativos muito específicos que tenham

baixo valor de liquidação ao findar determinada operação, custos fixos decorrentes de acordos trabalhistas ou de reestabelecimento, relações de imagem com outras marcas da companhia, resistência da própria administração por razões emocionais ou por restrição de fatores sociais e governamentais.

### ***2.3.3 A força competitiva da ameaça dos produtos substitutos***

A análise do risco de substituição da demanda de um produto ou serviço por substitutos, segundo Lobato *et al.* (2012), não deve ser focada unicamente na similaridade física, e sim na semelhança nas proposições de satisfação da necessidade do consumidor. A ameaça resultante da existência de produtos substitutos, ainda consoante os autores, afeta bilateralmente as relações de consumo, pois influencia na atratividade para fornecedores produzir determinado produto ou prestar o serviço ao tempo que também influencia na percepção de valor do cliente e sua consequente disposição para o dispêndio financeiro.

Segundo Porter (2004) o enfrentamento a produtos substitutos deve ocorrer a partir de esforços coletivos da indústria, a fim de conjuntamente construir o valor acerca do produto ou serviço através de comunicações massivas de publicidade e o aperfeiçoamento do mesmo a partir da integração de esforços na distribuição e outras áreas.

Duas características de produtos substitutos, segundo Porter (2004), exigem maior esforço de combate, são eles:

- a) melhor relação preço e desempenho: produtos que ofertam um menor valor de aquisição para o comprador e entregam desempenho considerável na satisfação da necessidade do mesmo;
- b) indústrias com lucros altos: os altos lucros são fator de atratividade para a rápida inserção de novos concorrentes com novos produtos na indústria, o que pode acarretar a redução dos preços costumeiramente praticados ou o aperfeiçoamento do desempenho.

A análise faz-se necessária, segundo Porter (2004), para avaliar a capacidade de extinção do produto substituto, a aceitação como uma força inevitável ou a readequação de seus produtos ou serviços de forma a complementar os substitutos existentes.

### ***2.3.4 A força competitiva do poder de barganha dos compradores***

O poder de barganha dos fornecedores, segundo Lobato *et al.* (2012), está



relacionado com a capacidade de influenciar os preços e outros elementos durante a negociação e é um dos principais fatores que determinam a distribuição das fatias de mercado entre os integrantes da indústria, ocasionando a diminuição das margens da indústria e a constante pressão pela redução de preços, ao tempo que deve entregar valor percebido superior no produto ou serviço.

Segundo Porter (2004) os principais fatores determinantes para a robustez da influência desta força são:

- a) concentração de grandes volumes em relação às vendas totais: a detenção de volumes representativos por um único comprador aumenta a sua respectiva importância nos resultados e o faz ganhar considerável poder de negociação. Tal poder é intensificado em indústrias com altos custos fixos e que, por isso, possuem a necessidade de preenchimento da sua capacidade produtiva;
- b) produto é parte significativa dos custos do comprador: quanto maior a representatividade dos produtos ou serviços de determinada indústria nos custos do comprador, maior será a sua sensibilidade aos preços e as exigências por negociação;
- c) produtos padronizados ou não diferenciados: se os produtos ou serviços não possuem nenhum tipo de diferenciação e podem ser facilmente comercializados com outros fornecedores, os compradores tendem a estimular uma disputa na indústria pela prática do menor preço;
- d) comprador enfrenta poucos custos de mudança: custos de mudança podem ser determinantes na relação entre compradores e fornecedores. Compradores são fortalecidos em casos de existência de custos de mudança para o fornecedor, já os fornecedores são fortalecidos no caso dos custos de mudança para o comprador;
- e) compradores com baixo lucro: a baixa lucratividade por parte dos compradores incentiva a negociação para a manutenção de baixos custos e preservação de pequenas margens de lucro que são naturalmente sensíveis;
- f) ameaça de integração vertical para trás: compradores parcialmente verticalizados para trás ou que tenham condições para a obtenção de tal condição possuem maior condição de negociação em virtude da constante ameaça de verticalizar para trás todas as suas necessidades e se abster de comprar, como também pelo seu conhecimento de custos referente à sua operação verticalizada que funciona como informação estratégica para a negociação;
- g) produto da indústria irrelevante para a qualidade do produto ou serviço do

comprador: quanto mais importante o produto ou serviço comercializado for para a qualidade de entrega da atividade fim do comprador, menor será a sua sensibilidade para o preço e a agressividade nas negociações;

h) comprador extremamente informado: caso o comprador detenha informações de preços praticados com outros compradores, demanda e custos, terá uma posição mais favorável nas negociações por assegurar melhores preços e desarmar possíveis argumentações de baixa rentabilidade por parte dos fornecedores.

### ***2.3.5 A força competitiva do poder de barganha dos fornecedores***

Esta força, segundo Lobato *et al.* (2012), está diretamente ligada com a capacidade dos fornecedores de determinarem elementos substanciais em suas negociações com os compradores, possuindo a capacidade de ameaçar com a elevação dos preços e redução da qualidade dos produtos ou serviços prestados, além de possibilitar a detenção da maior parte da lucratividade dos compradores quando estes não são capazes de repassar as variações de preço ao seu mercado consumidor.

Segundo Porter (2004) as condições para um grupo de fornecedores serem substancialmente fortes são:

- a) poucos integrantes e mais concentrado que seu mercado consumidor: fornecedores que estão inseridos em indústrias com poucos concorrentes e que possuem um mercado consumidor disperso tendem a possuir maior controle dos preços e condições praticados;
- b) ausência de produtos substitutos: produtos substitutos pode constituir uma força extremamente relevante, mesmo para os integrantes mais fortes de determinada indústria, por isso a ausência desse tipo de produto oferece melhores condições de negociação;
- c) não há clientes extremamente importantes: a inexistência de clientes que detenham uma parcela considerável da lucratividade permite que o fornecedor não se sujeite a compradores específicos;
- d) o produto do fornecedor é um insumo importante para o comprador: a importância do produto ou serviço do fornecedor para a existência ou qualidade do produto do comprador é um fator determinante no poder de negociação, sendo particularmente intensificado quando o objeto de comercialização do fornecedor não pode ser armazenado;

- e) diferenciação ou criação de custos de mudança: a diferenciação ou custo de mudança desenvolvido pelo fornecedor impede que o comprador inicie negociações conflituosas entre fornecedores para a oferta das melhores condições;
- f) ameaça de integração vertical para frente: fornecedores que possuem condições concretas para verticalizar para frente constituem uma constante ameaça para os compradores e possuem as informações necessárias de avaliar constantemente as suas condições de venda.

## **2.4 Visão Baseada em Recursos (VBR)**

A Visão Baseada em Recursos (VBR), conforme Barney e Hesterly (2011), admite que todas as organizações são compostas por um conjunto característico de:

- a) recursos: ativos de natureza tangível, como infraestrutura física e equipamentos, e intangível, como marcas e trabalho em equipe, que estão sobre o controle da organização e podem ser articulados com o objetivo de criação de estratégias;
- b) capacidades: agrupamentos de recursos que possibilitam o aproveitamento completo do controle dos mesmos. As competências isoladamente não são capazes de desenvolver ou implantar estratégias, mas permitem a utilização dos recursos para este fim.

Conforme Barney e Hesterly (2011) os recursos e capacidades de determinada organização podem ser divididas em quatro amplas categorias, são elas:

- a) recursos financeiros: compreende toda a disponibilidade financeira de uma organização, que pode ter sido originada de acionistas, credores, lucros anteriormente obtidos, entre outros;
- b) recursos físicos: incluem todas as ferramentas disponíveis a organização de natureza física, como equipamentos, plantas, localização geográfica e acesso facilitado a matérias-primas;
- c) recursos humanos: incluem os atributos individuais do capital humano da organização, compreendendo gerentes e funcionários, como relacionamento, inteligência, experiências, treinamentos, entre outros;
- d) recursos organizacionais: incluem os atributos de grupos de pessoas que integram a organização, como cultura, coordenações, estrutura formal de reporte, entre outros.

Consoante Hitt *et al.* (2008) tais características são inerentes a existência da organização, e a partir da habilidade de manipular a singularidade da dinâmica de tais fatores, torna alcançável a obtenção de retornos superiores. Ainda conforme os autores, os recursos isoladamente são apenas fontes de vantagens competitivas e são insuficientes para a garantia de tais, principalmente por costumeiramente serem facilmente imitáveis e substituíveis, necessitando a integração com determinada capacidade, de forma a gerar uma competência essencial que consiste em “recursos e capacidades que servem de fonte de vantagem competitiva para uma empresa em relação aos seus concorrentes” (HITT, 2008, p. 16).

Ao decorrer do tempo, considera Hitt *et al.* (2008), as capacitações da organização tornam-se mais sólidas e mais custosas de serem compreendidas pelos concorrentes, e as diferenças de performance são causadas mais pela exclusividade de recursos e competências do que por características do setor a qual a organização está inserida.

Por fim, a Visão Baseada em Recursos (VBR) possui duas fundamentais premissas segundo Barney e Hesterly (2011), que são:

- a) heterogeneidade de recursos: as organizações, mesmo que coexistam em um mesmo setor, podem possuir conjunturas distintas de recursos e capacidades. Por isso, eventualmente alguma empresa pode desempenhar melhor alguma atividade;
- b) imobilidade de recursos: determinadas distinções de recursos e capacidades alcançadas por empresas podem manter-se de forma duradoura por serem demasiadamente custosas de adquirir ou desenvolver para concorrentes que não possuam determinados recursos e capacidades.

#### **2.4.1 Modelo VRIO de Barney (1991)**

Fundamentado no conceito de Visão Baseada em Recursos (VBR), segundo Barney e Hesterly (2011) é concebível analisar os diferentes recursos e capacidades da organização e concluir sobre a expectativa de que determinado elemento deste conjunto possa gerar vantagem competitiva. Ainda consoante os autores, a condução desta análise interna pode ser realizada de acordo com o modelo VRIO, o qual considera quatro aspectos sobre o potencial competitivo de determinado recurso ou capacidade: valor, raridade, imitabilidade e organização.

Consoante Barney (1991) pode-se afirmar que uma organização detém uma vantagem competitiva quando implementa uma estratégia que cria valor para o seu cliente ao tempo que não está sendo implementada concomitantemente por nenhum concorrente. Ainda

conforme o autor, a sustentabilidade de tal vantagem dependerá diretamente da possibilidade de duplicação competitiva da mesma e só será alcançada quando é cessado completamente o esforço de imitação por parte dos concorrentes, ou seja, a vantagem competitiva sustentável é estabelecida quando há um equilíbrio nos esforços dos concorrentes.

Conforme Hitt *et al.* (2008), após a análise destes aspectos, é denominada a consequência competitiva de determinado recurso ou capacidade, que pode resultar para a organização em uma desvantagem competitiva, paridade competitiva, vantagem competitiva temporária ou vantagem competitiva sustentável, e as consequentes implicações causadas no desempenho, conforme quadro 2.

Quadro 2 – Resultado das combinações dos critérios de vantagem competitiva sustentável

<b>Valioso?</b>	<b>Raro?</b>	<b>Difícil de imitar?</b>	<b>Insubstituível?</b>	<b>Consequência competitiva</b>	<b>Implicações no desempenho</b>
Não	Não	Não	Não	Desvantagem competitiva	Retornos abaixo da média
Sim	Não	Não	Sim/Não	Paridade Competitiva	Retornos médios
Sim	Sim	Não	Sim/Não	Vantagem Competitiva Temporária	Retornos médios a acima da média
Sim	Sim	Sim	Sim	Vantagem Competitiva Sustentável	Retornos acima da média

Fonte: Adaptado de Hitt *et al.* (2008, p. 82).

#### 2.4.1.1 Valor

O valor de determinado recurso ou capacidade, conforme Gonçalves *et al.* (2014), é percebido a partir da avaliação se o mesmo potencializa a empresa na exploração de novas oportunidades e neutralização de ameaças provenientes do ambiente externo, ao tempo que fornece a capacidade de implementar estratégias que resultam no aperfeiçoamento da sua eficiência e eficácia.

Consoante Hitt *et al.* (2008) tais recursos e capacidades valiosos, quando explorados corretamente pela organização, constituem uma força através da possibilidade de criação de valor de forma conjunta para a perspectiva do cliente.

As capacidades e recursos isoladamente, segundo Barney e Hesterly (2011), não podem ser avaliados quanto ao seu valor, dado que esta característica não é atribuída

unicamente com base nas suas particularidades, mas na utilidade como ferramenta de melhora da posição competitiva por parte da organização. Por isso, determinados recursos e capacidades podem ser valiosos em alguns mercados e causarem desvantagem competitiva em organizações integrantes de outros.

Segundo Barney e Hesterly (2011), em alguns casos a distinção sobre a possibilidade de o recurso ou capacidade apresentar-se valiosa para a organização pode não ser clara, devido a requerer informações que não estão prontamente disponíveis ou por ter impactos desconhecidos por determinado intervalo de tempo, então nestes casos o valor deve ser observado a partir dos impactos sobre as receitas e custos inerentes a operação. Ainda conforme os autores, isso pode ser convencionado já que empresas que exploram oportunidades e neutralizam ameaças tem como consequência comum o aumento das receitas líquidas ou um decréscimo de seus custos, sendo possível a ocorrência dos dois concomitantemente.

#### 2.4.1.2 Raridade

Após a avaliação quanto ao valor, segundo Barney e Hesterly (2011), é necessário ponderar quanto a sua raridade, já que o valor de forma isolada dificilmente poderá ser a justificativa para a manutenção de uma fonte de vantagem competitiva.

De acordo com Gonçalves *et al.* (2014) deve-se considerar que em casos de pleno domínio de determinado recurso ou capacidade por parte de concorrentes do setor ou por potenciais competidores, os mesmos constituirão apenas em paridade competitiva mediante a possibilidade de todos explorarem o valor inerente. A partir de tal entendimento, conforme os supracitados autores, a raridade deve ser percebida a partir da análise de quantos concorrentes possuem os recursos e capacidades as quais são consideradas valiosas.

Conforme Hitt *et al.* (2008) e Barney e Hesterly (2011) predominantemente nas organizações os recursos e capacidades serão valiosas, entretanto não serão consideradas raras, e por mais que os mesmos não possam constituir vantagens competitivas temporárias, são essenciais para que ocorra a paridade competitiva e façam aumentar a possibilidade de sobrevivência.

Por fim, segundo Barney e Hesterly (2011), é considerado que a vantagem competitiva temporária é conquistada a partir do momento em que o número de empresas portadoras de determinados recursos e capacidades valiosos são inferiores a quantidade necessária para imprimir uma dinâmica de concorrência perfeita ao setor.

### 2.4.1.3 Imitabilidade

De acordo com Barney e Hesterly (2011) os recursos e capacidades que são classificados como valiosos e raros são comumente fonte de inovações estratégicas para as organizações que as possuem, entretanto para constituírem uma vantagem competitiva sustentável é necessário avaliar se os concorrentes enfrentariam uma desvantagem de custo em relação às possuidoras no caso de decidirem adquirir ou desenvolver tais elementos. Ainda conforme os autores, mediante um cenário em que uma empresa possua uma capacidade valiosa e a utilize para neutralizar ameaças externas, ocasionará em seus concorrentes a necessidade de compreender e imitar tal estratégia a fim de minimamente estabelecer um nível de paridade competitiva no setor, e estes alcançarão plenamente tal realização se não implicar em altas desvantagens de custos.

A imitação, conforme Gonçalves *et al.* (2014) e Barney e Hesterly (2011), pode ocorrer de duas formas:

- a) duplicação direta: concorrentes objetivam copiar diretamente os recursos e capacidades do portador de vantagem competitiva;
- b) substituição: concorrentes objetivam recursos e capacidades que substituam as da empresa portadora de vantagem competitiva.

Consoante Hitt *et al.* (2008) e Barney e Hesterly (2011) existem situações que podem tornar os recursos e capacidades custosos de imitar, são eles:

- a) condições históricas únicas: uma empresa pode desenvolver seus recursos e capacidades pelo pioneirismo na exploração de determinada oportunidade ou proveniente do desenvolvimento ou aquisição de recursos em períodos anteriores em que não estavam claros como futuras fontes de vantagem competitiva, e por isso não foram custosos para a organização no momento passado. Entretanto, empresas que buscam tais recursos no momento presente são submetidas a desvantagens de custo na aquisição pela difusão do conhecimento no mercado sobre os resultados da obtenção dos mesmos;
- b) ambiguidade causal: os concorrentes podem não compreender as relações entre recursos e competências de determinada organização devido a algumas situações em que o próprio gestor não as compreende completamente, e por esta inviabilidade de compreensão, torna-se custosa de imitar. Geralmente ocorre por três motivos: a vantagem competitiva provém de fatores como cultura organizacional, trabalho em equipe, relacionamento com o cliente, entre outros, e

tais aspectos intangíveis podem ser despercebidos como a razão de existir da vantagem para o gestor; existências de múltiplas hipóteses formadas por diversas combinações de recursos que o gestor pressupõe como a origem de tal vantagem e pode não conseguir discernir quais são determinantemente os fatores responsáveis; a vantagem competitiva é formada por uma complexa rede de combinações de recursos e capacidades da organização;

c) complexidade social: os recursos e capacidades de determinada organização podem tornar-se custosos de imitar por surgir de fenômenos sociais complexos, geralmente fatores que estão fora da capacidade de manipulação sistemática da empresa, como reputação com fornecedores, cultura da empresa, relacionamento interpessoal entre gestores, entre outros;

d) patentes: as patentes em um primeiro momento aumentam o custo de imitação para os concorrentes, entretanto, ao tempo que dificultam as duplicações diretas, podem estimular imitações de baixo custo que atuem como substitutos na indústria.

#### 2.4.1.4 Organização

Conforme Gonçalves *et al.* (2014) apesar de a vantagem competitiva de uma organização depender do valor, raridade e imitabilidade de seus recursos e capacidades, a empresa necessita estar organizada suficientemente para a exploração plena de sua competitividade.

De acordo com Barney e Hesterly (2011) diversos elementos da empresa são consideráveis para a definição de sua organização, como organograma definido, políticas de remuneração, controles gerenciais formais como orçamento e relatórios para informação da alta gestão, controles gerenciais informais como a mútua vigilância entre funcionários e a cultura da empresa. Tais componentes da organização, ainda consoante os autores, podem ser denominados de recursos e capacidades complementares por isoladamente serem capazes de gerar formas limitadas de vantagem competitiva, entretanto os autores destacam que a associação dos mesmos com outros recursos e capacidades que possibilitam o pleno exercício da vantagem competitiva.



## 2.5 O setor de saúde e a estratégia em organizações hospitalares

De acordo com Machado *et al.* (2016) a Constituição Federal de 1988, que trata sobre a saúde nos artigos 196 a 200, foi a primeira na história brasileira que tratou de forma clara a saúde como um assunto de interesse público e uma garantia para o indivíduo, sendo anteriormente tratado apenas para indivíduos que exerciam uma atividade laboral, e foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Consoante Machado *et al.* (2016) apesar de a saúde ser definida como um direito de todos e um dever que deve ser cumprido pelo Estado, as políticas públicas de saúde não são eficientes devido a baixa dedicação de recursos públicos e a ausência de gestão dos mesmos. Neste cenário ocorre a “desaceleração na prestação de serviços públicos e uma transferência, aos particulares, da prestação desses serviços. O interessado não encontra outra alternativa senão recorrer à prestação de serviços privada” (MACHADO *et al.*, 2016, p. 21).

O sistema público de saúde, conforme Luca (2014), está longe de atingir níveis necessários devido a sobrecarga e deficiência de recursos, ao tempo que o sistema privado encontra-se estagnado, por mais que tenha como mercado consumidor a ser explorado os 73% da população que atualmente está coberta apenas pelo SUS. Ainda segundo o autor, devido à globalização, como fato preponderante para o acirramento do setor, a estagnação da economia, conjuntamente com outros fatores, acarretou em complicações também para o setor privado. O setor possui um crescimento extremamente lento ao tempo que também sofre com uma competitividade acirrada.

Segundo Luca (2014) os custos nos planos de saúde possuem um comportamento crescente devido ao aumento de custos diretos em virtude principalmente de fraudes e aumento da demanda ocasionado pela característica de envelhecimento da população, exigindo como estratégia para a manutenção dos preços os investimentos em tecnologias, a experiência no setor e a busca constante por economia de escala. O sistema de saúde brasileiro necessita se redefinir de acordo com “a nova realidade demográfica e epidemiológica, ampliar a oferta de atendimento e criar ações e atividades de educação e promoção à saúde. E ainda manter-se viável: uma equação muito complexa” (LUCA, 2014, p. 30).

O mercado brasileiro “é composto hoje pelos seguintes tipos de instituição: cooperativa médica (40%), medicina de grupo (35%), seguradora especializada em saúde (10%), filantropia (6%), cooperativa odontológica (3%) e odontologia de grupo (6%)” (LUCA, 2014, p. 29).

Conforme Minotto (2003) a filantropia no âmbito hospitalar não deve ser resumida a honorabilidade e uma gestão prioritariamente voltada à generosidade e desprendimento, pois “pela magnitude dos propósitos focados na natureza humana, bem como pela própria escassez de recursos de toda a ordem, o segmento filantrópico urge por Estratégias Empresariais efetivas e Sistemas de Gestão Profissionalizantes” (MINOTTO, 2003, p. 5).

De acordo com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2018) atualmente existem 6.922 entidades sem fins lucrativos que atuam como unidades de saúde em todo o território nacional, sendo 216 com as suas operações mantidas no estado do Ceará. Os principais estados brasileiros, que juntos mantêm aproximadamente 50% das organizações filantrópicas da área da saúde do país, são São Paulo, Minas Gerais e Paraná, com 1.574, 1.111 e 753 unidades sem fins lucrativos operantes, respectivamente.

Por fim, ainda consoante o DATASUS (2018), as unidades de saúde sem fins lucrativos realizaram 23.708.161 atendimentos ambulatoriais e 402.988 atendimentos hospitalares para pacientes atendidos pelo SUS no segundo semestre de 2017, e receberam como contrapartida dos gestores públicos o montante de R\$ 453.271.043,31 pela produção ambulatorial e R\$ 588.974.532,49 pela produção hospitalar.

### 3 METODOLOGIA

“O método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros –, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 85).

Conforme Gil (2008) o esclarecimento acerca do método científico a ser utilizado na pesquisa define a disposição lógica dos procedimentos que serão realizados. O método que foi utilizado nesta pesquisa é o dedutivo, o qual conforme Gil (2008) parte de princípios antecipadamente reconhecidos como verdadeiros e constrói logicamente, a partir de determinadas premissas, a conclusão.

Quanto à abordagem a pesquisa foi qualitativa, a qual conforme Alyrio (2009) o cenário investigado é verbalizado e os dados colhidos são interpretados subjetivamente pelo pesquisador de forma reflexiva.

Quanto aos objetivos a pesquisa foi exploratória, pois conforme Gil (2002) o objetivo é o aperfeiçoamento de ideia e normalmente baseia-se na exploração de exemplos que promovem a compreensão, de forma que possibilita “a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado” (GIL, 2002, p. 41).

Quanto ao procedimento técnico a pesquisa foi um estudo de caso, o qual “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento” (GIL, 2002, p. 54). Ainda consoante o autor, tal procedimento técnico pode ser adotado para pormenorizar o objeto de estudo e “explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos” (GIL, 2002, p. 54), sendo adotada uma triangulação entre as perspectivas de três integrantes da organização hospitalar filantrópica: o Coordenador de Linha de Cuidado, a Gerente de Negócios e o autor no exercício da função de Coordenador de Negócios.

Quanto à técnica de coleta de dados, segundo Marconi e Lakatos (2003), foram utilizadas a observação direta extensiva por meio de questionário, observação direta intensiva por meio da observação participante e a consulta documental. A observação direta extensiva por meio de questionário é “a técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações” (GIL, 2008, p. 121) na forma de questão aberta na qual “solicita-se os respondentes para que ofereçam suas próprias respostas” (GIL, 2008, p. 122), e foi aplicado com os ocupantes das funções de Gerente de

Negócios e Coordenador de Linha de Cuidado da organização. A observação direta intensiva por meio da observação participante consiste na aproximação como “um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais deste” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 194) e foi realizada na forma denominada natural, pois “o observador pertence à mesma comunidade ou grupo que investiga” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 194), dado que o autor integra a organização no exercício da função de Coordenador de Negócios. Por fim, a consulta documental que consiste na utilização de arquivos públicos (documentos oficiais e jurídicos) e particulares (arquivos de instituições públicas e privadas) conforme Marconi e Lakatos (2003).

Quanto à técnica de análise de dados utilizada na pesquisa foi uma análise qualitativa, a qual conforme Gil (2008) é a forma de análise aplicável a estudos de caso nos quais “os procedimentos analíticos são principalmente de natureza qualitativa” (GIL, 2008, p. 175), empregada na forma de análise de conteúdo que é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2011, p. 38). Conforme Bardin (2011) tal método é caracteristicamente empírico, inexistindo um sequenciamento engessado quanto aos procedimentos, e possibilita a adoção de determinados pontos de partida que consistam em afirmações provisórias com o objetivo de constituir diretivas em busca da verificação para confirmação ou negação das provas.

Devido à organização hospitalar filantrópica, objeto deste estudo de caso, não ter autorizado a divulgação do seu nome no presente trabalho, doravante será denominada apenas de Hospital X.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Nesta seção serão definidos os fatores externos e internos inerentes à operação do Hospital X, visando à análise consoante os modelos estratégicos clássicos, a estratégia competitiva de Porter (1989) e o modelo VRIO de Barney (1991) anteriormente descritos.

### **4.1 Análise PESTLE**

#### ***4.1.1 Político***

O Hospital X atualmente dedica aproximadamente 70% do total de atendimentos realizados para pacientes cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e não é beneficiado por cotas públicas fixas para manutenção da operação, sendo remunerada unicamente pela contrapartida a produção assistencial prestada conforme tabela de precificação pré-estabelecida. Por o volume ser determinante, a organização é diretamente acometida por decisões governamentais que alterem normas para a execução da operação ou recebimento da remuneração (como o período para recebimento dos recursos, fidelidade dos pagamentos, entre outros). Tais mudanças são ocasionadas principalmente por eventuais trocas nas gestões municipais e estaduais, o que pode suscitar em alterações nos limites pré-estabelecidos autorizados para a realização de procedimentos e afetar a forma de administração da verba pública repassada pela União para a saúde.

Conforme informações do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2018), no Ceará estão disponíveis dez instituições que ofertam tratamento oncológico a pacientes que necessitam acesso através do SUS, sendo oito na capital cearense e outros dois em Sobral e Barbalha. Neste cenário de concentração de oferta em determinadas cidades, as relações eficientes entre as prefeituras municipais tornam-se essenciais para a plena operação da organização, já que a facilidade de recebimento de demandas de todo o restante do estado necessitam destes elos. Os pacientes provenientes de outros municípios consomem o orçamento dedicado para a área de saúde do município de Fortaleza que foi repassado pelo governo do Estado para a gestão municipal, e por isso a secretaria de saúde da mesma exige documentos emitidos pelas secretarias de saúde de outros municípios para a posterior prestação de contas e reivindicação de verbas junto ao Estado, o que causa entraves burocráticos para a inserção do paciente no Hospital X para a realização do tratamento.

Além disso, principalmente mudanças na gestão dos municípios do interior do

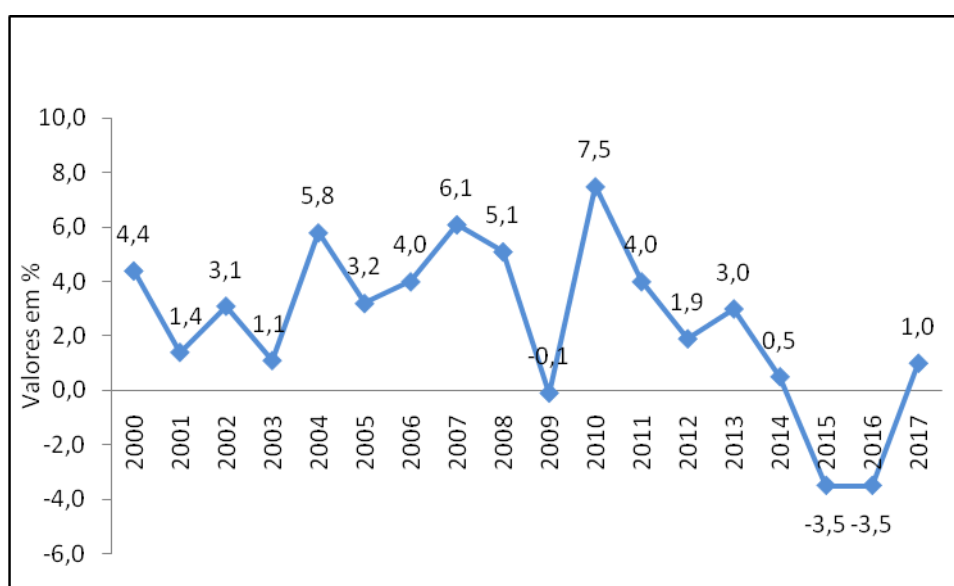
estado podem ocasionar a deterioração de serviços essenciais para o acesso dos pacientes, como a ausência de saúde básica que possibilite minimamente a suspeita do diagnóstico e os serviços de transporte para tratamento na capital, como afirma o Coordenador de Linha de Cuidado que as “mudanças de gestão nessas entidades que alterem os investimentos na saúde básica destas populações podem dificultar ou facilitar o acesso dos pacientes ao instituto, além de poderem afetar o cumprimento de pagamentos à instituição”.

Por fim, as gestões municipais e as suas respectivas relações entre si e o governo do Estado são os principais fatores políticos que podem afetar a organização no ambiente externo, influenciando a forma de recebimento dos recursos, as exigências para o acesso e a definição do limite de realização de procedimentos.

#### 4.1.2 Econômico

A partir de 2010 o Brasil sofreu uma rigorosa recessão econômica com retrações de vários setores, entre eles a saúde. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) entre 2010 e 2016 ocorreram reduções substanciais no principal indicador econômico adotado, a taxa de variação do Produto Interno Bruto (PIB) do país, alcançando retrações de 3,5% em 2015 e 2016. O gráfico 1 apresenta o comportamento histórico da taxa de variação do PIB.

Gráfico 1 – Variação do PIB

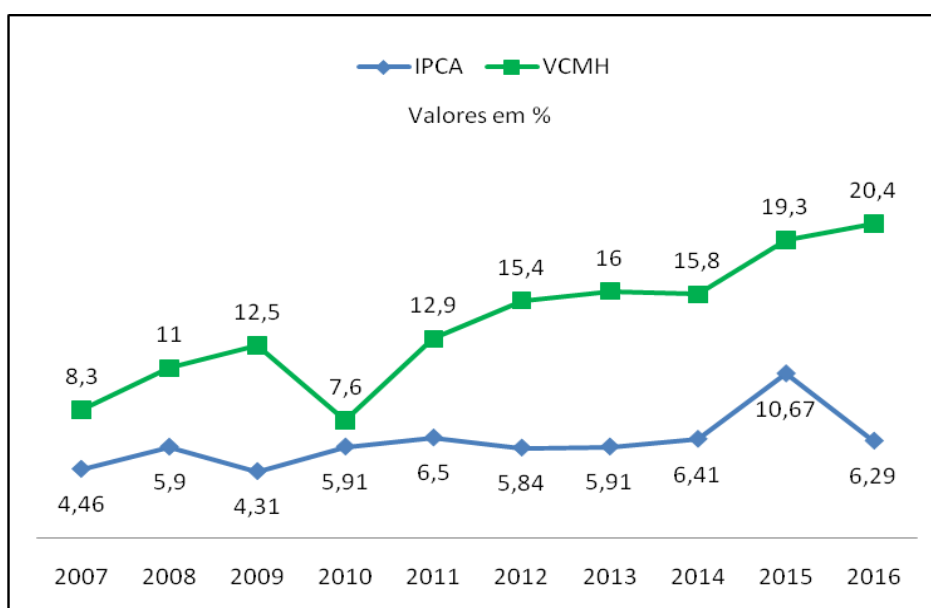


Fonte: Adaptado de IBGE (2018).

Por mais que em 2017 seja iniciado um aparente fim da retração observada nos anos anteriores, tal recuperação, segundo o IBGE (2018), foi influenciada principalmente por uma alta de 13% nas atividades do agronegócio, e o setor de saúde continuou em ritmo decrescente de 0,6% negativo em relação ao resultado do PIB produzido pelo setor no ano anterior. De acordo com o boletim Focus emitido em 13/04/2018, conforme o Banco Central do Brasil (2018), a previsão de crescimento do PIB para 2018 apresenta reavaliações com quedas constantes, entretanto mantém-se a previsão de crescimento de 2,83% e para 2019 uma previsão de crescimento de 3%, consolidando desta forma a percepção sobre o fim da recessão econômica no país.

Outro fator é a grande variação de custos para a manutenção da operação no setor de saúde. Segundo divulgação do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2018), a mencionada variação pode ser percebida e mensurada a partir da observação do cálculo da Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH), que determina a variação *per capita* gasta por operadoras de plano de saúde através da comparação de dois períodos intervalados por 12 meses, sendo admitida como a representação da inflação médica. A inflação médica historicamente resulta em variações superiores ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ao qual segundo o IBGE (2018), é a medição da inflação para um conjunto de produtos e serviços de consumo pessoal do varejo considerando famílias com renda entre um e quarenta salários mínimos. O gráfico 2 apresenta o comportamento histórico dos dois indicadores de inflação de forma conjunta.

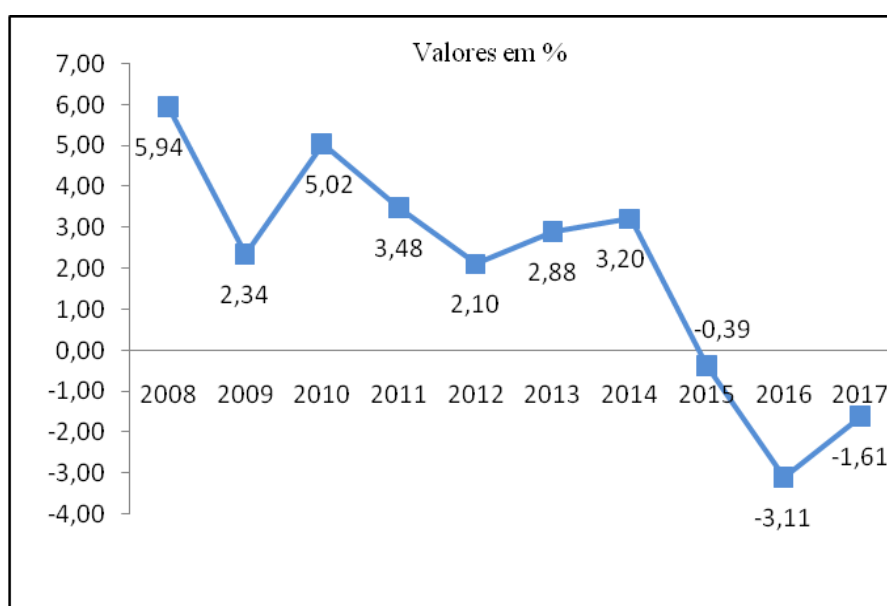
Gráfico 2 – Comparação entre VCMH e IPCA



Fonte: Adaptado de IESS (2018) e IBGE (2018).

Além disso, as operadoras de plano de saúde sofreram com a retração da taxa de cobertura a partir de 2014, a qual significa a porcentagem da população que são cobertos por planos de saúde. A mencionada diminuição acarreta na menor tendência de acesso ao Hospital X por meio de convênios com planos de saúde e na conseqüente tendência de aumento através do SUS, que possui uma tabela de remuneração bastante defasada em relação ao praticado no mercado. Conforme a Agência Nacional de Saúde (ANS, 2018), é possível observar a variação percentual da taxa de cobertura em relação a cada ano no gráfico 3.

Gráfico 3 – Variação percentual da taxa de cobertura



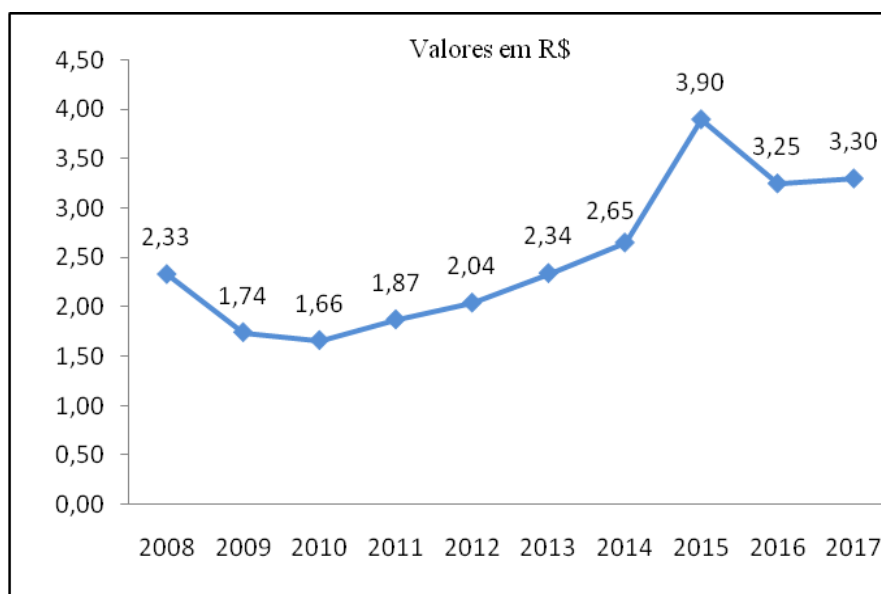
Fonte: Adaptado de ANS (2018).

Por fim, a alta variação cambial do dólar americano nos últimos anos afetou diretamente o acesso da organização a materiais médicos e insumos. Principalmente nos primeiros períodos de alta do dólar, uma considerável parcela de fornecedores que comercializavam produtos importados ou que necessitavam de insumos da mesma espécie para a fabricação, suspenderam a produção de alguns itens do portfólio com o objetivo de aguardar uma estabilização da moeda, e já outra parcela passou a praticar preços bastante superiores até o período atual para compensar a flutuação cambial. Variações cambiais dessa natureza afetam diretamente a operação da organização por a maioria dos produtos utilizados serem provenientes de uma compra direta de importação e de fornecedores locais que repassam produtos importados ou que possuem produção local com dependência de matéria-prima importada, ocasionando uma variabilidade de custo provocada diretamente pela variação do dólar americano, conforme ressalta a Gerente de Negócios que “a matéria-prima



de grande parte dos medicamentos e materiais são importadas, além da necessidade de importação de equipamentos hospitalares”. Conforme o Banco Central do Brasil (2018), se considerada a cotação do valor de compra do dólar americano no último dia de cada ano, o valor tem tido uma tendência crescente desde 2010 com apenas uma pequena redução em 2016, conforme demonstrado no gráfico 4.

Gráfico 4 – Cotação do valor de compra do dólar



Fonte: Adaptado de Banco Central do Brasil (2018).

### 4.1.3 Social

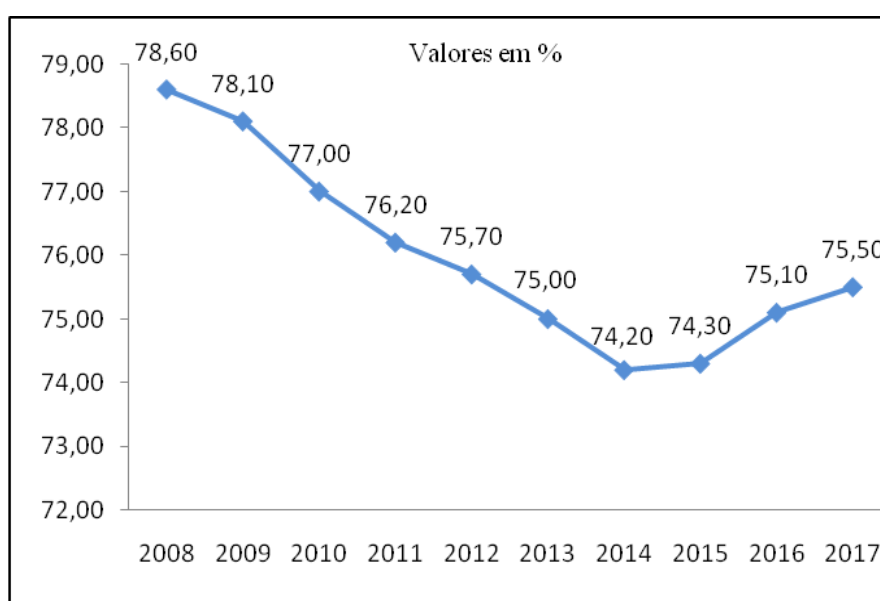
Conforme informações publicadas pelo INCA (2018), a estimativa é que em 2018 e 2019 haverá 582.590 novos casos de câncer em cada ano, entretanto tal previsão não pode ser observada e comparada historicamente devido em cada biênio as bases de cálculos serem alteradas para maior fidelidade dos dados. O estudo afirma que o câncer pode ser desencadeado por diferentes fatores (longevidade, urbanização, histórico familiar, entre outros) e que cerca de um terço do estimado para o biênio poderia ser prevenido.

Ainda conforme a publicação supracitada, o país possui um perfil de considerável urbanização, industrialização e com a população em processo de envelhecimento, sendo mais incidentes neste cenário os cânceres de próstata, pulmão, mama e intestino, alinhado desta forma com o perfil observado em países desenvolvidos do Ocidente. Entretanto, ainda é constatado que o Brasil possui incidência de cânceres associados a infecções, que possuem alto potencial de serem prevenidos e são associados ao perfil de países de baixo e médio

desenvolvimento, como o colo de útero que é relacionado majoritariamente a lesões causadas por infecções por vírus do papiloma humano, podendo ser combatido, por exemplo, a partir de campanhas efetivas de vacinação.

A partir dos dados disponibilizados pela ANS (2018) sobre a cobertura da população brasileira por operadoras de plano de saúde, podemos observar no gráfico 5 o percentual populacional que possui cobertura de assistência médica oferecida unicamente pelo SUS ao decorrer do tempo.

Gráfico 5 – Percentual populacional exclusivamente coberto pelo SUS



Fonte: Adaptado de ANS (2018).

Conforme constatado anteriormente, o percentual da população que possui assistência de saúde unicamente pelo SUS tem tido tendência de crescimento a partir de 2014. Isso se torna preocupante por o SUS não conseguir atualmente oferecer a assistência adequada à população, inexistindo programas de prevenção efetivos e de ampla admissão, ocorrendo dificuldades e longos períodos de espera para exames de diagnóstico, além de diversas localidades com a atenção primária deficitária. Isto afeta diretamente a organização por o diagnóstico do câncer, principal esforço assistencial do Hospital X, necessitar ser realizado da forma mais rápida e eficiente possível para o melhor desfecho assistencial do paciente. A ineficiência do sistema público de saúde reflete-se no perfil da majoritária parcela dos pacientes que são recebidos pela organização por encaminhamento da rede pública, com doenças avançadas por diagnóstico tardio e falta de prevenção, como afirma a Gerente de Negócios que “o paciente chega com estado avançado da doença por não conseguir

diagnostico precoce e não conseguir fazer prevenção”.

#### **4.1.4 Tecnologia**

A área da saúde é contemplada por equipamentos e sistemas de gestão de grandes fabricantes, como Philips, Samsung, Siemens, IBM, entre outros. Essas empresas criaram repartições dedicadas a esse setor e continuamente lançam novas soluções em saúde, tanto para áreas que utilizam prioritariamente equipamentos em seu fluxo, exemplo dos setores de diagnóstico por imagem e radioterapia, como para revolucionar áreas que normalmente são dirigidas por profissionais da saúde, exemplo dos equipamentos para cirurgia robótica que auxiliam o médico na precisão do procedimento.

Um fator relevante na área de tecnologia na saúde, especificamente para o tratamento oncológico, é o início da aplicação de um sistema de inteligência cognitiva ofertada pela IBM, nomeado de *Watson for Oncology*. Este sistema de inteligência cognitiva, conforme a IBM (2018), opera como ferramenta de apoio a decisão médica auxiliando a rápida identificação de informações do paciente no prontuário, explorando opções de tratamento, disponibilizando estudos clínicos para consulta médica, entre outras funções.

Atualmente o Hospital X utiliza a inteligência cognitiva desenvolvida pela IBM, o *Watson for Oncology*, como ferramenta de suporte decisório para o médico e fator integrante de diversos pontos da linha de cuidado integral ofertada pela instituição, de forma a testificar a melhor possibilidade de tratamento a ser adotado com cada paciente.

#### **4.1.5 Legal**

A lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009, conforme Planalto (2018), regulamenta a filantropia na saúde e em diversas outras áreas. O Hospital X, por ser certificada como entidade filantrópica, deve se adequar as exigências impostas na mencionada lei.

A primeira seção da lei supracitada discorre sobre as exigências para a certificação como entidade filantrópica na área da saúde, que são a celebração de contrato ou convênio com o SUS para a realização de procedimentos e manutenção da proporção mínima de 60% dos atendimentos totais da unidade hospitalar dedicados ao acesso pelo SUS, sob pena de cancelamento da certificação de filantropia em casos de descumprimento.

Além disso, a organização hospitalar deve informar para o Ministério de Saúde as

alterações realizadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como capacidade instalada, procedimentos realizáveis na unidade e totalidade de internações e atendimentos ambulatoriais realizados para usuários cobertos pelo SUS e por convênios particulares.

Por fim, nos casos em que a gestão governamental não contrate pelo SUS o percentual mínimo exigido para a certificação de filantropia, deve ser oferecido gratuidades na seguinte proporção:

- a) em casos de inexistir interesse de contratação ou o volume estabelecido de atendimentos pelo SUS ser abaixo de 30%, deve ser ofertado 20% na forma de gratuidade;
- b) se o volume estabelecido para atendimentos pelo SUS estiver entre 30% e 50% da capacidade da organização, deve ser ofertado 10% na forma de gratuidade;
- c) se o volume estabelecido para atendimentos pelo SUS estiver acima de 50% e não alcance o percentual mínimo exigido de 60% da capacidade da organização, deve ser ofertado 5% na forma de gratuidade.

O Hospital X cumpre as exigências legais para a certificação de entidade filantrópica, direcionando atualmente cerca de 70% dos atendimentos realizados para pacientes que acessam a unidade hospitalar através do SUS e ofertando alguns procedimentos de baixa complexidade, como manutenção de cateteres para pacientes em tratamento de quimioterapia, na forma de gratuidade.

#### ***4.1.6 Ambiental***

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 222 de 28 de março de 2018, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2018), determina como geradores de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) todos operadores que exerçam atividades relacionadas à atenção da saúde humana ou animal, independentemente de ser filantrópico, de natureza pública ou privada, civil ou militar, ou que tenha o objetivo direcionado a ensino e pesquisa.

Consoante a mencionada resolução, os RSS devem ser tratados de acordo com a classificação de risco enquadrada. Os procedimentos a serem adotados de acordo com o risco são:

- a) em casos dos RSS não apresentarem risco biológico, químico ou radiológico, os mesmos podem ser conduzidos para reutilização, recuperação, compostagem,

reciclagem, logística reversa ou aproveitamento energético;

b) em casos dos RSS com presença de risco radiológico, os mesmos devem ser armazenados até atingir um nível aprovado para dispensa;

c) em casos dos RSS com presença de risco biológico, os mesmos devem ser encaminhados para tratamento;

d) em casos dos RSS com presença de risco biológico e químico, os mesmos devem ser encaminhados para tratamentos compatíveis com os dois riscos associados.

Por fim, ainda conforme a supracitada resolução, os geradores de RSS devem possuir um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), o qual deve estar de acordo com todas as exigências legais das esferas federal, estadual e municipal, discorrendo sobre as etapas de planejamento dos recursos e capacitação dos recursos humanos envolvidos no processo de descarte dos resíduos hospitalares. A elaboração, implantação e monitoramento do mencionado plano de gerenciamento é responsabilidade do gerador e pode ter seu serviço terceirizado para empresas especializadas.

## **4.2 Análise SWOT**

### **4.2.1 Forças**

As forças identificadas na organização hospitalar filantrópica, objeto deste estudo de caso, foram:

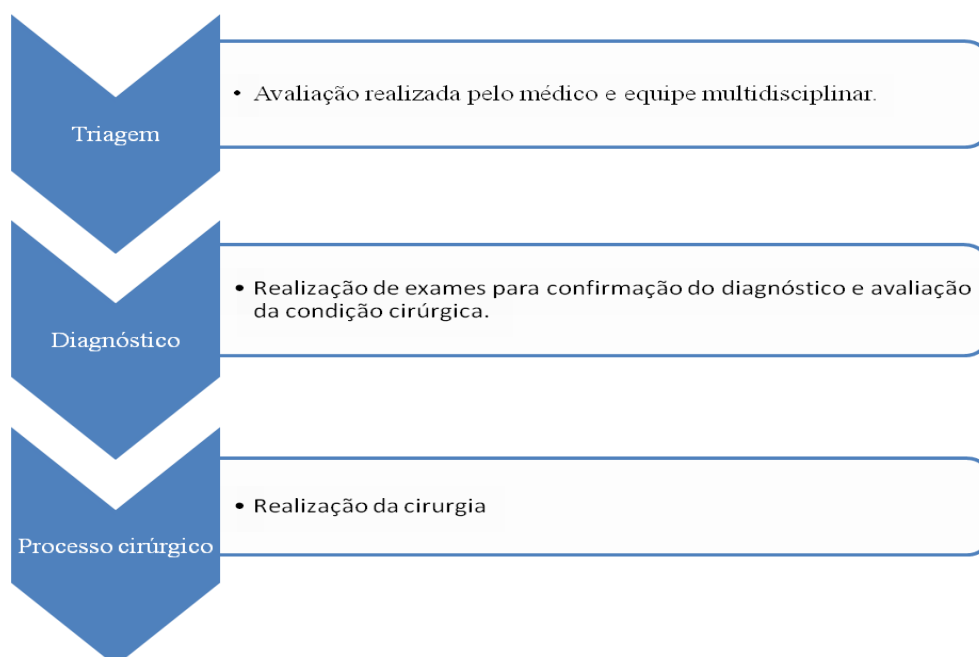
a) marca tradicional: conforme o Coordenador de Linha de Cuidado o Hospital X possui “a tradição de mais de 70 anos no tratamento do câncer”, ou seja, a marca é amplamente reconhecida como referência no tratamento oncológico e na assistência hospitalar oferecida ao paciente, devido ao tradicionalismo e a proporção de atendimentos ofertados. Isso permite a exploração do mercado e o reconhecimento como uma diferenciação na percepção do paciente;

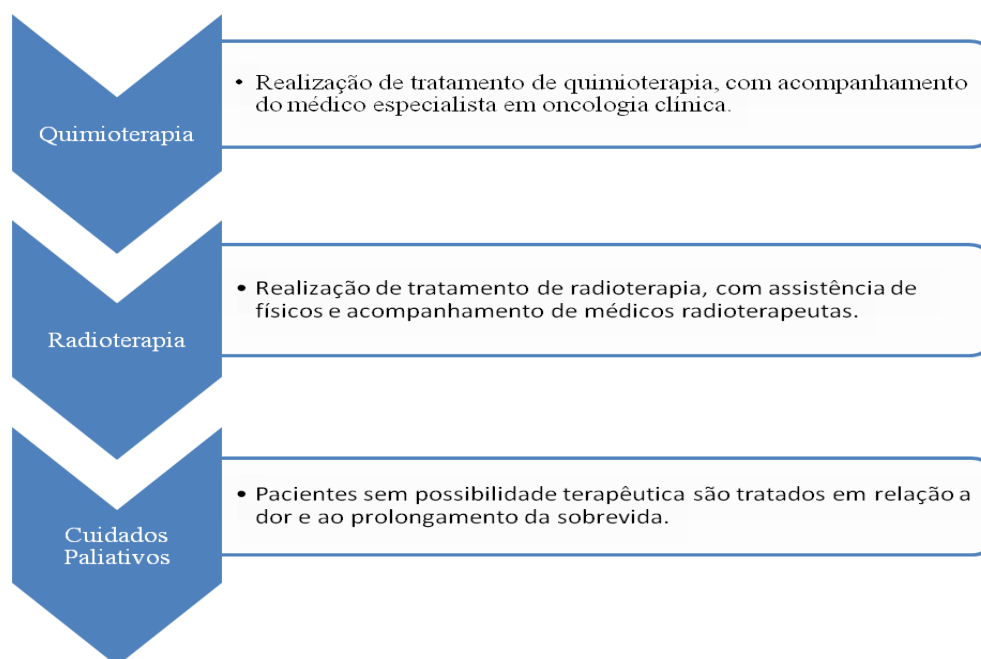
b) campos de ensino e extensão: a organização hospitalar investe no ensino e extensão para a área da saúde. Conforme a Gerente de Negócios o Hospital X fortalece a “formação de profissionais especializados através de programas de residência médica e multidisciplinar”, a qual é rara e escassa, portanto esses investimentos possibilitam a formação de equipes capacitadas para atuação na unidade;

c) HUB de inovação: a organização possui uma área de aceleração de desenvolvimento de *startups* que buscam soluções na área da saúde, com mentorias e disponibilidade da equipe hospitalar para orientação, por isso a Gerente de Negócios destaca que “há pela instituição uma constante busca por inovações”. Em contrapartida, o Hospital X recebe uma porcentagem da valorização da empresa criada e tem a oportunidade de pioneirismo de aplicação de novas soluções em saúde na própria unidade hospitalar, antes de serem amplamente comercializadas para os concorrentes;

d) linha de cuidado e integralidade no SUS: o Coordenador de Linha de Cuidado afirma que “a instituição busca a integralidade no tratamento, visto sob uma ótica de linha de cuidado” para pacientes cobertos pelo SUS, com o objetivo de oferecer todas eventuais necessidades do paciente na unidade hospitalar e neutralizar a fuga para realização de tratamento em algum concorrente ou possíveis entraves ocasionados pela necessidade de demandar algo a rede pública, ou seja, o Hospital X oferece desde o diagnóstico do câncer aos cuidados paliativos. A integralidade na linha de cuidado consiste no paciente ser inserido no processo de cuidado através da triagem, onde é avaliado pelo médico e equipes multiprofissionais (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, entre outros), e definir o tratamento a ser realizado com a constante comunicação entre as áreas sobre o desfecho assistencial do paciente, conforme a figura 4;

Figura 4 – Linha de cuidado integral





Fonte: Elaborado pelo autor.

e) estrutura para realização de diagnóstico no SUS: a organização mantém uma estrutura para a realização de diagnóstico sem a necessidade de encaminhamento pela rede pública e com a mínima exigência possível de documentações (mantendo a exigência apenas do que é requerido pela gestão municipal e estadual), de forma a antecipar o diagnóstico e aumentar a chance de aplicação de conduta terapêutica. Além disso, a manutenção dessa estrutura permite a captação de pacientes com estado clínico mais favorável (o que permite diminuir a possibilidade de complicações pós-cirúrgicas e de tratamento) e antes dos concorrentes que aguardam os mesmos realizarem o diagnóstico na rede pública e serem encaminhados;

f) corpo clínico fechado: o corpo clínico que atua no Hospital X é definido e não existe atuação de médicos externos, permitindo o controle pleno das atividades médicas pelo Superintendente Clínico;

g) utilização de inteligência cognitiva no tratamento: a utilização de inteligência cognitiva conjuntamente com o corpo clínico fechado possibilita a redução de custos operacionais com a padronização de protocolos médicos, eliminação de tratamentos desnecessários, entrega do melhor tratamento possível ao paciente e avaliação do desfecho assistencial ao longo do tempo;

h) atendimentos gerais para pacientes particulares e cobertos por plano de saúde:

os médicos que integram o corpo clínico da organização ofertam consultas e procedimentos não oncológicos para pacientes particulares e cobertos por plano de saúde, o que permite a possibilidade de aumento da receita;

i) estrutura para acomodação e assistência social: estrutura para acomodação de pacientes que necessitam de um local para permanência durante o tratamento, com oferta de refeição e suporte para os pacientes e acompanhantes. Isso possibilita a captação de pacientes que não possam se deslocar para o tratamento (devido à falta de transporte adequado oferecido pelas prefeituras do interior do estado, tratamentos longos, entre outros);

j) bons indicadores hospitalares: a organização possui bons resultados nos indicadores hospitalares, como baixa taxa de infecção hospitalar, baixa necessidade de reabordagens cirúrgicas pelos médicos devido a complicações no desfecho assistencial, entre outros;

k) localização geográfica: a organização é localizada em um polo assistencial, formado por um campus de faculdade referente a área da saúde, núcleos de estudo em saúde, hospitais e um posto de saúde;

l) atendimento humanizado: as equipes assistenciais e de atendimento são treinadas para oferecer um atendimento humanizado, com o devido acolhimento dos pacientes e acompanhantes.

Em conformidade com Moysés Filho *et al.* (2016) e Hofrichter (2017) foram identificadas as características supracitadas como determinantes para o aumento da capacidade de competitividade do Hospital X em relação aos concorrentes e do poder de penetração do mercado do mesmo, sendo possível devido as múltiplas competências resultantes dos pontos fortes destacados.

A correlação entre tais forças capacita a organização para a manutenção do mercado e consequentes possibilidades de expansão. Por exemplo, a marca tradicional permite uma atração acima do nível comum aos concorrentes, enquanto concomitantemente no atendimento ao SUS as estruturas para diagnóstico, acomodação e assistência social permitem que essa atração seja viabilizada e resulte na inserção de pacientes na unidade hospitalar, seguida da linha de cuidado integral que possibilita a realização de todas as demandas assistenciais no Hospital X e no melhor controle do desfecho assistencial, que resultará ao final em bons indicadores hospitalares de giro de leito, taxas de infecção, entre outros. Além disso, as possibilidades de penetração do mercado surgem através do HUB de inovação com novas soluções em saúde, do campo de ensino e extensão na exploração da área



de educação, dos atendimentos gerais a pacientes cobertos por planos de saúde que possibilitam a exploração de novas demandas assistenciais e da localização geográfica que resulta na inserção em futuros projetos públicos para a região.

#### **4.2.2 Fraquezas**

As fraquezas identificadas na organização hospitalar filantrópica, objeto deste estudo de caso, foram:

- a) falta de especialidades médicas: a organização não possui algumas especialidades médicas, como neurologia, reumatologia e pediatria, perdendo a oportunidade de captação de pacientes dessas áreas;
- b) falta de capacidade de comunicação externa das políticas de acolhimento pelo SUS: a Gerente de Negócios afirma que o “marketing externo é pouco presente ou quase inexistente principalmente na divulgação dos serviços prestados”, pois a organização não é capaz de comunicar eficientemente a política de acolhimento, ou seja, não há uma comunicação clara para pacientes externos e outras instituições de saúde acerca da existência da triagem no Hospital X e da ausência de exigência de encaminhamento da rede pública;
- c) fraca atuação nas áreas de diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas: a organização, de forma independente do tratamento oncológico, oferta os serviços de diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas para as demandas privadas e de convênios, entretanto não há uma comunicação efetiva ao mercado sobre a oferta e uma consolidação da marca voltada para os supracitados serviços, conseqüentemente não atingem níveis consideráveis de atuação e findam tendo suas atividades majoritariamente absolvidas pela etapa de diagnóstico na linha de cuidado integral para o SUS;
- d) estrutura para atendimento de pacientes cobertos por convênios: o Hospital X possui uma estrutura física que não se adéqua ao padrão praticado pelos concorrentes para o atendimento de pacientes cobertos por planos de saúde, sendo reforçado pela Gerente de Negócios que “principalmente a hotelaria não é adequada para pacientes de plano de saúde”;
- e) parque tecnológico defasado: por mais que haja um esforço recente para a renovação de determinadas áreas, o parque tecnológico é defasado e não permite a realização de determinados procedimentos, conforme destaca o Coordenador de

Linha de Cuidado que “há obsolescência de alguns equipamentos”;

f) ausência de exames no portfólio: por mais que o Hospital X busque manter toda a fase de diagnóstico do paciente integrada a operação, não são ofertados exames de ressonância magnética e *pet scan*, conseqüentemente ameaçando a efetividade do esforço de integralidade da linha de cuidado;

g) ausência de consolidação da linha de cuidado e integralidade para convênios: por mais que exista um esforço da organização de concentrar a demanda e manter o paciente no conceito de linha de cuidado e integralidade, não há uma aderência considerável pelos pacientes cobertos por planos de saúde, devido a inúmeros fatores como a falta de compreensão por parte das operadoras de saúde sobre os benefícios ao desfecho assistencial do paciente, múltiplas opções de oferta no mercado de prestadores que atuam em apenas uma etapa da linha de cuidado (como somente diagnóstico, ou somente quimioterapia, entre outros), falta de estrutura física competitiva em relação aos concorrentes, entre outros.

Em concordância com o exposto por Moysés Filho *et al.* (2016) e Hofrichter (2017) foram identificadas as características supracitadas como as responsáveis pela sabotagem da condição de competitividade e pelo conseqüente risco de rebaixamento do Hospital X em relação a concorrência.

As fraquezas destacadas da organização estão principalmente correlacionadas à condição de oferta para pacientes cobertos por planos de saúde. A capacidade de manutenção de competitividade é prejudicada mediante a ausência de uma atuação consolidada na oferta privada de diagnóstico (imagem, patologia e análises clínicas), que resulta em um baixo nível de captação de pacientes para a organização, seguido pela ausência da consolidação de linha de cuidado integral que facilita a fuga do paciente para outra unidade hospitalar no decorrer do tratamento e dificulta o controle do desfecho assistencial do mesmo, por fim, este cenário é agravado pela falta de estrutura física comparável com a mantida pela concorrência e a defasagem de parte dos equipamentos do Hospital X, que impossibilitam a realização e devida lucidez de determinadas modalidades de exames.

Além disso, mesmo que em menor proporção, as fraquezas observadas também ameaçam a competitividade na oferta assistencial ao SUS. A ausência de capacidade de comunicar as políticas de acesso da organização ameaça a aderência dos usuários a todo o sistema de atendimento estruturado, ao tempo que a inexistência de algumas especialidades médicas e de exames no portfólio ameaçam principalmente a oferta ao SUS, onde o conceito de linha de cuidado integral é mais fortemente estabelecido.

### 4.2.3 Oportunidades

As oportunidades identificadas no ambiente externo a qual organização hospitalar filantrópica, objeto deste estudo de caso, está inserida, foram:

- a) linha de cuidado e integralidade para convênios: a aplicação do conceito de linha de cuidado integral operada no SUS para convênios é uma oportunidade de maximizar a receita do Hospital X, concentrando todo o tratamento dos mesmos na unidade hospitalar ao tempo que oferta comodidade ao paciente de concentrar todas as demandas médicas em um único prestador;
- b) diagnóstico por imagem e exames para convênios: consolidar a atuação dos serviços de diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas para convênios e particulares, o que possibilitaria aumentar a participação no mercado e captar pacientes para tratamento na unidade hospitalar;
- c) procedimentos de alta tecnologia: oferta de procedimentos que exigem alta tecnologia, como radiocirurgia craniana;
- d) polo de saúde avançado: de acordo com a Prefeitura de Fortaleza (2018), ocorrerá a estruturação formal de um polo de saúde avançado com a vinda de empresas estrangeiras;
- e) aumento dos investimentos em soluções de saúde: empresas reconhecidas no ramo de tecnologia têm investido em soluções e criado divisões dedicadas ao mercado de saúde;
- f) mudança de modelo de remuneração para pagamento por performance: segundo a Gerente de Negócios “a principal mudança que pode ser buscada é na forma de remuneração entre as operadores de planos de saúde e os prestadores de serviços para um modelo de pagamento por performance”. Atualmente as operadoras de saúde pagam por procedimentos realizados e diárias e taxas hospitalares, o que incentiva a ineficiência no desfecho assistencial do paciente, pois, por exemplo, permanências longas em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a realização de procedimentos excessivos são recompensados com a maximização de receitas dos prestadores. O pagamento por performance paga pela produção, entretanto abona ou premia a remuneração final de acordo com a efetividade dos tratamentos e os indicadores hospitalares.

Em congruência com Moysés Filho *et al.* (2016) e Hofrichter (2017) foram identificados os supracitados fatores externos a organização que podem constituir

oportunidades de exploração, permanecendo sujeita a capacidade da mesma de realizar tais ações de efetivação.

Oportunidades como a exploração de um novo modelo de remuneração baseado na performance e desfecho assistencial do paciente permite premiar as condições assistenciais ofertadas pelo Hospital X e a propor uma nova oxigenação para a rentabilidade das operadoras de plano de saúde mediante a abdicação de um modelo que incentiva a realização irrestrita de procedimentos. Além disso, a aplicação de uma nova forma de remuneração baseada em performance neutralizará concorrentes que atuam baseados somente na produção de procedimentos sem a devida atenção a indicadores hospitalares e desfecho assistencial, com a conseqüente queda da lucratividade dos mesmos.

São observadas, em conformidade com Moysés Filho *et al.* (2016) e Hofrichter (2017), oportunidades consideradas de extrema atratividade para o pleno exercício da operação, como a estruturação de diagnóstico para convênios e linha de cuidado integral, que possibilitariam a maior captação e exploração do nicho formado por pacientes cobertos por operadoras de plano de saúde.

Entretanto, ainda observando o afirmado por Moysés Filho *et al.* (2016) e Hofrichter (2017), algumas oportunidades podem ter prazos de validade estabelecidos para serem exploradas, como a realização de procedimentos de alta tecnologia que podem deixar de constituir uma oportunidade para a organização a medida que a tecnologia é difundida e podem tornar-se de fácil acesso para o mercado, e a exploração de oportunidades relacionadas a implantação do polo de saúde que podem cessar a partir da finalização do processo de implantação ou da antecipação de concorrentes em estabelecer acordos com os integrantes do mesmo.

#### **4.2.4 Ameaças**

As ameaças identificadas no ambiente externo a qual organização hospitalar filantrópica, objeto deste estudo de caso, está inserida, foram:

- a) escassa oferta de formação em oncologia: poucas instituições ofertam formação específica em oncologia, o que ameaça a disponibilidade de profissionais habilitados para atuação no mercado;
- b) judicialização crescente na saúde: intervenções judiciais na saúde são cada vez mais recorrentes, tanto no atendimento ao SUS como aos convênios, sendo comum a obrigatoriedade de execução de procedimentos sem a rentabilidade

devida. Por exemplo, a judicialização de pacientes do sistema público corriqueiramente incorre na obrigatoriedade do Estado de adquirir medicamentos não cobertos pelo SUS para certos pacientes e entregar aos prestadores somente para realização do procedimento, acarretando a diminuição de receita do prestador por ser remunerado somente parcialmente por uma pequena taxa de administração do fármaco;

c) falta de pagamento crescente por parte dos convênios: a inadimplência de pagamento por parte dos convênios é crescente;

d) ineficiência de diagnóstico e encaminhamento por parte da rede pública: a rede de atendimento assistencial da rede pública é ineficiente na prevenção e diagnóstico do câncer. O diagnóstico tardio na rede assistencial pública pode afetar o perfil do paciente a ser inserido na linha de cuidado integral do Hospital X e conseqüentemente diminuir as possibilidades terapêuticas a serem aplicadas pela organização;

e) ascensão de clínicas populares: segundo o Coordenador de Linha de Cuidado “há altos investimentos em propaganda e promoção pela concorrência”, como o fenômeno da ascensão de clínicas populares que oferecem exames e consultas a preços baixos e ameaçam a realocação da demanda dos pacientes cobertos unicamente pelo SUS nesses serviços, que buscam alternativas para a ineficiência do sistema público.

Em conformidade com o afirmado por Moysés Filho *et al.* (2016) e Hofrichter (2017) foram identificados os supracitados fatores externos a organização, que podem constituir ameaças a plena operação do Hospital X e a manutenção da competitividade.

Algumas ameaças comprometem a lucratividade e sustentabilidade da organização hospitalar, como a judicialização na área da saúde que reduz o resultado estimado para a realização de determinados procedimentos e o crescente nível de inadimplência das operadoras do plano de saúde que ameaçam a capacidade de financiamento da organização e conseqüentemente a sustentabilidade. Outras ameaças comprometem a própria operação, como a escassa oferta de formação em oncologia que torna mais difícil a manutenção do corpo funcional, ineficiência na atenção primária mantida pela rede pública que pode incorrer para a organização em dificuldades para o recebimento do paciente, e a ascensão de clínicas populares que podem absorver parte da demanda de diagnóstico resultante da ineficiência pública.

#### 4.2.5 Diagnóstico SWOT

Será apresentado o diagnóstico proveniente das possíveis correlações entre forças e fraquezas, identificadas no ambiente interno, com as ameaças e oportunidades, identificadas no ambiente externo, a fim de elencar os pontos referentes a alavancagens ofensivas, capacidades defensivas, restrições e crises da organização hospitalar.

No quadro 3, em conformidade com Lobato *et al.* (2012), são desenvolvidas as possibilidades de alavancagem da capacidade ofensiva a partir das oportunidades que são exploráveis de acordo com as forças elencadas da organização. Foram correlacionados nesse caso a localização privilegiada do Hospital X quanto a implantação do polo de saúde avançado, o HUB de inovação com a possibilidade de atração de capital para o desenvolvimento de soluções para área da saúde e o fortalecimento das fontes de receita mediante a manutenção de bons indicadores hospitalares em um modelo de pagamento por performance.

Quadro 3 – Alavancagem da capacidade ofensiva

	Fatores correlacionados	Ações
Alavancagem da capacidade ofensiva	Localização (Força)	Usufruir da localização física em um futuro polo de inovação e saúde avançado e participar, conjuntamente com outras empresas ingressas, da implantação do programa municipal, de forma a formatar parcerias e garantir a defesa dos interesses da organização na execução do projeto.
	Polo de saúde avançado (Oportunidade)	
	HUB de inovação (Força)	Atrair capital externo proveniente de empresas investidoras em soluções de saúde a fim de financiar projetos originados no HUB de inovação da organização hospitalar.
	Aumento dos investimentos em soluções de saúde (Oportunidade)	
	Bons indicadores hospitalares (Força)	Negociar com os clientes (SUS e operadoras de plano de saúde) novos modelos de remuneração baseados no pagamento por performance, de forma a utilizar-se dos bons indicadores hospitalares para demonstrar a superioridade de condição assistencial em relação aos concorrentes e maximizar a receita pelos prêmios pagos pelos indicadores supracitados.
	Mudança para pagamento por performance (Oportunidade)	

Fonte: Elaborado pelo autor.

No quadro 4, em conformidade com Lobato *et al.* (2012), são desenvolvidas as capacidades defensivas a partir das ameaças que são neutralizáveis pelas forças elencadas da

organização. Foram correlacionados nesse caso os esforços dedicados ao ensino e extensão com a falta de formação para atuação em oncologia e a manutenção de uma estrutura de diagnóstico mediante a ineficiência da atenção primária ofertada pelo poder público.

Quadro 4 – Capacidades defensivas

	<b>Fatores correlacionados</b>	<b>Ações</b>
<b>Capacidades defensivas</b>	Campos de ensino e extensão (Força)	Expandir a área de ensino dedicada à formação de profissionais de saúde para a atuação na área de oncologia e fortalecer a formação nos programas de residência médica e multiprofissional, de forma a capacitar possíveis integrantes da equipe assistencial.
	Escassa oferta de formação em oncologia (Ameaça)	
	Estrutura para realização de diagnóstico no SUS (Força)	Fortalecer a comunicação sobre as políticas de acesso a organização e a oferta de exames e consultas para diagnóstico, de forma a deslocar a demanda reprimida não atendida pela atenção primária da rede pública para o Hospital X e possibilitar a maior captação de pacientes e a melhora da viabilidade terapêutica.
	Ineficiência de diagnóstico e encaminhamento por parte da rede pública (Ameaça)	

Fonte: Elaborado pelo autor.

No quadro 5, em conformidade com Lobato *et al.* (2012), são desenvolvidas as restrições ou debilidades da organização a partir das oportunidades que não são exploráveis devido a serem coincidentes com fraquezas da mesma. Foram correlacionados nesse caso a ausência da estruturação da aplicação do sistema de linha de cuidado para convênios com a oportunidade de implantação da mesma, a fraca atuação em determinadas áreas de diagnóstico e a possibilidade de maior oferta para operadoras de plano de saúde e a defasagem do parque tecnológico mediante o surgimento de procedimentos que exigem alta tecnologia.

Quadro 5 – Restrições ou debilidades

	<b>Fatores correlacionados</b>	<b>Efeitos</b>
<b>Restrições ou debilidades</b>	Ausência de consolidação da linha de cuidado e integralidade para convênios (Fraqueza)	A ausência de aplicação do conceito de linha de cuidado integral para pacientes do convênio ameaçam os indicadores hospitalares por diminuir as possibilidades de manutenção do melhor desfecho assistencial possível, já que a organização não tem a oportunidade de ofertar serviços integrantes da linha que garantem melhores resultados (como atendimentos multiprofissionais) e de evitar a eventual sujeição do paciente a outros diversos tratamentos

	Linha de cuidado e integralidade para convênios (Oportunidade)	desnecessários fora da unidade hospitalar.
	Fraca atuação nas áreas de diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas (Fraqueza)	As fracas atuações nas atividades de diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas acarretam a diminuição da possibilidade de diagnosticar o paciente coberto por convênios na própria organização e consequentemente diminui os níveis alcançados de captação de pacientes para realização de tratamento.
	Diagnóstico por imagem e exames para convênios (Oportunidade)	
	Parque tecnológico defasado (Fraqueza)	O parque tecnológico defasado presente no Hospital X impede a realização de procedimentos pouco ofertados e consequentemente de alto valor de remuneração.
	Procedimentos de alta tecnologia (Oportunidade)	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Por último, em conformidade com Lobato *et al.* (2012), no quadro 6 são desenvolvidas as crises ou vulnerabilidades da organização a partir das ameaças que não são consideradas neutralizáveis devido serem coincidentes com fraquezas da mesma. Foi correlacionado nesse caso a falta de capacidade de divulgação externa com o surgimento de novos concorrentes que buscam absorver a demanda reprimida da assistência de saúde pública.

Quadro 6 – Crise ou vulnerabilidade

Crise ou vulnerabilidade	Fatores correlacionados	Ações
	Falta de capacidade de comunicação externa sobre as políticas de acolhimento do SUS (Fraqueza)	Ascensão de clínicas populares (Ameaça)

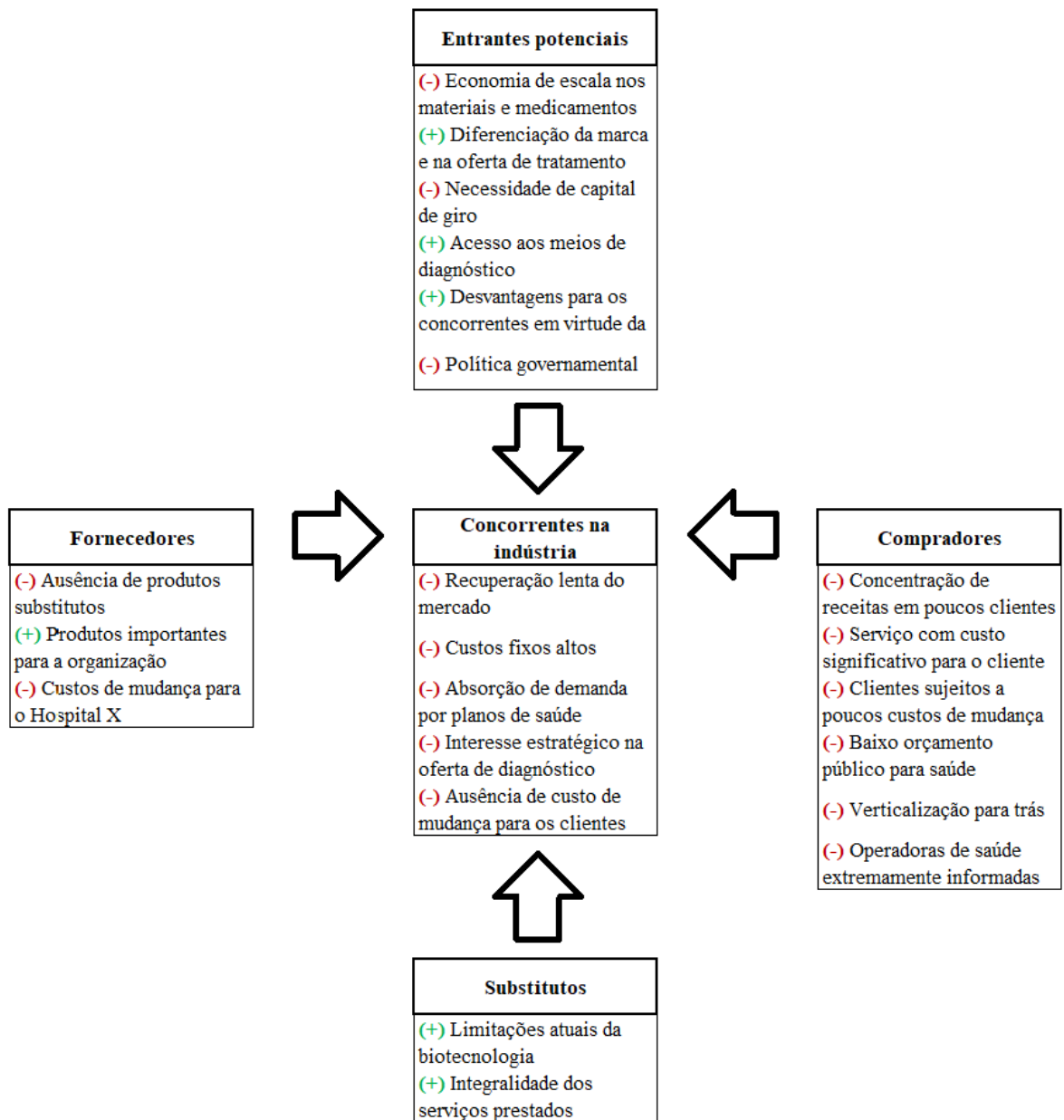
Fonte: Elaborado pelo autor.



### 4.3 Estratégia competitiva de Porter (1989)

Nesta subseção será dissertado sobre os elementos constituintes de cada força competitiva elencada por Porter (1989) em seu modelo de análise estratégica. A figura 5 demonstra resumidamente os fatores formatadores de cada força competitiva e a natureza do impacto de sua atuação para o Hospital X.

Figura 5 – Fatores das forças competitivas de Porter (1989)



Fonte: Elaborado pelo autor.

### **4.3.1 A força competitiva da ameaça de novos entrantes**

A capacidade de penetração de novos entrantes é parcialmente neutralizada a partir da criação de barreiras de entrada estabelecidas pelos concorrentes já inseridos no mercado. As barreiras de entrada observadas no estudo de caso são:

- a) economia de escala nos materiais e medicamentos: os materiais e medicamentos compõem de forma unânime os principais custos operacionais da organização. Para alcançar a possibilidade de economia por escala, é necessário estabelecer contratos diretamente com laboratórios farmacêuticos ou com fornecedores que possuam acesso privilegiado ao produto, entretanto melhores condições de compra e a consequente capacidade de aumento da margem de lucratividade são acompanhadas de exigências contratuais de consumo mínimo por período, o que somente se torna alcançável com altos níveis de demanda e de manutenção operacional. Isso é possível para o Hospital X pela dimensão da operação mantida, a qual segundo a Gerente de Negócios é possível “por o instituto ser o maior centro oncológico do Ceará e um dos principais complexos hospitalares do Norte e Nordeste do país”;
- b) diferenciação da marca e na oferta de tratamento: a diferenciação na oferta de tratamento é concentrada na marca da organização, que é tradicionalmente associada ao tratamento oncológico na região de atuação, e no sistema de linha de cuidado integral, que é reconhecidamente (majoritariamente na oferta ao SUS) um diferencial frente a aplicação isolada de tratamentos oncológicos, por oferecer ao paciente o suporte em todas as suas necessidades (psicologia, nutricionista, assistente social, fisioterapia, entre outros);
- c) necessidade de capital de giro: na operação há necessidade de exacerbado capital de giro para manutenção de determinados níveis de estoque. Áreas de tratamento como a quimioterapia, exigem alto capital de giro dedicado ao estoque devido à diversidade de quimioterápicos necessários de serem mantidos (proporcional à diversidade das variáveis assistenciais no tratamento oncológico) e seu alto custo (mesmo com alcance de economia por escala);
- d) acesso aos meios de diagnóstico: a capacidade de absorção de demanda de pacientes, principalmente oncológicos, consiste essencialmente na capacidade de acesso aos meios disponíveis de diagnóstico, para antecipação em relação aos concorrentes na inserção no tratamento. A manutenção de um centro de triagem e

diagnóstico para o SUS e a consequente captação antecipada do paciente constitui uma barreira de entrada imposta pela organização para possíveis entrantes;

e) desvantagens para os concorrentes em virtude da filantropia: independentemente do nível de operação mantida, o fato de a organização hospitalar ser filantrópica oferece reduções do custo total da operação através de benefícios fiscais e o aumento da receita através do recebimento de doações;

f) política governamental: exigências legais para o funcionamento do hospital que incorrem em custos adicionais, como o processo de descarte de RSS, nas quais podem constituir uma barreira de entrada para novos entrantes.

Em conformidade com as afirmações de Porter (2004) foram constatadas, em relação à força competitiva de novos entrantes, a existência de barreiras de entrada relacionadas à economia de escala (presente na aquisição de materiais e medicamentos), a diferenciação do produto (concentrada substancialmente na marca da organização e no sistema de linha de cuidado integral para o SUS), a necessidade de capital (necessidade de capital de giro para a manutenção de estoques de alto custo), ao acesso aos canais de distribuição (no caso da organização hospitalar, esses canais são traduzidos como os canais de diagnóstico, onde ocorre captação do paciente e inserção no tratamento), as desvantagens de custo independente da economia de escala (proveniente das vantagens obtidas pela organização através da certificação de filantropia) e a política governamental (exigências legais impostas para a operação).

Entretanto não foi observada barreira de entrada discorrida por Porter (2004) sobre custos provenientes de mudança, já que não há custo por parte do contratante, seja SUS ou operadoras de plano de saúde, pela mudança do prestador do serviço.

Vale ressaltar que, por mais que exista a imposição das barreiras de entrada supracitadas, ocorrem constantes tentativas de penetração por parte de concorrentes que ofertam unicamente produtos focados em áreas de maior rentabilidade da linha de cuidado, como clínicas especializadas em quimioterapia, entretanto não atingem as condições e lucratividade alcançadas pela organização.

#### ***4.3.2 A força competitiva da rivalidade entre concorrentes***

Por mais que não existam barreiras de saída efetivas que submetam os concorrentes a permanecerem operantes mesmo com situações adversas inerentes ao mercado, existem fatores que são determinantes na intensificação da rivalidade entre os concorrentes,

são eles:

- a) recuperação lenta do mercado: a organização está inserida em um mercado que apresenta retração nos últimos anos, com inflação médica crescente e ritmo lento de reversão deste cenário. Na ausência de novas parcelas de mercado a serem conquistadas e lucratividade em tendência de baixa (decorrentes da combinação entre retração de mercado e inflação médica), a rivalidade se intensifica a cerca da conquista de parcelas já existentes do mercado e conquistadas pelos concorrentes;
- b) custos fixos altos na manutenção da operação: a organização possui altos custos fixos na manutenção da operação, compostos principalmente por remuneração de pessoal assistencial especializado, estrutura administrativa e de apoio, e manutenção do parque tecnológico, forçando a busca por escala pela organização para preenchimento da capacidade instalada e aumento da lucratividade;
- c) absorção pelas operadoras de saúde de determinados procedimentos: as operadoras de saúde, na tentativa de reduzir custos próprios, buscam internalizar a operação de procedimentos de alto custo que não exijam alto nível de especialização, como a administração de tratamentos orais. Como as operadoras podem tornar compulsório o local de tratamento do paciente coberto, através da obrigatoriedade na concessão da autorização, acabam consumindo parcelas do mercado para si e intensificando a concorrência entre os prestadores remanescentes;
- d) interesse estratégico na oferta de diagnóstico: a oferta de diagnóstico oferece para a organização mais do que simplesmente a lucratividade resultante dos procedimentos de exame, significa um grande interesse estratégico na captação de pacientes para inserção no tratamento ofertado pela organização. Ao estabelecer um canal de contato com o paciente, o Hospital X pode identificar pacientes eletivos para os tratamentos ofertados e utilizar-se desse contato para captá-lo;
- e) ausência de custo de mudança: o SUS e operadoras de plano de saúde podem optar pela realocação da demanda entre prestadores ou para a própria rede própria sem custos de mudança para os mesmos, já que majoritariamente também possuem estruturas para o diagnóstico e tratamento oncológico.

Consoante com o afirmado por Porter (2004), foram constatadas em relação à força da rivalidade entre concorrentes que o nível de competitividade do mercado é influenciado pelo crescimento lento da indústria (o setor de saúde ainda sofre com retração

econômica e recupera-se em um ritmo lento nos últimos anos, além disso as operadoras de plano de saúde absorvem para a rede própria determinados procedimentos, o que acarreta na diminuição de demanda disponível para o mercado), pelos altos custos fixos (referentes a remuneração de pessoal especializado, estrutura administrativa e manutenção do parque tecnológico), pela ausência de custo de mudança (não há custos decorrentes da troca de prestadores) e pelos grandes interesses estratégicos (interesse estratégico nos serviços de diagnóstico com finalidade de maior captação de pacientes).

Contudo não foram constatados os demais fatores determinantes de rivalidade entre concorrentes afirmados por Porter (2004), são eles: ausência de diferenciação (a diferenciação existe em relação à própria marca do Hospital X), capacidade aumentada em grandes incrementos (não há surtos de demanda oncológica, e por isso há previsibilidade e é evitada a existência de períodos de supercapacidade ou retração de preços), concorrentes divergentes (os concorrentes não são divergentes ao ponto de incorrer em uma determinante incompreensão do outro) e barreiras de saída elevadas (não foram identificados fatores dispendiosos relativos à saída dos concorrentes).

#### ***4.3.3 A força competitiva da ameaça dos produtos substitutos***

O Hospital X tem a majoritária parcela dos seus esforços assistenciais dedicados a atenção do paciente oncológico, e por limitações biotecnológicas e do conhecimento científico difundido, ainda não é alcançável pelo mercado nenhuma espécie de solução assistencial substituta que possa comprovadamente sobrepor o tratamento tradicional de câncer. Além disso, por a organização ofertar uma linha de cuidado integral que compreende todas as etapas possíveis de tratamento do paciente, não há opções assistenciais existentes que possam substituir as ofertadas pela organização.

Em virtude das supracitadas limitações a substituição, não foram observados os aspectos elencados por Porter (2004) referentes à força competitiva da ameaça dos produtos substitutos, como o interesse de desenvolvimento e inserção de substitutos devido a atratividade da indústria e a possibilidade de melhor relação de preço oferecidos pelos mesmos.

#### ***4.3.4 A força competitiva do poder de barganha dos compradores***

A organização relaciona-se com dois tipos de clientes, a rede pública através do

SUS e a rede privada através das operadoras de plano de saúde. O poder de barganha dos compradores dos serviços ofertados é formatado a partir dos seguintes fatores:

- a) concentração de receitas no SUS e em determinadas operadoras de saúde: por a organização ser filantrópica e deter a necessidade de manutenção do volume mínimo de 60% dedicado ao SUS, de forma proporcional uma grande parcela da receita torna-se dependente da contraprestação pública, e por isso torna-se extremamente vulnerável a inadimplência e a mudanças legais e de regulamentação (como alteração na forma de faturamento, alteração de prazos, entre outros). Além disso, as operadoras de plano de saúde naturalmente já detêm considerável poder de barganha por possuir a premissa de autorização e, através dela, o artifício de encaminhar o paciente para outro prestador ou para a rede própria, entretanto a concentração de receitas provenientes de determinados convênios ainda os permitem impor condições contratuais de reajuste e de credenciamento;
- b) tratamento oncológico tem custo significativo para o cliente: o tratamento oncológico é elencado como um dos tratamentos mais custosos para o SUS e as operadoras, influenciando diretamente as provisões dos contratantes, o que aumenta o interesse na formulação da negociação com o Hospital X;
- c) operadoras de saúde e SUS estão sujeitas a poucos custos de mudança: o SUS pode realocar a demanda para outros prestadores a partir da manipulação do orçamento disponível. Já as prestadoras realocam a demanda para outros prestadores sem custo de mudança a partir da autorização do procedimento, onde pode indicar em qual prestador será realizado;
- d) baixo orçamento público para saúde: conforme o Coordenador de Linha de Cuidado “o orçamento dedicado a saúde é cada vez mais insuficiente para o atendimento da população”. Com a deterioração do sistema público de saúde e a corrosão do orçamento dedicado a tal área, as gestões municipais e estaduais buscam estabelecer relações de negociação mais intensas referentes ao volume e condições de pagamento;
- e) verticalização para trás: O SUS e operadoras de plano de saúde geralmente possuem em suas redes próprias outras unidades hospitalares que abrangem o tratamento oncológico;
- f) operadoras de saúde extremamente informadas: mediante as informações provenientes da contratação em outros prestadores e a manutenção de

determinados serviços em comum na rede própria das operadoras, as mesmas possuem um conhecimento elevado sobre custos e lucratividade da atividade e conseqüentemente obtém vantagens na negociação.

Em conformidade com Porter (2004) foram observados, em relação à força competitiva do poder de barganha dos fornecedores, elementos referentes à concentração de grandes volumes de venda em relação às vendas totais (devido a natural concentração do SUS em virtude das obrigações impostas pela certificação de filantropia, além de conjuntamente ocorrer à concentração em algumas operadoras de saúde), ao produto como parte significativa dos custos do comprador (alto custo do tratamento oncológico para o SUS e operadoras de plano de saúde), ao comprador enfrentar poucos custos de mudança (SUS e operadoras de saúde podem simplesmente realocar a demanda para outros prestadores), aos compradores possuírem baixo lucro (no caso do SUS, mesmo não se tratando diretamente sobre lucratividade, possui um baixo orçamento para manutenção da saúde pública), a ameaça de verticalização para trás (SUS e convênios que possuem redes próprias e ameaçam expandir o atendimento ofertado e tomar compulsoriamente parcelas de mercado para si) e ao comprador extremamente informado (operadoras de saúde informadas devido à contratação de outros prestadores e manutenção de alguns serviços na rede própria).

Todavia não foram observados os fatores destacados por Porter (2004) sobre a existência de produtos padronizados ou não diferenciados (como descrito anteriormente, há elementos de diferenciação na própria organização hospitalar observada) e o produto da indústria ser irrelevante para a qualidade do produto ou serviço do comprador (o tratamento oncológico é de elevada importância no portfólio a ser oferecido para os clientes das operadoras de plano de saúde e de obrigatória cobertura pelo SUS).

#### ***4.3.5 A força competitiva do poder de barganha dos fornecedores***

A organização relaciona-se com fornecedores extremamente especializados, como fabricantes de materiais médicos, laboratórios farmacêuticos e suas respectivas distribuidoras. O poder de barganha por parte dos fornecedores é alto, e tem como alicerce os seguintes fatores:

- a) ausência de produtos substitutos: é especialmente percebida na comercialização de medicamentos, devido a muitos laboratórios farmacêuticos possuírem a patente dos medicamentos e conseqüentemente a exclusividade de produção e comercialização do mesmo, obrigando a organização a sujeitar-se as condições de

pagamento e logística impostas. Conforme a Gerente de Negócios “os três principais medicamentos utilizados no hospital são vendidos somente por um único fornecedor, que por isso acaba impondo até os períodos de entrega e as condições para pagamento”;

b) os produtos são extremamente importantes para a organização: devido a natureza da atividade assistencial exercida, os materiais e medicamentos são de extrema importância para a manutenção da operação. Essa necessidade é agravada pelo fato de que alguns tratamentos, como quimioterapia e radioterapia, tem periodicidades pré-definidas e planejamentos terapêuticos que não devem ser interrompidos;

c) custos de mudança: para o alcance de economia de escala necessário, é indispensável que a organização celebre contratos com fornecedores de forma a conquistar melhores condições de aquisição em grandes volumes, entretanto tais contratos ocasionalmente estabelecem multas que impedem a organização de alternar livremente entre fornecedores sem custos de mudança. Além disso, poucos fornecedores são próximos geograficamente, e a substituição por outros mais afastados incorrem em custos de mudança decorrentes do maior custo de logística e de maior necessidade de capital de giro empregado na operação, em virtude do maior provisionamento necessário de estoque para sustentar ininterruptamente a operação durante os maiores períodos entre a realização dos pedidos e a efetivação da entrega.

Em congruência com Porter (2004), foram observados em relação à força competitiva do poder de barganha dos fornecedores os fatores referentes à ausência de produtos substitutos (principalmente na indústria farmacêutica devido à manutenção de patentes por parte de determinados fabricantes), ao produto do fornecedor ser um insumo importante para o comprador (medicamentos e materiais são essenciais para a manutenção da operação e devida periodicidade de alguns tratamentos) e a existência de custos de mudança (inerente aos contratos estabelecidos para a obtenção de melhores condições de aquisição).

Apesar disso, não foram observados os fatores descritos por Porter (2004) referentes a fornecedores pertencentes a um mercado mais concentrado que os compradores, a inexistência de clientes importantes (o próprio Hospital X constitui um importante comprador de determinados fornecedores) e a ameaça de integração vertical (não há tentativas dos fornecedores atuarem como prestadores, principalmente por os mesmos serem normalmente especializados no fornecimento de determinado produto e não dominarem completamente a



operação).

#### **4.4 Modelo VRIO de Barney (1991)**

##### ***4.4.1 Recursos e capacidades valiosas***

Das características do ambiente interno elencadas anteriormente na análise SWOT, os recursos e capacidades, em conformidade com Gonçalves *et al.* (2014), que podem ser observadas e consideradas como valiosas devido a serem capazes de gerar aumento de lucratividade, explorar novas oportunidades ou neutralizar ameaças, ou seja, que possibilitam minimamente a paridade competitiva com os concorrentes inseridos no mercado, são:

- a) marca tradicional: a marca tradicional é um recurso que fornece para a organização a vantagem de diferenciação em relação aos concorrentes, possibilitando o aumento da lucratividade;
- b) campo de ensino e extensão: recurso que possibilita a capacitação de profissionais em oncologia para atuação no Hospital X, possibilitando a neutralização da ameaça de escassa mão-de-obra especializada;
- c) HUB de inovação: capacidade que possibilita a exploração de oportunidades em soluções de saúde;
- d) linha de cuidado e integralidade no SUS: como o SUS remunera a organização por pacotes nos procedimentos, a eficiência no desfecho clínico está intimamente conectada a rentabilidade, pois reduz custos e conseqüentemente aumenta a lucratividade. A linha de cuidado e integralidade no SUS é uma capacidade da organização que possibilita diminuir o período de recuperação do paciente e a necessidade de retornos para a utilização da urgência, possibilitando o aumento da lucratividade principalmente pela diminuição dos custos de tratamento com diárias de internação e atendimentos de urgência;
- e) estrutura para realização de diagnóstico no SUS: recurso que permite a maior captação de pacientes para inserção no tratamento e o conseqüente aumento de lucratividade;
- f) corpo clínico fechado e utilização de inteligência cognitiva: recursos que conjuntamente permitem o aumento de lucratividade ao tornar mais assertivo o tratamento e ao conseguir comunicar aos clientes (SUS e operadoras de plano de saúde) a maior eficiência do tratamento em relação aos concorrentes através da

- testificação fornecida pela inteligência cognitiva;
- g) atendimentos gerais para pacientes particulares e cobertos por plano de saúde: capacidade que permite o aumento da lucratividade através de diversificação da oferta e receita;
- h) estrutura para acomodação e assistência social: recurso que permite o aumento da lucratividade através da captação de pacientes que não teriam condição de manter tratamentos na capital;
- i) bons indicadores hospitalares: capacidade que permite aumento de lucratividade através do pagamento de prêmios por desempenho em modelos de pagamentos por performance e a realocação de pacientes por parte das operadoras de plano de saúde para o Hospital X pelo reconhecimento como um prestador eficiente;
- j) localização geográfica: capacidade que permite a exploração de oportunidade relativa a instalação do polo de inovação e saúde.

#### ***4.4.2 Recursos e capacidades valiosas e raras***

Das características supracitadas como valiosas, em concordância com Barney e Hesterly (2011), são observadas e consideradas conjuntamente raras no mercado e capazes de fornecer uma vantagem competitiva temporária, devido ao número de organizações hospitalares portadoras de tais elementos valiosos serem inferiores a quantidade necessária para imprimir uma dinâmica de concorrência perfeita no setor de saúde, os seguintes recursos e capacidades:

- a) marca tradicional: não existem outras organizações no mercado local que possua uma marca tradicional comparável ao do Hospital X;
- b) campo de ensino e extensão: a formação de profissionais médicos e multiprofissionais para atuação em oncologia é escassa, o que torna este recurso raro;
- c) HUB de inovação: esta capacidade é rara devido a existir poucas organizações hospitalares no mercado com HUB's de inovação em saúde, por mais que exista uma tendência ao aumento de investimento em soluções de saúde por parte de grandes empresas;
- d) linha de cuidado e integralidade no SUS: esta capacidade é rara por ser a única organização hospitalar do estado a operacionalizar a assistência baseado na linha

de cuidado integral;

e) corpo clínico fechado e utilização de inteligência cognitiva: estes recursos conjuntamente são raros por o Hospital X ser o segundo no Brasil a utilizar inteligência cognitiva na operação hospitalar.

#### **4.4.3 Recursos e capacidades valiosas, raras e difícil de serem imitadas**

Das características supracitadas como valiosas e raras, em congruência com Barney e Hesterly (2011), são observadas e consideradas conjuntamente difíceis ou custosas de imitar pelos concorrentes, além de serem responsáveis pela formação de vantagem competitiva sustentável para a organização hospitalar, os seguintes recursos e capacidades:

a) marca tradicional: a marca da organização está intimamente conectada com a própria estruturação do tratamento oncológico e do ensino em saúde no Ceará, o que a coloca como um recurso difícil de ser imitada por um concorrente pelo fator histórico;

b) linha de cuidado e integralidade no SUS: o oferecimento de linha de cuidado exige alto custo para aquisição dos equipamentos necessários e manutenção da extensa linha de tratamento, o que não torna facilmente imitável por exigir uma grande disponibilidade de capital a ser investido;

c) corpo clínico fechado e utilização de inteligência cognitiva: a utilização de inteligência cognitiva exige da instituição grande disponibilidade financeira para aquisição e manutenção do *software*, o que dificulta a imitação pelos concorrentes.

#### **4.4.4 Organização**

Em conformidade com Gonçalves *et al.* (2014), é possível a observação de determinadas características inerentes à organização que possibilitam a adequada exploração dos recursos e capacidades, são elas:

a) organograma definido: a organização possui um organograma definido compreendendo todos os cargos da instituição e suas respectivas relações;

b) plano de cargos e salários: a organização possui planos de cargos e salários definidos para os funcionários administrativos e de apoio;

c) orçamento: o Hospital X possui um setor responsável pela elaboração de

orçamentos anuais distribuídos pelas áreas da organização hospitalar e o respectivo monitoramento da utilização dos mesmos ao decorrer do ano;

d) instituição de reuniões semanais de alinhamento: são mantidas reuniões semanais de alinhamento entre as equipes gerenciais da assistência, do apoio e do administrativo para discussão dos indicadores da operação, além de formulação e revisão de ações a serem tomadas;

e) instituição de reuniões semanais da alta gestão: todos os superintendentes da organização participam de uma reunião estruturada semanalmente para a discussão sobre a reação a fatores externos determinantes e a manipulação de fatores internos a fim de manter-se a máxima eficiência no atendimento assistencial e nos resultados;

f) área de processo e qualidade: é mantida no Hospital X uma superintendência dedicado ao estudo de processo e qualidade, a qual constantemente analisa os processos da organização hospitalar, aplica ferramentas da qualidade e monitora indicadores.

Por fim, as características supracitadas do Hospital X capacitam o mesmo para a exploração eficiente dos recursos e capacidades, com a respectiva gestão da geração de paridades competitivas, vantagens competitivas temporárias e vantagens competitivas sustentáveis. Além disso, torna possível o constante monitoramento situacional sobre a manutenção ou extinção acerca do valor, raridade e imitabilidade dos recursos e capacidades da organização hospitalar filantrópica.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As organizações hospitalares filantrópicas utilizam-se da estratégia empresarial com a finalidade de compreender os fatores que compõem o ambiente externo, de forma a analisar os elementos do macroambiente (condições econômicas, governamentais, sociais, entre outros) e os diversos *players* do mercado (fornecedores, compradores, entre outros), e os fatores que compõem o ambiente interno, de modo a discernir as características inerentes a organização para mensuração da capacidade de penetração de novos mercados e de defesa de parcelas já mantidas na operação corrente. A referida aplicação da estratégia empresarial tem como intuito estabelecer como tais fatores modificam a indústria de atuação da organização e estabelecem vantagens competitivas, reconhecendo seus respectivos horizontes temporais de atuação no mercado e suas expectativas de efeito para a organização.

Foi diagnosticado, segundo o modelo de análise PESTLE, de que forma ocorre a influência de fatores governamentais provenientes das relações entre gestões municipais e estadual, econômicos e sociais originários da situação corrente do país, tecnológicos resultantes da inserção de grandes conglomerados empresariais no desenvolvimento de soluções em saúde, legais provenientes da regulamentação acerca da certificação de filantropia e ambientais resultantes das exigências regulamentárias sobre o tratamento de resíduos de serviços de saúde. Além disso, segundo o modelo de análise SWOT, foram diagnosticadas as forças resultantes da marca tradicional e de outras características internas, fraquezas originárias principalmente da fraca atuação para convênios, oportunidades e ameaças existentes na indústria e a conseqüente correlação entre tais componentes da análise.

Foram analisados os fatores relacionados às cinco forças competitivas de Porter (1989) e como as mesmas afetam a organização e o respectivo desenvolvimento de vantagens competitivas. Foi percebida que a força competitiva da ameaça de novos entrantes é reduzida pela formação de fatores constituintes de barreiras de entrada por parte dos concorrentes já existentes na indústria; a rivalidade entre concorrentes é intensificada principalmente pela estagnação do mercado e ausência de custos de mudança por parte dos contratantes; o poder de barganha dos compradores é consideravelmente alto essencialmente pela premissa de livre escolha do prestador e ameaça de verticalização; o poder de barganha dos fornecedores é igualmente alto sobretudo pela exclusividade de determinados produtos e a dependência dos mesmos para a operação hospitalar; e, por último, a ameaça de produtos substitutos é ausente devido ao Hospital X já ofertar a totalidade do tratamento oncológico e outras opções serem inviáveis devido as limitações do conhecimento científico e da biotecnologia nos dias atuais.

Posteriormente foi analisado de que forma os fatores internos inerentes à organização hospitalar são capazes de gerar paridade competitiva e vantagens competitivas temporárias e sustentáveis, além das características organizacionais que viabilizam a correta exploração das mesmas, segundo o modelo VRIO de Barney (1991). Foram constatados que dentre as diversas características destacadas do Hospital X, somente três são capazes de gerar vantagens competitivas sustentáveis para a organização, que são: a marca tradicionalmente enraizada na própria história do desenvolvimento do tratamento oncológico e da educação em saúde no estado do Ceará; o conceito de linha de cuidado integral para o SUS que permite o melhor desfecho clínico e a centralização de demandas na unidade; e, por fim, o corpo clínico fechado e a utilização de inteligência cognitiva que permitem a melhor aplicação terapêutica para o paciente e o aumento de lucratividade. As características organizacionais encontradas que permitem a devida exploração dos fatores internos foram: a existência de organograma definido; plano de cargos e salários, utilização de orçamento; área dedicada ao monitoramento de processo e qualidade; instituição de reuniões da alta gestão e de alinhamento entre as gerências.

As limitações identificadas ao decorrer da elaboração da pesquisa foram:

- a) por a pesquisa ser, quanto aos procedimentos técnicos, um estudo de caso, as constatações presentes neste trabalho não podem ser tomadas como verdades genéricas para a indústria a qual a organização hospitalar filantrópica está inserida;
- b) a constatação do impacto no desfecho assistencial prometido por algumas características internas da organização, como a linha de cuidado integral ofertada ao SUS, só podem ser, de fato, atestadas por profissionais da saúde, não permeando a área de conhecimento explorada no presente trabalho;
- c) o atual momento econômico do país, ainda em retração para a área da saúde, pode ter sido um fator formatador de fatores externos e internos observados nesta pesquisa.

Por fim, sugere-se a realização de novos estudos com a finalidade de observar de que modo ocorre a constituição da cadeia de valor para pacientes de organizações hospitalares filantrópicas e como tal formação irá delinear as características internas provedoras de paridade e vantagens competitivas.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **ANS TABNET Informações em Saúde Suplementar**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_tx.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def)>. Acesso em: 17.04.2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018**. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC\\_222\\_2018\\_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410)>. Acesso em: 08.05.2018.

ALYRIO; Rovigati Danilo. **Métodos e técnicas de pesquisa em administração**. 1 ed. Rio de Janeiro, RJ: Fundação CECIERJ, 2009, 281 p.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Cotações e boletins**. Disponível em: <<http://www4.bcb.gov.br/pec/taxas/port/ptaxnpeq.asp?id=txcotacao>>. Acesso em: 17.04.2018.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Focus - Relatório de Mercado**. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/pec/GCI/PORT/readout/readout.asp>>. Acesso em: 17.04.2018.

BARCELLOS, Rodrigo da Luz. Suporte à tomada de decisão estratégica no âmbito de eSports: o caso do leagueoflegends. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011, 229p.

BARNEY, Jay B.. Firm resources and sustained competitive advantage. **Journal of Management**. v. 7, n.1, p. 99-120, 1991.

BARNEY, Jay B.; HESTERLY, William S.. **Administração estratégica e vantagem competitiva: conceitos e casos**. 3 ed. São Paulo, SP: Pearson Prentice Hall, 2011, 408 p.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005**. Disponível em <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741\\_19\\_12\\_2005.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html)>. Acesso em: 02.04.2018.

BUENO, André da Silva. **A arte da guerra: os treze capítulos originais**. 1 ed. São Paulo, SP: Jardim dos Livros, 2011, 125 p.

CASTOR, Belmiro Valverde Jobim. Planejamento estratégico em condições de elevada instabilidade. **Revista da FAE**, v. 3, n. 2, 2000.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Rede Assistencial**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/estab>>. Acesso em: 02.04.2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Assistência à saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>. Acesso em: 02.04.2018.

DECOURT, Felipe; NEVES, Hamilton da Rocha; BALDNER, Paulo Roberto. **Planejamento e gestão estratégica**. 1 ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora FGV, 2012, 136p.

FERNANDES, Isac Gabriel Martins; FIGUEIREDO, Heloísa Marques; COSTA JUNIOR, Hilton Luiz da; SANCHES, Salvador Garcia; BRASIL, Ângela. Planejamento estratégico: análise SWOT. **Revista Conexão Eletrônica das Faculdades Integradas de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul**, v. 8, n. 01, 2015.

GAMBLE, John E.; THOMPSON, Arthur A. **Fundamentos da administração estratégica: a busca pela vantagem competitiva**. 2 ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill, 2012, 349 p.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo, SP: Atlas, 2002, 175 p.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo, SP: Atlas, 2008, 200 p.

GONÇALVES, Carlos Alberto; DE FREITAS COELHO, Mariana; DE SOUZA, Érika Márcia. VRIIO: Vantagem competitiva sustentável pela organização. **Revista Ciências Administrativas ou Journal of Administrative Sciences**, v. 17, n. 3, 2014.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Governo do Ceará e Prefeitura de Fortaleza anunciam Distrito de inovação na área**. Disponível em:

<<http://www.ceara.gov.br/2018/01/30/saude-governo-do-ceara-e-prefeitura-de-fortaleza-anunciam-distrito-de-inovacao-na-area/>>. Acesso em: 19.04.2018.

HITT, Michael A.; IRELAND, R. Duane; HOSKISSON, Robert E. **Administração estratégica: competitividade e globalização**. 2. ed. São Paulo, SP: Cengage Learning, Thomson Learning, 2008, 415 p.

HOFRICHTER, Markus. **Análise SWOT: quando usar e como fazer**. 1 ed. Porto Alegre, RS: Simplíssimo, 2017, 39p.

IBM WATSON HEALTH. **Oncology**. Disponível em:

<<https://www.ibm.com/watson/health/oncology-and-genomics/oncology/>>. Acesso em: 18.04.2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PIB avança 1,0% em 2017 e fecha ano em R\$ 6,6 trilhões**. Disponível em:

<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/20166-pib-avanca-1-0-em-2017-e-fecha-ano-em-r-6-6-trilhoes.html>>. Acesso em: 17.04.2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplio.html?=&t=o-que-e->>. Acesso em: 17.04.2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema Nacional de Índices de Preço ao Consumidor**. Disponível em:



<[https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc\\_ipca/defaultseriesHist.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/defaultseriesHist.shtm)>. Acesso em: 17.04.2018.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **VCMH/IESS**. Disponível em: <[https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id\\_tipo=13](https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=13)>. Acesso em: 17.04.2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Onde tratar pelo SUS**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus/ce>>. Acesso em: 17.04.2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **INCA estima que haverá cerca de 600 mil casos novos de câncer em 2018**. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacaoinformacao/site/home/sala\\_imprensa/releases/2018/inca-estima-havera-cerca-600-mil-novos-casos-cancer-2018](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacaoinformacao/site/home/sala_imprensa/releases/2018/inca-estima-havera-cerca-600-mil-novos-casos-cancer-2018)>. Acesso em: 18.04.2018.

JÚLIO, Carlos Alberto; SALIBI NETO, José. **Estratégia e planejamento**: autores e conceitos imprescindíveis. 1 ed. São Paulo, SP: Publifolha, 2002, 199 p.

LOBATO, David Menezes; MOYSÉS FILHO, Jamil; TORRES, Maria Candida; RODRIGUES, Maria Ramos Alambert. **Gestão estratégica**. 1 ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora FGV, 2012, 204 p.

LUCA, Luiz de. **Governança corporativa em saúde**: conceitos, estruturas e modelo. 1 ed. São Paulo, SP: Saint Paul Editora, 2014, 269 p.

MACHADO, Aline Caraciki Morucci; MARTINS, Elizabeth Teixeira; LIMA, Marcos Cesar de Sousa; PINTO, Nayra Assad. **Aspectos jurídicos em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora FGV, 2016, 150 p.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo, SP: Atlas, 2003, 311 p.

MICHAELIS DICIONÁRIO BRASILEIRO DA LINGUA PORTUGUESA. **Estratégia**. Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/estrat%C3%A9gia/>>. Acesso em: 02.04.2018.

MINOTTO, Ricardo. **A estratégia em organizações hospitalares**. 2 ed. Porto Alegre, RS: EDIRUCRS, 2003, 196 p.

MOYSÉS FILHO, Jamil; KESTELMAN, Helio Nahmen; BECKER JUNIOR, Luiz Carlos; TORRES, Maria Candida Sotelino. **Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora FGV, 2016, 151 p.

PLANALTO PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm)>. Acesso em: 18.04.2018.

PORTER, Michael E. **A vantagem competitiva das nações**. Rio de Janeiro: Campus, 1993. 897 p.

PORTER, Michael E. **Estratégia competitiva**: técnicas para análise de indústrias e da concorrência. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 409 p.

PORTER, Michael E. **Vantagem competitiva**: criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro: Campus, 1989, 512 p.

## **APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO COM O COORDENADOR DE LINHA DE CUIDADO E COM A GERENTE DE NEGÓCIOS**

### **QUESTIONÁRIO**

#### **ANÁLISE PESTLE**

1. Quais e de que forma os fatores políticos influenciam a organização?
2. Quais e de que forma os fatores econômicos influenciam a organização?
3. Quais e de que forma os fatores sociais influenciam a organização?
4. Quais e de que forma os fatores tecnológicos influenciam a organização?
5. Quais e de que forma os fatores legais influenciam a organização?
6. Quais e de que forma os fatores ambientais influenciam a organização?

#### **ANÁLISE SWOT**

7. Quais características da organização podem ser definidas como pontos fortes?
8. Quais características da organização podem ser definidas como pontos fracos?
9. Quais as oportunidades que estão disponíveis no setor a qual a organização está inserida?
10. Quais as ameaças presentes no setor a qual a organização está inserida?

#### **ESTRATÉGIA COMPETITIVA DE PORTER**

11. Novos concorrentes conseguem entrar facilmente no setor de atuação da organização?
12. Existem serviços que podem substituir os ofertados pela organização? Se sim, são mais atrativos ao mercado consumidor e possuem alta lucratividade?
13. Os clientes (SUS e Convênios) conseguem exercer pressões consideráveis sobre a negociação com a organização? Se sim, qual o motivo? (como concentração de receita em poucos clientes, o serviço oferecido não possui características que o diferenciem ou é irrelevante, entre outros)
14. Os fornecedores conseguem exercer pressões consideráveis sobre a negociação com a organização? Se sim, qual o motivo? (falta de representatividade do consumo para o fornecedor, não há produtos substitutos, é custosa a mudança de fornecedor, o produto do fornecedor é um insumo importante, entre outros)
15. A organização possui alguma característica que possa ser considerada superior aos concorrentes e o motivo para a escolha do cliente?

16. Existem fatores que dificultam a saída de organizações do setor e as façam permanecer operantes mesmo com baixos retornos? Como ativos muito específicos que seriam difíceis de serem liquidados, custos trabalhistas altos para dispensa, fatores governamentais que obriguem a operação, entre outros.
17. Existem altos custos fixos para a manutenção da operação?

### **MODELO VRIO**

18. Das características citadas na questão 7 e 8, quais podem ser consideradas como capazes de explorar novas oportunidades e neutralizar ameaças?
19. Das características citadas na questão 18, quais podem ser consideradas como raras no setor?
20. Das características citadas na questão 19, quais podem ser consideradas custosas de imitar pelos concorrentes?
21. Quais são as características organizacionais (como organogramas e controles gerenciais) que possibilitam a exploração adequada das vantagens competitivas?