

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO
FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

FÁBIO RICARDO LOUREIRO SATO

**Impactos Financeiros e Mercadológicos causados pela Implantação de uma
Unidade Ambulatorial de um hospital de grande porte
Estudo de Caso**

SÃO PAULO
2004

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO
FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

FÁBIO RICARDO LOUREIRO SATO

**Impactos Financeiros e Mercadológicos causados pela Implantação de uma
Unidade Ambulatorial de um hospital de grande porte
Estudo de Caso**

Dissertação apresentado à Escola de Administração de Empresas da Fundação Getulio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento:
Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde

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

SÃO PAULO
2004

FÁBIO RICARDO LOUREIRO SATO

**Impactos Financeiros e Mercadológicos causados pela Implantação de uma Unidade
Ambulatorial de um hospital de grande porte
Estudo de Caso**

Dissertação apresentado à Escola de Administração de Empresas da Fundação Getulio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento:
Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde

Data de Aprovação:

___ / ___ / ___

Banca Examinadora:

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

Prof. Dr. Luiz Tadeu Arraes Lopes
FGV – EAESP

Prof. Dr. José Henrique Germann Ferreira
Hospital Israelita Albert Einstein

DEDICATÓRIA

- Aos meus pais, Elizabeth e Kikuo, pelo grande exemplo que são a seus filhos de dedicação à família e valorização da educação como caminho para o crescimento pessoal.
- Aos meus irmãos, Lúgia, Luis Fernando e Marina pela amizade e companheirismo em todos esses anos.
- À Carina, pelo apoio e compreensão, entendendo que todos os sonhos são possíveis de serem atingíveis.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros e eternos agradecimentos à professora e orientadora Ana Maria Malik, pela confiança em mim depositada, pela amizade, pela paciência, pelos conhecimentos transmitidos e as oportunidades oferecidas ao longo dessa jornada,

Aos professores do PROHASA, Álvaro Escrivão Jr., Djair Picchiali e José Manuel de Camargo Teixeira, pela amizade, conhecimentos e experiências transmitidas ao longo do curso,

Aos demais professores dessa escola, importantes mestres sempre disponíveis às nossas demandas, entre os quais citaria Rubens da Costa Santos, Abraham Laredo Sicsú, Marcos Cobra, André Torres Urdan, Flávio Vasconcelos, Miguel Caldas, Arthur Ridolfo Neto e Orlando Cattini Junior.

À Leila, conhecido “anjo da guarda” dos alunos do PROHASA,

Aos inesquecíveis colegas de curso Leila, Gelis, Walter, Andréia, Germany, Cláudia, Paula, Rubens, Vanessa, Fumio, Luciano, Luiz Renato, Mônica, Reimy, entre outros,

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro durante o período de realização do mestrado,

Ao coordenador da Unidade Alphaville, Dr. João Roberto de Sá, que ofereceu toda a infra-estrutura possível para a realização desse trabalho,

Ao Dr. Nelson Hamerschlak, do Hospital Israelita Albert Einstein, pelo apoio e iniciativa desse trabalho,

À Leila, assistente administrativa da Unidade Alphaville, responsável pelo fornecimento de grande parte das informações administrativas da unidade,

Aos entrevistados do Hospital Israelita Albert Einstein, entre eles Fábio Patrus, Marcos Oliveira e Lia Heimann que doaram parte do seu tempo para contribuir com o trabalho,

Ao colega Antônio Pires Barbosa, pela entrevista e pelas dicas de quem já passou por esse caminho,

A todos os funcionários da Unidade Alphaville que muito colaboraram com a pesquisa de campo,

Aos usuários da Unidade Alphaville, que mesmo não estando muitas vezes no melhor da sua saúde, em situação de apreensão e ansiedade, aceitaram participar do trabalho,

A todos esses e aos demais que deixei de citar, mas que certamente sabem o quanto me ajudaram, ficam aqui os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Umas das importantes mais importantes decisões estratégicas que está sendo colocada para os hospitais brasileiros diz respeito à decisão de como expandir sua atuação para outros mercados-alvos no qual o mesmo ainda não tem uma boa cobertura. Diversas estratégias estão sendo adotadas, sendo que a abertura de Unidades Satélites é uma delas e que foi adotada por um hospital privado de grande porte do Estado de São Paulo. Sendo assim, o objetivo do trabalho foi realizar um estudo de caso sobre uma dessas unidades, procurando verificar os impactos financeiros e mercadológicos causados pela implantação da mesma. Para isso, foram levantadas informações internas da unidade e entrevistas foram realizadas com alguns gestores ou pessoas que de alguma forma estiveram relacionadas com o processo de implantação e gerenciamento. Além disso, também foram entrevistados usuários, procurando detectar a percepção dos mesmos sobre a Unidade. Os resultados mostraram que os usuários de modo geral estão muito satisfeitos com a Unidade em termos de atendimento. Entretanto, existe uma clara insatisfação com relação à cobertura do setor de assistência supletiva na Unidade. Em virtude desse fato, há uma restrição importante quanto ao acesso à mesma, o que é uma das mais fortes explicações para os resultados financeiros negativos que a Unidade vêm obtendo desde a sua implantação. Dessa forma, fazem-se necessárias melhorias no relacionamento hospital-operadoras a fim de reverter tal situação.

Palavras-Chaves: Administração Hospitalar, Análise Econômico-financeira em hospitais, Marketing Hospitalar e Assistência Médico-hospitalar Supletiva.

ABSTRACT

One of the most important strategic decisions that are placed for the Brazilian hospitals is how to expand its activities for other markets which the same still not been covering. Several strategies are being adopted, and the opening of Satellite Units is one of them and has been adopted by a private hospital in São Paulo. Considering this fact, the objective of this study was to carry through a case study on one of these units, analysing the financial and marketing impacts caused by the implantation of the satellite unit. For this analysis, internal information of the unit had been raised and interviews had been carried through with some managers or people who had relationship with the process of implantation and management of the unit. Furthermore, users had been also interviewed, with the aim to detect their perceptions of the unit. The results showed that the users are very satisfied with the Unit. However, there is a clear dissatisfaction in relation to the covering of the supplementary assistance sector. By this fact, it has an important restriction in the access to the unit, that is the main explanation for the negative financial results that the Unit is presenting since its implantation. Due to this results, the unit needs to improve the relationship between the hospital administration and the supplementary health assistance companies in order to revert such situation.

Keywords: Hospital administration, Economic-financial analysis in hospitals, Hospital Marketing and Supplementary Healthcare Assistance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Região Metropolitana de São Paulo	49
Gráfico 1 - Fontes de Receita da Unidade Avançada Alphaville (em %) Janeiro/2001 – Outubro/2003	56
Gráfico 2 - Fontes de Receita da Unidade Avançada Alphaville (em Unidades Financeiras) Janeiro/2001 – Outubro/2003	57
Gráfico 3 – Custos Fixos e Variáveis da Unidade Avançada Alphaville Janeiro/2001 – Outubro/2003	58
Gráfico 4 – Custo Per Capita dos funcionários da Unidade Janeiro/2001 – Outubro/2003	59
Gráfico 5 – Custos Fixos da Unidade Alphaville Janeiro/2001 – Outubro/2003	59
Gráfico 6 – Custos Variáveis da Unidade Alphaville Janeiro/2001 – Outubro/2003	60
Gráfico 7 – Margem de Contribuição x Custos Fixos da Unidade Alphaville Janeiro/2001 – Outubro/2003	61
Gráfico 8 – Resultado Operacional Bruto da Unidade Alphaville Janeiro/2001 – Outubro/2003	62
Gráfico 9 – Evolução do nº de consultas no Pronto-Atendimento da Unidade Outubro/2001 – Outubro/2003	63
Gráfico 10 - Evolução do nº de consultas no Ambulatório da Unidade Outubro/2001 – Outubro/2003	64
Gráfico 11 – Evolução do nº de consultas de Pediatria e Ortopedia na Unidade Janeiro/2003 – Outubro/2003	65
Gráfico 12 – Evolução do nº de atendimentos de fisioterapia na Unidade Outubro/2001 – Outubro/2003	65
Gráfico 13 – Evolução do nº de vacinas aplicadas na Unidade Outubro/2001 – Outubro/2003	66
Gráfico 14 – Evolução do nº de exames laboratoriais na Unidade Outubro/2001 – Outubro/2003	67
Gráfico 15 – Evolução do nº de tomografias na Unidade Outubro/2001 – Outubro/2003	68

Gráfico 16 – Evolução do nº de ultra-som na Unidade Outubro/2001 – Outubro/2003	69
Gráfico 17 – Evolução do nº de Raios-X na Unidade Outubro/2001 – Outubro/2003	70
Gráfico 18 – Evolução no nº de testes ergométricos na Unidade Outubro/2001 – Outubro/2003	70
Gráfico 19 – Evolução do nº de remoções da Unidade Outubro/2001 – Outubro/2003	72
Gráfico 20 – Receita Marginal gerada para o HIAE pela Unidade em 2003	73
Gráfico 21 – Histograma da Distribuição da Idade dos Entrevistados	76
Gráfico 22 – Histograma da Distribuição da Idade das Mulheres Entrevistadas	77
Gráfico 23 – Histograma da Distribuição da Idade dos Homens Entrevistados	77
Gráfico 24 – Histograma do nº de Utilizações da Unidade pelos Entrevistados	78
Gráfico 25 – Histograma do nº de Utilizações do HIAE pelos Entrevistados	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Local de Residência e Trabalho dos Entrevistados	78
Tabela 2 – Fonte de Indicação de pacientes para a Unidade Alphaville	80
Tabela 3 – Serviços da Unidade utilizados pelos Usuários	81
Tabela 4 – Distribuição do Setor Supletivo no Atendimento na Unidade Alphaville	81
Tabela 5 – Avaliação da Unidade Alphaville pelos usuários	84
Tabela 6 – Itens de Avaliação e sua importância na avaliação global da Unidade	86
Tabela 7 – Opinião dos Usuários sobre a abertura do Espaço Saúde da Mulher	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
BSC - *Balanced Scorecard*
CAP - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEP – Comitê de ética em pesquisa
CLT – Consolidação da leis trabalhistas
EMPLASA – Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano
FED - *Federal Reserve Bureau*
HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein
IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPC - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes
IAPI - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários
IAPM - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISS – Imposto sobre serviços
NOB – Normas Operacionais Básicas
PA – Pronto Atendimento
PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
ROA - Taxa de retorno sobre o ativo total
ROCI – Retorno do Investimento no Cliente
ROE - Taxa de retorno sobre o patrimônio líquido
ROI – Retorno do Investimento
SADT - Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento
SBIAE – Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Tomografia Computadorizada
TIR - Taxa interna de retorno
UAEA – Unidade Avançada Einstein Alphaville

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VPL – Valor presente líquido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 A IMPORTÂNCIA DA ABERTURA DE FILIAIS NA ESTRATÉGIA MERCADOLÓGICA DAS EMPRESAS	23
2.2 A EXPANSÃO DAS ESTRUTURAS DAS EMPRESAS DO PONTO DE VISTA DA TEORIA DAS ORGANIZAÇÕES	31
2.3 A IMPORTÂNCIA DA MARCA PARA OS HOSPITAIS	35
2.4 A QUESTÃO FINANCEIRA ENVOLVIDA NO INVESTIMENTO DA ABERTURA DE NOVAS FILIAIS	37
2.5 A ANÁLISE DE INVESTIMENTOS EM HOSPITAIS	40
3. OBJETIVOS	42
4. METODOLOGIA	43
4.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	43
4.2 ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO	43
4.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	45
4.4 AMOSTRA	45
4.5 PRÉ-TESTE	46
4.6 OBJETO DE ESTUDO: O Hospital Israelita Albert Einstein	47
5. RESULTADOS	50
5.1. Os Resultados Alcançados pela Unidade	54
5.1.1 Os Resultados Financeiros Obtidos pela Unidade	55
5.1.2 Análise das Receitas da Unidade	56
5.1.3 Análise dos Custos e Despesas da Unidade	57
5.2 Os Resultados Operacionais da Unidade	62
5.3 O Impacto da Unidade Alphaville sobre o Hospital Israelita Albert Einstein	72
5.4 O Quadro de Funcionários da Unidade Alphaville	74
5.5 Os concorrentes da Unidade Avançada Einstein Alphaville	75
5.6 As entrevistas com os usuários da Unidade Avançada Alphaville	75
5.7 A percepção da Unidade Alphaville sob o ponto de vista dos usuários	82

5.7.1 Análise Descritiva dos resultados	82
5.7.2 Regressão Múltipla	84
6. DISCUSSÃO	88
6.1 Geral	88
6.2 Os concorrentes da Unidade Avançada Einstein Alphaville	89
6.3 Relacionamento com Fontes Pagadoras	91
6.4 Resultados Financeiros	93
6.5 Resultados Operacionais	94
6.6 Os usuários da Unidade	96
6.7 Perspectivas de Crescimento para o Futuro	97
7. CONCLUSÕES	101
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	112
ANEXO I – ROTEIRO DE ENTREVISTA E QUESTIONÁRIO	112
ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	115

1. INTRODUÇÃO

Na história institucional do País, as políticas de saúde invariavelmente estiveram caracterizadas pelo seu vínculo com as políticas de Previdência Social, principalmente no que diz respeito à sua forma de financiamento.

Até os anos 30 do século XX, o Brasil não conheceu, propriamente, uma política de saúde. Até então, o desenvolvimento da assistência médico-hospitalar esteve centrada na prática liberal e no surgimento de instituições de cunho caritativo e filantrópico. Dessa forma, os poucos hospitais que existiam na época estavam ligados ao que hoje é chamado de setor privado sem finalidade lucrativa, ou seja, as clássicas santas casas e hospitais de comunidades étnicas e religiosas específicas.

A atuação do setor público na saúde limitava-se à implantação de instituições tais como hospícios, asilos para tuberculosos ou hansenianos, além da implantação de serviços de saúde pública, em nível nacional, baseados no modelo das “campanhas sanitárias”, como as de vacinação e divulgação de práticas de higiene entre a população.

O aumento da participação do setor privado da assistência médica no país pode ter como marco o Decreto N° 4.682, de 24 de Janeiro de 1923, onde foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), abrangendo os trabalhadores do setor privado. Antes disso, o setor privado estava restrito quase que exclusivamente ao setor não lucrativo.

Essas Caixas eram organizadas por empresas, através de um contrato compulsório e sob a forma contributiva. Sua função era a prestação de benefícios (pensões, diversos tipos de auxílio, como para doença e funeral, além de aposentadorias), assim como a assistência médica a seus filiados e dependentes.

O aumento do número de instituições privadas de assistência à saúde iniciou-se nesse momento porque as Caixas, organizadas por empresas, faziam com que estas não contassem com volume de recursos suficientes para a criação de uma infra-estrutura básica e suficiente próprias para a prestação de serviços à saúde. A solução encontrada dessa forma foi a compra desses serviços de terceiros, através da realização de credenciamento, como forma de ofertar assistência médica a seus segurados. (COHN e ELIAS, 2001)

Apesar da resistência de alguns setores e da falta de fiscalização do Estado, as CAP's se multiplicaram rapidamente, sobretudo no Sudeste do país, à época já núcleo dinâmico da economia do Brasil. Apesar desse crescimento, a partir de 1930, o sistema previdenciário brasileiro passou por profunda reformulação, numa conjuntura marcada por grave crise econômica mundial (Crise de 30), que levou o país a buscar uma nova forma de inserção no

mundo capitalista, e por tensões políticas e sociais internas, enquanto eram os setores assalariados que sofriam os efeitos das crises sucessivas da economia de exportação. (FURTADO, 1961)

Entre 1933 e 1938, as CAP's foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que ao contrário das CAP's, tinham caráter nacional, segmentando os trabalhadores por inserção nos diferentes setores de atividade. Por exemplo, em 1933 foi criado o IAPM (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos), em 1934 o IAPC (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários) e em 1936 o IAPI (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários).

Os IAP's diferenciavam-se das CAP's não somente por seu caráter de abrangência nacional, mas também pelo modelo de administração. Enquanto nas CAP's havia um colegiado com poder deliberativo e composto por empregados e empregadores, nos IAP's a direção cabia a um funcionário executivo, representante do Estado, assessorado por um colegiado paritário de representantes de empregadores e empregados, colegiado esse sem poder deliberativo (SILVA, 1987).

A forma de financiamento também mudou quando da criação dos Institutos. No período de vigência das Caixas, a contribuição devida dos empregadores era referente a um percentual sobre o faturamento da empresa. Com a instituição dos IAP's, a contribuição dos empregadores passou a ser referente a um percentual sobre a folha de pagamento. A partir desse momento, para fazer frente à constante insuficiência de recursos devido à velocidade do crescimento da demanda por serviços médicos, adotou-se o regime de capitalização. Os recursos dos IAP's passaram a ser considerados, então, como recursos de capital.

Em 1967 todos os IAP's foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), vinculado ao Ministério do Trabalho. Dessa forma, os segurados do sistema passaram a ser todos aqueles que possuísem vínculos formais de trabalho, tornando-se então contribuintes e beneficiários. Portanto, ainda na época da existência do INPS, não tínhamos um sistema de saúde com característica da universalidade no Brasil, já que somente aqueles trabalhadores que tinham carteira de trabalho assinada usufruíam os benefícios do sistema.

Segundo BRAGA e PAULA (1981), o crescimento no número e na importância das unidades privadas de atendimento à saúde aumentou a partir desse ano, com a unificação dos institutos de previdência, quando a expansão da rede de atendimento se deu através do apoio principalmente financeiro às unidades privadas, já que muitas passaram a ser conveniadas ao sistema público da saúde brasileiro. Dessa forma, a rede privada ligada ao INPS passa cada vez mais a dominar a produção de serviços em saúde, enquanto as instituições públicas do

sistema previdenciário ocupam lugar secundário no que diz respeito ao volume de atos médicos, principalmente internações. Os autores afirmam ainda que passou a ocorrer também uma divisão de trabalho entre hospitais oficiais e privados.

Aos primeiros, acorreriam os casos mais graves, de tratamento mais demorado e difícil e, portanto mais custoso, até mesmo devido ao fato de serem melhor equipados em termos de infra-estrutura, além de terem corpo clínico de melhor qualificação. Aos hospitais privados destinavam-se os casos mais simples, mais rápidos e mais lucrativos.

Dessa forma, até 1974, a política de saúde no Brasil era caracterizada pela supremacia dos serviços médico-hospitalares de caráter individual (realizados ou financiadas pelo INPS), em detrimento das ações de caráter coletivo (a cargo do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde). Essa dualidade, conforme afirma NARVAI (1994), baseava-se na então idéia generalizada da prevalência de um modelo de cuidados médicos individuais curativos como padrão de saúde a ser adotado, ao contrário de uma visão mais global, focada em ações coletivas preventivas, que foi sendo deixada em segundo plano.

Dessa forma, com a adoção de tal modelo, ocorreram graves distorções no perfil da infra-estrutura de serviços e de assistência médico-hospitalares do país: um grande crescimento da produção de atos médicos, a construção de um número significativo de hospitais, laboratórios e clínicas privadas e a multiplicação do número de profissionais egressos das faculdades.

Outra característica muito criticada até hoje foi a ênfase nos serviços especializados e no atendimento hospitalar, em detrimento do atendimento ambulatorial, dos cuidados básicos, das medidas profiláticas e da extensão da cobertura às regiões rurais e periferias pobres das cidades. Esse modelo construído sobretudo nos anos 70 e 80, em que a incorporação de novas tecnologias passou a ser entendida como crucial, ou como sinônimo de bom atendimento médico-hospitalar, acarretou um aumento nos custos dos serviços de saúde, agravando dessa forma a grande desigualdade social e econômica da população brasileira.

Assim, assistiu-se lentamente à introdução do capitalismo nos serviços de saúde, dando origem ao que se convencionou chamar de “complexo médico-hospitalar”, onde o segmento filantrópico e beneficente da assistência à saúde, dominante até então, é ultrapassado pelo setor privado de caráter lucrativo, devido ao fato do governo não conseguir ofertar serviços próprios frente à demanda no setor na época, somado a uma situação de crise da dívida externa e fiscal do Estado desde o início da década de 80, conforme descreve BAER (1996), que acabava por ter que contratar o setor privado com finalidade lucrativa.

Isto explica em parte o crescimento apontado pelos dados da Pesquisa Médico-Sanitária (IBGE, 2003) do número de estabelecimentos privados de saúde, que só na década de 80 teve um aumento de 8.444 para 12.125 em todo o país, demonstrando a mercantilização que ocorreu no mercado da saúde brasileiro. Esse processo continuou durante a década de 90 e anos seguintes, atingindo em 2002 um total de 16.151 estabelecimentos.

Segundo MEDICI (1994), a partir da extinção do INAMPS (criado em 1977, a partir do desmembramento da assistência à saúde da previdência social do INPS) e a criação em 1987 do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), os hospitais privados, principalmente aqueles com finalidade lucrativa, então dependentes dos atendimentos e repasses públicos, passam em grande parte a se desvincular desse setor. Grande parte desses hospitais passou então a se credenciar junto ao segmento de medicina supletiva, que tinha tabelas de repasse melhores e que passou a ganhar importância na época.

Mesmo com a criação do SUS com a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) e a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB's 91, 93 e 96), esse quadro pouco se alterou. Pode ser constatada a partir de então uma grande diferenciação entre aqueles hospitais que atendiam ao setor privado e os públicos, em termos de qualidade e tecnologia: os públicos passaram a entrar num grande processo de sucateamento em função de problemas de financiamento, com algumas ilhas de excelências que seriam exceções a todo o sistema.

Soma-se a isso uma crescente segmentação no perfil dos pacientes atendidos nos hospitais que operam tanto com a rede pública como a privada, onde a primeira acabava por arcar com os procedimentos de maiores custos, como por exemplo os dos pacientes crônicos, o que não acontecia com a segunda, já que o setor de assistência médica supletiva, não cobria ou pelo menos dificultava o pagamento de procedimentos de alto custo, sob alegação desse tipo de procedimento estar fora do contrato firmado entre as partes, ou mesmo pela pessoa estar em período de carência, gerando grandes disputas judiciais (ANS, 2002).

Com o intuito de impor algumas regras nesse mercado que até então operava quase sem qualquer regulamentação por parte dos órgãos oficiais, o governo federal, acolhendo pressões que vinham de órgãos de defesa do consumidor, como Procons e Ministério Público, acabou por criar a Agência Nacional de Saúde Suplementar através da Lei nº 9.961 de 2000.

Dessa forma, o sistema de saúde brasileiro, no que tange à cobertura hospitalar, agravou ainda mais as suas graves distorções, entre elas as citadas por CASTELAR *et al.* (1995) e que continuam válidas:

- A reorientação do Sistema vem se constituindo num espaço de luta política, de acumulação e de perda de poder político, técnico e administrativo,
- A dificuldade da União, Estados e Municípios adequarem-se aos papéis previstos constitucionalmente,
- A contradição entre uma pretendida cobertura assistencial universal e a forma de financiamento,
- A debilidade da rede básica frente à necessidade de estimular a quebra do hospitalocentrismo do nosso Sistema de Saúde, apesar de iniciativas como a do PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde) e do PSF (Programa de Saúde da Família).
- A diversidade regional quanto ao financiamento e magnitude e cobertura da rede de serviços, gerando desequilíbrio na oferta de serviços e uma piora de qualidade,
- O despreparo gerencial nos diferentes níveis de poder, assim como deficiência de instrumentos gerenciais compatíveis com as metas gerais do Sistema,
- A carência quantitativa de recursos humanos e de sua qualificação, frente a processos seletivos nem sempre adequados e aos poucos programas sistemáticos de educação continuada,
- A desmotivação dos vários trabalhadores do sistema (problemas salariais, carreira, ...)

Em virtude de todos esses problemas, nota-se um crescente distanciamento na qualidade da assistência hospitalar prestada entre instituições cujo principal financiamento tem origem no SUS e aquelas cujos recursos são basicamente de origem privada. Mesmo dentro deste último tipo de instituição, ocorreu uma crescente diferenciação entre os hospitais, iniciada na década de 80 e acentuada principalmente na década de 90, onde alguns passaram a se destacar pela alta qualidade da sua infra-estrutura e atendimento, motivados pelo interesse em ter em suas estruturas os usuários das classes A e B, possuidoras de planos do tipo executivo (o que corresponderia a menos de 10% dos planos – aproximadamente 4 milhões de beneficiários, de acordo com BAHIA, 2001) ou cujo pagamento era realizado por conta própria (menos de 5% da população, de acordo com o IBGE, 2000).

Esses hospitais, que atendem a usuários da classe A, possuem diárias normalmente de 6 a 8 vezes maiores que a dos demais hospitais. Sua cuja cobertura só válida para os planos executivos ou aqueles cujos pacientes tenham condições de arcar com esses valores (BAHIA,

2001). Dessa forma, esses hospitais foram os que mais cresceram na década de 90, enquanto os hospitais que atendem às classes média e média baixa passaram a sofrer uma grave crise financeira, já que os valores repassados pelos planos de saúde a essas instituições são bem inferiores.

Assim, os hospitais considerados de ponta passaram a aumentar sua infra-estrutura de assistência, como é o caso dos hospitais Santa Catarina e Sírio-Libanês em São Paulo. Outros optaram pela abertura de filiais, como foram os casos do Hospital São Luiz em São Paulo, com a abertura da Unidade Morumbi, e a Rede D'or de hospitais no Rio de Janeiro, com as Unidades Copa, Barra e Quinta D'or.

Já o hospital Israelita Albert Einstein, seguindo o exemplo de muitos hospitais norte-americanos, como a Mayo Clinic, a Baylor Medical Centers e a Cleveland Clinic, optou pela abertura de Unidades Satélites, focadas para públicos-alvo específicos, semelhantes àqueles que freqüentam o hospital localizado no bairro do Morumbi em São Paulo. Assim, seguindo esse modelo estratégico, o hospital inaugurou em 1998 sua primeira Unidade Satélite, localizada em Alphaville, uma cidade planejada, localizada na Grande São Paulo, sendo ela uma das regiões de maior renda *per capita* do Estado.

Em outubro de 2002, a Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein inaugurou a sua segunda unidade na Avenida Brasil no Jardim Paulistano, bairro este localizado entre os eixos da Avenida Paulista, Berrini e Centro Empresarial, considerados os grandes centros comerciais e financeiros de São Paulo.

Apesar dessa estratégia de expansão das atividades da Sociedade Beneficente ser aparentemente bastante lógica, faz-se necessária uma análise mais minuciosa sobre reais resultados advindos desse crescimento frente a uma economia e a um mercado não tão convidativos, como vem sendo constatado nos últimos anos.

Com relação à economia brasileira como um todo, o governo conseguiu controlar a inflação e tornou o ambiente econômico mais estável e previsível, porém o caminho para o crescimento ainda não foi encontrado, assim como as formas para diminuir as desigualdades do país onde, segundo dados do IPEA (2001), os 10% mais ricos da população embolsam aproximadamente 28 vezes a renda dos 40% mais pobres. Quando se utilizam os coeficientes de Gini e o índice de Theil para medir as desigualdades, observamos que o quadro brasileiro permanece o mesmo desde a década de 70 (LACERDA *et al.*, 2000).

Quando analisamos o setor específico da saúde no Brasil, a situação se agrava ainda mais. Já é conhecida a idéia de que os custos nesse setor crescem seguindo uma progressão geométrica, enquanto as receitas seguem o padrão de uma progressão aritmética. (KUTNER,

1998). Soma-se a isso o que ENTHOVEN (1988) chamou de “paradoxo do excesso e da privação”, onde as pessoas com coberturas mais altas dos seus planos de saúde recebem uma assistência que se torna cada vez mais dependente de tecnologias complicadas. Esse tipo de tecnologia de ponta, segundo FURTADO e SOUZA (2001), é de altíssimo custo, principalmente num país como o Brasil, onde a maior parte dos produtos de alta tecnologia é importada e acaba ficando à mercê das variações do câmbio, principalmente como ocorreu nos últimos meses do governo Fernando Henrique e início do governo Lula. Esses custos são na sua grande maioria levados pela parte empreendedora do sistema. Já as pessoas sem cobertura, recebem pouca assistência, quando a recebem, ou seja, um grave problema de saúde pública com custos econômicos diretos e indiretos.

Assim, frente a esse quadro hostil em que se encontra o mercado da saúde, faz-se necessário avaliar se realmente é positivo o retorno que os hospitais brasileiros estão tendo das estratégias de expansão de suas atividades e infra-estrutura de atendimento à população.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A IMPORTÂNCIA DA ABERTURA DE FILIAIS NA ESTRATÉGIA MERCADOLÓGICA DAS EMPRESAS

Segundo KOTLER (2000), os clientes avaliam as diferentes ofertas de serviços pelo valor que os mesmo geram para eles. Esse valor gerado, que seria a própria essência do marketing, segundo LIMEIRA (2002), pode ser definido como a diferença entre o valor total para o cliente e o custo total para o cliente. O custo total para o cliente é o conjunto de custos em que os clientes esperam incorrer para avaliar, obter, utilizar e descartar os serviços, enquanto o valor total para o cliente é o conjunto de benefícios que os clientes esperam deste serviço. Dessa forma, quanto maior o valor gerado para o cliente, maior será a atratividade de um determinado serviço para a captação de novos e retenção dos atuais clientes.

Segundo GRÖNROOS (1993), o impacto dos serviços sobre os relacionamentos com os clientes, ou seja, o valor gerado para os clientes, em princípio, pode ser aumentado de três formas:

1. Desenvolvendo novos serviços a serem oferecidos ao cliente,
2. Ativando, em uma relação comercial, serviços ou elementos de serviços existentes, e
3. Transformando o componente produto (bem) em um elemento de serviços, na relação com os clientes.

A primeira dessas estratégias nada mais é do que o acréscimo de novos serviços à oferta num determinado momento. Isto pode se constituir numa poderosa maneira de distinguir a oferta de uma instituição da dos concorrentes e de acrescentar-lhe valor.

O segundo tipo de atividade envolve o uso ativo dos elementos existentes nos serviços na relação comprador-vendedor para diferenciar a oferta e acrescentar-lhe valor, fazendo uso desses elementos como um meio de competição por serviços. Como exemplo, temos a atenção dada de forma especial no balcão de atendimento, fato este já ressaltado por autores como ALBRECHT (1998) e CARLZON (1994).

Em terceiro lugar, se o componente produto for oferecido de forma flexível e personalizada para atender às necessidades e anseios do cliente, ele estará sendo, de fato, usado como um serviço ao cliente. Por exemplo, a possibilidade de personalização de um determinado produto é uma excelente forma de aumentar o valor gerado para o cliente.

O crescimento de participantes no mercado, tanto pelo ingresso de novos atores, quanto por meio da expansão dos atuais, provoca um aumento da concorrência no setor, o que

pode ser analisado segundo o modelo das 5 forças de mercado de PORTER (1999): aumento da ameaça de novos entrantes frente ao poder de negociação dos fornecedores e dos clientes, ameaça de serviços substitutos e posicionamento dos atuais concorrentes. Ainda segundo o autor, toda empresa deve se posicionar de modo a melhor se defender contra as forças adversas, além de influenciá-las a seu favor.

A intensidade da rivalidade é a mais óbvia das cinco forças em um setor. Ela ajuda a determinar a extensão até a qual o valor criado por uma indústria será dissipado através da concorrência direta. Segundo GHEMAWAT (2000), uma das mais valiosas contribuições da estrutura de “cinco forças” de Porter pode ser sua sugestão de que a rivalidade, apesar de importante, é somente uma de várias forças que determinam a atratividade de um setor.

O conceito chave na análise da ameaça de entrada são as chamadas barreiras à entrada, as quais atuam para evitar o influxo de empresas numa indústria sempre que os lucros, ajustados para o custo de capital, sobem acima de zero. Em muitos casos, as barreiras à entrada se baseiam em comprometimentos irreversíveis de recursos, como é o caso dos hospitais de grande porte, cuja construção e organização demanda um grande montante de investimento.

Já a ameaça representada por substitutos à lucratividade de uma indústria depende das proporções relativas preço/desempenho dos diferentes tipos de produtos ou serviços aos quais os clientes podem recorrer para satisfazer a mesma necessidade básica. A ameaça de substituição também é afetada pelos custos de mudança, por exemplo, quando um paciente inicia o tratamento num determinado local, e depois decide pela mudança, necessitando novos exames, a mudança de local de internação, entre outros. Uma forma de amenizar esses custos de mudança na saúde, seria a existência de um Sistema Integrado de Saúde. Para GHEMAWAT (2000), o processo de substituição segue uma curva em forma de S. Ele começa lentamente, quando alguns pioneiros se arriscam a experimentar o substituto, adquire força se outros o seguem e finalmente se nivela quando quase todas as possibilidades econômicas de substituição foram esgotadas. Ou seja, neste ponto, só continuam a utilizar o bem/serviço de maior custo aqueles que realmente obtêm vantagens do mesmo que superem o custo marginal a mais pago por ele, em comparação com seu substituto. Por exemplo, uma pessoa internada num hospital privado e que esteja pagando pelo seu tratamento, pode solicitar sua transferência para o Sistema Único de Saúde, caso, entre outros fatores, não observe que o custo a mais que ela pagará pela internação signifique a geração de um valor superior para ela que compense este custo.

O poder do comprador é uma das duas forças verticais que influenciam a apropriação do valor criado por um setor. Ele permite aos clientes comprimir as margens dos produtores forçando os concorrentes a reduzir ou a aumentar o nível de serviço oferecido sem recompensa. É provável que os determinantes mais importantes do poder do comprador sejam seu tamanho e sua concentração. Por exemplo, as operadoras de planos de saúde, na medida em que respondem na maioria dos hospitais por mais de metade da sua receita, passam a ter elevado poder de negociação com os mesmos, principalmente sobre os hospitais de menor porte (BAHIA, 2001).

Por fim, o poder do fornecedor é a imagem especular do poder do comprador. Em consequência disso, sua análise tipicamente focaliza primeiro o tamanho e a concentração dos fornecedores em relação aos participantes da indústria e, a seguir, o grau de diferenciação nos insumos fornecidos. A capacidade para cobrar preços diferentes dos clientes, de acordo com diferenças no valor criado para cada um deles, em geral, indica que o mercado é caracterizado por alto poder dos fornecedores (e baixo poder dos compradores). Certamente não é isso que ocorre atualmente no mercado da saúde no Brasil, tendo em vista que os hospitais públicos só podem realizar grandes compras através de processos de licitação (Lei nº 8.666/93), e os hospitais privados estão realizando “alianças estratégicas” para, entre outros objetivos, a compra de insumos de fornecedores de materiais hospitalares, como descreve FERREIRA (2000).

PORTER (1980) e HALL (1980) afirmam que as empresas de sucesso em geral haviam optado por competir com base em baixos custos ou diferenciando produtos/serviços pela qualidade e características de desempenho. Michael Porter popularizou esta idéia em termos das estratégias genéricas de “baixo custo” e “diferenciação”. Ele também identificou uma opção de “foco”, onde a empresa selecionaria a atuação num setor específico da economia.

Além do ponto de vista estratégico, o crescimento dos hospitais pode ser também analisado segundo o ponto de vista mercadológico. Para BATESON & HOFFMAN (2001) existiriam no setor de serviços três tipos de estratégias competitivas para empresas de serviços. A primeira dessas seria *Competir por Alcance*, onde as empresas concentrariam todos os seus recursos num único local, sendo que o principal fator de sucesso para essas empresas seria a atração de clientes para irem até suas localizações fixas.

Outra possível estratégia seria a *Competição por Geografia*, onde a estratégia adotada seria a expansão através da abertura de múltiplas localizações, ou seja, ao contrário da primeira, a organização vai até os seus clientes. Por fim, teríamos a *Competição por*

Participação, onde a organização expande o seu *mix* de serviços oferecidos, aumentando também os seus segmento-alvos.

Dessa forma, alguns hospitais estão adotando a estratégia de aumentar e melhorar suas estruturas, de forma a atrair cada vez mais pacientes aos seus serviços, como é o caso dos hospitais Sírio-Libanês, que inaugurou em Dezembro de 2003 o seu Instituto de Ensino e Pesquisa (a exemplo de outros hospitais como a Beneficência Portuguesa e o Albert Einstein) com custo estimado em mais de R\$ 20 milhões (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2004), e o Hospital Nove de Julho, que é um dos únicos hospitais do Estado de São Paulo acreditado pela ONA em nível 2, processo esse que demorou mais de um ano. Esses hospitais claramente partiram para a estratégia da *Competição por Alcance e Participação*.

Já outras instituições hospitalares preferiram seguir a estratégia de descentralização, com a abertura de unidades em outras regiões cujo público-alvo seria de interesse desses hospitais, adotando dessa forma a estratégia de *Competição por Geografia*. Nessa categoria podemos incluir o Grupo D'Or no Estado do Rio de Janeiro (com três hospitais em operação no Estado), o Grupo Fator no Nordeste (com hospitais em Salvador, Recife e Rio de Janeiro), o Hospital São Luiz (com duas unidades na Cidade de São Paulo) e o Hospital Albert Einstein (com o hospital no bairro do Morumbi e duas Unidades Avançadas – uma na Avenida Brasil e outra em Alphaville).

Para GRÖNROOS (1993), a questão da acessibilidade aos serviços seria um dos elementos básicos da facilitação dos mesmos, sendo este fator essencial para a avaliação do que o autor chama de *Oferta Ampliada de Serviços*, que não se restringe apenas ao serviço em si, mas envolve também todo o processo de sua produção e entrega, além das interações com outras organizações e clientes.

Philip Kotler afirma que uma das principais dificuldades das organizações prestadoras de serviços é fazer com que a sua produção esteja disponível e acessível às suas populações-alvo. O autor afirma ainda que “os hospitais devem ter uma localização geográfica que permita prestar cuidados completos”, e para isso deveriam desenvolver o que ele chama de “sistema de atendimento à saúde”. (KOTLER, 2000).

KALUZNY *et al.* (1990) conceituam sistema de atendimento à saúde como um conjunto de organizações que existem numa determinada comunidade que estão interligados a fim de atingir um objetivo comum ou servir uma clientela em comum.

Em estudo realizado por MANCINI (1982) na região metropolitana de São Paulo, onde ele avaliou diversos atributos considerados pelos clientes no momento da escolha de um ambulatório, um pronto-socorro e um hospital para internação, o atributo proximidade foi

considerado o mais importante para a eleição de um ambulatório; o segundo mais importante na determinação do pronto-socorro (perdendo somente para qualidade do atendimento) e o terceiro para a seleção de um hospital para internação (só ultrapassado pela indicação médica e de parentes), considerando um total de 18 atributos pesquisados.

De acordo com GINTER *et al.* (2000), o processo de formulação de estratégia dentro de uma instituição de saúde deve ser composto por cinco tipos de elaboração de estratégia: estratégias direcionais, estratégias adaptativas, estratégias de entrada no mercado, estratégias de posicionamento e estratégias operacionais.

Com relação às estratégias adaptativas, GINTER *et al.* (2000) afirmam que as mesmas podem envolver estratégias de expansão, contração ou manutenção da estrutura atual. Com relação às estratégias de expansão, os autores as classificam como:

- Diversificação
- Integração Vertical
- Desenvolvimento de Mercado
- Penetração

A estratégia de diversificação envolve a entrada da organização em mercados diferentes daqueles presentes, normalmente porque os dirigentes dessa empresa observam oportunidades futuras de crescimento e geração de lucro. Essa diversificação pode ser classificada em dois tipos: concêntrica ou relacionada, quando a organização entra em mercados semelhantes ao seu atual, ou a não-relacionada, onde a entrada se dá em mercados totalmente distintos.

Entretanto, essa decisão de entrar em novos mercados não pode ser deliberada, mas sim baseada em informações precisas sobre a situação atual da empresa e do mercado, assim como as perspectivas para o futuro. Segundo HILL (1997), o planejamento para conseguir um aumento no *marketshare* em uma determinada região obrigatoriamente deveria envolver três passos:

1. Avaliação das Oportunidades de Mercado
2. Avaliar a Marca Preferencial para a região
3. Avaliar os Produtos Preferenciais para a região

A Integração Vertical envolve a expansão de suas atividades na cadeia produtiva, passando a atuar junto aos seus fornecedores e no acompanhamento posterior ao seu atendimento aos pacientes (JOHNSON, 1993).

Já quando a empresa adota a estratégia de Desenvolvimento de Mercado, seu objetivo é conquistar novos mercados com seus atuais produtos e serviços. Com isso, a organização poderá aumentar o volume de serviços, sua área de influência geográfica, ou ainda, na mesma área, atingir novas parcelas de mercado. Ainda segundo GINTER *et al.* (2000), esse tipo de estratégia é utilizado por organizações fortes no seu mercado e cujas perspectivas de crescimento nesse novo mercado são muito boas.

A estratégia de penetração é utilizada nos caso onde o objetivo é ganhar volume e *market share*, sendo normalmente executada baseada fortemente em campanhas de marketing.

Um estudo realizado por McDEVITT e SHIELDS (1985) sobre as táticas de marketing de 80 hospitais em Illinois, demonstrou que 80% das instituições pesquisadas desenvolveram alguma atividade para aumentar a disponibilidade de seus serviços, enquanto 81% desses mesmos hospitais tinham diferenças quanto ao mix de produto oferecidos entre as diferentes localidades. Ainda nessa pesquisa, só 35% dos hospitais utilizaram a estratégia de redução de preços como forma de aumentar a atração de novos clientes.

MILES e SNOW (1978) classificaram os tipos de estratégias empresariais em quatro tipos: defensoras, prospectoras, analisadoras e reativas. As defensoras seriam aquelas empresas que trabalham em mercados estáveis e cujo crescimento seria baseado em mercados onde já atuam, ignorando possíveis oportunidades em outros mercados emergentes. Essas defensoras estão pouco engajadas no desenvolvimento de novos produtos e mercados.

Já as prospectoras são aquelas participantes altamente inovadoras, que sistematicamente desenvolvem novos produtos e identificam novos mercados. Devido a esse fato, essas prospectoras precisam estar constantemente atentas a modificações das necessidades dos consumidores. As chamadas analisadoras são intermediárias entre as prospectoras e as defensoras. Segundo HAMBRICK (1983), as analisadoras fazem menos mudanças nos produtos/mercados-alvo que as prospectoras, e elas são mais comprometidas com a estabilidade e a eficiência que as defensoras.

Por fim, as reativas são aquelas que têm uma clara deficiência na definição do seu foco estratégico e freqüentemente mudam a sua definição de negócio e escopo. Para MILES e SNOW (1978), existiriam diversas explicações para o fato: a) falha da alta administração em articular a estratégia, b) falha da alta administração em adaptar a estrutura da organização ao processo de estratégia, e c) a tendência da administração em manter a estratégia e/ou estrutura frente a mudanças no mercado.

Num estudo realizado por PARRY e PARRY (1992) entre 114 hospitais sem finalidade lucrativa localizados nos EUA, 50 deles foram classificados como prospectores, 33

como analisadores, 22 como reativos e somente 9 como defensores. Entre os itens pesquisados, estava a abertura de novas filiais, onde os prospectores tiveram diferença estatisticamente significativa frente aos demais pesquisados. De acordo com McKEE, VARADARAJAN e PRIDE (1989), os prospectores, os reativos e os analisadores dão ênfase ao desenvolvimento de novos produtos, porém, somente os prospectores realmente dão importância à abertura de novas filiais. O fato da grande ênfase no desenvolvimento de novos produtos se deve, de acordo com BOWERS (1987), ao fato dos hospitais serem líderes na área da inovação e adaptação a mudanças, até mesmo por serem as instituições mais visíveis na atenção à saúde. Cita o autor ainda que grande parte dos novos serviços dos hospitais não aparece em decorrência de uma demanda reprimida, mas sim de uma demanda que vai surgir a partir da oferta desses novos serviços – a chamada Lei de Roemer (ROEMER, 1993).

De acordo com LOVELOCK (1984), apesar das diferenças existentes entre os bens e os serviços já ressaltadas por diversos autores (BERRY, 1980; LOVELOCK, 1981; ZEITHAML, PARASURAMAN & BERRY, 1985), muitos conceitos utilizados para a avaliação de bens podem ser aproveitados para a sua aplicação no setor de serviços. Devido a esse fato, BOWERS (1987) propôs a utilização do modelo da Booz-Allen & Hamilton (1982) para a criação de um novo serviço.

1. Desenvolver um Plano de Negócios
2. Desenvolver uma Estratégia para o Novo Produto
3. Geração de Idéias
4. Avaliação e Desenvolvimento de Conceitos
5. Análise de Negócios
6. Desenvolvimento e Teste de Produtos
7. Teste de Mercado
8. Comercialização

O desenvolvimento de um novo serviço, como pode ser observado acima, é realmente muito complexo. Uma crítica muito pertinente ao modelo da Booz-Allen & Hamilton proposto por BOWERS (1987), é que o mesmo não coloca o processo de controle e avaliação como uma das etapas no desenvolvimento de novos serviços.

De acordo com REBOUÇAS (2001), o controle e a avaliação são definidos como funções do processo administrativo que, mediante a comparação com padrões previamente estabelecidos, procuram medir e avaliar o desempenho e o resultado das ações, com a finalidade de realimentar os tomadores de decisões, de forma a que possam corrigir ou reforçar esse desempenho ou interferir em funções do processo administrativo, para assegurar

que os resultados satisfaçam às metas, aos desafios e aos objetivos estabelecidos. Levando esses conceitos para o campo da saúde, GOMES e HARTZ (2001) afirmam que medir os efeitos atribuídos às ações de saúde deveria ser o eixo das preocupações atuais dos gestores dados a complexidade das intervenções em suas inserções contextuais e, por outro lado, a obrigatoriedade da pactuação de objetivos e metas.

Porém, antes de todo o processo de avaliação, que certamente não é uma tarefa das mais simples, é preciso elaborar um planejamento de como serão feitos essa avaliação e controle, com uma correta e clara delimitação sobre os objetivos desse processo. Para ilustrar a importância dessa questão, LOVE (1992) afirma que mais vale uma medida pouco refinada daquilo que se precisa do que uma medida precisa da coisa errada.

Para WILLIANSO *et al.* (1997), um correto planejamento estratégico para uma organização de saúde deve obrigatoriamente conter de maneira explícita as formas de controle e avaliação, assim como os procedimentos para gravação e transmissão dessas informações para os administradores. Caso contrário, todos os resultados esperados desse planejamento já estarão comprometidos.

2.2 A EXPANSÃO DAS ESTRUTURAS DAS EMPRESAS DO PONTO DE VISTA DA TEORIA DAS ORGANIZAÇÕES

Um dos primeiros autores a discorrer sobre porque as transações econômicas ocorrem, ou entre empresas, foi COASE (1937), em seu clássico artigo intitulado *The Nature of the Firm*. Segundo o autor, as transações econômicas envolvem custos, que ele chamou no seu texto original de custos de *marketing*, mas que posteriormente receberam a denominação de custos de transação.

A melhor forma da sociedade se organizar ocorre quando os custos de transação são os menores possíveis. Antes da revolução industrial isso ocorria através das oficinas de artesões especializados. Já na nossa sociedade industrial isso ocorre, na maioria das vezes, quando as transações são realizadas com a intermediação ou dentro das empresas.

No caso da transação ocorrer dentro da empresa, a estrutura do mercado é eliminada e substituída pelas relações coordenadas pelos gerentes. Para COASE (1937), as transações ocorridas dentro da empresa são, claramente, uma alternativa ao mercado. Desse modo, as operações que estão acontecendo no mercado podem ser substituídas pelos processos gerenciais. Isso ocorreu, historicamente, com a substituição dos artesões pelos trabalhadores assalariados.

Já a questão do crescimento das firmas foi colocada de maneira sistemática, e pela primeira vez pensando além da simples acumulação de atividades homogêneas e intercambiáveis, por Edith Penrose em 1957. Em seu livro “The theory of the Growth of the Firm”, PENROSE (1957) sugere que as firmas podem ser vistas como uma coleção de recursos à disposição de uma unidade administrativa, recursos estes cujo uso pode ser determinado (e mudado) por decisão desta unidade administrativa. Penrose desenvolve sua visão ao colocar que na verdade os serviços (e usos) obtidos dos recursos são os verdadeiros insumos nos processos de produção e não os recursos eles mesmos. Ou seja, mais importante do que a posse dos recursos é saber como utilizá-los a fim de obter a maximização da utilidade dos mesmos para a geração dos resultados desejados.

O desenvolvimento da teoria de Penrose leva ainda à noção de que as firmas possuem um limite gerencial ao crescimento, dado não pelas características técnicas do objeto com o qual trabalham, mas especificamente pelos limites cognitivos da hierarquia gerencial que deve administrar o trabalho a ser realizado.

Esta visão pioneira de Penrose abriu então o caminho para dois desenvolvimentos significativos, de acordo com VASCONCELOS (2003):

- A investigação da flexibilização do uso dos recursos das firmas, e
- A importância decisiva dos condicionantes cognitivos das equipes dirigentes nos rumos tomados pela firma nos usos a serem dados aos seus recursos.

Em uma outra perspectiva fundadora para os estudos organizacionais, MARCH e SIMON (1958) desenvolveram uma linha de pesquisa dedicada ao estudo da tomada de decisão em organizações. Nesta perspectiva, organizações são vistas como sistemas interativos de tomadas de decisão. Inicialmente focado em uma perspectiva racionalista, o campo de estudos da teoria da decisão passou por vários questionamentos, focalizando em seguida questões de incerteza, ambigüidade e risco. De acordo com a perspectiva racionalista que ainda hoje domina a perspectiva economicista da teoria da decisão, a decisão humana se baseia (de fato e não apenas deveria se basear) nos seguintes pressupostos:

- Conhecimento completo e perfeito das alternativas
- Conhecimento completo e perfeito das conseqüências das escolhas
- Ordenamento de escolhas consistente
- Regras de decisão estáveis e inteligíveis

Nas versões mais elaboradas deste modelo racionalista são assumidas hipóteses probabilísticas ou condicionais sobre as alternativas e suas conseqüências, o que na verdade não altera a sua natureza, uma vez que escolhas são sempre feitas em função da alternativa que apresenta a expectativa de valor subjetivo.

A linha de pesquisa liderada por James March rompe fundamentalmente com este argumento racionalista. A análise multidimensional contida no livro “A Behavioral Theory of the Firm” de CYERT *et al.* (1963) sugere que a tomada de decisão pode ser entendida como um fluxo no qual preferências prévias e expectativas sobre conseqüências determinam, ou melhor, circunscrevem o escopo das decisões presentes. Ou seja, interações entre expectativas e resultados, entre o passado e o futuro, entre os níveis individual e coletivo condicionam a busca e a implementação de soluções ótimas.

Neste sentido os desafios ao modelo racionalista dizem respeito aos pressupostos de completude de informação. A idéia central proposta inicialmente por SIMON (1945) e depois expandida por March e seus seguidores é que ao invés de todas as alternativas serem conhecidas *a priori*, um processo de busca, de descoberta se faz necessário, no qual o foco de atenção é o elemento central.

As idéias de March sobre a evolução da teoria da decisão e suas conseqüências no comportamento de busca das organizações se cristalizam em um artigo recente de título “Exploration and Exploitation in Organizational Learning” publicado em 1991. Neste artigo, March contrói um modelo de decisão baseado no *trade-off* existente entre *explorations* (pesquisa de novas fontes de recursos) e *exploitation* (aproveitamento das novas fontes de recursos atuais). Este artigo aplica diretamente a idéia de que critérios de racionalidade limitada afetam os modos de busca de novas oportunidades de exploração de recursos por parte das firmas.

Dois autores também tiveram importante colaboração para a pesquisa em teoria organizacional sobre a questão da gestão da inovação. BURNS e STALKER (1961) introduziram dois conceitos fundamentais da teoria da contingência, que foram desenvolvidos em seguida por outros autores como THOMPSON (1976), LAWRENCE & LORSCH (1986) e PERROW (1981):

- A visão das organizações como sistemas de interpretação dos sinais emanados do meio ambiente
- A noção de congruência entre a organização e seu meio ambiente

Segundo BURNS & STALKER (1961), as organizações são essencialmente sistemas de interpretação dos sinais do ambiente. A análise efetuada por estes autores se baseia inicialmente no estudo dos processos de fabricação de *rayon* em uma usina inglesa. Após uma descrição detalhada dos processos de fabricação ali empregados, os autores evidenciam os métodos rígidos e a divisão de trabalho extremamente estruturada que caracterizou o *modus operandi* daquela fábrica. Em seguida, a análise de uma segunda organização no setor eletro-eletrônico, uma empresa especializada no desenvolvimento de novos modelos de TV a cores, lidando com a mais avançada tecnologia disponível na época. A análise dos métodos administrativos desta segunda empresa revela um quadro diferente daquele evidenciado na fábrica de *rayon*: os procedimentos, os padrões de divisão do trabalho e a hierarquia são muito mais fluidos do que no primeiro caso.

A partir desses fatos, BURNS & STALKER (1961) definiram dois sistemas de gestão, o modelo weberiano e um “sistema alternativo”, definidos como tipos ideais no sentido weberiano, isto é, construções teóricas que representam pólos opostos que orientam a formação dos sistemas reais de administração. É importante notar que Burns e Stalker ressaltam que nenhum sistema prático de gestão adere integralmente ao modelo orgânico ou ao modelo mecânico. Os sistemas práticos de gestão combinam elementos dos dois sistemas

(em combinação com variáveis *ad-hoc*), adaptados às suas condições específicas. A contribuição pioneira de Burns e Stalker definiu desta maneira as principais características estruturais da teoria da contingência, ressaltando que as organizações são sistemas adaptativos que refletem as condições do seu ambiente operacional. Segundo esta teoria, diferentes condições ambientais levam à constituição de diferentes modelos organizacionais por colocarem diferentes problemas a serem resolvidos pelas organizações. Utilizando a terminologia proposta por DRUCKER (1998), ambientes instáveis geram problemas de eficácia e ambientes estáveis geram predominantemente problemas de eficiência organizacional.

Embora as interpretações dominantes da teoria da contingência, desenvolvidas por THOMPSON (1976), LAWRENCE & LORSCH (1986) e PERROW (1981) e posteriormente por autores neo-contingencialistas como DONALDSON (1982) tenham focado o aspecto de adaptação ambiental, o aspecto da obra de Burns e Stalker que mais vai nos interessar aqui é justamente a questão das organizações como mecanismos coletivos de interpretação do ambiente.

Seguindo a linha de argumentação iniciada por Burns e Stalker, e parcialmente desenvolvida por COHEN *et al.* (1972) em seu modelo “A Garbage Can Theory of Organizational Choice”, Richard Daft e Karl Weick criaram um modelo no qual organizações são vistas como sistemas de interpretação de sinais do ambiente.

Baseado nestes pressupostos, DAFT e WEICK (1984) construíram um modelo de interpretação do ambiente que considera que organizações variam nos seus pressupostos sobre em que medida o ambiente organizacional pode ser analisado (isto é, pode ser decomposto, codificado e transformado em uma rotina de análise executável e controlável por métodos burocráticos), e sobre o grau de iniciativa que a organização adota na busca de informações no ambiente.

Segundo este modelo, quatro modos de interpretação ambiental são definidos. O primeiro deles seria o modo “*Visão Indireta*” (*Undirected Viewing*) que se caracteriza pela interpretação baseada em dados informais, não rotineiros com forte influência de intuição, rumores, sorte e oportunidades fortuitas. Por sua vez, o modo “*Ordenador*” (*Enacting*) se fundamenta na sistematização da experimentação, visando em última instância a intervenção no ambiente, baseando-se em testes, pela aprendizagem na prática e eventualmente montando sistemas que levem à coerção de outros autores econômicos. O modo “*Visão Condicionada*” (*Conditioned Viewing*) se fundamenta na interpretação dentro de limites e regras tradicionais, pela detecção passiva de oportunidades, pelo seguimento e estabelecimento de rotinas, e pela

confiança em dados formais. Finalmente o modo “*Descobridor*” (Discovering) se caracteriza pela busca formal, pelo questionamento ativo e planejado do ambiente, através de pesquisas metodologicamente estruturadas, pesquisa científica e tecnológica e detecção ativa de oportunidades de negócios.

2.3 A IMPORTÂNCIA DA MARCA PARA OS HOSPITAIS

A marca se tornou algo importantíssimo para todas as empresas, independentemente do seu setor de atividade, inclusive para hospitais e outras instituições de serviços de saúde, fato este raramente reconhecido até algumas décadas atrás.

Essa situação acima colocada se deve muito ao fato da marca não significar apenas um produto ou serviço, mas um conjunto de valores e atributos tangíveis e intangíveis relevantes para o consumidor e contribui para diferenciá-la de outras similares. Assim, ao adquirir um produto/serviços, o consumidor não compra apenas um bem, mas todo o conjunto de valores e atributos da marca (PINHO, 1996).

Todo esse conjunto de características do produto ou serviços que vêm à mente do consumidor com a marca do mesmo é essencial para o posicionamento desse produto. Autores clássicos da área de estratégia, como PORTER (1980) e de marketing, como RIES & TROUT (1996) afirmam que o posicionamento é vital para o sucesso futuro da empresa, pois é através dele que o consumidor consegue associar características de qualidade, custo, eficiência, entre outras, aos produtos, serviços e empresas.

Segundo TALARICO (1998), o patrimônio da marca gera valor para os consumidores e para a corporação. Para os consumidores, na medida em que facilita a interpretação e o processamento das informações sobre os produtos/serviços, transmite segurança na decisão de compra e promove maior satisfação, pois os produtos/serviços atendem melhor suas necessidades emocionais e racionais. Para a corporação, uma marca forte gera valor, pois melhora a eficiência e a eficácia de muitas de suas atividades, aumenta a lealdade dos consumidores e facilita a introdução de extensões da mesma. As marcas de sucesso podem também comandar um preço *premium* (acima da média) no mercado devido à menor sensibilidade dos seus consumidores leais a aumentos, o que resulta na operação com margens mais altas. Além disto, estes mesmos consumidores respondem melhor a reduções de preços e promoções, produzindo melhores resultados para estas ações. Em última instância, deixam a empresa menos vulnerável a ações da competição e a crises do mercado.

Para demonstrar a importância da marca em termos financeiros para as empresas atualmente, podemos citar uma pesquisa realizada pelo Federal Reserve Bureau (FED) *apud* CESARIO (2002) que mostrou que 47% do valor líquido das empresas americanas está vinculado a ativos intangíveis ou ao *brand equity*. Esse mesmo estudo apontou que há 50 anos, apenas 22% do valor líquido das empresas americanas era atribuído a estes dois fatores.

Com o intuito de tentar mensurar o valor das marcas, diversas teorias de *brand equity* foram desenvolvidas. Segundo TAUBER (1988), *brand equity* (ou o patrimônio da marca) é o valor incremental de um negócio sobre o valor de seus ativos fixos devido à posição de mercado atingida por sua marca e o potencial de extensão dela.

De acordo com AACKER (1991), o *brand equity* está baseado em cinco pilares:

- Lealdade à Marca – reflete a probabilidade de um consumidor mudar para outra marca, especialmente quando ela sofre alguma alteração seja no preço, ou nas suas características.
- Reconhecimento da Marca – é a habilidade de um potencial comprador em reconhecer ou lembrar que uma marca faz parte de uma determinada categoria de produto.
- Qualidade Percebida – poder ser definida como a percepção do consumidor sobre a qualidade ou superioridade de um produto ou serviço quando comparado a alternativas.
- Associação à Marca – é a imagem subjetiva do consumidor a respeito da marca, ligada aos atributos, aos benefícios do ponto de vista do consumidor.
- Outras Propriedades da Marca – ligadas, por exemplo, à patente, marcas registradas e relações com os canais de distribuição.

De acordo com LOURO (2000), existem diversos modelos empresariais de avaliação de desempenho de uma marca. Entre elas podemos citar o *brand asset valuator* da Young & Rubican; o *brand equity index* da Longman-Moram Analytics; *consumer brand equity* da Leo Burnett; *equitrend* da Total Research Corporation e a *top brand* da Interbrand. Todos esses modelos levam em consideração os pilares propostos por AAKER (1991).

É preciso ressaltar que todo investimento realizado em *marketing* pode ter reflexos positivos em termos do *brand equity*. Assim, investimentos em publicidade certamente têm impactos sobre o reconhecimento da marca, além de outros itens, como lealdade e associação da marca, dependendo dos objetivos do planejamento publicitário realizado.

HAYMAN e SCHULTZ (1999), tendo em vista a necessidade de avaliar o retorno obtido através de investimentos em marketing, propôs um novo índice de retorno financeiro, que de forma semelhante ao ROI – Retorno do Investimento, passaria a se chamar ROCI – Retorno do Investimento no Cliente, onde seria calculado o montante gasto com comunicação ao cliente (propaganda, promoção,...) e o quanto esse cliente representa para a empresa.

2.4 A QUESTÃO FINANCEIRA ENVOLVIDA NO INVESTIMENTO DA ABERTURA DE NOVAS FILIAIS

A abertura de novas filiais por parte de uma empresa, independente do seu ramo de atividade, deve ser vista como uma estratégia para conseguir aumentar a sua participação de mercado (*marketshare*), e conseqüentemente, auferir maiores lucros no futuro. Portanto, tal iniciativa deve ser vista e examinada como uma forma de investimento.

BEULKE e BERTÓ (2000) citam três diferentes níveis de interesses que motivariam a apuração dos resultados dos investimentos realizados por instituições hospitalares:

- Nível Interno – tornar mais fácil a gestão dos materiais e dos processos
- Nível Externo – elaboração de documentos legalmente obrigatórios
- No seio da comunidade em que se insere, assegurando pela sua transparência uma imagem positiva, fator muitas vezes fundamental para a atração de apoios financeiros e mobilizações de boa vontade.

De acordo com HUMMEL e TASCHNER (1995), qualquer metodologia a ser adotada no processo de análise econômico-financeira deve necessariamente incluir:

- Valor e época dos pagamentos para cada uma das alternativas
- Taxa de Retorno mínima que deve ser obtida com a aplicação de capital disponível
- Prazo durante o qual os efeitos da decisão serão analisados.

Dessa forma, a rentabilidade de uma série de pagamentos é dada pela taxa de juros que permitiria ao capital empregado fornecer certo retorno. Ao analisar um possível investimento, deve-se considerar que se o mesmo deslocou capital passível de ser aplicado em outros investimentos, para tornar-se atrativo, deverá render, no mínimo, a taxa de juros equivalente à rentabilidade das aplicações correntes e de pouco risco.

Segundo GITMAN (2002), existem inúmeras medidas de lucratividade. Cada uma dessas medidas relaciona os retornos da empresa a suas vendas, a seus ativos, ao seu patrimônio, ou ao valor da ação. Como um todo, essas medidas permitem ao analista avaliar

os lucros da empresa em confronto com um determinado nível de vendas, um certo nível de ativos, o investimento dos proprietários, ou o valor da ação. Sem lucros, uma empresa não atrairá capital de terceiros; ademais, seus atuais credores e proprietários poderão ficar preocupados com o futuro da empresa e tentar reaver seus fundos.

Para uma empresa de capital fechado, a ferramenta mais utilizada para se avaliar a lucratividade em relação à receita é a demonstração da composição percentual do resultado. Ainda de acordo com GITMAN (2002), os três índices de lucratividade bastante citados nessas análises são a margem bruta, a margem operacional e a margem líquida. Podemos ainda citar outros índices, como a taxa de retorno sobre o ativo total (ROA) e a taxa de retorno sobre o patrimônio líquido (ROE).

A margem bruta mede a porcentagem de cada unidade monetária de receita que restou após a empresa ter pago seus custos. Quanto mais alta a margem bruta, tanto melhor, e menor o custo relativo dos produtos vendidos.

O que normalmente é chamado de lucro puro é medido através da margem operacional. Ela mede o lucro puro obtido em cada unidade monetária de venda. O lucro operacional é puro no sentido de que ignora quaisquer despesas financeiras ou obrigações governamentais (juros ou impostos de renda) e considera somente os lucros auferidos pela empresa em suas operações. É preferível sempre uma margem operacional elevada.

Já a margem líquida mede a porcentagem de cada unidade monetária de receita que restou, depois da dedução de todas as despesas, inclusive o imposto de renda. Quanto maior for a margem líquida da empresa, melhor.

A taxa de retorno sobre o ativo total (ROA – do inglês *Return on Total Assets*), que também é freqüentemente chamado de retorno sobre o investimento (ROI – do inglês *Return on Investments*) mede a eficiência global da administração na geração de lucros com seus ativos disponíveis. Quanto mais alta for essa taxa, melhor.

O ROI constitui-se numa das medidas mais populares de avaliação do desempenho das empresas. Segundo HORNGREN (2002), esta medida nasceu da preocupação de técnicos da companhia Du Pont com a avaliação da eficiência global da empresa. De acordo com WELSCH (1996), o ROI é a medida mais significativa quando estamos voltados para o objetivo de avaliação de desempenho da empresa.

Por fim, a taxa de retorno sobre o patrimônio líquido (ROE – do inglês *Return on Equity*) procura mensurar o retorno obtido sobre o investimento dos proprietários da empresa. Geralmente, quanto mais alta for essa taxa de retorno, melhor para os proprietários.

Todos esses índices acima citados são utilizados para avaliar investimentos já realizados. Entretanto, outros índices ainda são utilizados para avaliar possibilidades de investimentos de capital no futuro.

Para esses casos, GITMAN (2002) cita três exemplos de ferramentas: o período de *payback*, o valor presente líquido e a taxa interna de retorno.

O período de *payback* é a metodologia que procura calcular o período de tempo exato necessário para a empresa recuperar seus investimentos iniciais em um projeto, a partir das entradas de caixa. No caso de uma anuidade, o período de *payback* pode ser encontrado dividindo-se o investimento inicial pela entrada de caixa anual. Para investimentos de retornos diversos, as entradas anuais devem ser acumuladas até que o investimento inicial seja recuperado. Embora muito utilizado, o período de *payback* é considerado uma técnica não sofisticada de orçamento de capital, uma vez que não considera explicitamente o valor do dinheiro no tempo (HUMMEL e TASCHNER, 1995).

Outra técnica muito utilizada é o valor presente líquido (VPL), que por considerar o valor do dinheiro no tempo, é considerada uma técnica sofisticada de análise de orçamento de capital. O VPL também é chamado de taxa de desconto, custo de oportunidade ou custo de capital, e refere-se ao retorno mínimo que deve ser obtido por um projeto de forma a manter inalterado o valor de mercado da empresa.

A taxa interna de retorno (TIR), apesar de ser a técnica de análise de orçamento de capital mais usada, é também a mais complicada de ser calculada. Ela é definida como a taxa de desconto que iguala o valor presente das entradas de caixa ao investimento inicial referente a um projeto. Em outras palavras, é a taxa de desconto que faz com que a VPL de investimento iguale-se a zero.

O campo de estudo sobre a análise de investimentos de capital em hospitais vem ganhando destaque já há algum tempo na área acadêmica. Como exemplos deste fato, podemos citar os trabalhos de KLAMMER (1972), FRAMGEN (1973), PETTY *et al.* (1975), GITTMAN e FORRESTER (1977), HENDRICKS (1983), FARRAGHER (1986) e KAMATH e ELMER (1989). O principal objetivo desses estudos foi identificar quais os métodos de análise de investimentos mais utilizados pelos hospitais norte-americanos. Pelos dados a seguir apresentados podemos observar que a Taxa Interna de Retorno (TIR) é o principal método adotado pelas instituições pesquisadas.

2.5 A ANÁLISE DE INVESTIMENTOS EM HOSPITAIS

De acordo com GONÇALVES (2002), apesar das particularidades dos hospitais, eles não perdem a sua condição de empresa. É uma instituição com objetivos específicos norteados pela função social de prestar serviços de saúde à comunidade.

Para que exerçam a sua função, é necessário que eles apresentem uma situação de viabilidade econômica para o atendimento da comunidade com um elevado nível de qualidade, bem como possibilidade de aumento de capacidade de atendimento.

O alcance da viabilidade econômica necessita de orientações financeiras apropriadas. O hospital é constituído de valores e bens, tal como qualquer outra empresa. Esses ativos (dinheiro, contas a receber, estoque e ativo fixo) exigem cuidados especiais, ou seja, devem ser administrados à luz das suas características dentro do hospital. A distribuição do bolo (ativo total) deve ser muito bem orientada no sentido de colocar as fatias apropriadas em cada um dos ativos.

Dadas as características especiais que encontramos na empresa hospitalar num contexto empresarial, avaliar o desempenho de uma empresa desse tipo, incluída dentro de um espírito social tão importante, exige alguns cuidados específicos que diferem das empresas comerciais e industriais de uma forma geral.

Para MATOS (1979), a avaliação do desempenho de uma empresa hospitalar exige uma ampla visão das suas funções, não podendo ser encarada apenas numa ótica dos seus resultados financeiros. Responsável pela saúde da comunidade, o hospital tem seus objetivos voltados para a oferta de serviços de alta qualidade nestas áreas, proporcionando um melhor nível de saúde à população, que certamente pode ter impacto sobre o bem-estar da coletividade, condição indispensável ao desenvolvimento (SHORTELL e KALUZNY, 2000).

Baseado nessas informações, poderíamos supor que a instituição hospitalar deve ser avaliada segundo dois pontos de vista. O primeiro deles é o da própria empresa, que estaria preocupada em verificar a eficiência de políticas administrativas / estratégias que se reflitam em resultados financeiros favoráveis, diante do volume de recursos aplicados. O segundo ponto de vista para avaliação seria aquele que verificaria as funções da instituição junto à comunidade que serve, dentro do espírito responsável pela atenção à saúde da população.

Justamente procurando atender a essa demanda, o modelo de análise estratégica das atividades de um hospital através do *Balanced Scorecard* – BSC, vem ganhando grande importância nessas instituições. Para KAPLAN e NORTON (1997), os criadores do modelo do BSC, a estratégia para a criação de valor em qualquer empresa, independente do setor de

atividade, deve ser vista segundo quatro diferentes perspectivas: financeira, cliente, processos de negócios internos e aprendizado e crescimento.

De acordo com TELES (2002), a principal vantagem da aplicação do BSC nas instituições de saúde, é a facilitação que o mesmo produz na formulação da estratégia e a operacionalização da mesma, sendo que o mesmo já vem sendo utilizado por pelo menos um hospital na cidade de São Paulo, o Nove de Julho.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Segundo ROESCH (1999), um dos critérios mais importantes na avaliação do trabalho final é a medida segundo a qual os objetivos propostos no projeto foram efetivamente alcançados. Por isso a importância de se conhecer exatamente quais são os mesmos na metodologia da pesquisa.

Afirma ainda MINAYO (1993) que toda atividade de pesquisa deve estar situada dentro de uma determinada área de interesse, que é um campo de práticas, onde as questões que incitam nossa curiosidade teórica se concentram. No interior da área de pesquisa se situa a questão da pesquisa, também denominada problema.

Dessa forma, o objetivo principal deste trabalho foi fazer uma Avaliação dos Resultados obtidos da implantação da Unidade Avançada Einstein Alphaville para a Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein e seus usuários, assim como conhecer a opinião dos usuários sobre a Unidade.

Objetivos Específicos

Ainda conforme ROESCH (1999), a formulação de um objetivo geral não é suficiente para dar uma idéia de como o trabalho será desenvolvido. Em virtude desse fato, é importante a descrição dos objetivos específicos.

Assim, os objetivos específicos deste trabalho foram:

- 1) Verificar se a implantação da Unidade Avançada Alphaville foi positiva em termos financeiros e mercadológicos para a Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein.
- 2) Analisar a geração de empregos para a região, verificando se a mesma foi positiva, ou se grande parte dos trabalhadores da Unidade são de outras localidades que não Barueri e Santana de Parnaíba.
- 3) Apurar a satisfação e a percepção dos usuários sobre Unidade Avançada Einstein Alphaville.
- 4) Analisar as perspectivas futuras para a Unidade Avançada Einstein Alphaville.

4. METODOLOGIA

A metodologia adotada para a realização deste trabalho compreendeu os seguintes itens:

4.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O referencial teórico para a elaboração dessa dissertação foi baseado nos assuntos relacionados com a análise dos retornos mercadológicos e financeiros de investimentos realizados em novas unidades produtivas, tendo como foco principal o setor de serviços, mais especificamente o da saúde. Inicialmente foram pesquisados trabalhos que abordavam as questões de investimentos e retornos em termos de marketing e finanças em geral. Em seguida, passou-se para questões mais específicas, como a avaliação de abertura de novas filiais de uma determinada instituição, seus impactos em termos de estratégia e agregação de valor à sua marca, assim como os impactos sobre seus colaboradores e para a população local.

Para realizar esse levantamento, foram pesquisados textos, artigos e teses sobre o assunto nas bibliotecas da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, além da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Além disso, foi também feito um levantamento junto ao banco de dados bibliográficos do Medline, base de dados da área da saúde, ligado ao *National Library of Medicine*, aos periódicos listados em portais como o da CAPES, e em bases de dados como o Proquest, Emerald e JStore. Para isso foram utilizadas as palavras-chaves investimentos e finanças hospitalares, estratégia empresarial em hospitais e marketing hospitalar.

Os dados deste levantamento bibliográfico serviram de embasamento para o delineamento do problema e dos objetivos deste trabalho.

4.2 ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO

A estratégia de investigação deste trabalho foi o Estudo de Caso, já que a motivação principal seria a de conhecer a realidade de um determinado fenômeno, que é a essência da aplicação desta estratégia.

Segundo definição de YIN (2001), a metodologia do estudo de caso é uma investigação empírica cujo objetivo é investigar um fenômeno atual inserido em um contexto de vida real, cujos limites entre fenômeno e contexto não são evidentes e no qual múltiplas fontes de evidência são utilizadas. Dessa forma, essa estratégia permite ao investigador reter, de maneira holística, as características significativas de eventos reais, tais como os processos gerenciais e organizacionais.

Ainda segundo o autor, é preciso sempre considerar três tipos de parâmetros que acabam por influir na escolha dessa estratégia de pesquisa:

- *Tipo de Questão da Pesquisa:* A questão-chave deste trabalho é “quais os impactos mercadológicos e financeiros da implantação de uma unidade ambulatorial de um hospital em uma localidade?”. Portanto, a questão central é a palavra “quais”;
- *Controle sobre eventos comportamentais:* Por se tratar de um estudo ligado a resultados em termos de investimento em marketing e finanças, não é possível e necessário manter controle sobre o evento, inclusive pelo fato da análise não estar centrada num único corte no tempo, mas sim num estudo de uma série temporal.
- *Foco em Eventos Atuais:* o estudo tem como objetivo analisar os impactos causados pela implantação da unidade satélite desde a sua inauguração até o momento atual.

Além dos objetivos descritos por YIN (2001), é importante ressaltar a metodologia do estudo de caso como forma de “iluminar” uma decisão ou grupo de decisões, ou seja, conhecer melhor o porquê foram tomadas, como foram implantadas e quais os resultados obtidos de todo esse processo.

Apesar do estudo de caso ser muito utilizado atualmente nos trabalhos de pesquisa, principalmente na área da Administração, sob influência principalmente das escolas americanas, como a *Harvard Business School*, conforme apontado por YIN (1997), ele sofre diversas críticas que devem ser levantadas como forma de evitá-las nesse trabalho.

A grande crítica à metodologia do estudo de caso é a falta de rigor científico, principalmente pelo fato do pesquisador ficar à mercê de evidências equivocadas ou visões tendenciosas a respeito do objeto em estudo.

Além disso, os críticos do estudo de caso também ressaltam a sua impossibilidade de generalização científica, devido à pequena base tomada em estudo. Entretanto, é preciso ter em mente que o objetivo do mesmo não é criar teorias universais sobre um determinado tema, mas sim realizar estudos exploratórios e generalizações analíticas que possam ampliar a discussão sobre as proposições teóricas existentes a partir de uma realidade específica e conhecida.

4.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os instrumentos de pesquisa utilizados neste trabalho foram a documentação indireta e direta, conforme classificação proposta por MARCONI e LAKATOS (1986).

Como documentação indireta, são utilizadas as metodologias de pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica. Quanto à pesquisa documental, ela consistiu basicamente dos documentos provenientes da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein, com informação a respeito de todo o planejamento e administração da Unidade Avançada Einstein Alphaville.

Foram coletadas informações financeiras junto à coordenação da Unidade Avançada Einstein Alphaville para avaliação da situação econômico-financeira e junto à administração da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein, informações sobre quantidade de procedimentos e pacientes.

Quanto à documentação indireta, ela consistiu basicamente de entrevistas semi-estruturadas junto a uma amostra específica de atores ligados ao objeto de estudo deste trabalho, a fim de verificar o processo de criação da Unidade Avançada Alphaville e o papel que ela vem exercendo nesses últimos anos frente à Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein e a população de Alphaville que utiliza seus serviços.

O roteiro de entrevista semi-estruturada e o questionário de pesquisa dos usuários constam no ANEXO I.

Como o trabalho proposto envolveu pesquisas com os usuários e gestores da unidade e como precisamos ter acesso a dados sigilosos, tanto da Unidade Avançada Alphaville, como da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein, houve necessidade do projeto ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital, como previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 (BRASIL, 1997).

Assim, em 12 de Setembro de 2003, entrou no Comitê de Ética do Hospital Albert Einstein o projeto de pesquisa, tendo sido aprovado em 27 de Outubro de 2003, registrado no CEP sob número 03/35, conforme consta no ANEXO II.

4.4 AMOSTRA

Para a realização das entrevistas semi-estruturadas com as pessoas envolvidas com a Unidade Avançada Einstein Alphaville, foram selecionadas pessoas que tinham grande

envolvimento com essa instituição e que poderiam fornecer informações relevantes para a pesquisa.

Para isso, foi feita uma seleção intencional dos entrevistados conjuntamente entre pesquisador e o atual coordenador médico da unidade, onde foram escolhidos para as entrevistas o próprio coordenador médico, o coordenador administrativo da unidade, as duas pessoas responsáveis pelo planejamento estratégico da unidade na época da sua criação, o atual responsável pelo planejamento de marketing e o coordenador da área comercial da unidade. Todos os selecionados foram entrevistados, com exceção de um dos envolvidos com o planejamento estratégico.

Para os usuários da Unidade Avançada Einstein Alphaville, utilizou-se uma amostragem pelo método probabilístico aleatório simples de 81 Usuários, que utilizavam tanto o SADT's (Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento), ambulatorios e serviço de pronto-atendimento da unidade.

Para se chegar a esse número, utilizamos o método de Amostragem Sistemática, definido por MALHOTRA (2001) como uma técnica de amostragem probabilística em que a amostra é escolhida selecionando-se um ponto de partida aleatório e tomando-se cada i-ésimo elemento sucessivamente do arcabouço amostral.

Para isso, foi selecionado um dia por semana, onde durante um mês e uma semana, os usuários da Unidade foram entrevistados das 8:00 às 20:00 horas. Essa metodologia permitiu que fizéssemos entrevistas todos os dias da semana, o que eliminaria possíveis variações sazonais entre as datas.

4.5 PRÉ-TESTE

O Pré-teste foi realizado na própria Unidade Avançada Einstein Alphaville, onde foi realizada uma entrevista com o coordenador administrativo da unidade e aplicados 10 questionários para os usuários da unidade dos serviços de SADT's.

Certamente o pré-teste foi de fundamental importância, contribuindo para a melhor adequação do instrumento de pesquisa aos objetivos do estudo. Para isso, antes desse pré-teste, foram definidos para cada pergunta da entrevista semi-estruturada e para os questionários, os objetivos que se queria alcançar. Então, a partir dos resultados do pré-teste, os instrumentos de pesquisa foram alterados de forma a se obter melhores resultados. Essa alteração resultou na eliminação de duas questões que se tinham o mesmo objetivo.

Além disso, foi importante a pré-tabulação para se estabelecer as formas de abordagem dos entrevistados, assim como o método de coleta e tabulação dos dados.

4.6 OBJETO DE ESTUDO: O Hospital Israelita Albert Einstein

Em 1955, um grupo de médicos da comunidade israelita reuniu-se com a proposta de oferecer seu trabalho e prestígio para mobilizar os meios necessários para construir um hospital de alto padrão, como uma forma de retribuir ao país a acolhida aos imigrantes. A intenção era ampliar o atendimento em saúde para a população brasileira, seguindo padrões de excelência de qualidade médica. Planejou-se um hospital de alto padrão médico e tecnológico, com “profundo sentido ético e moral, aberto a todos, sem distinção de raça, cor, credo ou religião” (SBIAE, 2003).

Ainda em 1955 foi fundada a Sociedade Beneficente, associação sem fins lucrativos, de caráter beneficente, social e científico. Segundo seu estatuto, a sociedade deveria contemplar: a fundação, manutenção e desenvolvimento de um hospital; a criação e manutenção de uma Escola de Enfermagem; a assistência médico-hospitalar gratuita aos necessitados; o estabelecimento de centro de estudos e pesquisas científicas; outros atos de beneficência.

A pedra fundamental do hospital foi lançada em setembro de 1958 e sua inauguração oficial e início de funcionamento ocorreu em 1971. Desde então, o hospital vem se destacando a cada dia pela qualidade do seu corpo clínico e pelas suas instalações, sendo certamente considerado um dos melhores do Brasil e com atendimento semelhante ao dos melhores hospitais do mundo.

O Hospital Israelita Albert Einstein foi o primeiro fora dos Estados Unidos a conseguir a acreditação pela *Joint Commission International Accreditation* (JCIA) em Dezembro de 1999 (TERRA, 2000), tendo a partir de então se tornado modelo na implantação desse tipo de acreditação aqui no Brasil. O hospital também inovou, tendo informatizado todos os seus setores, através de seus sistemas *MedTrak* e *LabTrak*, somando-se a diversas ferramentas de tecnologia de informação (como *palmtops*, coletores de dados, comunicação *wireless* e prontuário eletrônico) (MURAHOVSKI, 2000).

Todos esses avanços na área tecnológica do HIAE tornaram-no referência também nesse setor. Entre os benefícios da implantação dessas tecnologias da informação está a tentativa de se reduzir as incertezas do processo assistencial, o que, de acordo com QUEIROZ (2003), melhora o trabalho dos profissionais envolvidos nesse processo.

Decorridos mais de 30 anos da sua inauguração, em 2003, o Hospital Israelita Albert Einstein opera com 418 leitos, que permite classificá-lo como sendo um hospital de grande porte. Além disso, o HIAE pode ser visto como um hospital geral de alta complexidade, com destaque para áreas como oncologia, maternidade e reprodução humana, transplantes e diálises, além de mais recentemente a área de reabilitação e SADT's.

Apesar de todo esse crescimento da infra-estrutura hospitalar no decorrer de sua existência, o hospital também não abandonou o seu lado filantrópico. Hoje, cerca de 10.000 crianças são atendidas gratuitamente no Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis e o convênio do hospital com o Sistema Único de Saúde permite a realização de quase 150 transplantes anualmente. (LOTTENBERG, 2003).

Nesses anos de sua existência, o hospital teve grande crescimento, e dentro da sua estratégia de expansão, iniciou a abertura de Unidades Avançadas. A idéia inicial era instalar essas Unidades Avançadas nas regiões da Grande São Paulo onde residiam e trabalhavam os principais públicos-alvo do hospital. Isso representaria aproximadamente oito unidades. Entretanto, até o momento, somente duas Unidades estão em funcionamento: a Jardins, localizada no bairro de mesmo nome na cidade de São Paulo, inaugurada em 2002; e outra em Alphaville, distante aproximadamente 30 Km de São Paulo, inaugurada em 1999 e que será o objeto central desse estudo.

A região conhecida por Alphaville fica em sua maior parte localizada na cidade de Barueri, e uma parte de menor tamanho no município de Santana de Parnaíba. (Gráfico 1) Hoje Alphaville tem aproximadamente 61 Km² de área, sendo ela totalmente urbana. A população local é de cerca de 177.000 habitantes, pertencendo quase em sua totalidade às Classes A e B. (EMPLASA, 2003). Ela foi desenvolvida baseada no conceito urbanístico de *Edge Cities* ou Cidades de Entorno, que são cidades planejadas desenvolvidas ao redor dos grandes centros urbanos. O desenvolvimento do projeto que acabou na criação de Alphaville ocorreu na década de 50, pelos engenheiros Renato de Albuquerque e Yojiro Takaoka, sendo que a inauguração e o início da comercialização das áreas comerciais e urbanas deram-se no ano de 1974. (ALPHAVILLE URBANISMO S/A, 2003).

Figura 1 – Região Metropolitana de São Paulo



Fonte: EMPLASA (2003)

O sistema de saúde da região de Alphaville não possui nenhum hospital geral ou de referência, apesar de possuir clínicas particulares e SADT's, além de alguns serviços de emergência.

O município de Barueri pertence à DIR V – Osasco da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, sendo sua administração no âmbito do SUS do tipo Gestão Plena do Sistema Municipal. O sistema público de saúde do município é composto por 1 Centro de Especialidades, 14 UBS (Unidades Básicas de Saúde) e 3 Pronto-Socorros, localizados no Centro, Jardim Mutinga e Parque dos Camargos, todos distantes de Alphaville, e cujo público-alvo são os moradores dos demais bairros de Barueri e algumas cidades vizinhas como Santana de Parnaíba e Carapicuíba, que não possuem *renda per capita* semelhante à de Alphaville (SAMEB, 2003).

Santana de Parnaíba também pertence à DIR V, e possui um Sistema de Saúde Público ainda menor que o de Barueri. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Santana de Parnaíba, ela possui 5 Unidades Básicas de Saúde, 1 Centro de Especialidades (chamado de Policlínica) e 2 Pronto-Atendimentos, que acabam por atender aos quase 75.000 habitantes da região (SANTANA DE PARNAÍBA, 2003).

5. RESULTADOS

Através das informações obtidas pelas entrevistas, dentro do seu caráter de pioneirismo, a Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein, no final da década de 90, sob a direção do Dr. Reynaldo André Brandt, tomou a decisão de procurar novos modelos assistenciais com a finalidade de expandir suas atividades, após suceder uma diretoria que permaneceu por mais de 17 anos no comando da Sociedade. Assim, um grupo de trabalho foi formado e discutiu-se qual o posicionamento que a Sociedade Beneficente deveria passar a ter na expansão de suas atividades. Uma das opções seria a continuação da ampliação das instalações do hospital no Morumbi. Outra alternativa seria a integração de novos hospitais à Sociedade Beneficente, ou pela aquisição ou pela construção de um novo hospital. Entretanto, após intensa discussão, chegou-se à decisão que a partir de então, o hospital passaria a crescer adotando um modelo já amplamente utilizado por hospitais dos Estados Unidos: o modelo das unidades avançadas.

Segundo esse modelo de assistência à saúde, existiria um grupo que administraria um sistema de saúde, e que levaria o seu nome, como os exemplos da Mayo Clinic e da Cleveland Clinic. Esse sistema de saúde daria cobertura a um grupo populacional de determinadas localizações através da instalação de hospitais gerais, especializados, unidades avançadas e unidades de SADT's.

Nesse modelo assistencial, as unidades avançadas têm papel fundamental. Elas estão presentes e dando cobertura a um grupo populacional específico de uma determinada região, oferecendo tanto serviços ambulatoriais, como consultórios de diversas especialidades, serviços de terapêutica e diagnóstico e pronto-atendimento para os casos de urgência e emergência que chegam até a unidade. A disponibilidade desses serviços estaria na dependência da necessidade da região. Assim, quando o grupo populacional alvo da unidade já possui cobertura por parte de um hospital do sistema, não haveria necessidade, por exemplo, de oferecer serviços de pronto-atendimento, mas sim serviços de saúde que não necessitassem de uma infra-estrutura hospitalar, como são casos de exames complementares. Já se a população não possui cobertura hospitalar, aí sim se faz necessária a implantação de um serviços de emergência/urgência.

A lógica que existe por trás desse modelo de unidades é a seguinte: a unidade deve ser uma forma de retenção dos atuais e captação de novos clientes para o sistema de saúde. A captação de novos clientes pode ocorrer pela entrada do mesmo pelo pronto-atendimento,

onde o paciente numa situação de emergência entra no PA, onde são feitos os primeiros procedimentos, como os de reanimação e depois de restabelecidos os seus sinais vitais, o mesmo é transferido para o hospital de referência do sistema. Além disso, a captação pode também ser feita pelos consultórios, onde os procedimentos de maior complexidades são realizados nos hospitais, enquanto os mais simples podem ser realizados no ambulatório da unidade avançada.

Com relação à retenção dos atuais, as unidades avançadas podem ser vistas como uma forma de acesso ao sistema de saúde de forma mais ágil e lógica, onde seriam deslocados dos hospitais todos aqueles atendimentos mais simples, como consultas e exames não-invasivos realizados nas Unidades, que possuem ambientes muito mais adequados e cujo custo é bem menor do que o dos hospitais. Além disso, as unidades avançadas devem ser vistas pela população por elas coberta como um centro de referência e porta de entrada para o sistema de saúde, onde num eventual problema de saúde, as pessoas se dirijam à unidade, onde lá são avaliadas e tratadas, e caso haja necessidade de um procedimento de maior complexidade, as mesmas são referenciadas a uma outra parte integrante do sistema. Assim, a unidade também deve transmitir segurança a essa comunidade, já que num eventual problema de saúde, a população poderá contar com a unidade avançada para a assistência.

Além disso, a unidade poderá ser um centro de convivência para a comunidade, oferecendo, por exemplo, palestras sobre cuidados à saúde. Serviços como os de imunização também podem ser ofertados, entre outros.

Portanto, frente às vantagens previstas no modelo de unidades avançadas, ficou decidido que esse modelo seria o adotado pela Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein para a expansão de sua atuação, algo até certo ponto inéditos para os hospitais brasileiros.

Dessa forma, a Diretoria da Sociedade Beneficente, por meio do grupo de trabalho formado, realizou duas pesquisas:

- 1) Uma, sócio-econômica, realizado por uma empresa de pesquisa especializada em análise de mercado, que procurou determinar regiões dentro da grande São Paulo de maior potencial de consumo para os serviços oferecidos pelo Hospital Israelita Albert Einstein, já focando neste caso na abertura das Unidades Avançadas.

- 2) Uma segunda pesquisa foi realizada pelo próprio hospital em seu banco de dados de clientes, onde foi feito um *ranking* das regiões de residência e trabalho dos pacientes, tanto ambulatoriais como de internação do Hospital Israelita Albert Einstein.

A partir de ambos os estudos, foram detectadas na região da grande São Paulo oito regiões de grande potencial de consumo dos serviços da Sociedade Beneficente, e que poderiam abrigar uma Unidade Avançada Einstein. As regiões mapeadas eram Alphaville, Alto de Pinheiros, Avenida Brasil, Avenida Engenheiro Carlos Berrini, Avenida Paulista, Higienópolis, Jardim Anália Franco e Moema.

Para esses oito pontos foram realizados estudos de viabilidade e retorno econômico-financeiro e eles foram classificados a partir desses resultados. Iniciou-se então uma discussão dentro da Sociedade Beneficente pelo grupo de trabalho em 1997 a respeito de qual região iniciar a implantação do modelo das Unidades Avançadas.

Após o período de avaliação dos estudos realizados, a Sociedade Beneficente decidiu pelo início das Unidades Avançadas na região de Alphaville. Essa escolha foi então na época contestada por alguns membros do grupo de trabalho, devido ao fato da mesma ter ficado nas últimas colocações dentre as regiões previamente escolhidas com relação ao retorno econômico-financeiro que a unidade poderia dar após sua implantação.

Alguns fatores foram fundamentais para a escolha de Alphaville. O primeiro deles era que intuitivamente a região de Alphaville era uma das mais convidativas das previamente escolhidas; tratava-se de uma região de alto poder aquisitivo, isolada da cidade de São Paulo, sem nenhum hospital de grande porte oferecendo seus serviços, sendo que o mais próximo focado no público de Alphaville era o próprio Hospital Israelita Albert Einstein, distante quase 30 quilômetros, com acesso pela Rodovia Castelo Branco, cujo trânsito era intenso nos horários de pico, principalmente antes da construção da via pedagiada, em 2001. Soma-se ainda o fato de, por ser uma localidade isolada, caso o projeto das Unidades Avançadas não tivesse êxito, a má reputação do nome do hospital ficaria restrito à área de Alphaville, inclusive afastada do principal público-alvo do hospital, a cidade de São Paulo. Influuiu também positivamente para a escolha por Alphaville a questão de alguns membros da diretoria da Sociedade Beneficente morarem na região, e serem favoráveis à implantação da Unidade no local, até mesmo por sofrerem pressão da população local, assim como a existência de diversos profissionais da saúde com os quais a Sociedade Beneficente tinha bons relacionamentos, fato este considerado fundamental para o sucesso da Unidade Avançada.

Decidido pela região de Alphaville, o grupo de trabalho iniciou então a busca por onde se instalar e quais serviços oferecer na região. A idéia inicialmente era seguir o modelo norte-americano de Unidade Avançada, numa área relativamente pequena, de aproximadamente 800

metros quadrados, com funcionamento até às 22 horas e com serviços específicos focados para a região.

Entretanto, com o correr das negociações, a diretoria da Sociedade Beneficente acabou por acertar com o Dr. Dib Sauaia Neto, então proprietário da maior clínica da região de Alphaville, o aluguel da mesma e a sua transformação na primeira Unidade Avançada Einstein. Dessa forma, o projeto da primeira Unidade Avançada da Sociedade Beneficente iniciou-se de maneira diferente do planejado: numa unidade de tamanho muito superior ao que era considerado como “ideal” e numa área alugada, já que o Dr. Dib foi à época resistente à venda da mesma.

Assim, a Unidade Avançada Alphaville foi instalada num terreno de aproximadamente 5.000 metros quadrados, com área construída de mais de 2.500 metros quadrados. Em virtude do tamanho da Unidade, serviços que até então não estavam planejados acabaram sendo alocados na unidade, e dessa forma, a mesma passou a oferecer, por exemplo, exames de tomografia computadorizada e serviços de pronto-atendimento 24 horas.

A Unidade Avançada Einstein Alphaville passou a ter um PA de funcionamento ininterrupto, 10 consultórios, que atendem a quase a totalidade das especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, serviços de ultrassom, tomografia, radiologia, testes ergométricos, postos de coletas de exames laboratoriais (todos os exames são enviados ao Hospital no Morumbi), vacinação, psicologia, fonoaudiologia e fisioterapia.

Com relação ao quadro de funcionários da unidade, a preferência foi pela contratação de pessoas que já trabalhavam no Hospital Israelita Albert Einstein, e que moravam na região próxima à unidade, como Barueri, Santana de Parnaíba e Osasco, o que era considerado socialmente justo pela Sociedade Beneficente. Na época logo após a inauguração da unidade Alphaville, a mesma chegou a contar com até 84 funcionários, além do corpo clínico que atuava nos consultórios.

A questão do corpo clínico que atuaria na unidade também sofreu mudanças com relação ao projeto inicial. A idéia era a de que a unidade atuasse com corpo clínico fechado, inclusive nos consultórios. Entretanto, com o tempo, percebeu-se que tal fato era financeiramente inviável, devido à ociosidade de grande parte desse corpo clínico, principalmente em algumas especialidades. Muito disso se deveu à baixa quantidade de pacientes que vinham até a unidade para atendimentos ambulatoriais, já que os moradores locais possuíam profissionais de referência em Alphaville, e só se utilizavam da unidade para casos de Pronto-Atendimento e de SADT's.

Isso tinha sido previsto na implantação da unidade. Com o intuito de solucionar tal problema, foi feito um acordo com o Dr. Dib, no qual o mesmo se comprometeu a repassar todos os seus pacientes para a unidade, fato este que por motivos diversos acabou não se concretizando.

Dessa forma, antes mesmo de completar um ano de existência, o modelo de corpo clínico fechado foi abandonado, e a Unidade Alphaville passou a locar seus consultórios aos profissionais que já atuavam na região e que tinham uma carteira de clientes semelhantes ao público-alvo do Einstein. Assim, com o passar do tempo, um dos fatores críticos de sucesso para a Unidade foi como atrair para dentro dela os profissionais que até então tinham clínicas particulares na região, trabalhando principalmente com o nome Einstein para trazer benefícios para o mesmo.

Assim, em 21 de Dezembro do ano de 1998, a primeira Unidade Avançada Einstein foi inaugurada em Alphaville. Apesar de ser uma novidade no país, a inauguração da unidade não foi muito divulgada na mídia em geral, até mesmo pelo fato de que não se conhecia muito bem os resultados que seriam obtidos, e caso fossem negativos, isso poderia prejudicar a reputação do hospital. Assim, ações de marketing como anúncios em revistas locais e *outdoors* ficaram restritos à região de Alphaville.

Para comandar a Unidade Avançada Alphaville foi contratado o próprio Dr. Dib Saaia Neto. O mesmo permaneceu como Diretor Clínico da Unidade, da inauguração até 24 de Junho de 2000, quando veio a falecer de modo inesperado. A partir de então assumiu a Diretoria Clínica da Unidade o Dr. João Roberto de Sá, que estava contratado até então pelo hospital para avaliar o projeto de implantação do modelo de unidades, e que ainda permanece dirigindo a unidade em Julho de 2004.

5.1. Os Resultados Alcançados pela Unidade

Na época da implantação da Unidade, toda a diretoria da Sociedade Beneficente esperava que Alphaville fosse um “grande negócio”, e que traria num curto período de tempo bons frutos. Nos estudos iniciais do grupo de trabalho formado para a implantação das Unidades Avançadas, estimava-se que a Taxa Interna de Retorno (TIR) do investimento inicial de Alphaville ficaria ao redor de 5 a 6%, isso considerando uma taxa de juros de 18% ao ano, o que tornava o negócio totalmente viável. Essa não era a maior das taxas de retorno

entre as unidades inicialmente planejadas (Por exemplo, a unidade da Avenida Brasil deveria ser quase o dobro, mas pelos motivos anteriormente explicados, decidiu-se iniciar por Alphaville).

Todo o planejamento inicial começou a ser abandonado logo no começo, quando a Unidade ficou de um tamanho muito maior que o planejado, e principalmente por ela ser alugada, e não própria, e com valores dos aluguéis que quase inviabilizaram financeiramente a unidade logo no seu início.

Soma-se também o fato de que a unidade e o próprio departamento comercial da Sociedade Beneficente não procuraram de início manter bons relacionamentos com as fontes pagadoras, deixando de lado o setor de assistência supletiva, passando a depender somente daquele público seletivo que tinha condições de arcar com os procedimentos realizados, ao contrário do planejamento inicial, que propunha que grande parte da receita da unidade viesse dos planos de saúde, ainda que a maior parte fosse de planos executivos.

5.1.1 Os Resultados Financeiros Obtidos pela Unidade

Para analisar os resultados obtidos pela Unidade Avançada Einstein Alphaville, é necessário verificar tanto o lado das receitas, quanto dos custos variáveis e fixos, além dos resultados obtidos. Para isso, conforme sugere SANTOS (2000), seria interessante verificar as seguintes demonstrações financeiras: Balanço Patrimonial, Demonstração de Resultados e Origens e Aplicações de Recursos.

Por motivos éticos, os valores financeiros relativos à Unidade Alphaville não serão mostrados sob forma de números absolutos, já que os mesmos são considerados estratégicos pela diretoria da unidade e da Sociedade Beneficente, posição esta respeitada neste trabalho.

As informações analisadas têm como base os anos de 2001, 2002 e 2003, já que para o ano de 1999 e 2000 elas não existem de forma consolidada, o que as torna pouco confiáveis, conforme a própria Unidade.

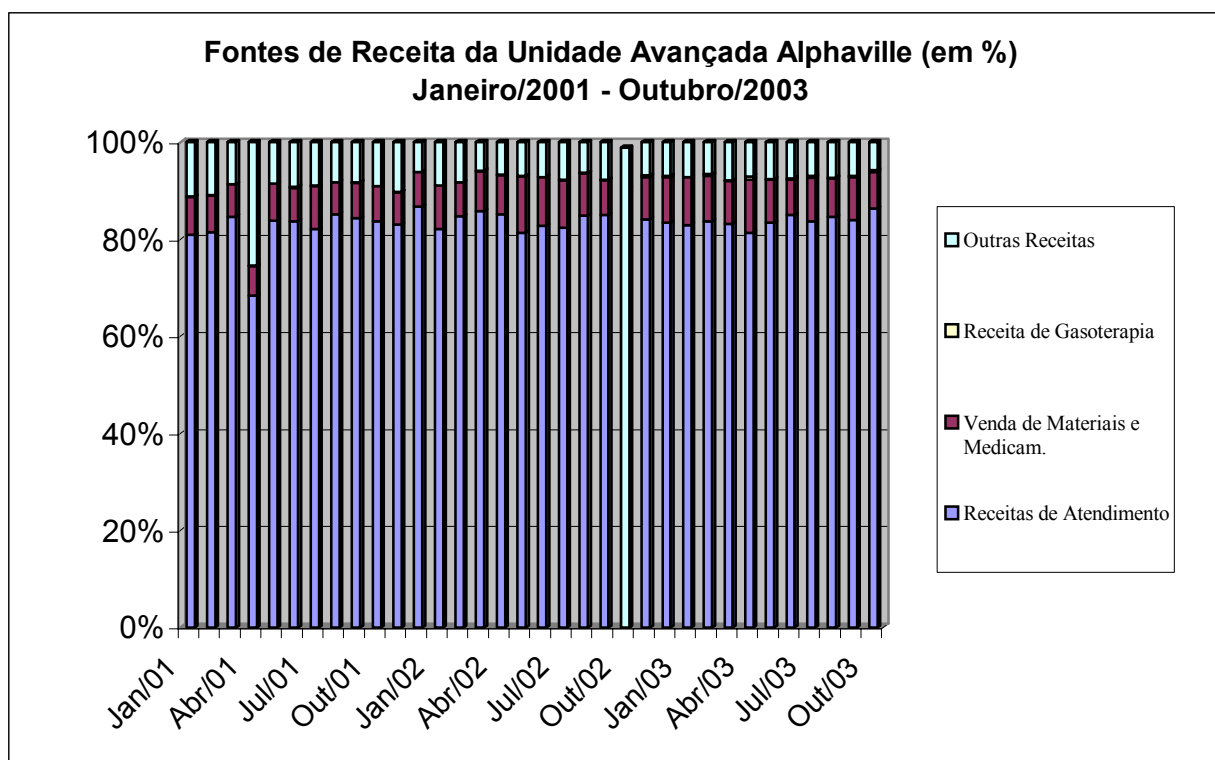
Todos os dados financeiros apresentados abaixo foram deflacionados pelo Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M), calculados pela Fundação Getúlio Vargas. A escolha do IGP-M se deve ao fato dele ser o mais amplo dos índices de preços, não abrangendo apenas os preços do varejo, como o IPCA do IBGE e o IPC da Fipe (CARMO, 1998).

5.1.2 Análise das Receitas da Unidade

As receitas da Unidade Avançada Alphaville foram divididas em quatro grupos com finalidade de análise: receitas de atendimento, venda de materiais e medicamentos, receita de gasoterapia e outras receitas.

As receitas de atendimento representam a maior parte da renda da unidade, sendo em média responsável por 85% do total. A seguir, temos as receitas com venda de materiais e medicamentos, porém bem abaixo, correspondendo em média a 7% do total.

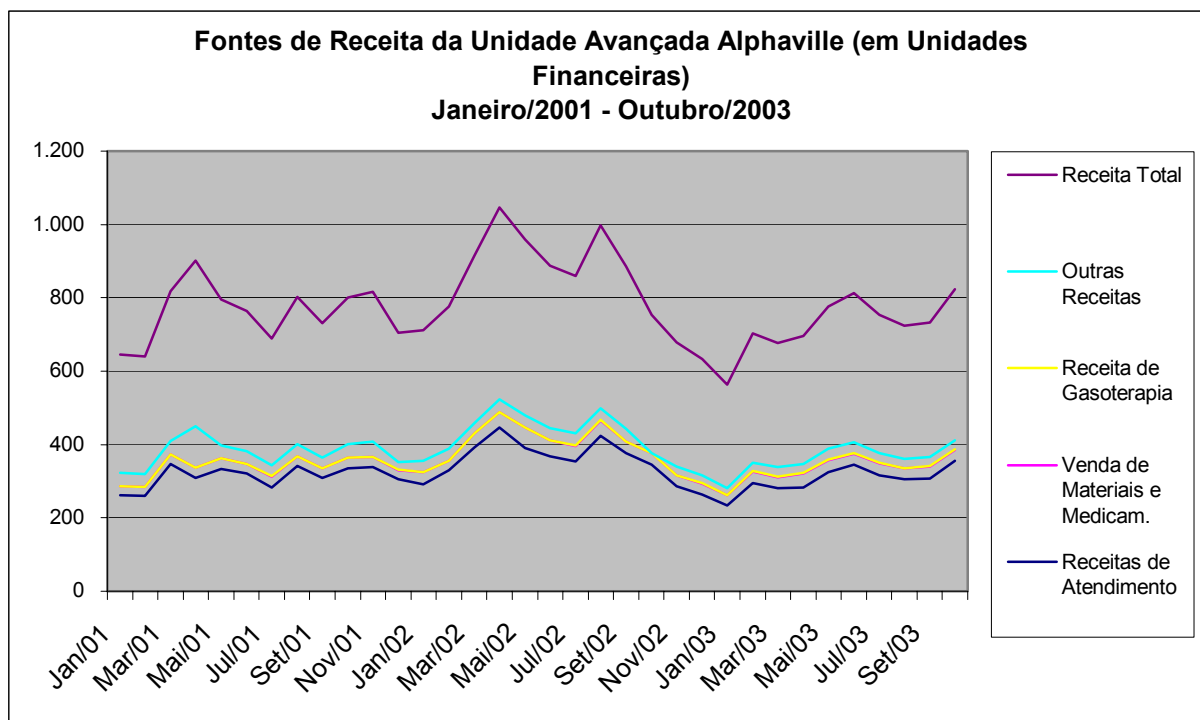
Gráfico 1



Fonte: UAEA (2004)

Se analisarmos as receitas numa série temporal, observamos que as mesmas se mantiveram razoavelmente estáveis durante o ano de 2001, passando a ter um expressivo crescimento durante o primeiro trimestre de 2002, com uma queda no final do segundo trimestre, retomando no terceiro trimestre um novo crescimento que volta a cair no final de 2002. Durante o ano de 2003, a receita manteve um nível de crescimento constante, embora pouco significativo, o que pode ser um bom indício para os próximos anos, caso se mantenha a tendência.

Gráfico 2



Fonte: UAEA (2004)

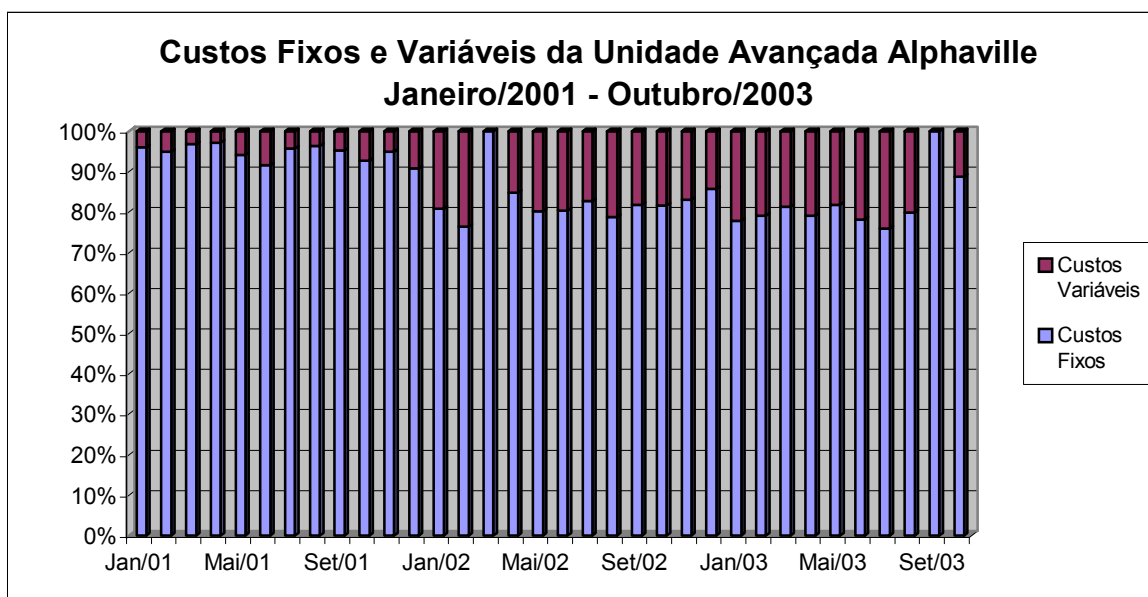
Com relação aos diversos tipos de receitas, podemos observar que as mesmas vêm cada vez mais se concentrando na parte de atendimento, sendo que a venda de materiais e medicamentos e gasoterapia, além de outras receitas, vem cada vez mais perdendo participação no total.

5.1.3 Análise dos Custos e Despesas da Unidade

Para analisarmos o comportamento dos custos e despesas, iremos inicialmente dividir os custos em fixos e variáveis. Custos fixos são aqueles custos que não se alteram independente da quantidade de procedimentos realizados. Já os custos variáveis são aqueles que variam de acordo com o volume de procedimentos na unidade (MARTINS, 2003).

Pelas informações financeiras obtidas da unidade, podemos observar que os custos fixos da mesma são muitos elevados, representando, no período de Janeiro de 2001 até Outubro de 2003, quase 88% do total dos custos na média dos meses. Entretanto, o que também pode ser observado é que essa participação dos custos fixos vem se reduzindo com o tempo. Em 2001 representavam, na média, quase 95% dos custos, em 2002, esse valor reduziu-se para 84,5% e em 2003, caiu para 82,3%.

Gráfico 3

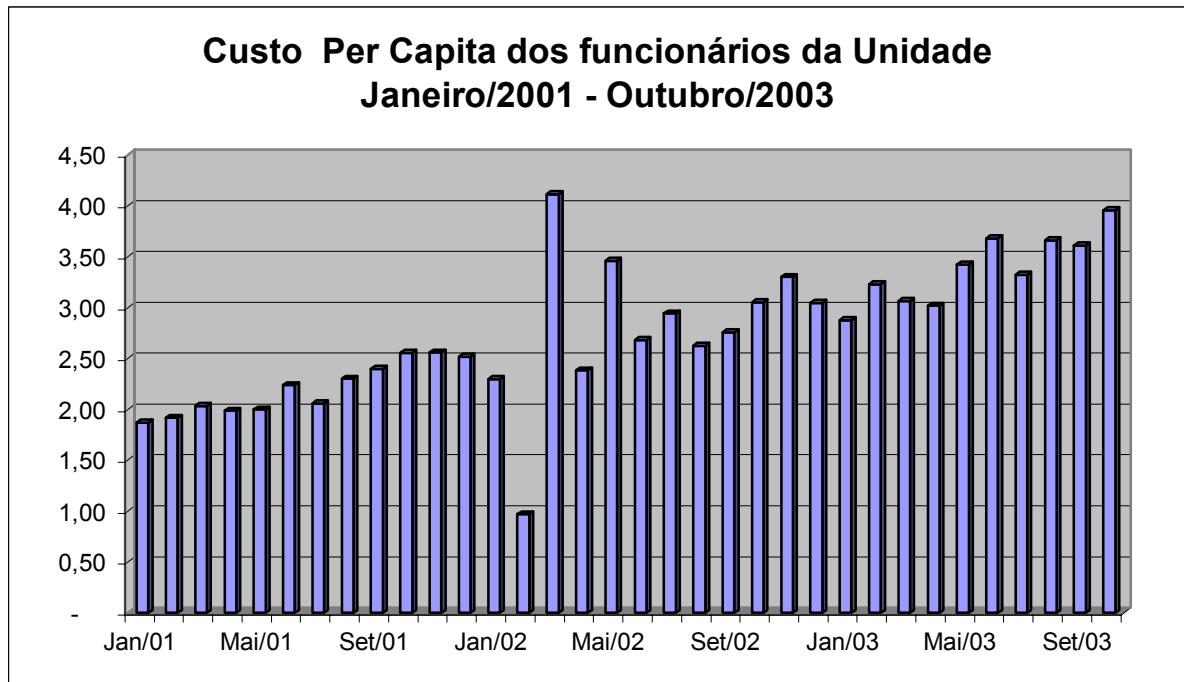


Fonte: UAEA (2004)

Com relação aos custos fixos, podemos observar um crescente aumento dos custos relacionados com salários e encargos na Unidade Alphaville. No período de Janeiro de 2001 a Outubro de 2003, o aumento dos custos com o quadro de funcionários foi em média 10,40% ao mês, tendo no total uma variação de mais de 154% em três anos, descontada a inflação do período.

Quando avaliamos os custos trabalhistas *per capita*, a variação no período foi de aproximadamente 112%, ou seja, um pouco menor que o custo total com funcionários, o que demonstra que as variações com folha de pagamento se devem principalmente às variações de número de funcionários. Na média, o crescimento mensal ficou ao redor de 9,7%.

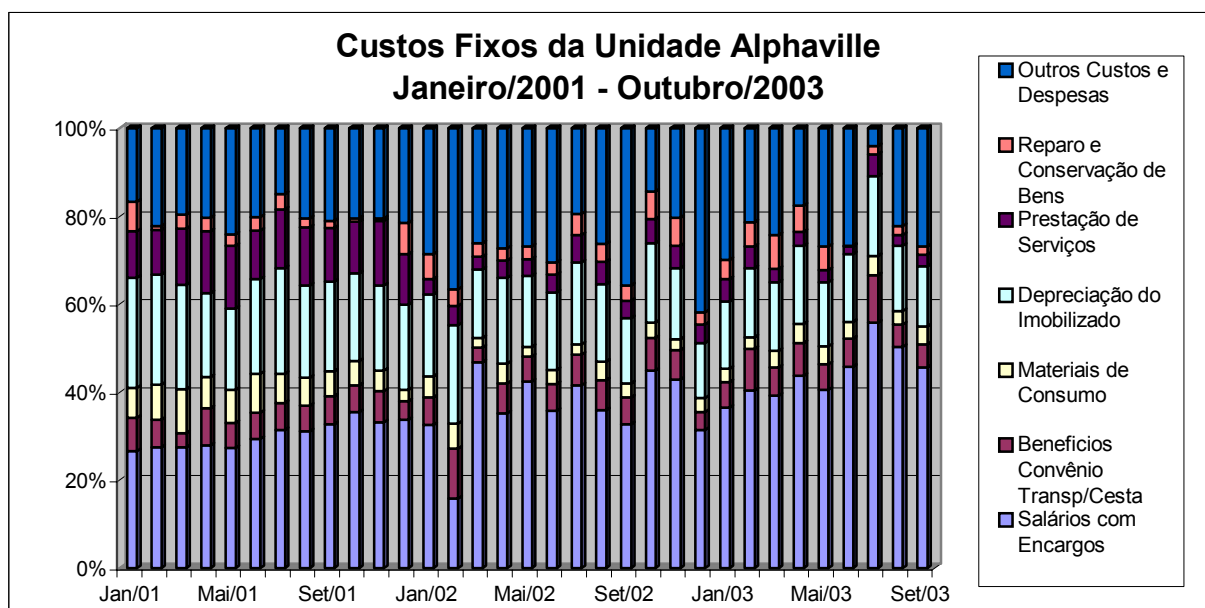
Gráfico 4



Fonte: UAEA (2004)

Com relação aos demais custos fixos da Unidade, é possível observar que grande parte dos mesmos vem se mantendo constante, como os gastos com reparação e conservação dos bens, e a depreciação do imobilizado. Já os custos com prestadores de serviços e material de consumo vêm se reduzindo.

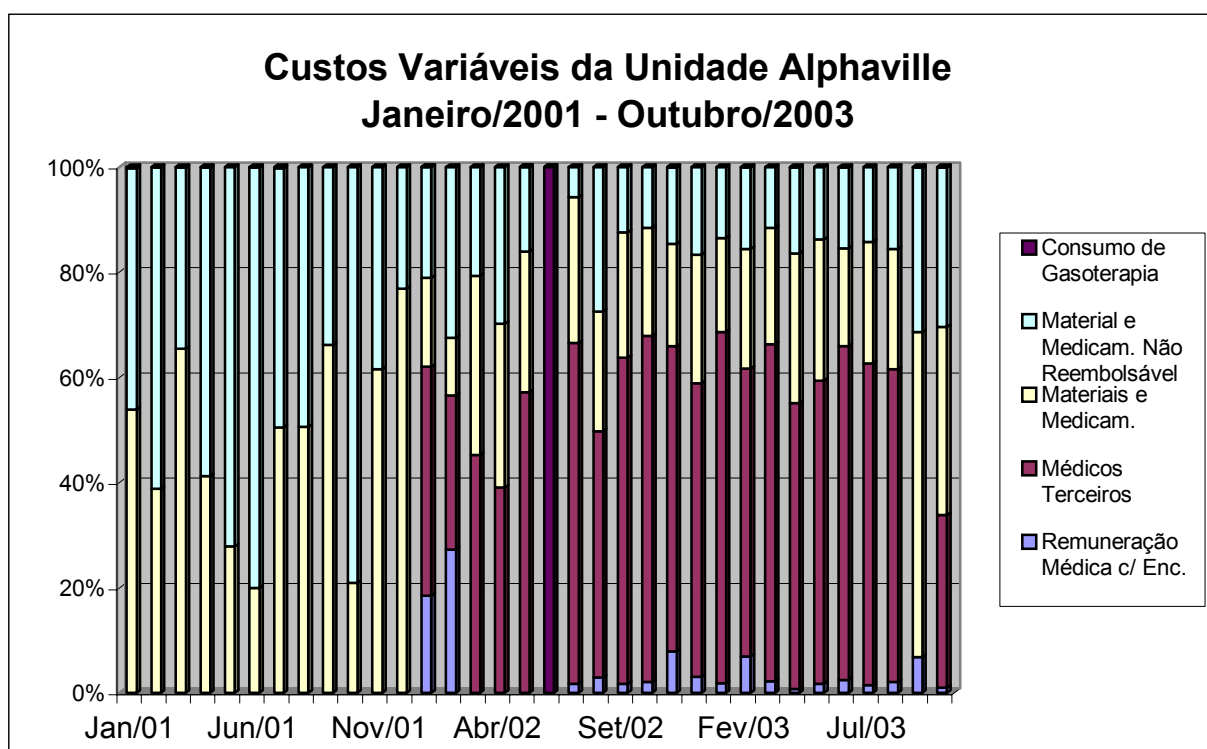
Gráfico 5



Fonte: UAEA (2004)

Com relação aos custos variáveis da unidade, a terceirização de parte do corpo clínico teve grande impacto sobre eles a partir de Janeiro de 2002. A partir de então, esses custos passaram a assumir grandes proporções, representando em média 60% dos custos variáveis da Unidade. Com relação aos gastos com Materiais e Medicamentos, observa-se que unidade vem conseguindo manter um padrão de gasto razoável, com redução dos custos com materiais e medicamentos não reembolsáveis, e aumentos da proporção de gastos com aqueles que são reembolsáveis.

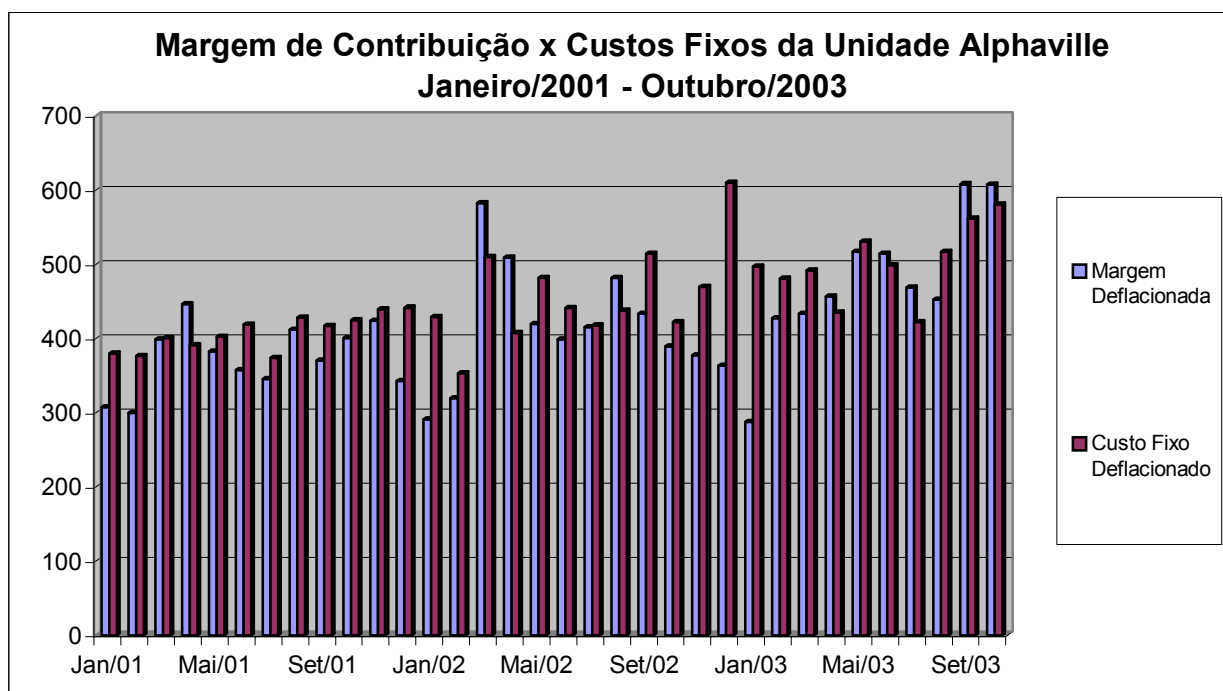
Gráfico 6



Fonte: UAEA (2004)

A partir das informações sobre receita e custos variáveis, podemos trabalhar com o conceito de margem de contribuição, que é a diferença entre as receitas e os custos variáveis. O ponto de equilíbrio do negócio é atingido quando a margem de contribuição se iguala aos custos fixos (ATKINSON *et al.*, 2000).

Gráfico 7

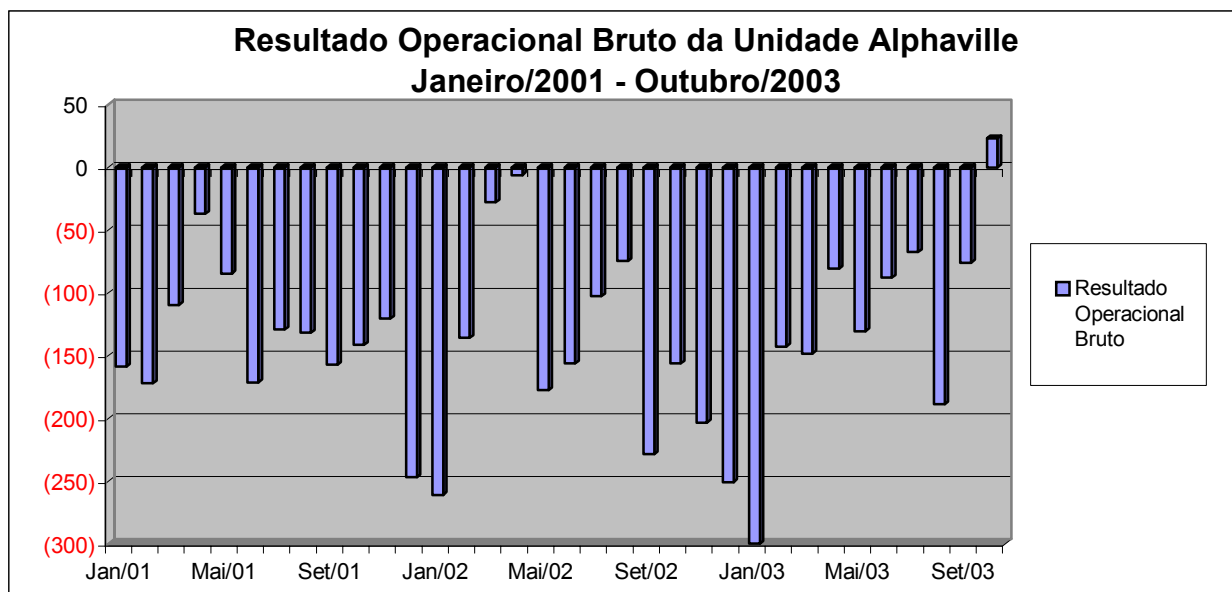


Fonte: UAEA (2004)

Pelo gráfico comparativo entre as receitas e os custos variáveis, pode-se observar que a Unidade Alphaville apresenta ao longo do tempo margens de contribuição negativas ou muito pequenas, o que acaba por resultar num resultado final (ou seja, a lucratividade da unidade) negativa. Resumindo, a Unidade Alphaville, não consegue através das receitas geradas pelos seus serviços, cobrir os custos e despesas do funcionamento da mesma.

Para agravar ainda mais esta situação, é preciso considerar que alguns custos gerados na unidade são transferidos, por exemplo, para a Sociedade Beneficente, além das provisões para Cofins e Cota Patronal, que quando consideradas, elevam ainda mais os resultados operacionais negativos da Unidade.

Gráfico 8



Fonte: UAEA (2004)

Baseada nesses fatos, a análise do retorno sobre o investimento realizado na unidade foi negativa em todo o período. A estimativa do investimento inicial foi de aproximadamente R\$ 4 milhões, sendo que a Unidade não consegue nem mesmo cobrir os seus custos operacionais ao longo do tempo, muito menos amortizar o investimento lá realizado até julho de 2004.

5.2 Os Resultados Operacionais da Unidade

Desde a época da sua inauguração, em Dezembro de 1998, a Unidade oferece como serviços o Pronto-Atendimento (PA) que possui capacidade para realização de procedimentos de urgência e emergência 24 horas. Além do PA, a Unidade possui atendimento ambulatorial, serviços de fisioterapia, aplicação de vacinas, serviço de remoção e de SADT's (tomografia, ultra-som, raio-x e testes ergométricos).

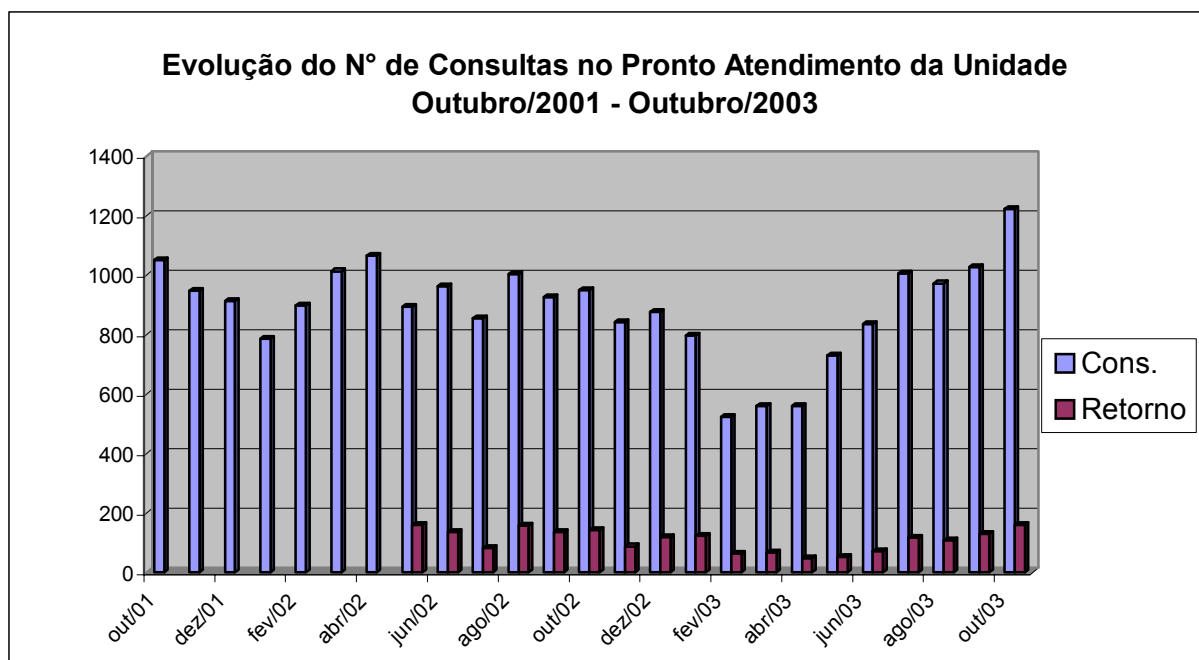
A partir de Janeiro de 2003, a Unidade Alphaville também passou a oferecer serviços de plantonistas nas áreas de pediatria e ortopedia durante o dia, em virtude da demanda que esses serviços vinham tendo até então no PA.

As informações referentes aos atendimentos e procedimentos realizados na Unidade são do período de Outubro de 2001 até Outubro de 2003, que eram os dados consolidados até o momento do trabalho.

Quanto aos atendimentos realizados no Pronto-Atendimento, observamos que a média mensal para o período foi de aproximadamente 890 consultas, sendo que cerca de 110 consultas dessa média eram retornos. A média de procedimentos realizados no PA girava em torno de 107 ao mês, desde pequenos curativos e inalação, até procedimentos de reanimação.

Para os anos de 2001 e 2002, constata-se que o número de atendimentos e procedimentos não apresentou tendência de crescimento ou redução, situação esta que muda com uma acentuada queda no início de 2003, mas cuja recuperação se dá ao longo deste ano, inclusive superando o número médio de atendimentos e procedimentos nos anos anteriores, devido principalmente ao aumento da cobertura por parte de alguns planos de saúde, fato este que será comentado mais adiante.

Gráfico 9

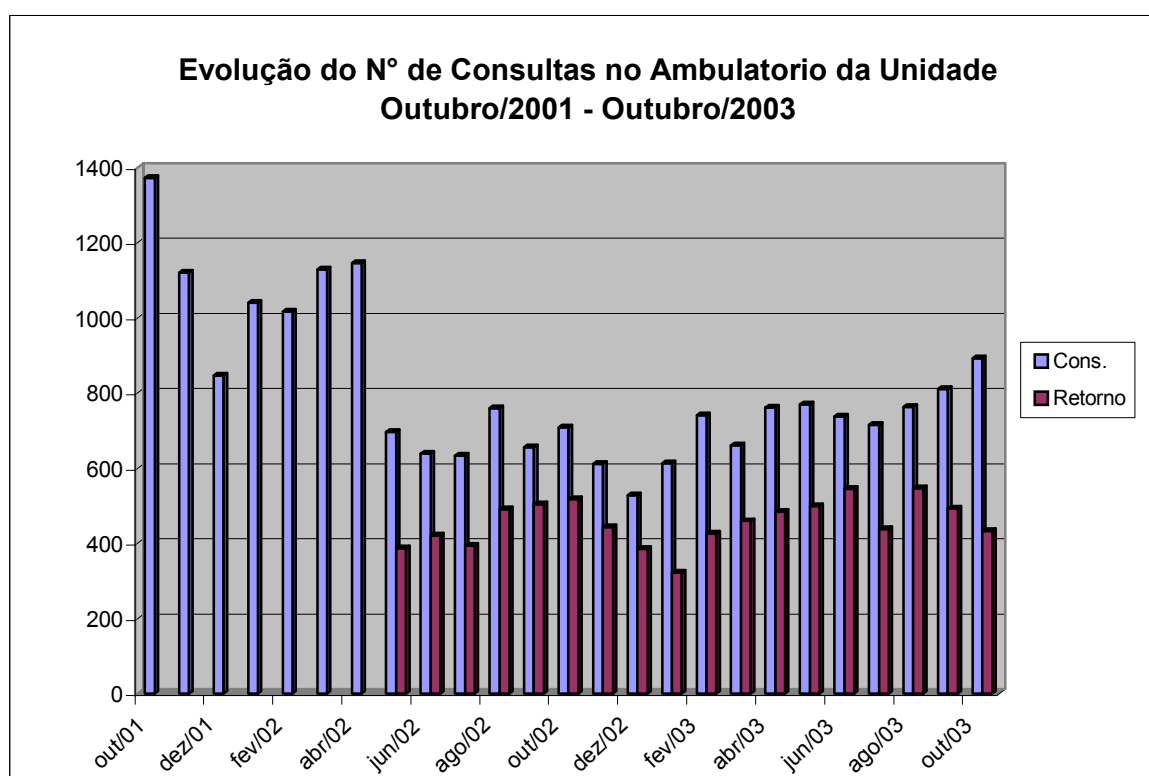


Fonte: UAEA (2004)

O atendimento ambulatorial na Unidade Avançada gira em torno de 815 consultas por mês, sendo que 450 dessa média são retornos. O número de procedimentos ambulatoriais, como por exemplo, curativos, é pequeno, com média mensal de 13.

Observa-se que no final de 2001 e início de 2002, o número de atendimentos ambulatoriais foi muito grande, devido ao fato de que até então não existia uma separação entre consultas iniciais e de retorno. A partir de então, o número total de consultas se manteve estável até meados de 2003, onde passou a ocorrer uma tendência de crescimento. Quanto às consultas de retorno, não houve grandes variações ao longo do tempo.

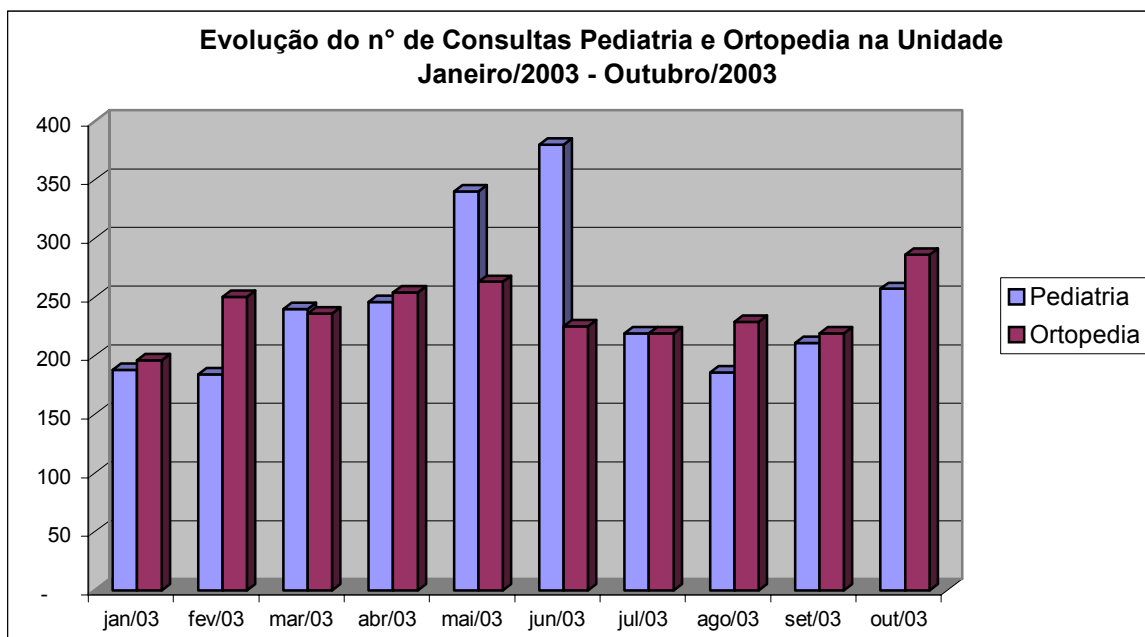
Gráfico 10



Fonte: UAEA (2004)

Já os atendimentos pediátricos e ortopédicos tiveram início mais recentemente, mas pelos números apresentados, pode-se constatar que ambos apresentaram uma demanda durante o ano de 2003 que realmente justifica a sua presença na unidade. O atendimento pediátrico teve uma média mensal de mais de 210 consultas, enquanto para o ortopédico esse número foi próximo a 180.

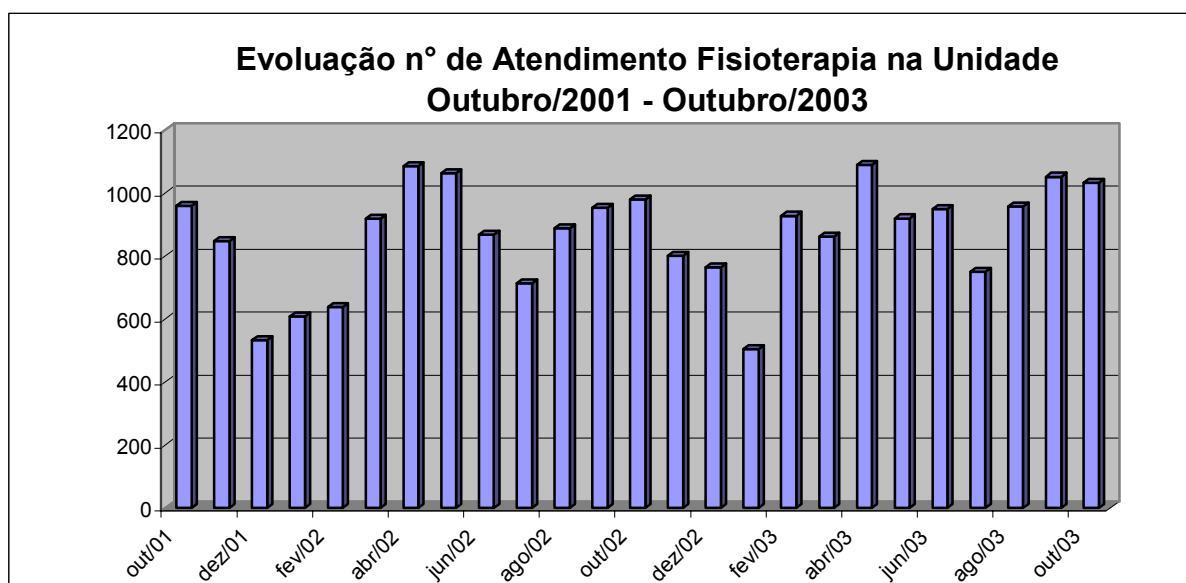
Gráfico 11



Fonte: UAEA (2004)

Sem dúvida, um dos principais serviços oferecidos pela Unidade Alphaville, cuja demanda foi além da estimada no planejamento inicial, foi o serviço de fisioterapia. A fisioterapia é responsável por uma média mensal de quase 870 atendimentos, próximo ao do Pronto-Atendimento e do Ambulatório, que seriam inicialmente os principais serviços da Unidade. Para final de 2003, a média de atendimentos ultrapassava 1.000/mês e esse número apresenta tendência de estabilidade nesse patamar.

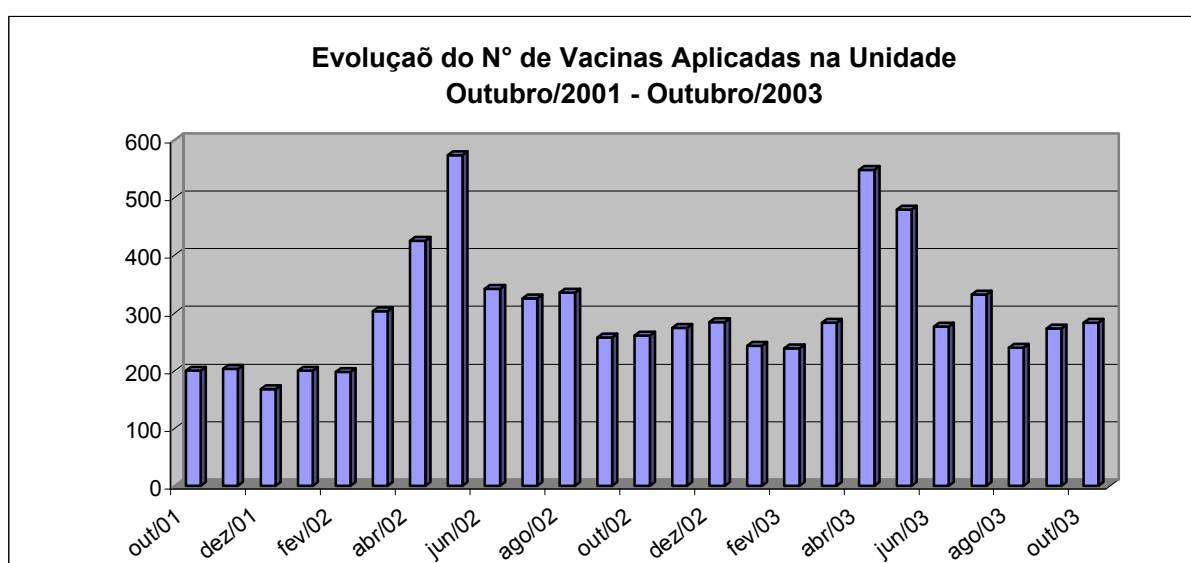
Gráfico 12



Fonte: UAEA (2004)

As vacinas normalmente não estão dentro do que se costuma considerar o *core business* de um hospital. Entretanto, elas são um importante serviço oferecido no modelo de Unidades Avançadas. Isto justifica a constante demanda por esse tipo de serviço na Unidade Alphaville, com cerca de 300 aplicações mensais, com picos nos meses abril e maio, quando são realizadas as campanhas de vacinação contra a gripe. A média nesses meses gira ao redor de 500 doses.

Gráfico 13



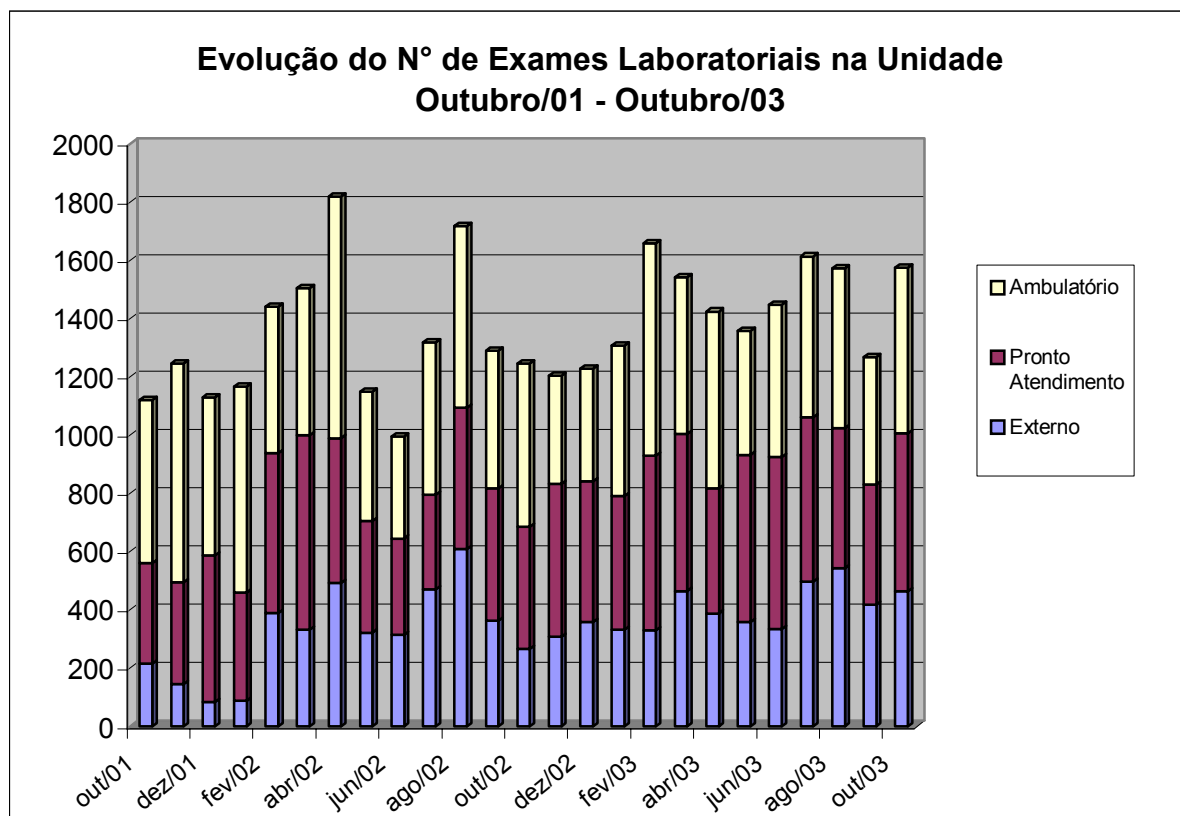
Fonte: UAEA (2004)

Os serviços de SADT's disponíveis na Unidade Alphaville são os exames laboratoriais, de ultra-som, tomografia computadorizada, raio-x e ergométricos. Para análise dos exames, os mesmo serão divididos quanto à origem da solicitação: externa, pronto-atendimento e ambulatório.

Quanto aos exames laboratoriais, podemos observar que a principal demanda é originada do ambulatório, com média mensal de 540 exames, seguida pelo pronto-atendimento com aproximadamente 475 exames e as solicitações externas, com média de 350 por mês.

Ao analisar a série temporal dos exames solicitados pelas diversas fontes, pode-se notar que a demanda total não apresenta tendência a aumentar e a diferença entre as origens vem cada vez mais se reduzindo.

Gráfico 14

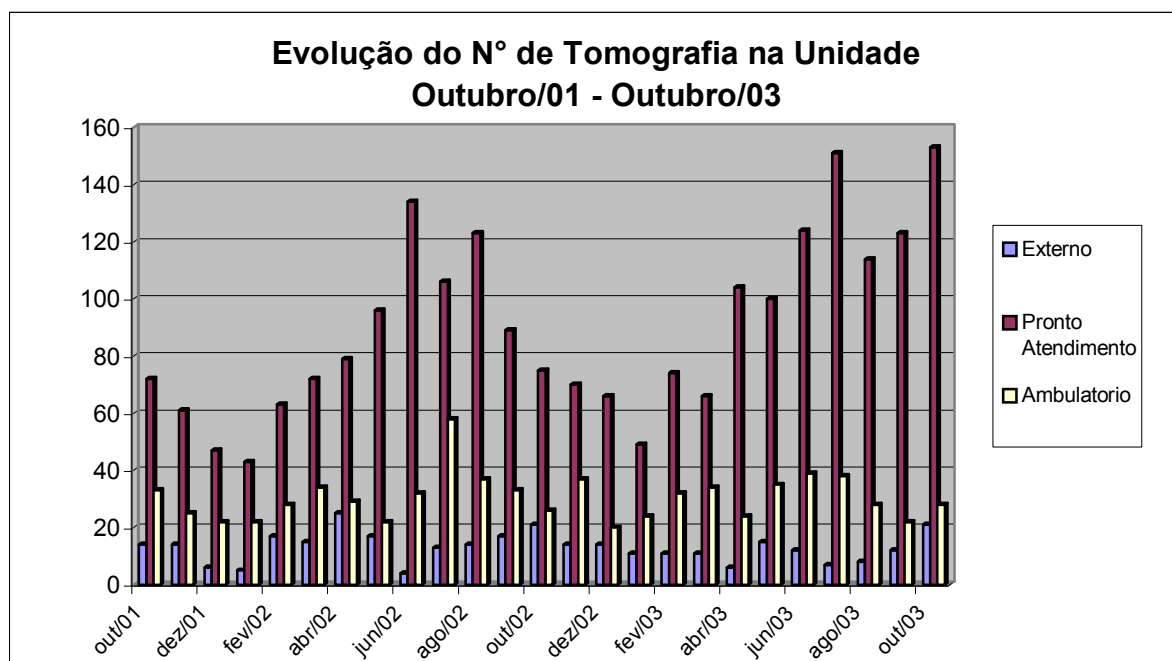


Fonte: UAEA (2004)

A Tomografia Computadorizada é um dos SADT's mais críticos da Unidade Alphaville, em virtude do fato do elevado custo para disponibilizar tal tipo de serviço na unidade. ANTUNEZ e GARCIA (2001) procuraram estimar o custo anual de um tomógrafo com vida útil de 8 anos e chegaram a um valor anual de cerca de US\$ 230.000, contanto custos de manutenção, materiais e medicamentos, profissionais envolvidos e depreciação. A média de tomografias realizadas mensalmente na unidade é de 115. A principal demanda vem do PA, com média de mais de 90 TC/mês, seguida pelo ambulatório com média de aproximadamente 30 e as solicitações externas, com aproximadamente 12 TC mensais.

O número de tomografias realizadas na unidade vem aumentando em decorrência do aumento do número de solicitações originadas do pronto-atendimento, já que as externas e do ambulatório vêm se mantendo num número constante. O crescimento do número de solicitações do PA coincide com o número de atendimentos lá realizados. Dessa forma, um aumento do número de consultas no pronto-atendimento não se reflete apenas no aumento de receita dessa unidade de negócio, mas também de outras, como é o caso dos SADT's.

Gráfico 15

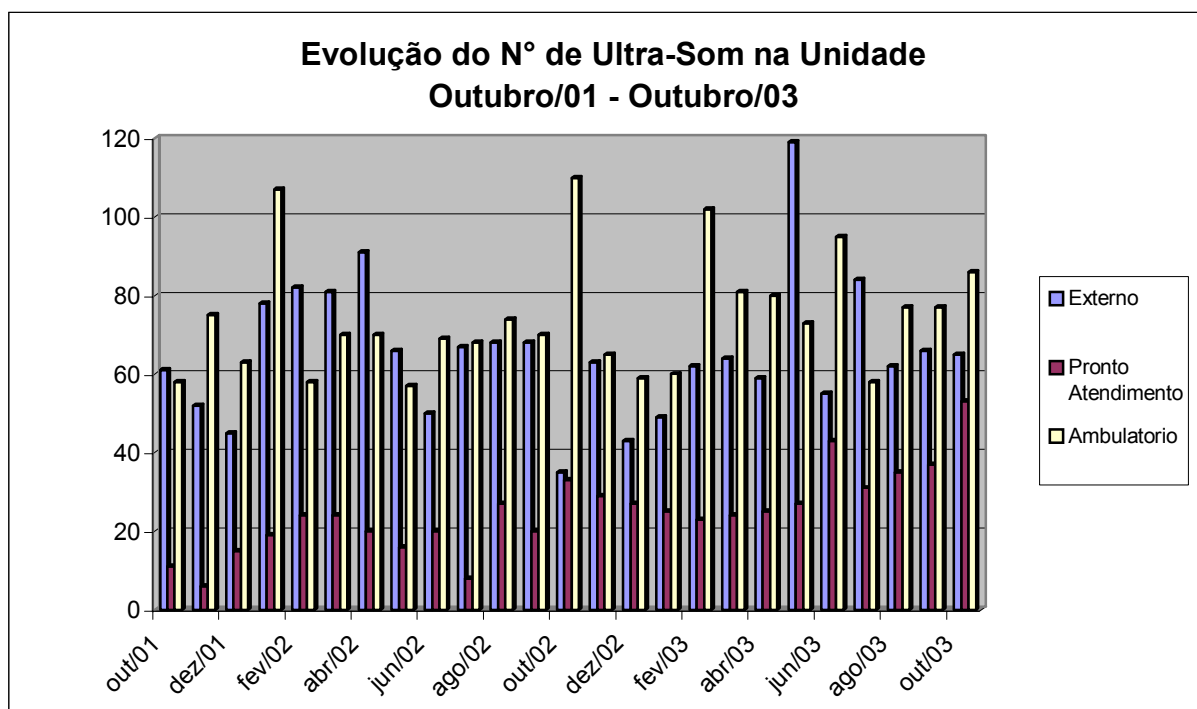


Fonte: UAEA (2004)

Outro importante SADT, presente desde o início da unidade foi a ultra-sonografia, sendo esta um dos serviços de maior demanda em Alphaville. A média mensal é de aproximadamente 142 exames, sendo que a maior parte das solicitações tem origem no pronto-atendimento, com média de 74 exames/mês. Este exame também é demandado pelo pronto-atendimento, sendo realizadas cerca de 65 ultra-sonografias no mês. A utilização de tal por solicitação de profissionais externos à unidade é menor, quando comparada com as demais origens, com média de quase 25 exames/mês.

Entretanto, na análise da série temporal, observamos que as solicitações originadas do ambulatório e de profissionais externos mantêm uma demanda constante, já o pronto-atendimento possui uma demanda crescente, principalmente nos últimos meses de 2003.

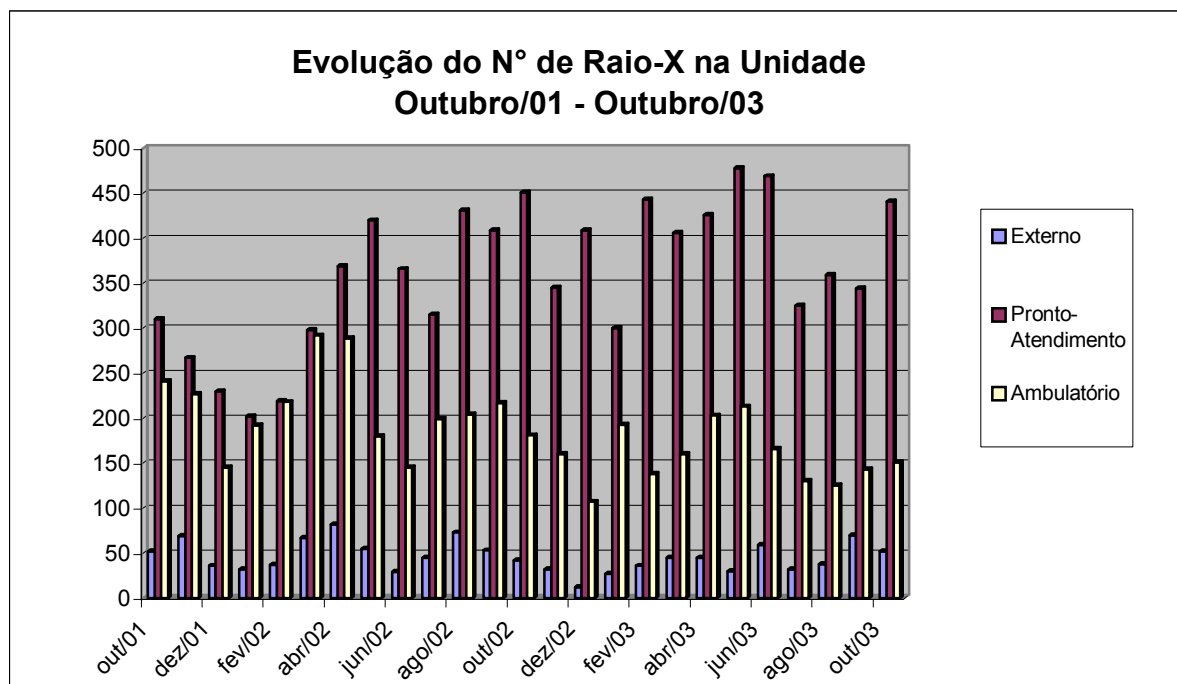
Gráfico 16



Fonte: UAEA (2004)

Os serviços radiológicos são certamente dos mais importantes dentro do conceito da Unidade Avançada, principalmente quando é levada em consideração a existência de um pronto-atendimento na mesma. Dessa forma, o pronto-atendimento é a principal fonte de demanda desse tipo de serviço, com média de mais de 360 exames/mês. A seguir vem o ambulatório, com uma média de quase 185 exames mensais, e bem depois, os exames externos, com média mensal de pouco mais de 45 exames radiológicos. Os exames de raio-X possuem uma demanda relativamente constante ao longo do tempo, e que vem se mantendo abaixo do esperado, gerando ociosidade no serviço.

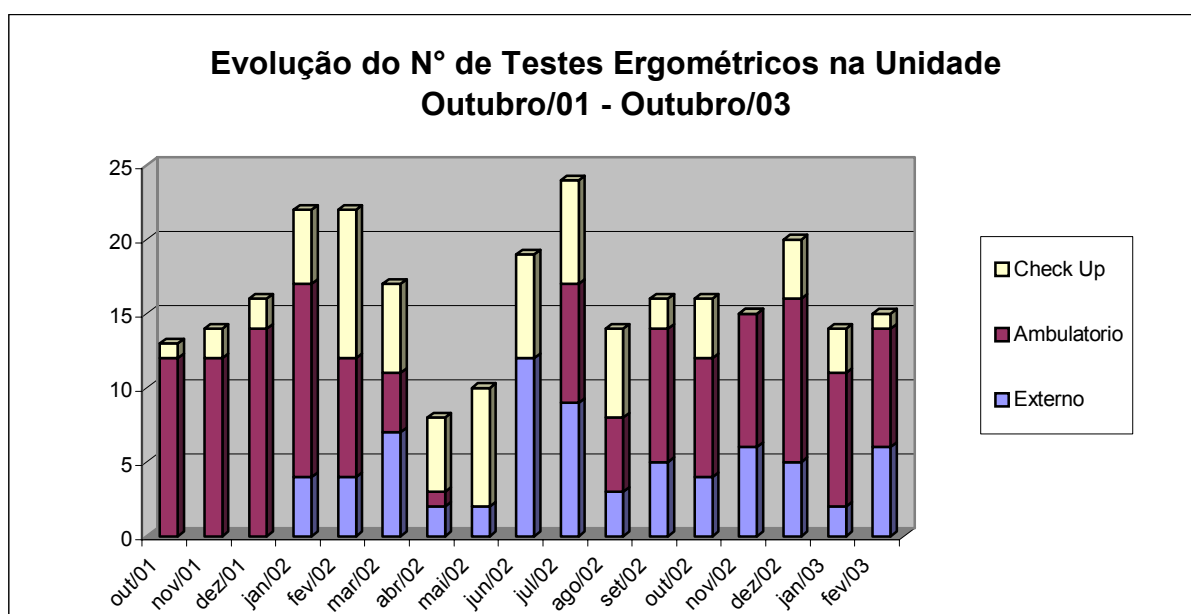
Gráfico 17



Fonte: UAEA (2004)

Apesar de não ser o grande foco da Unidade Alphaville, a mesma possui SADT de exames ergométricos, cuja utilização também é bastante restrita. A média mensal de testes ergométricos é de aproximadamente 13 testes, sendo que a maior parte das solicitações vem do ambulatório, com cerca de 9 exames/mês.

Gráfico 18



Fonte: UAEA (2004)

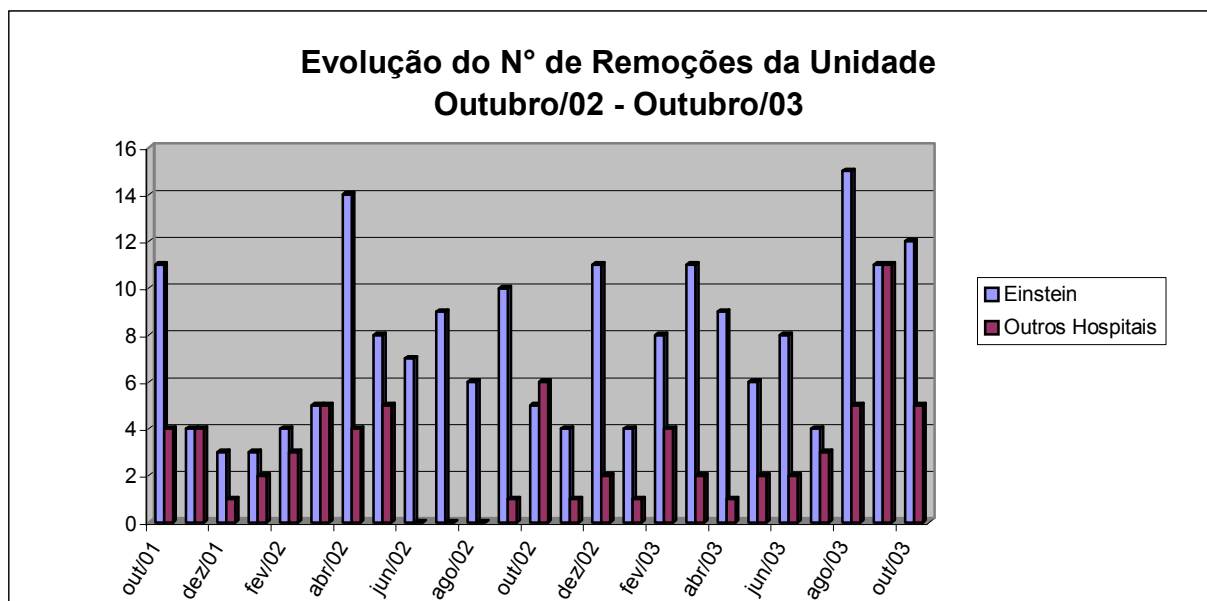
Dentro do conceito da Unidade Avançada, existe a idéia de que a mesma seria responsável pela resolução da grande maioria dos casos que a ela chegassem, inclusive os de emergência, que seriam atendidos no Pronto-Atendimento. Para casos mais graves, o PA deveria ser responsável pelos primeiros procedimentos a fim de tentar estabilizar as condições fisiológicas do paciente e, assim que possível, encaminhá-lo para um hospital de maior complexidade, de preferência, inclusive pela proximidade e pelos recursos lá existentes, o Hospital Israelita Albert Einstein do Morumbi.

Dentro desse conceito, a Unidade Alphaville foi projetada para dar esse suporte, tanto em termos de profissionais preparados como também de infra-estrutura. A mesma conta com locais estratégicos onde ambulâncias UTI poderiam ficar de prontidão para a remoção de casos mais complexos, assim como com local para pouso de helicópteros.

Até 2001, a Sociedade Beneficente mantinha junto à Unidade uma ambulância UTI. Porém, devido ao elevado custo desse serviço disponibilizado 24 horas, o mesmo deixou de ser oferecido. Assim, quando da necessidade de remoção, a Unidade entra em contato com empresas especializadas nesse tipo de serviço da própria região de Alphaville, que acabam por fazer esse serviço por um custo inferior ao de manter uma ambulância de prontidão na Unidade. Em estudo realizado por BITTAR *et al.* (2002), os autores estimaram o custo médio de aproximadamente R\$ 1.015 por paciente em ambulância UTI própria de um hospital geral. Algumas empresas terceirizadas fazem esse mesmo tipo de transporte de forma terceirizada para grandes hospitais por pouco mais de R\$ 300 por paciente.

Pelos dados da Unidade, observa-se que realmente é baixo o número de remoções, de aproximadamente 10 por mês, o que não justifica financeiramente a permanência ininterrupta de uma ambulância UTI no local. Aproximadamente 72% das remoções realizadas a partir da Unidade Alphaville são para o Hospital Israelita Albert Einstein, o que mostra que em grande parte o objetivo de captação de clientes está sendo cumprido.

Gráfico 19



Fonte: UAEA (2004)

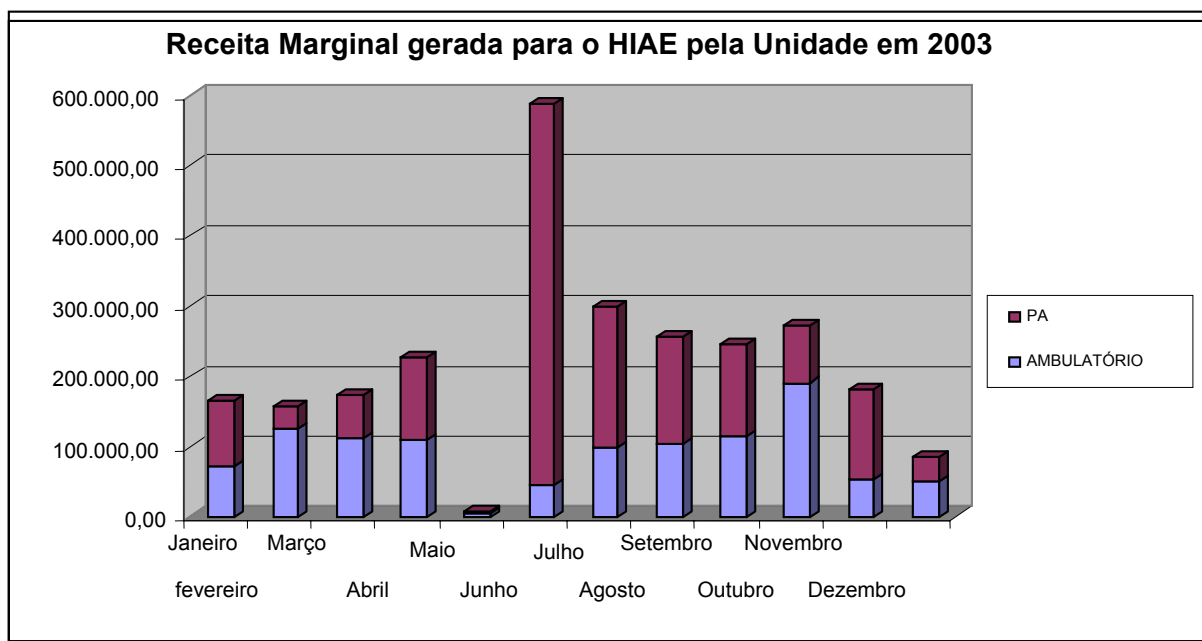
5.3 O Impacto da Unidade Alphaville sobre o Hospital Israelita Albert Einstein

Como anteriormente enfatizado, um dos principais objetivos da implantação do modelo das Unidades Avançadas era o da captação de novos clientes para o Hospital. Esse objetivo é analisado através da geração de receita marginal do hospital por parte dos clientes da Unidade Alphaville.

Essa receita marginal é calculada a partir dos casos que são referenciados ao HIAE pelo ambulatório e pelo pronto-atendimento, com base na receita gerada no próprio HIAE pelo paciente.

O registro do valor da receita marginal é realizado desde o início de 2003, já que os gestores da Unidade consideram que essa receita gerada possui um valor que não pode ser desprezado, principalmente em termo de análise de rentabilidade da Unidade Alphaville para a Sociedade Beneficente como um todo. Ele apresenta a seguinte evolução.

Gráfico 20



Fonte: UAEA (2004)

Como se pode observar, a receita marginal gerada pela Unidade Alphaville apresentou crescimento até meados de 2003, quando a mesma passou a decrescer. A discrepância existente entre os meses de maio e junho/2003 ocorreu devido ao fato de problemas ocorridos na apuração do mesmo pelos sistemas, onde grande parte da receita do mês de maio foi transferida para junho.

O Pronto-Atendimento foi a principal fonte de receita marginal, sendo responsável por aproximadamente 60% do total, enquanto o ambulatório respondeu pelo demais 40%. Essa diferença se deve principalmente ao fato que as referências do ambulatório para o HIAE são para procedimentos, como exames complementares, não disponíveis na Unidade Alphaville, cujos custos são inferiores àqueles provenientes das referências do Pronto-Atendimento, que são normalmente para procedimentos de maior custo, como procedimentos de emergência e internações em UTI.

A geração de receita marginal para o HIAE vem mostrando um bom desempenho. Para o ano de 2003, a receita marginal correspondeu a uma média de 40,14% da receita total gerada pela unidade. Portanto, a Unidade Avançada Alphaville, enquanto importante mecanismo de captação de clientes para o HIAE, em termos de geração de divisas e demanda, está tendo bastante sucesso.

5.4 O Quadro de Funcionários da Unidade Alphaville

A estratégia de recursos humanos adotada pela unidade sofreu grandes alterações desde a sua implantação, frente aos resultados obtidos ao longo do tempo. A idéia inicialmente proposta era de que a unidade deveria ter quase que exclusivamente funcionários próprios, com suas respectivas funções, conforme descrição do cargo já estabelecido no Hospital Israelita Albert Einstein.

No processo de recrutamento e seleção, deu-se preferência a candidatos que já trabalhavam no Hospital no Morumbi e que residiam próximo à região. Isso foi válido tanto para o quadro administrativo, como para o corpo clínico. Todos esses colaboradores foram efetivamente contratados pela unidade no regime de CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas).

Na época próxima a sua implantação, em 1999, a unidade contava com mais de 80 funcionários, o que foi logo percebido como excessivo. Já no final de 2000, o número médio de funcionário reduziu-se para perto de 60, média que se manteve ao longo do tempo, aumentando no final de 2003 para cerca de 70, com o incremento na demanda pelos serviços da unidade.

Entretanto, a grande mudança que acabou ocorrendo na questão dos recursos humanos da unidade diz respeito à forma de contratação do quadro clínico. No final de 2001 foi realizado um estudo por parte da direção da unidade, no qual foi constatado o elevado custo de manter profissionais contratados nas diversas especialidades médicas para atendimento ambulatorial, pois a grande maioria deles tinha horários ociosos.

A solução encontrada foi a terceirização dos profissionais que atuavam no ambulatório. O hospital passou a adotar a política de alugar seus consultórios para os profissionais que já trabalhavam na unidade ou em outra clínica de Alphaville. Dessa forma, conseguiu-se otimizar os custos com o quadro de funcionários da unidade. Em contrapartida, a administração da unidade passou a ter a tarefa de tentar atrair para suas instalações profissionais de diferentes áreas e, principalmente, que já tivessem certa experiência e carteira de clientes da região.

5.5 Os concorrentes da Unidade Avançada Einstein Alphaville

A região de Alphaville não possui nenhum hospital direcionado à população residente nos conjuntos habitacionais de alto padrão. Entretanto, a região conta com um grande número de consultórios médicos, que logo perceberam a lacuna que em relação a esses serviços.

Um dos principais concorrentes da Unidade Alphaville com relação ao atendimento ambulatorial é a Clínica Araguaia, com localização próxima a ela. Esta clínica é a maior da região e possui profissionais em quase todas as especialidades médicas, além de alguns serviços de SADT's, como ultra-som e Raio-X. A estrutura da clínica é semelhante ao ambulatório da unidade, estando a mesma presente em Alphaville há mais tempo que o Einstein.

Quanto aos concorrentes na área de SADT's, existem diversos na região. Estão presentes como principais concorrentes nessa área os laboratórios Fleury, que é considerado o principal, e a Diagnósticos da América, que mantém em Alphaville não só uma Unidade do laboratório Delboni Auriemo, como toda a estrutura do seu Núcleo Técnico Operacional. A região conta ainda com laboratório menores, como o Rhesus e o Ultracron, sendo que esses não podem ser considerados concorrentes diretos da unidade.

Com relação ao pronto-atendimento da Unidade Alphaville, o principal concorrente seria o Resgate da Amil, cuja sede também é em Alphaville. O Resgate conta com um pronto-atendimento 24 horas e serviços de remoção, tanto terrestres como aéreos. A Unidade Alphaville utiliza-se dos serviços de resgate da Amil para remoção dos pacientes da unidade para hospitais de maior complexidade, assim como muitos clientes da unidade solicitam a sua remoção de sua residência em Alphaville para a Unidade Avançada Einstein.

5.6 As entrevistas com os usuários da Unidade Avançada Alphaville

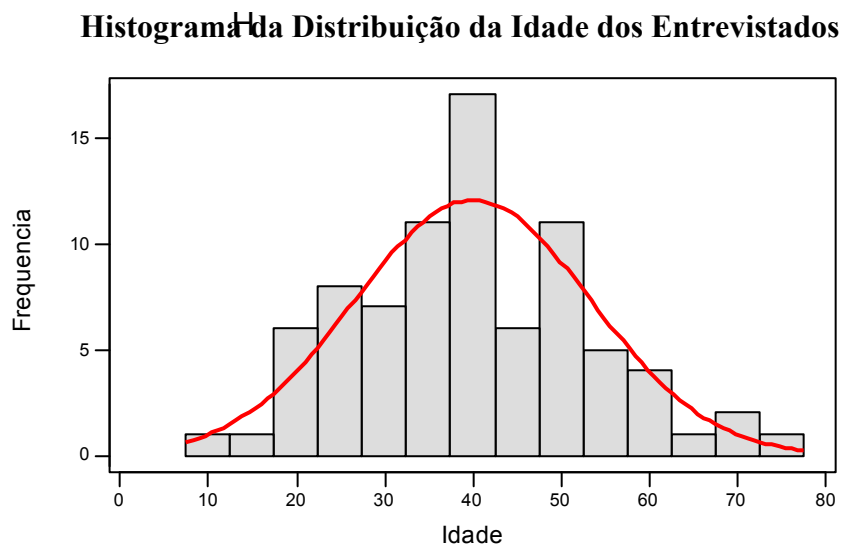
As entrevistas com os usuários da Unidade Alphaville conseguiram trazer algumas informações realmente muito interessantes, cuja vivência diária dos gestores na unidade muitas vezes pode acabar por obscurecer certos pontos importantes sob a ótica dos clientes.

Conforme afirma AACKER (2001), quando se trabalha com pesquisa de *marketing*, uma das primeiras metas de que o pesquisador deve tomar conhecimento diz respeito às características do seu público alvo.

Dos 81 usuários da Unidade Alphaville entrevistados na pesquisa, 63% são do sexo feminino (51 usuários), e o restante do sexo masculino. Quando analisamos a distribuição de

freqüência dos usuários segundo a idade, observamos que o perfil do usuário da unidade é de pessoas na faixa etária entre 30 e 50 anos, com média de idade de aproximadamente 40 anos ($\bar{x} = 39,99$).

Gráfico 21



Quando analisadas as distribuições de freqüências da idade com relação ao sexo do entrevistado, observa-se que as mesmas são diferentes entre homens e mulheres. A distribuição no sexo feminino é mais uniforme do que no masculino, com maior freqüência na faixa dos 35 a 50 anos. A principal diferença para os homens, é que neles essa faixa etária é menor para o limite inferior, com um grande número de dados amostrais na faixa dos 20 anos. É interessante notar ainda uma baixa freqüência de usuários em algumas faixas etárias, como é o caso das mulheres ao redor dos 45 anos, e de homens com idade próxima a 30 anos.

Gráfico 22

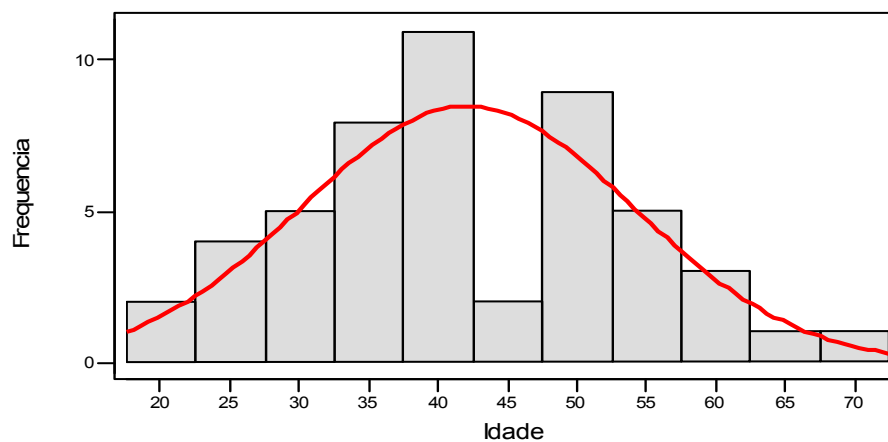
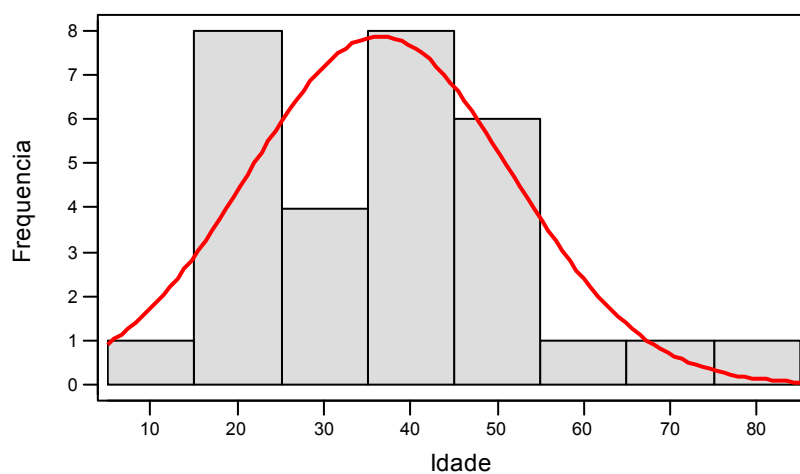


Gráfico 23

Histograma da Distribuição da Idade dos Homens Entrevistados



Com relação ao local de residência, 78% dos usuários da unidade residem em Alphaville, seguido por outras localidades com 15% e São Paulo, com 7%. Entre as demais localidades citadas, destacam-se Aldeia de Serra (com 3 usuários), Barueri (2 usuários) e Osasco (2 usuários).

Com relação ao local de trabalho, 79% trabalham em Alphaville, 12% em São Paulo e 9% em outras regiões, com destaque para Barueri, com 3 usuários.

Tabela 1 – Local de Residência e Trabalho

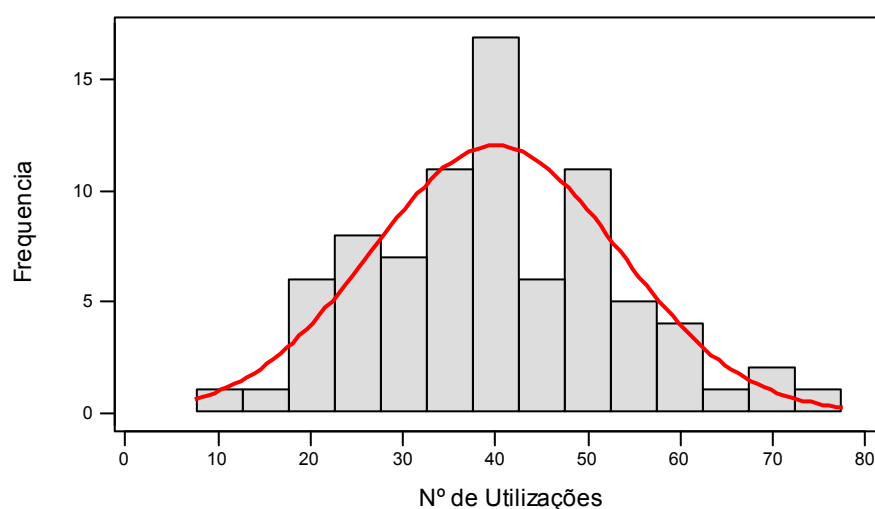
	Alphaville	São Paulo	Outros
Local de Residência	78%	70%	15%
Local de Trabalho	79%	12%	90%

Quando questionado sobre a quantidade de vezes que já utilizaram a Unidade Avançada Alphaville, a média obtida foi de aproximadamente 40 vezes desde a inauguração da mesma ($x = 39,98$; $DP = 13,41$). Se analisarmos se existe diferença entre o número de utilizações entre homens e mulheres da Unidade Alphaville, a mesma não se mostrou estatisticamente significativa ao nível de 0,05 pelo teste de Mann-Whitney ($W = 2124,0$).

Pelo teste estatístico de ANOVA de Kruskal-Wallis, também não existe diferença estatisticamente significativa da frequência de utilização da Unidade Alphaville entre os residentes de Alphaville, São Paulo e outros locais ($p = 0,056$). Já com relação ao local de trabalho, existe diferença estatisticamente significativa para o mesmo teste ($p = 0,011$), já que a utilização da unidade pelo que trabalham em Alphaville ($x = 13,75$; $DP = 7,77$), é superior à daqueles que trabalham em São Paulo ($x = 9,70$; $DP = 8,88$) e em outras regiões ($x = 5,57$; $DP = 4,82$).

Gráfico 24

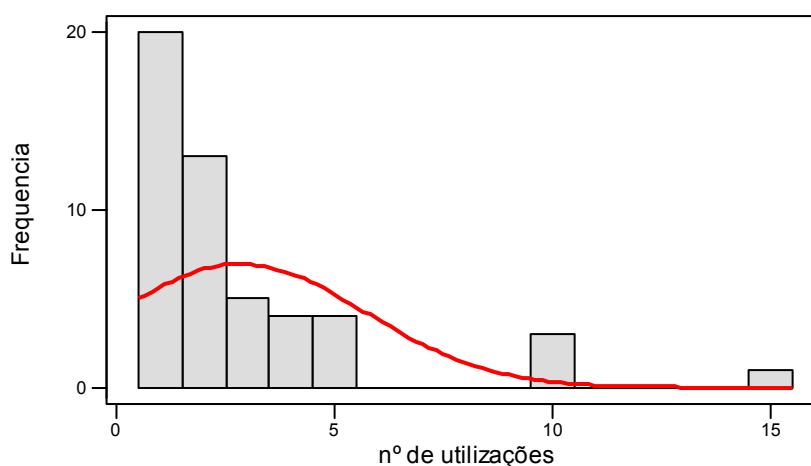
Histograma do Nº de utilizações da Unidade por Alphaville



A pergunta seguinte foi se os usuários da Unidade Alphaville já haviam utilizado o Hospital Israelita Albert Einstein no Morumbi. Para 62% dos usuários a resposta foi positiva. A média de utilização do HIAE para essas pessoas foi de aproximadamente 3 vezes ($\bar{x} = 2,84$; $DP = 2,86$).

Gráfico 25

Histograma do N° de Utilizações do HIAE pelos Entrevistados
Histograma do N° Utilizações HIAE



Não existe diferença significativa de utilização do HIAE quanto ao local de residência dos usuários. Com relação à residência, 60,31% dos que moram em Alphaville já utilizaram o HIAE ($\bar{x} = 2,76$; $DP = 2,99$), em comparação com 66,66% para São Paulo e demais locais (respectivamente $\bar{x} = 2,00$; $DP = 0,81$ e $\bar{x} = 3,60$; $DP = 2,90$). Já o local de trabalho é uma variável discriminante, pois para os trabalhadores da região de Alphaville, a utilização do HIAE é de 59,4%, enquanto para os trabalhadores de São Paulo essa porcentagem eleva-se para 70%, e para demais localidades, a mesma é de 71,4%.

Quando os usuários eram questionados se a unidade Alphaville fez com que os mesmos não precisassem se deslocar até o HIAE no Morumbi, para 95,06% a resposta foi positiva. Para os demais, a principal justificativa é que o Einstein Alphaville não possui uma série de exames de rotina, principalmente para mulheres, como Mamografia e Densitometria Óssea, que obrigam as mesmas a se deslocarem até o hospital no Morumbi ou até a Unidade Avançada Jardins.

Para 96,3% dos usuários, com a construção da Unidade Avançada Alphaville, novos serviços foram agregados à região. Cerca de 2% dos pesquisados não souberam responder a essa questão e 1% afirmaram que a Unidade Alphaville não trouxe novos serviços à região. O

não conhecimento a respeito da questão se deve principalmente ao fato dessas pessoas serem novas na região. Para os que responderam de forma negativa à questão, o motivo principal foi que a região sempre teve bons serviços de saúde, e o Einstein foi só mais um a aproveitar esse nicho de mercado.

Com relação à questão de como conheceu ou quem indicou a Unidade Avançada para o usuário, a grande maioria deles (71,6%) dizem que conhecem e usam a unidade por morarem próximos a ela, e não por nenhuma indicação específica. Já para 12,3% a indicação partiu por parte do médico, sendo que 90% desses casos foram referências de médicos de fora da unidade para profissionais que lá trabalham. Para outros 40%, a indicação foi para, além da consulta com outro profissional, a realização de exames complementares. Outros 50% também indicaram a unidade para casos de urgência/emergência na região de Alphaville. Outra importante fonte de indicações para a Unidade são as empresas próximas a ela (quase 10% das indicações), que têm a Unidade Alphaville como referência quando algum de seus funcionários tem problemas de saúde durante o expediente de trabalho.

Tabela 2 – Fonte de Indicação de pacientes para a Unidade Alphaville

Indicação	Porcentagem
Morador	71,6%
Médico	12,3%
Trabalho	9,9%
Colega	2,6%
Convênio	1,2%
Empresa	1,2%
Internet	1,2%

A principal utilização da Unidade Alphaville segundo os usuários é para serviços ambulatoriais, sendo o mesmo utilizado por 83,4% dos pesquisados. A seguir vêm os serviços de SADT's com 46,9% e o Pronto-Atendimento com 45,7%. Cerca de 29,6% dos usuários só utilizam o Ambulatório, apesar das inúmeras queixas de que grande parte dos planos de saúde não cobrem os serviços ambulatoriais da unidade. Para 21% a utilização da Unidade é para Ambulatório e SADT, principalmente para aqueles usuários que freqüentam um profissional da unidade e lá também já realizam os exames por ele solicitados. Outros 18,5% utilizam os serviços de Ambulatório e, para casos de urgência/emergência, fazem uso também do Pronto-Atendimento. Outros 17% utilizam todos os serviços da unidade (Ambulatório, SADT e

Pronto-Atendimento). Aproximadamente 5% só utilizam o Pronto-Atendimento ou também o SADT. Cerca de 4% só fazem uso do SADT.

Tabela 3 – Serviços da Unidade utilizados pelos Usuários

Utilização da Unidade	Porcentagem
Ambulatório	29,6%
Ambulatório/SADT	20,9%
Ambulatório/Pronto-Atendimento	18,5%
Ambulatório/SADT/Pronto-Atendimento	17,0%
Pronto-Atendimento	5,0%
Pronto-Atendimento/SADT	5,0%
SADT	4,0%

Outra questão colocada aos usuários da Unidade Alphaville era se após a implantação da unidade, a utilização dos serviços da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein como um todo, envolvendo o HIAE, Unidades Avançadas e outros serviços (por exemplo, de remoção) aumentou. Para 97,5% dos usuários a resposta foi positiva, enquanto para os demais a taxa de utilização manteve-se igual, já que apenas deixaram de usar o HIAE para passar usar a Unidade Alphaville. Ninguém afirmou que a taxa de utilização diminuiu.

Outra questão se referia ao financiamento dos serviços. Perguntados sobre a fonte pagadora, 71,60% dos usuários afirmaram que a utilização da Unidade Alphaville teria como financiadora um plano de saúde, enquanto os demais arcaram pelas despesas com recursos próprios. Quanto à distribuição dos usuários cobertos pelo setor supletivo, com relação à empresa de plano de saúde temos:

Tabela 4 – Distribuição do Setor Supletivo no Atendimento na Unidade Alphaville

Plano de Saúde	Porcentagem
Sul América	36,2%
Bradesco	19,0%
Omint	13,8%
Unibanco - AIG	12,1%
Marítima	5,2%
Amil	5,2%
Porto Seguro	3,4%
AGF	1,7%
Autogestão	1,7%
Lincx	1,7%

5.7 A percepção da Unidade Alphaville sob o ponto de vista dos usuários

5.7.1 Análise Descritiva dos resultados

Na pesquisa com os usuários da Unidade Alphaville, os mesmos foram solicitados a dar uma nota entre 1 a 5 numa escala de Likert para 17 itens de avaliação, sendo que um deles se referia a uma avaliação global da unidade. Os itens avaliados foram: segurança, comodidade, conforto, qualidade de profissionais, quantidade de profissionais, qualidade de serviços, quantidade de serviços, serviços únicos, preço, infra-estrutura, marca, credibilidade, competência, cobertura por parte do plano de saúde, atendimento e localização.

Pelas avaliações obtidas, pode-se observar que a unidade realmente é bem avaliada pelos seus usuários. A nota global da unidade ficou com média de 4,654 (DP = 0,594), ou seja, num patamar elevado do último quintil.

Quanto aos itens de avaliação, os que tiveram maior média foram *credibilidade* ($x = 4,901$; DP = 0,339) e *marca* ($x = 4,901$; DP = 0,406). Esses itens são justamente aqueles que estão ligados ao que poderíamos chamar “marca Einstein” da unidade, e que são o maior diferencial da unidade frente aos seus concorrentes da região.

A seguir, temos o item *competência* ($x = 4,851$; DP = 0,421), que também parece estar ligado aos itens anteriores de qualidade institucional, mas cuja média ficou um pouco inferior, provavelmente pelo fato de alguns usuários já terem tido alguns problemas com os profissionais que trabalham na unidade, apesar desses incidentes terem tido maior reflexo no item *qualidade dos profissionais*, que ficou em 10º lugar ($x = 4,654$; DP = 0,692). Alguns usuários reclamaram da falta de continuidade de atenção, principalmente quando o atendimento é realizado no PA, assim como a existência de médicos com “menos prática” do que no HIAE, além de erros de diagnóstico.

O item *localização* ($x = 4,827$; DP = 0,412) foi o quarto melhor avaliado, com muitos usuários elogiando a localização central da unidade, próxima a muitas empresas e residenciais, o que certamente é um diferencial frente aos concorrentes, principalmente os de SADT's, cuja localização não é na região central de Alphaville.

Devido ao fato da Unidade Alphaville seguir os padrões de atendimento e infraestrutura do HIAE, os itens *atendimento*, *comodidade* e *conforto* vêm respectivamente nas classificações seguintes, ainda com médias superiores à avaliação global da unidade (respectivamente $x = 4,790$; DP = 0,492; $x = 4,753$; DP = 0,523; $x = 4,740$; DP = 0,519).

Em 8º lugar temos a *qualidade dos serviços*, que também foi bem avaliada, mas acabou ficando prejudicada em virtude de algumas queixas, como o extravio de material entre o Morumbi e Alphaville e demora no atendimento em alguns casos no Pronto-Atendimento, principalmente durante a noite e início da manhã ou quando chega emergências graves.

Entretanto, a avaliação da *infra-estrutura* da unidade ficou em 9º lugar ($x = 4,666$; $DP = 0,632$). Muitos usuários afirmaram que a infra-estrutura da unidade é boa, porém, por ter a “marca Einstein”, não pode pecar em alguns requisitos, como paredes danificadas e riscadas, dificuldade de locomoção dentro da unidade e estacionamento algumas vezes lotado.

Abaixo da média global da unidade, temos o item *serviços únicos* ($x = 4,592$; $DP = 0,647$), já que para muitos usuários, a Unidade Alphaville não oferece serviços diferenciados para a região, como seria de se esperar de um local com o nome “Einstein”, como a Ressonância Magnética. Dessa forma, os usuários não verificam nesse item um real motivo para se dirigirem à unidade, já que outras opções dos mesmos tipos de exames e pronto-atendimento estão disponíveis em Alphaville.

A classificação do item *segurança* na 12ª posição ($x = 4,580$; $DP = 0,946$) de certa forma foi surpreendente, já que nunca ocorreu algum incidente de maior gravidade nas instalações de Alphaville. O comentário de alguns usuários de Alphaville, região com pessoas de elevado poder aquisitivo, é que apesar de existirem seguranças terceirizados na unidade, os mesmo não demonstram estar aptos a agir numa situação de risco, como numa tentativa de assalto ou seqüestro dentro da unidade. Mas o que dá a maior sensação de insegurança para os usuários é o estacionamento, que não possui qualquer forma de controle de entrada e saída de veículos.

Os itens *quantidade de profissionais* ($x = 4,370$; $DP = 0,749$) e *quantidade de serviços* ($x = 4,827$; $DP = 0,412$) estão entre os quatro itens mais críticos da avaliação. Quanto à quantidade de profissionais, existem muitas queixas de que os pediatras e ortopedistas não estão de plantão 24 horas. Muitos usuários também gostariam que algumas especialidades tivessem maior disponibilidade de horário. Além disso, algumas ocorrências, como o telefone tocar e ninguém atender e a demora na recepção são indicativos para os usuários de que o número de profissionais está insuficiente. A *quantidade de serviços* já foi abordada em itens anteriores. A principal reivindicação dos usuários é voltada aos exames diagnósticos de mamografia, densitometria óssea e ressonância magnética.

Muitas das críticas e sugestões anteriormente citadas são pontuais, realizadas por alguns usuários, que não necessariamente são fatores que restringem a utilização da unidade

pelos mesmos. Entretanto, a baixa avaliação para os itens *preço* ($x = 4,283$; $DP = 0,925$) e *cobertura por parte do plano de saúde* ($x = 3,888$; $DP = 1,508$) precisam ser analisadas com maior cuidado, já que esses critérios são barreiras de acesso à unidade. Grande parte dos usuários afirma que seus planos de saúde não cobrem os custos de utilização da unidade, principalmente para a parte de ambulatório. Em alguns casos, os usuários chegam a citar que o baixo movimento na unidade se deve a esse fato.

Tabela 5 – Avaliação da Unidade Alphaville pelos Usuários

Item	Média	DP
Marca	4,901	0,406
Credibilidade	4,901	0,339
Competência	4,852	0,422
Localização	4,827	0,412
Atendimento	4,790	0,493
Comodidade	4,753	0,513
Conforto	4,741	0,519
Qualidade dos Serviços	4,704	0,535
Infra Estrutura	4,667	0,632
Qualidade dos Profissionais	4,654	0,692
Serviços Únicos	4,593	0,648
Segurança	4,580	0,947
Quantidade de Profissionais	4,556	0,689
Quantidade de Serviços	4,370	0,749
Preço	4,284	0,925
Cobertura Plano de Saúde	3,889	1,508
Avaliação Global	4,654	0,595

5.7.2 Regressão Múltipla

Para avaliar a percepção dos usuários da Unidade Avançada Alphaville, utilizou-se a técnica de análise estatística de regressão múltipla. A finalidade dessa técnica foi estabelecer um relacionamento entre dois conjuntos de variáveis: uma variável dependente dada, no caso, o nível global de satisfação do usuário com relação à unidade, o que por sua vez é função do comportamento de diversas outras variáveis ditas independentes (HAIR Jr. *et al.*, 1998).

A técnica da regressão múltipla foi empregada com o intuito de medir o peso relativo entre os diversos construtos relacionados com a percepção da avaliação global da Unidade

Avançada Alphaville. De forma simplificada, a regressão nada mais é do que uma equação matemática que estabelece a relação linear existente entre dois conjuntos de variáveis: dependente (avaliação global) e independentes (diversos fatores que influenciam nessa avaliação global).

A especificação do modelo estimado de regressão foi a seguinte:

$$Y = a_0 + a_1X_1 + a_2X_2 + a_3X_3 + a_4X_4 + a_5X_5 + a_6X_6 + a_7X_7 + a_8X_8 + a_9X_9 + a_{10}X_{10} + a_{11}X_{11} + a_{12}X_{12} + a_{13}X_{13} + a_{14}X_{14} + a_{15}X_{15} + a_{16}X_{16}$$

Sendo que:

Y: avaliação global da Unidade Alphaville

X₁: escore de avaliação do construto segurança

X₂: escore de avaliação do construto comodidade

X₃: escore de avaliação do construto conforto

X₄: escore de avaliação do construto qualidade dos profissionais

X₅: escore de avaliação do construto quantidade de profissionais

X₆: escore de avaliação do construto qualidade dos serviços

X₇: escore de avaliação do construto quantidade de serviços

X₈: escore de avaliação do construto serviços únicos

X₉: escore de avaliação do construto preço

X₁₀: escore de avaliação do construto infra-estrutura

X₁₁: escore de avaliação do construto marca

X₁₂: escore de avaliação do construto credibilidade

X₁₃: escore de avaliação do construto competência

X₁₄: escore de avaliação do construto cobertura do plano de saúde

X₁₅: escore de avaliação do construto atendimento

X₁₆: escore de avaliação do construto localização

As respostas dos usuários foram submetidas ao teste de regressão múltipla para identificar a importância de cada fator na explicação da avaliação global da unidade. Para cada fator foi atribuído um peso (em porcentagem) em relação ao coeficiente de correlação encontrado.

Tabela 6 – Itens de Avaliação e sua importância na avaliação global da unidade

Itens de Avaliação	Coeficiente de Regressão	Peso %
Marca	0,912	19,98%
Credibilidade	0,606	13,28%
Competência	0,588	12,88%
Localização	0,503	11,02%
Conforto	0,397	8,70%
Segurança	0,315	6,90%
Comodidade	0,238	5,21%
Infra-estrutura	0,181	3,97%
Qualidade dos Serviços	0,164	3,59%
Preço	0,158	3,46%
Atendimento	0,146	3,20%
Qualidade dos Profissionais	0,141	3,09%
Serviços Únicos	0,117	2,56%
Quantidade de Profissionais	0,038	0,83%
Cobertura do Plano de Saúde	0,032	0,70%
Quantidade de Serviços	0,028	0,61%
Total		100,00%

O teste de regressão múltipla revelou que o fator mais importante na avaliação global da unidade é a marca, seguida pela credibilidade e competência, justamente os fatores que de alguma forma estão ligados à chamada “marca Einstein” da Unidade Alphaville, e que por serem bem avaliados, tornam a avaliação global da unidade bastante positiva.

Observamos que itens como quantidade de serviços, quantidade de profissionais e cobertura, que tiveram avaliação não muito positiva, têm pouco impacto sobre a avaliação global da unidade. Isso também explica em parte o fato de que a unidade é bem avaliada, apesar de existirem esses tipos de problema.

Entretanto, apesar de ter pouco impacto sobre a avaliação global, se a pessoa não tem cobertura do seu plano de saúde, ela também não terá acesso à unidade, já que poucos possuem condições de arcar com o pagamento dos serviços da unidade com recursos próprios. Portanto, ter acesso à unidade através do plano de saúde é como um pré-requisito, mas ter

esse acesso não representa grande impacto sobre a avaliação global da unidade. Ou seja, ninguém irá avaliar de forma negativa a unidade só porque a mesma não atende o seu plano de saúde. Isso só terá impacto sobre o fato de que a mesma não utilizará os serviços da unidade. Em outras palavras, todos gostariam de ser atendidos na unidade, porém, o que restringe essa demanda é a baixa cobertura por parte dos planos de saúde.

6. DISCUSSÃO

6.1 Geral

A criação de unidades avançadas em locais diferentes da localização do hospital geral, como foram os casos das Unidades Avançadas do Hospital Israelita Albert Einstein (Jardins e Alphaville), pode ser justificada por diversos motivos.

O primeiro motivo certamente é o da expansão com conseqüente captação de novos clientes, segundo a estratégia de Competição por Geografia, conforme idéia proposta por BATESON & HOFFMAN (2001).

Além disso, outra importante razão para essa descentralização é que não há necessidade de se concentrar numa estrutura hospitalar alguns serviços, como o de diagnóstico e alguns procedimentos ambulatoriais. Dessa forma, consegue-se manter uma estrutura de atendimento mais enxuta, que devido às características próprias dos hospitais de maior complexidade, é de maior custo. Além disso, evita-se que pessoas saudáveis que só estão indo lá para fazer um exame de rotina ou um procedimento de imunização, entrem em contato com pessoas doentes, aumentando dessa forma o risco de contaminação cruzada. (PIOLA e VIANNA, 2002)

Existe um forte componente mercadológico quando analisamos essas unidades avançadas segundo a clássica visão do composto de marketing ou *marketing mix* (4 P's), idéia essa proposta por Jerome McCarthy (1960), e que certamente foram levadas em consideração na época da elaboração do planejamento estratégico da implantação desse modelo. Quanto a localizações (*place*), ambas as unidades avançadas estão muito bem localizadas, em regiões de elevado poder aquisitivo. Com relação ao preço (*price*), seguem o mesmo padrão do hospital. Com relação à propaganda, todo o esforço realizado está focado em clientes cujo perfil é semelhante ao do usuário do hospital.

Quanto ao produto (*product*) oferecido, este varia de acordo com o objetivo da Unidade. Dessa forma, a Unidade Avançada Einstein Jardins é focada especificamente para a Medicina Preventiva, até mesmo pelo perfil de pessoas que freqüentam esta unidade, formado normalmente por executivos que devido aos seus estilos de vida estressante, necessitam exames periódicos ou mesmo pessoas idosas moradoras da região.

Já a Unidade Avançada Einstein Alphaville objetiva dar cobertura e captar novos clientes de uma região de elevado poder aquisitivo (conceito de praça ou "*place*" do composto de marketing), porém que até o momento não conta com um hospital de qualidade. Dessa

forma, nessa unidade, além dos serviços ambulatoriais e diagnósticos, são oferecidos os primeiros atendimentos para casos de urgência e emergência para os habitantes da região.

Portanto, a Unidade Alphaville adquire importância pelo fato dessa unidade oferecer à população local um serviço assistencial com a qualidade e a marca da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein, algo que só era possível com o deslocamento da pessoa até o Hospital localizado no Morumbi, distante aproximadamente 25 km.

Também existe a questão da importância de se levar os serviços até os clientes, através da criação de canais de marketing, como são as Unidades Avançadas, cujo objetivo é a tentativa cada vez maior de atenuar algumas características próprias dos serviços como intangibilidade, variabilidade, inseparabilidade e pericibilidade, que são fatores críticos de sucesso para as empresas desse setor. Quando corretamente gerenciadas, acabam por trazer bons resultados a médio e longo prazo (ZEITHAML *et al.*, 1988).

A grande questão que normalmente é levantada pela Sociedade Beneficente quando da discussão sobre a implantação dessas unidades satélites diz respeito ao alto custo de implantação das mesmas, que as obriga a ter elevada receita, algo que não é tão facilmente obtido, principalmente pelo fato das fontes financiadoras, segundo BAHIA (2001), estarem enfrentando sérios problemas financeiros nos últimos tempos.

Além disso, muitos dos serviços oferecidos por essas Unidades Avançadas também são oferecidos por outras organizações. Por exemplo, a parte de *check-up*, que é um dos principais produtos oferecidos pela Unidade Jardins, também é oferecida por muitos centros diagnósticos de hospitais e laboratórios do município de São Paulo, concorrentes diretos do Hospital Israelita Albert Einstein.

Quanto à Unidade Alphaville, realmente não existe um hospital privado que atenda à região, porém a mesma conta com laboratórios de imagem favorável na mídia (entre eles Fleury e Delboni Auriemo – Diagnósticos da América), assim como com unidades de atendimento de urgência/emergência de outros serviços assistenciais (ex: Amil Resgate Saúde).

6.2 Os concorrentes da Unidade Avançada Einstein Alphaville

Certamente é inegável afirmar que a Unidade Alphaville, apesar de estar numa região de elevado poder aquisitivo e ainda desprovida da cobertura de um grande hospital, enfrenta grande concorrência nos serviços oferecidos pela unidade. Entretanto, um dos grandes diferenciais da unidade é que a mesma apresenta concentrada numa única estrutura, uma

gama de serviços cujo usuário precisaria passar por diversas instituições para receber o mesmo tipo de atendimento.

Vamos supor uma pessoa que durante um final de semana tenha um súbito mal estar. A mesma precisaria ser levada para um serviço de emergência, onde receberia os primeiros atendimentos, e a recomendação de passar por uma avaliação de um especialista na área. Então se marcaria uma consulta numa clínica especializada, cujo profissional que a atendeu solicitaria um exame, que a mesma deveria realizar num laboratório de análises clínicas. O exame no laboratório é marcado para ser realizado no dia seguinte. Aguardam-se os resultados dos exames, e então, com eles em mãos, marca-se novamente uma consulta de retorno na clínica.

Todos esses passos poderiam ser otimizados caso todo o processo de atendimento fosse feito dentro da Unidade Alphaville, que dispõe de todos esses serviços. Portanto, uma coisa essencial que o modelo de unidade avançada possui frente a seus concorrentes é a chamada resolutividade.

Entretanto, apesar da resolutividade ser uma das principais vantagens competitivas da Unidade Alphaville, na percepção dos usuários ela não foi citada como fator que justificasse a utilização da mesma. Isso é uma demonstração de que usuários e gestores possuem percepções diferentes, e conseqüentemente, também valorizam os serviços através de critérios diferentes, conforme constatou CASTELLANOS (2001).

Em oposição a esse fato, outro importante diferencial constatado na pesquisa com os usuários, é a existência do nome Einstein por trás da unidade. Este nome foi construído ao longo de décadas de bons serviços prestados, o que traz aos usuários da unidade uma garantia de qualidade e segurança no atendimento, independente de tipo, local e data, podendo ser esta uma das principais motivações para a escolha e utilização da unidade.

Como a satisfação com a unidade é muito elevada por parte dos usuários e os fatores que tiveram as piores avaliações possuem baixo impacto sobre a avaliação global da unidade, a questão estratégica a ser colocada é como atrair os clientes para dentro da unidade, principalmente através das portas de entrada do sistema: o pronto-atendimento e o ambulatório. Embora a satisfação seja elevada, ainda existe ociosidade em alguns serviços da unidade, como no ambulatório e em alguns SADT's, como exames laboratoriais, tomografia e ultra-sonografia.

Campanhas como as veiculadas em 2004 com o *slogan* “Me leva para lá” parecem ser bastante eficazes no sentido de criar o conceito do Einstein como um local de referência em casos de emergência, além de transmitirem a segurança na instituição. Isso pode ser

comprovado pelos diversos casos em que o serviço de resgate de uma empresa concorrente acaba por levar seus clientes à unidade por vontade dos mesmos, apesar da mesma contar com serviço de pronto-atendimento.

O treinamento dos seguranças locais dos condomínios de Alphaville oferecidos pela Unidade Avançada com profissionais que lá trabalham sobre primeiros socorros também é uma interessante forma de captação de novos clientes, até mesmo pelo fato de que o contrato com a administradora dos condomínios (conhecida como CIA) prevê que a unidade seja uma terceira opção ao atendimento de urgência, caso o resgate do corpo de bombeiros não possa fazer o atendimento ou o serviço público de saúde de Barueri ou Santana de Parnaíba não tenha como receber a pessoa resgatada.

Uma maior dificuldade é encontrada na atração de novos usuários para o ambulatório. Em parte, isso se deve ao fato do próprio nome Einstein transmitir a qualificação de serviço terciário. Faltariam, portanto, maiores ações de marketing focadas na população alvo que procurassem mudar essa imagem.

Entretanto, a questão que precisa ser colocada nesse ponto, e que talvez seja até mais relevante que as questões mercadológicas anteriormente colocadas, é que o acesso por parte dos planos de saúde à Unidade Alphaville ainda é muito restrito. Somente os melhores planos na categoria executivo acabam cobrindo os custos dos procedimentos realizados na unidade. Ainda assim, grande parte dos planos de saúde só cobre os atendimentos realizados no Pronto-Atendimento e nos SADT's, e não no ambulatório. Portanto, mais importante que uma campanha de marketing que mude a imagem do Einstein Alphaville, é a negociação com as empresa do setor supletivo para oferecerem a unidade como opção de atendimento aos seus clientes.

Além disso, o trabalho de divulgação junto aos médicos de Alphaville também seria interessante, no sentido de informá-los da qualidade e dos serviços prestados pela unidade, para que os mesmos possam dar a opção do Einstein Alphaville a seus pacientes, principalmente em termos de serviços de diagnóstico.

6.3 Relacionamento com Fontes Pagadoras

A questão das fontes pagadoras é provavelmente um dos principais entraves à viabilização econômico-financeira da unidade. Quando da elaboração do planejamento inicial, onde se estimou o retorno financeiro que as unidades possivelmente poderiam vir a dar no

futuro, ficou acordado dentro do grupo de trabalho que as unidades não teriam como público-alvo apenas a classe de altíssimo poder aquisitivo de Alphaville. Assim, a Unidade permitiria o acesso a suas instalações de usuário de planos de saúde que pelo menos já tinham acesso ao Hospital Israelita Albert Einstein, que em Agosto de 2004 contabilizam 25 planos de saúde, e que representam 85% do total do faturamento do hospital.

Entretanto, por diversos motivos, isso acabou não acontecendo. Primeiramente, alguns membros da própria gerência da unidade não viam com muito bons olhos essa abertura da unidade aos usuários do setor supletivo, talvez por contar que a unidade pudesse se manter com os usuários da elite de Alphaville, o que logo se mostrou algo inviável.

Entretanto, após constatar este fato, a Unidade também não conseguiu de imediato convencer as fontes pagadoras a bancar os procedimentos realizados em Alphaville, porque a unidade não é muito bem vista pelas empresas do setor supletivo.

De acordo com os representantes do setor de planos de saúde a Unidade Alphaville, ao concentrar num único local diversos serviços, como os ambulatoriais e os SADT's, traz uma facilidade muito grande ao crescimento vertiginoso dos custos por paciente na unidade. Grande parte das operadoras de saúde tem resistência ao credenciamento da unidade, apesar da mesma ter um importante papel mercadológico e na assistência numa região de elevada renda *per capita* e com um sistema de saúde que ainda precisa ser melhor estruturado.

Oferecer os serviços do Hospital Israelita Albert Einstein dentro da rede de credenciados das operadoras que trabalham com planos executivos é fundamental para que a operação comercial desses planos tenha sucesso, já que isso é uma exigência dos proprietários desses planos. Entretanto, nem todos os usuários exigem o credenciamento da Unidade Alphaville, fato este que só ocorre com quem reside ou trabalha na região. Nesses casos, algumas operadoras acabam negociando uma cobertura de custos na forma de reembolso para os serviços prestados pela Unidade para planos empresariais específicos.

As principais fontes financiadoras do setor suplementar que oferecem cobertura na Unidade Alphaville são as seguradoras e medicinas de grupo para planos executivos de empresas com funcionários de elevada remuneração. No final de 2003, através do acordo com a seguradora Sul América-ING, que passou a dar cobertura em seus planos executivos ao Einstein Alphaville, pode-se considerar que a Unidade passou a ser acessível a uma parcela maior da população local. Segundo a própria gerência da unidade, antes de tal fato, o sentimento era de que todos aqueles que tinham direito à Unidade Alphaville na região já eram usuários da mesma. Apesar desse fato, empresas do setor suplementar como a Bradesco Seguros e a Amil, respectivamente a maior seguradora do ramo da saúde e medicina de grupo

em número de beneficiários na região, ainda não dão direito à unidade em seus planos intermediários e executivos, a não ser através do sistema de reembolso ou plano internacional, o que reduz o acesso à unidade por parte dos seus beneficiários.

Portanto, a questão do relacionamento com as fontes pagadoras é crucial para o sucesso da unidade, sendo que desta nova posição, de abrir a mesma para novas operadoras, dependerá a sobrevivência da mesma no médio prazo.

6.4 Resultados Financeiros

De acordo com a Associação Americana de Hospitais (AHA, 2002), cerca de 32% dos hospitais norte-americanos trabalham com margens de contribuição negativas. Num estudo realizado pela empresa de consultoria *Price Waterhouse Coopers* (PWC, 2003), os custos dos serviços hospitalares aumentaram na última década em mais de 61%. Entre os motivos apontados pelo relatório para esse aumento estão: elevação na expectativa de vida da população, falta de efetividade na administração da saúde e na educação do paciente, novas tecnologias e o custo crescente das mesmas e planos de saúde com menores números de restrições. Portanto, a falta de recursos financeiros é um problema generalizado na assistência hospitalar pelo mundo.

A Unidade Alphaville, seguindo essa tendência no setor, desde a sua inauguração em final de 1998 vem apresentando resultados financeiros nada positivos. Muitos imprevistos foram surgindo desde a sua inauguração, que fizeram a direção da mesma desviar do planejamento inicial. Soma-se a isso o fato de que a Unidade Alphaville foi a primeira a ser implantada pela Sociedade, o que certamente obrigou a mesma a enfrentar diversas percalços que não ocorreram já na segunda unidade, nos Jardins.

Quando observamos a receita da Unidade Alphaville, percebe-se que a mesma não consegue alavancar um crescimento ao longo do tempo, apesar de existirem algumas variações sazonais, que não chegam a alterar de forma significativa o total das receitas.

Com relação aos custos, apesar de estarem relativamente sob controle, a tendência dos mesmos é de elevação, o que segue o padrão do setor da saúde. Apesar dessa elevação, a Unidade Alphaville conseguiu melhorar o perfil dos seus custos, com a redução da parcela fixa em relação à variável, apesar de que em números absolutos este percentual fixo ainda é crescente.

O resultado desse panorama é que os resultados operacionais da unidade apresentam-se negativos ao longo do tempo, tendência esta que precisa ser revertida e cujos resultados dos

últimos meses levam a crer que isso poderá ocorrer no médio e longo prazo. Entretanto, a questão que deve ser colocada é a disponibilidade da Sociedade Beneficente em arcar com esses resultados negativos da unidade a curto e médio prazo, que ocorrem já há tanto tempo. É preciso levar em consideração ainda o risco de que algum imprevisto ocorrer nesse percurso, o que pode vir a reverter a situação.

O problema da Unidade Alphaville não se encontra no lado dos custos, mas sim das receitas. Os custos estão de certa forma controlados, principalmente com as mudanças que ocorreram na gestão dos colaboradores da mesma. O que precisa ser trabalhado é o lado das receitas, que não conseguem deslanchar frente ao restrito acesso que a população local tem à unidade, devido à baixa cobertura dos planos de saúde.

6.5 Resultados Operacionais

O número de atendimentos realizados na Unidade Alphaville acabou ficando abaixo daquele estimado no planejamento inicial da Sociedade Beneficente. O principal motivo para o fato, parece ter sido o acesso restrito por parte dos planos de saúde, que só depois de longo tempo parece começar a ser equacionado.

Apesar de todos os problemas, a Unidade Alphaville já está consolidada como serviços de atenção à saúde para a população local. Isso pode ser constatado pelo crescente aumento no número de atendimentos realizados no Pronto-Atendimento e no Ambulatório, e em alguns SADT's, como são os casos da Tomografia Computadorizada e a Ultra-sonografia.

Alguns serviços oferecidos dentro da Unidade Alphaville acabaram por se surpreender com a elevada demanda. A fisioterapia ilustra bem este caso, já que há algum tempo vem apresentando bom desempenho. Já outros serviços, como os testes ergométricos e exames laboratoriais esperariam ter uma demanda maior frente à população coberta pela unidade.

Com base nos resultados operacionais, financeiros e da pesquisa junto aos usuários, parece interessante que a Unidade Alphaville fizesse uma reavaliação dos serviços oferecidos pela mesma. O modelo calcado no tripé PA-Ambulatório-SADT é bastante eficiente para Alphaville, precisando de alguns ajustes apenas quanto aos serviços oferecidos. Quanto ao Pronto-Atendimento, o modelo hoje em uso de dois plantonistas por 24 horas e, durante o dia, mais um pediatra e um ortopedista parece ser adequado, apesar de algumas críticas por parte dos usuários, que reivindicam a presença do pediatra 24 horas, com a demanda não justificando tal solicitação. A sugestão poderia ser de colocar os pediatras dando uma maior

cobertura, iniciando mais cedo e atendendo até mais tarde (por exemplo, das 8 horas da manhã até às 24 horas, ao invés das 9 horas até às 22 horas).

Quanto ao ambulatório, o Einstein deve manter o esforço de trazer profissionais de diversas áreas para a sua estrutura, não só pelo fato de aumentar as receitas com os aluguéis das salas, mas também pelas receitas que esses pacientes irão gerar posteriormente por serem clientes da Unidade Alphaville. A unidade poderia ainda solicitar aos profissionais que lá trabalham que aumentassem a sua disponibilidade de horário, já que alguns usuários reclamaram que alguns profissionais só atendem um período na semana, e que justamente nesse período os mesmos estão impossibilitados de se dirigir à Unidade, acabando por utilizar os serviços de outras clínicas.

Os SADT's precisam de uma análise mais crítica. Alguns estão tendo grande sucesso, como é o caso da fisioterapia. Já outros, como os exames ergométricos, que possuem baixa demanda, e a tomografia computadorizada e a ultra-sonografia, que têm elevados custos, poderiam ter seus serviços melhor estudados. Por exemplo, os exames ergométricos são também oferecidos na Unidade Einstein Jardins, cujo foco central é esse tipo de procedimentos. Já para os casos da tomografia e o ultra-som, a possibilidade de aumento do acesso aos usuários de planos de saúde pode aumentar a sua utilização de forma a oferecer melhores retornos financeiros ao longo do tempo.

Um trabalho de marketing junto aos profissionais da região também seria útil, com o intuito de informá-los sobre os serviços de pronto-atendimento e SADT's da Unidade, para que os mesmos indiquem o Einstein Alphaville a seus clientes. São justamente esses profissionais de Alphaville que possuem as maiores resistências à indicação da Unidade Einstein para a realização de exames, pois os mesmos possuem receio de que seus clientes possam vir a se tornar clientes da Unidade quanto aos serviços ambulatoriais. Uma campanha de marketing direto junto a esses profissionais deveria ter como foco, por exemplo, a valorização que os mesmos terão ao indicar a realização de exames num local que transmite confiança, credibilidade e competência.

Com relação aos exames laboratoriais e de Raios-X, o nível de utilização ainda não atingiu um patamar ideal de demanda. Como são serviços que podem ser considerados como *commodities*, sendo oferecidos também por muitos concorrentes da região, é importante divulgar a marca Einstein desses produtos, como forma de agregar valor a esse tipo de serviço, conforme foi feito na última campanha de marketing da Sociedade Beneficente. Sua utilização tende a aumentar com o crescimento do número de usuários da Unidade, já que

esses procedimentos são realizados normalmente no mesmo local onde está sendo feita a consulta ambulatorial, caso o serviço exista, tenha qualidade e o paciente tenha confiança.

Quanto à aplicação de vacinas, falta também uma campanha de *marketing* para divulgar a disponibilidade desse tipo de serviço no Einstein Alphaville, já que muitos usuários nem mesmo conheciam a oferta desse tipo de serviço pela unidade.

6.6 Os usuários da Unidade

Pelas informações obtidas dos usuários, podemos afirmar que as mulheres são um importante público-alvo da unidade. O perfil do público-alvo é de uma pessoa de meia-idade, cujo local de trabalho é Alphaville, independente do local de residência.

Sendo assim, a Unidade Alphaville precisa oferecer serviços que atendam a demanda específica dessa população. A existência de um pronto-atendimento 24 horas é essencial, frente à distância que se encontra a região dos grandes hospitais de São Paulo e a escassez desse tipo de serviço nas proximidades. A presença de pediatras e ortopedistas no pronto-atendimento também é importante, já que os clientes da unidade são de meia-idade, grande parte com filhos pequenos, e que demandam esse tipo de serviços. A presença desses profissionais 24 horas não se faz tão necessária, já que apesar de existir a demanda, ela não justifica esse custo.

Talvez pela quantidade de mulheres que utilizam a unidade, fosse interessante avaliar a possibilidade de colocar à disposição os exames de mamografia e densitometria óssea no Einstein Alphaville. Já para a ressonância magnética não há demanda na região que justifique a instalação do equipamento.

Pelo perfil local, a sugestão de implantação de um serviço de coleta de material e entrega de resultados de exames em domicílio pode ser uma opção viável para a unidade, já que seria uma forma de agregar valor ao cliente de forma fácil e com boa relação custo/benefício, além de ser um serviço disponível por alguns concorrentes.

Quanto à utilização do Hospital Israelita Albert Einstein, observa-se que grande parte dos usuários da Unidade Alphaville o utiliza, porém somente para casos de maior complexidade. Além disso, as remoções para o HIAE também são a maioria das realizadas da unidade, assim como as referências para o HIAE, contabilizadas através da receita marginal gerada no hospital. Portanto, a Unidade Avançada Alphaville exerce de forma bastante competente o seu papel de ser como uma filial de um hospital de grande porte, onde a mesma

é responsável pelos primeiros-atendimentos em casos de emergência, assim como atende casos de menor complexidade e posto de coleta de material de exames e vacinação.

Pelo fato de grande parte dos usuários da Unidade utilizarem a mesma por serem moradores ou trabalharem na região, e não por indicação de algum profissional, o marketing dirigido à unidade precisa ser um pouco diferente, por exemplo, daquele adotado para o HIAE. Neste caso, o público-alvo da estratégia mercadológica precisam ser os próprios moradores da região, enquanto para o HIAE, o marketing junto aos profissionais provavelmente é mais eficiente que um marketing junto à população.

6.7 Perspectivas de Crescimento para o Futuro

É possível afirmar que a Unidade Alphaville conseguiu criar uma ótima estrutura de atendimento, que consegue oferecer serviços que atendem às necessidades da população local, o que inclusive é constatado nas pesquisas de opinião realizadas freqüentemente pela unidade, com elevados índices de satisfação, assim como nas entrevistas realizadas com os usuários para este trabalho.

Entretanto, fazem-se necessárias mudanças para que a Unidade possa também ser rentável para a Sociedade Beneficente, frente aos elevados investimentos lá realizados. A primeira dessas mudanças é o aumento do acesso à Unidade Alphaville por parte dos beneficiários dos planos de saúde.

Outro ponto a ser alterado para o futuro na Unidade é o patamar atual em que se encontram os custos da unidade, principalmente a parcela relacionada aos custos fixos bastante elevados. A diretoria, ao longo do tempo, vem procurando encontrar medidas de contenção de custos, como foi a alocação dos ambulatórios para o corpo clínico. Entretanto, ainda restam custos como o aluguel da estrutura da Unidade e salários e encargos que são altos.

Além disso, a Unidade Alphaville também poderia rever o portfólio de produtos oferecidos na mesma. Essa necessidade também já foi levantada pela gerencia da unidade, que possui alguns projetos em vista.

De acordo com a diretoria da Unidade Alphaville, seu futuro seria a sua transformação em centro de referência em Saúde da Mulher para a região. Para isso, seria necessária a implantação de novos serviços, para exames periódicos realizados pelas mulheres, como a mamografia e a densitometria óssea. Além disso, a unidade passaria a oferecer também

serviços de estética, sendo que este seria a partir de então uma das grandes fontes de renda da unidade.

Isto se deve ao fato de que Alphaville, apesar do grande número de empresas que vieram para a região, principalmente devido aos incentivos locais que inclui, entre outras facilidades, a isenção do ISS (Imposto Sobre Serviço) municipal, ainda é um local marcado por ser residencial.

Assim, a idéia é a de que uma família modelo da região de Alphaville seja aquela em que o marido trabalha tanto na região de Alphaville como em São Paulo e os filhos estudem em São Paulo, enquanto a esposa permanece em casa. Essa mulher, assim como qualquer outra, necessita realizar exames de rotina, e certamente se fosse oferecido algo de qualidade em Alphaville, ela certamente iria preferir utilizá-los ao invés de ter que se dirigir até São Paulo. Entretanto, é preciso considerar que essa mesma mulher tem alta renda, por isso o seu nível de exigência por um serviço de qualidade é elevado. O conceito do Einstein Alphaville vem ao encontro dessas necessidades. Completa ainda essa afirmação o fato de que as mulheres de meia-idade são as principais usuárias da unidade, conforme constatado nas entrevistas.

Outro importante nicho de mercado a ser explorado dentro da Unidade é o ramo da estética, também voltado ao público feminino. Esse mercado potencial tem grandes possibilidades de ganho, com custos menores do que o tratamento curativo convencional. Assim, serviços de estética como aplicação de laser para rejuvenescimento facial, ultra-som e mesoterapia para gorduras localizadas, aplicação de botox[®] e drenagem linfática são possíveis novas ofertas da unidade.

Entretanto, é preciso uma discussão maior sobre o assunto, não só dentro da Unidade Alphaville, como também da Sociedade Beneficente. Isto porque esse conceito de oferecer serviços de estética nunca esteve dentro das *core competencies* do Hospital Israelita Albert Einstein, reconhecido pelos tratamentos de alta complexidade realizados em suas instalações. De acordo com HAMEL e PRAHALAD (1990), as *core competencies* promovem o acesso a uma ampla gama de mercados, têm impacto sobre o produto/serviço final e é difícil de ser imitada pelos concorrentes.

Dessa forma, é necessário questionar se as pessoas iriam até uma Unidade Avançada Einstein para usufruir serviços de estética. Sem contar o custo de manter toda a infra-estrutura lá existente de alta complexidade, que certamente teriam impactos negativos sobre os custos. Será também que as pessoas que vão em busca de estética também se sentiriam confortáveis em dividir o espaço com pessoas doentes? Por fim, é preciso lembrar que esses tratamentos

não são cobertos pelo setor de assistência supletiva, e que haveria possíveis impactos negativos sobre o nome do Hospital no Morumbi.

Se a concorrência para os serviços ambulatoriais, de pronto-atendimento e de SADT's está grande, para os serviços de estética é ainda maior. Alphaville já conta com dezenas de clínicas de estética, inclusive gigantes como a Onodera, com 2 unidades em Alphaville e 1 em Osasco, e a Le Ru, com unidade na região.

Uma das perguntas realizadas aos usuários nas entrevistas foi a opinião dos mesmos sobre o fato da Unidade Alphaville abrir um espaço exclusivo dentro da unidade para a saúde da mulher. Para 43,20% dos usuários a idéia seria excelente e para 49,40% o fato seria bom. Já para 6,20% a abertura de um espaço da mulher seria apenas regular e para 1,20% a idéia seria ruim.

Tabela 7 – Opinião dos Usuários sobre a abertura do Espaço Saúde da Mulher

Opinião sobre o Espaço Saúde da Mulher	%
Excelente	43,2
Bom	49,4
Regular	6,2
Ruim	1,2

Para aquelas que não consideraram positiva a abertura desse espaço exclusivo para a mulher, os principais motivos para o fato é que já utilizam esse tipo de serviço em outro local e estão satisfeitos, não pretendendo trocar o local de atendimento para o Einstein Alphaville. Outros usuários não acreditam que tal idéia possa ser implementada, já que nem exames diagnósticos de mamografia e densitometria óssea existem na unidade, muito menos um espaço específico para a mulher.

Apesar dessas críticas, mais de 92% dos entrevistados acham positiva a implantação de um centro de saúde da mulher. Entretanto, devido às restrições quanto à cobertura dos planos de saúde por procedimentos de estética, talvez seja interessante iniciar um centro focado na prevenção de problemas de saúde da mulher e, aos poucos, oferecer alguns procedimentos de estética a fim de verificar a aceitação dos usuários, para só posteriormente investir de forma pesada nesse tipo de procedimentos.

A proposta de um centro de saúde da mulher ainda se apresenta de forma bastante embrionária para diretoria da Sociedade Beneficente, pelo fato de representar uma verdadeira

quebra de paradigma para a instituição. Em virtude desse fato, no curto prazo, uma outra estratégia estará sendo adotada.

Para a diretoria da Sociedade Beneficente, o Hospital Israelita Albert Einstein é visto como referência para a população em termos de assistência hospitalar, sendo que uma quantia significativa de seus usuários não sabe da possibilidade de utilização de serviços de diagnóstico e terapêutica para as pessoas que não estão internadas dentro das instalações do hospital. Sendo assim, a estratégia a ser adotada é transformar os serviços de SADT do HIAE numa referência no setor, aproveitando em parte o prestígio já adquirido na assistência hospitalar.

O público-alvo continuaria a ser o mesmo do HIAE, concorrendo, portanto, com laboratórios como Fleury e Delboni Auriemo. Esses serviços de SADT são oferecidos tanto no hospital, como nas Unidades Alphaville e Jardins. A divulgação desses serviços está sendo feita através de meios de grande circulação, como jornais, revistas, televisão e rádio.

Essa iniciativa tem impacto sobre a Unidade Alphaville, pois procura relacionar a imagem da mesma como sendo um centro de diagnósticos, o que atrairia novos clientes a utilizarem tais serviços, sendo que os mesmos poderiam passar a ser novos usuários da Unidade, inclusive do ambulatório e do pronto-atendimento.

Porém, voltaremos ao mesmo ponto: as operadoras de planos de saúde irão dar cobertura a esses exames e procedimentos na Unidade Alphaville? Caso negativo, e os planos dos moradores dêem cobertura a seus concorrentes, certamente eles não irão pagar pelo atendimento na Unidade, já que os mesmos possuem a mesma imagem da qualidade entre os serviços de diagnósticos Einstein e, por exemplo, do laboratório Fleury. Além disso, questiona-se também qual seria novamente a *core competence* da Unidade Alphaville: os serviços de diagnósticos (com inúmeros concorrentes na região) ou a assistência à saúde propriamente dita nos casos de urgência/emergência, numa região ainda carente desse tipo de serviço, principalmente com o respaldo de uma marca como a do Einstein.

Uma importante vantagem que a Unidade Alphaville possui e que até o momento não foi muito explorada é o fato da mesma estar situada numa região isolada e de perfil populacional homogêneo, o que facilitaria a realização de campanhas mercadológicas sobre esse público-alvo, conforme afirmam PEPERS e ROGERS (1994), já que a mesma se torna mais efetiva e a um custo *per capita* menor. Dessa forma, a Sociedade Beneficente poderia tomar a iniciativa de fazer uma campanha publicitária envolvendo as revistas de circulação restrita à região, outdoors e a TV Alphaville, que é uma operadora de televisão por assinatura dos condomínios locais, para a divulgação dos serviços da Unidade.

7. CONCLUSÕES

A estratégia de expansão das atividades da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein através do modelo de unidades avançadas é teoricamente viável. Isso acabou despertando expectativas com relação aos resultados que as mesmas poderiam trazer no médio prazo, com impactos não só nas próprias unidades, mas também no Hospital Israelita Albert Einstein. A expectativa era tanta que logo no início do projeto, em 1998, a idéia era a construção de 8 unidades avançadas Einstein na Grande São Paulo. Passados 6 anos do início do projeto, somente duas Unidades Avançadas foram implantadas, e hoje essas mesmas unidades passam por estudos de avaliação, como é o caso, para a Unidade Alphaville, procurando avaliar os reais impactos que as mesma provocaram sobre a sociedade mantenedora, tendo como objetivo final a resposta quanto a se tal modelo adotado é bem sucedido ou não. Já a Unidade Jardins teve seu modelo de negócio reformulado, e hoje foca em mercados como o de medicina preventiva.

Pelos dados apresentados neste trabalho, o modelo inicial de Unidades Avançadas é viável e tem potencial de sucesso. Entretanto, o mesmo apresenta algumas premissas básicas que acabaram sendo distorcidas durante o processo de implantação levando a resultados abaixo dos esperados.

Uma dessas premissas diz respeito ao acesso da população local à Unidade Avançada através da cobertura de custos pelas empresas do setor supletivo de assistência à saúde. No projeto inicial das Unidades Einstein, a idéia era que praticamente todos os planos de saúde que davam direito à utilização do Hospital Israelita Albert Einstein possibilitassem o acesso às Unidades Avançadas do hospital. Entretanto, isso foi algo que não ocorreu, o que reduziu de forma significativa o número de usuários.

Um segundo fator crítico de sucesso para as unidades também foi desconsiderado, que era a montagem de uma infra-estrutura enxuta, tanto em termos de recursos humanos, quanto de equipamentos e tecnologia. As Unidades Einstein foram implantadas com uma estrutura acima do que poderia ser considerado ideal. Essa grande estrutura montada fez com que a Unidade Alphaville passasse a ter elevados custos fixos, que realmente impediram a avalançagem financeira da mesma, somada à demanda abaixo do esperado. Isso acarretou grandes alterações dentro da unidade, principalmente na forma de contratação e no número do quadro de profissionais da mesma.

Além disso, a Unidade Alphaville de certa forma no início ignorou alguns fatores importantes no que se refere ao seu mercado de atuação na região. Alphaville realmente não

possuía nenhum hospital de grande porte, e a Unidade Alphaville veio trazer alguns importantes serviços como o pronto-atendimento, o ambulatório e os SADT's que atenderam em parte à demanda da região. Entretanto, apesar de não existir nenhum hospital de grande porte atendendo a classe alta de Alphaville, a mesma possui diversos serviços que são concorrentes diretos da Unidade Avançada, o que não significa que a ausência de hospitais seja um fator facilitador na questão da concorrência. Para agravar ainda mais a questão financeira da Unidade Alphaville, manter o chamado “padrão Einstein” de atendimento demanda maiores quantidades de recursos do que, por exemplo, clínicas e SADT's particulares de menor tamanho e complexidade.

Entretanto, a Unidade Alphaville conseguiu vários resultados positivos desde o período de sua implantação. A mesma está localizado num ótimo ponto, próximo aos residenciais e empresas da região. Pela pesquisa de opinião com os usuários, a satisfação com a Unidade Einstein em diversos aspectos é elevada, sendo que os principais fatores foram àqueles relacionados à “marca Einstein”, como competência e credibilidade. Esse é uma das principais vantagens competitivas da Unidade.

A Unidade Alphaville também colabora com a Sociedade Beneficente, tanto em termos financeiros, como em relação à questão mercadológica. Os moradores e trabalhadores de Alphaville, para quem a Unidade tem maior visibilidade, vêem a Unidade como sendo uma referência para o atendimento à saúde de alta qualidade, além de transmitir segurança num local afastado do grande centro de São Paulo.

A geração de empregos para a população local também foi importante, já que a Sociedade Beneficente procurou dar preferência aos residentes próximos a Alphaville, e hoje, apesar do número de funcionários não ser muito elevado, com pouco mais de 70 colaboradores, o número de empregos indiretos é elevado, como por exemplo, o de profissionais que alugam as salas do ambulatório da Unidade.

Um outro importante diferencial da Unidade Alphaville frente aos seus concorrentes locais é sua resolutividade, já que num único local é possível fazer desde atendimentos de emergências até vacinação, passando por exames e consultas ambulatoriais.

Frente aos resultados não tão favoráveis que a Unidade Alphaville vem obtendo ao longo do tempo, fazem-se necessárias mudanças a fim de corrigir tais dificuldades. A primeira delas é o aumento da cobertura de custos dos procedimentos realizados na unidade pelos planos de saúde. Essa condição é essencial à continuidade da unidade e ao sucesso futuro da mesma. Entretanto, tal situação não é tão fácil de ocorrer quanto à sua necessidade, principalmente devido às resistências das empresas do setor supletivo de estarem arcando com

os custos de uma Unidade cujo modelo de negócio, na visão dessas empresas, seja facilitador do aumento dos custos de assistência à saúde.

Também fazem-se necessárias alterações com relação ao portfólio de produtos oferecidos na Unidade Alphaville. Os gestores da unidade vêem na implantação de um centro de saúde da mulher uma oportunidade de mercado, oferecendo além dos serviços de assistência à saúde tradicionais para mulher, produtos e serviços de estética. Essa opção, apesar de receber aprovação de uma grande parcela dos usuários, precisa ser analisada com cuidado do ponto de vista estratégico pela Sociedade Beneficente, já que a mesma não se encontra dentro da *core competences* da mesma.

A alternativa estratégica e mercadológica de tentar trazer o foco da Unidade Alphaville como um centro de diagnósticos para a população não parece ser a solução por si só para os problemas financeiros da mesma, já que a restrição quanto à cobertura dos planos de saúde ainda persiste. Soma-se ao fato que a Unidade Alphaville desde a sua implantação procurou levar a região serviços até então inexistentes, como o Pronto-Atendimento de um hospital conceituado, e ao focar em diagnóstico, abandona em parte sua estratégia de negócio inicial, indo para um mercado já altamente competitivo na região.

Quanto aos serviços atuais da Unidade Alphaville, a demanda pelos mesmos ainda se encontra baixa para alguns, mas com o aumento da cobertura a novos usuários de planos de saúde, esse quadro tende a se reverter. Entre os exames e procedimentos reivindicados pelos usuários, talvez apenas mamografia e densitometria óssea poderiam estar tendo sua implantação avaliada, principalmente no caso da implantação do Centro de Saúde da Mulher, ou mesmo no foco em diagnóstico.

Baseado nessas informações, podemos concluir que a Unidade Alphaville é bem avaliada pelos seus usuários, porém, devido a problemas de acesso por parte dos planos de saúde, ela não consegue obter uma demanda por seus serviços que consiga gerar emolumentos à Sociedade Beneficente que justifiquem a sua existência. Assim, medidas no sentido de alterar essa situação fazem-se urgentemente necessárias. Também seria interessante maior investimento de marketing para divulgação da mesma junto à população e profissionais da região.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AAKER, D.A. *Managing Brand Equity: Capitalizing on the value of a brand name*. New York: The Free Press, 1991.
2. AAKER, D.A. *Pesquisa de Marketing*. São Paulo: Editora Atlas, 2001.
3. AHA. *The State of Hospitals' Financial Health*. American Hospital Association, 2002.
4. ALBRECHT, K. *Revolução nos Serviços*. São Paulo: Editora Pioneira, 1998.
5. ALPHAVILLE URBANISMO S/A. *Conceito de Alphaville*. São Paulo: 2003.
6. ANS. *Série Regulação e Saúde – Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar – Volume 1*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
7. ANTUNEZ, S.; GARCIA, R. Avaliação de Custos de Vida Útil – Caso de Estudo: Tomógrafo Computadorizado. In: CONGRESO LATINOAMERICANO DE INGENIERIA BIOMÉDICA, 2, 2001, Havana. *Memorias....* Havana, 2001.
8. ATKINSON, A.A.; BANKER, R.D.; KAPLAN, R.S.; YOUNG, S.M. *Contabilidade Gerencial*. São Paulo: Editora Atlas, 2000.
9. BAER, W. *A Economia Brasileira*. São Paulo: Nobel, 1996.
10. BAHIA, L. Planos Privados de Saúde: Luzes e Sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.6, n. 2, p. 329-229, 2001.
11. BATESON, J.E.G.; HOFFMAN, K.D. *Marketing de Serviços*. 4ª Edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.
12. BERRY, L. L. Services Marketing is Diferente. *Business*. May/Jun 1980, p. 24-29.
13. BEULKE, R. BERTÓ, D. L. *Gestão de Custos e Resultados na Saúde*. 2ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2000.
14. BITTAR, O.J.N.V.; GUERRA, C.I.C.O.; SIQUEIRA Jr.; M.R.; ARAKI, F. O Custo que envolve a retirada de múltiplos órgãos. *Rev Assoc Med Bras*, v. 48, n.2, 2002, p. 156-162.
15. BOOZ-ALLEN & HAMILTON. *New Product Management for the 1980's*. New York, Booz-Allen & Hamilton, 1982.
16. BOWERS, M. R. Developing New Services for Hospitals: A Suggestd Model. *Marketing Health Services*. v. 7, n. 2, Jun 1987, p. 35-44.
17. BRAGA, J.C.; PAULA, S.G. Saúde e Previdência: estudos de política social – Saúde em debates. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.

18. BRASIL. Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 05 de Agosto de 1997. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, Agosto de 1997.
19. BURNS, T.; STALKER, G. *The Management of Innovation*. Londres: Tavistock Institute, 1961.
20. CARLZON, J. *A Hora da Verdade*. São Paulo: COP Editora, 1994.
21. CARMO, H.C.E. Como medir a inflação: os Números-índices de preços. In: PINHO, D. B.; VASCONCELLOS, M.A.S. *Manual de Economia*. 3ª edição. São Paulo: Editora Saraiva, 1998.
22. CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. *Gestão Hospitalar – Um Desafio para o Hospital Brasileiro*. Rennes: Calligraphy Print, 1995.
23. CASTELLANOS, P.L. Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação. São Paulo: EAESP/FGV, 2002. (Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).
24. CESARIO, G. Marcas: Da construção à Avaliação de *Brand Equity*. São Paulo: EAESP/FGV, 2002 (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-graduação da EAESP/FGV – Área de Concentração: Mercadologia).
25. COASE, R. The Nature of the Firm. *Economica*, 1937, p.385-405.
26. COHEN, M.D.; MARCH, J.G.; OLSEN, J.P. A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*. V. 17, n. 1, p. 1-25, Mar 1972.
27. COHN, A.; ELIAS, P.E.M. *Saúde no Brasil*. São Paulo: Editora Cortez, 2001.
28. CYERT, R.; MARCH, J.G. *A behavioral theory of the Firm*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1963.
29. DAFT, R.L.; WEICK, K.E. Toward a Model of Organizations as Interpretations Systems. *The Academy Of Management Review*. V. 9, n.2, 0. 284-295, Apr 1984.
30. DONALDSON, L. Divisionalization and Diversification: A longitudinal Study. *The Academy of Management Journal*. V. 25, n. 4, p. 909-914, Dec 1982.
31. DRUCKER, P. F. *A Profissão de Administrador*. São Paulo: Thompson Pioneira, 1998.
32. EMPLASA – Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano. *Censo 2000*. <<http://www.emplasa.sp.gov.br>>. Acessado em 29/04/2003.

33. ENTHOVEN, A. *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1988.
34. FARRAGHER, E.J. Capital Budgeting Practices of Non-Industrial Firms. *Engineering Economist*, v.31, p. 293-302, Summer 1986.
35. FERREIRA, J.H.G. *Alianças estratégicas em hospitais privados: estudo de caso com oito hospitais*. São Paulo: FSP/USP, 2000. (Tese de Doutorado apresentada ao curso de Pós-graduação da FSP/USP, Área de Concentração: Administração Hospitalar).
36. FRAMGEN, J.M. Capital Budgeting Practices: a Survey. *Management Accounting*. v.54, p. 19-25, May 1973.
37. FURTADO, A. T.; SOUZA, J. H. Evolução do setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no Brasil: a década de 90. In: NEGRI, B.; DiGIOVANNI, G. *Brasil – Radiografia da Saúde*. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.
38. FURTADO, C. *Formação Econômica do Brasil*. Editora Nacional: Rio de Janeiro, 1961.
39. GHEMAWAT, P. *A Estratégia e o Cenário dos Negócios: texto e casos*. Porto Alegre: Bookman, 2000.
40. GINTER, P.; SWAYNE, L.; DUNCAN, W. J. *Strategic Management of Health Care Organizations*. Malden: Blackwell, 2000.
41. GITMAN, L.J. *Princípios de Administração Financeira*. 7ª Edição. São Paulo: Editora Harbra, 2002.
42. GITTMAN, L. J.; FORRESTER, J.R. A Survey of Capital Budgeting Techniques Used by Major US firms. *Financial Management*. v. 6, p. 66-71, Fall 1977.
43. GOMES, M.A.S.M.; HARTZ, Z. Avaliação e Gestão Municipal de Saúde. *Revista Saúde em Foco*. n. 21, Jul 2001, p. 7-19.
44. GONÇALVES, E.L. Condicionantes Internos e Externos da Atividade do Hospital-Empresa. *Revista de Administração de Empresas Eletrônica*. v. 1, n. 2, p. 1-20, Jul/Set 2002.
45. GRÖNROOS, C. *Marketing: Gerenciamento e Serviços*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1993.
46. HAIR Jr., A.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. *Multivariate data analysis with readings*. 5ª edição. New Jersey: Prentice Hall, 1998.
47. HALL, W.K. Survival Strategies in a Hostile Environment. *Harvard Business Review*. Set/Out 1980, p. 78-80.

48. HAMBRICK, D.C. Some tests of the effectiveness and functional attributed of Miles and Snow's Strategic types. *Academy of Management Journal*. v.26, n;1, p.1-26, 1983.
49. HAMEL, G.; PRAHALAD, C.K. The Core Competence of the Corporations. *Harvard Business Review*. v. 68, n. 3, 1990, p. 79-91.
50. HAYMAN, D.; SCHULTZ, D. E. ROCI: Return on Customer Investment. *Strategy & Leadership*. nº 17, p. 96-100, nov/dec 1999.
51. HENDRICKS, J.A. Capital Budgeting Practices Including Inflation Adjustments: a Survey. *Managerial Planning*. v. 31, p. 22-28, Jan/Feb 1983.
52. HILL, M. Community-base market share growth strategies for ambulatory care. *Health Care Strategic Management*. v. 15, n.5, May 1997, p. 18-20.
53. HORNGREN, C.T. *Cost Accounting – A Managerial Emphasis*. 11ª Edição. New York: Prentice-Hall, 2002.
54. HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. *Hospital Inaugura seu Instituto de Ensino e Pesquisa*. Disponível em: <<http://www.hsl.com.br/>>. Acesso 25 jan. 2004.
55. HUMMEL, P.R.V.; TASCHNER, M.R.B. *Análise e Decisão sobre Investimentos e Financiamento – Engenharia Econômica – Teoria e Prática*. 4ª Edição. São Paulo: Editora Atlas, 1995.
56. IBGE. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS)*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/amsopcao.htm>. Acesso em 20 nov. 2003.
57. IBGE. PNAD – Pesquisa Nacional por Amonstra de Domicílio – Acesso e Utilização de Serviços de Saúde - 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
58. IPEA. *Desigualdade e Pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.
59. JOHNSON, D.E.L. Integrated Systems Face Major Hurdles Regulations, *Health Care Strategic Management*, v.11, n.10, p. 2-3, 1993.
60. KALUZNY, A.D.; MORRISEY, J.; McKINNEY, M. Emerging organizational networks: the case of the community clinical oncology program. In: MICK, S.S. *Innovations in the organizations of healthcare: new insights into organizational theory*. San Francisco: Jossey Bass, 1990.
61. KAMATH, R.R.; ELMER, J. Capital Investment Decisions in Hospitals: Survey Results. *Health Care Management Review*. v.14, n. 2, p. 45-56, Spring 1989.
62. KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. *A Estratégia em Ação – Balanced Scorecard*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1997.
63. KLAMMER, T. Empirical Evidence of the Adoption of Sophisticated Capital Budgeting Techniques. *The Journal of Business*. v. 45, p. 387-197, Jul 1972.

64. KOTLER, P. *Administração de Marketing*. São Paulo: Prentice Hall, 2000.
65. KUTTNER, R. *Tudo a Venda*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
66. LACEDA, A. C., BOCCHI, J. I.; REGO, J. M.; BORGES, M. A.; MARQUES, R. M. *Economia Brasileira*. São Paulo: Saraiva, 2000.
67. LAWRENCE, P.; LORSCH, J.W. *Organization and Environment : Managing Differentiation and Integration*, 2ª edição, Boston: Harvard Business School Press, 1986.
68. LIMEIRA, T.M.V. *Fundamentos de Marketing*. In: Gestão de Marketing. DIAS, S.R. Editora Saraiva: São Paulo, 2002.
69. LOTTENBERG, C. Tempo de Justiça Social e Solidariedade. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 21 jul. 2003. Caderno Tendências/Debates, p. A-3.
70. LOURO, M.J.S. Modelos de Avaliação de Marcas. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 40, n. 2, p. 26-37, abr/jun 2000.
71. LOVE, A.J. The evaluation of implementation: case studies. In: HUDSON, J.; MAYNE, J.; THOMLISON, R. *Action Oriented Evaluation in Organization*. Ontario: Wall & Emerson Inc., 1992.
72. LOVELOCK, C. Developing and Implementing New Services. In: *Developing New Services*. GEORGE, W. R.; MARSHALL, C. E. Chicago: American Marketing Association, 1984.
73. LOVELOCK, C. Why Marketing Management Needs to be Different for Services. In: *Marketing of Services*. DONNELLY, J. H.; GEORGE, W. R. Chicago: American Marketing Association, p. 5-9, 1981.
74. MALHOTRA, N. *Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada*. 3ª Edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.
75. MANCINI, W. R. *Contribuições para o estudo mercadológico da localização espacial de instituições de saúde em grandes centros urbanos – um estudo exploratório no Município de São Paulo*, EAESP/FGV, 1982. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Mercadologia).
76. MARCH, J. Exploration and exploitation in Organizational Learning. *Organization Science*, v. 2, 1991, p. 71-87.
77. MARCH, J. *The Pursuit of Organizational Intelligence*. Londres: Blackwell, 1999.
78. MARCH, J.; SIMON, H. *Organizations*. New York: Wiley, 1958.

79. MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Técnicas de Pesquisa: Planejamento e Execução de Pesquisas, Amostras e Técnicas de Pesquisa, Elaboração, Análise e Interpretação de Dados*. São Paulo: Editora Atlas, 1986.
80. MARTINS, E. *Contabilidade de Custos*. 9ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2003.
81. MATOS, A. J. *Retorno sobre Investimento: uma avaliação da empresa hospitalar*. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1979.
82. MCCARTHY, J. *Basic Marketing: A Managerial Approach*. 6ª ed, Homewood: Irwin, 1960.
83. McDEVITT, P.K.; SHIELDS, L.A. Tactical Hospital Marketing: A Survey of the State of Art. *Journal of Health Care Marketing*. v.5, n.1, p. 9-16, 1985.
84. McKEE, D.O.; VARADARAJAN, P.R.; PRIDE, W.M. Strategic Adaptability and Firm Performance: A Market-Contingent Perspective. *Journal of Marketing*. v. 53, n. 3, p. 21-35, 1989.
85. MEDICI, A.C. *Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil: Balanços e Perspectivas do Processo de Descentralização*. São Paulo: AdSaúde – Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública, 1994.
86. MILES, R.E.; SNOW, C.C. *Organization Strategy, Structure and Process*. New York: McGraw Hill, 1978.
87. MINAYO, M.C.S. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec, 1993.
88. MURAHOVSKI, D. *Implantação de Prontuário Eletrônico em um Hospital de Grande Porte: Estudo de Caso*. São Paulo: EAESP/FGV, 2000. (Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).
89. NARVAI, P. C. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994.
90. PARRY, M.; PARRY, A.E. Strategy and marketing tactics in nonprofit hospitals. *Health Care Management Review*. v.17, n.1, p. 51-61, 1992.
91. PENROSE, E. *The Theory of the growth of the firms in foss*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
92. PEPERS, D.; ROGERS, M. *Marketing um a um: marketing individualizado na era do cliente*. São Paulo: Campus, 1994.
93. PERROW, C. *Análise Organizacional*, 3ª edição, São Paulo: Atlas, 1981.

94. PETTY, W.J.; SCOTT, D.F., BIRD, M.M. The Capital Expenditure Decision Making Process of Large Corporations. *The Engineering Economist*. v. 20, p. 159-172, Spring 1975.
95. PINHO, J. B. *O Poder das Marcas*. 1ª ed. São Paulo: Summus Editorial Ltda, 1996.
96. PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. 3ª Edição. Brasília: IPEA, 2002.
97. PORTER, M.E. *Competitive Strategy*. New York: Free Press, 1980.
98. PORTER, M.E. *Competição*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999.
99. PWC. *Cost of Caring: Key Drivers of Growth in Spending on Hospital Care*. Price Waterhouse Coopers, Feb. 2003.
100. QUEIROZ, A.C.S. *Novas tecnologias e inovação organizacional: estudos de caso para analisar a relevância da variável confiança nos processos de implementação de tecnologia em um hospital privado*. São Paulo: EAESP/FGV, 2003. (Tese de Doutorado apresentada ao curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Organizações e Recursos Humanos).
101. REBOUÇAS, D.J.O. *Planejamento Estratégico*. São Paulo: Editora Atlas, 2001.
102. RIES, A.; TROUT, J. *Posicionamento – A batalha pela sua mente*. São Paulo: Pioneira, 1996.
103. ROEMER, M. *National Health Systems of the World*. vol. 2. New York: Oxford University Press, 1993.
104. ROESCH, S.M.A. *Projetos de estágio e de pesquisa em Administração: guias para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso*. São Paulo: Editora Atlas, 1999.
105. SAMEB – Serviço de Assistência Médica de Barueri. *Atendimento*. <<http://www.barueri.sp.gov.br>>. Acessado em 29/04/2003.
106. SANTANA DE PARNAÍBA. *Secretaria de Saúde de Santana de Parnaíba*. <<http://www.santanadeparnaiba.gov.br>> . Acessado em 27/10/2003.
107. SANTOS, V. P. *Manual de Diagnóstico e Reestruturação Financeira de Empresas*. São Paulo: Editora Atlas, 2000.
108. SBIAE. *Einstein – 30 anos*. Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein. 2003.
109. SHORTELL, S.; KALUZNY, A. *Health Care Management*. 4th Edition, Delmar Series in Health, 2000.
110. SILVA, T. L. *Políticas de Saúde no Brasil: 1970 – 1985 : da burocracia ao discurso*. São Paulo: EAESP/FGV, 1987. (Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-

graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).

111. SIMON, H. *Administrative Behavior: a study of decision-making processes in administrative organization*. New York: The Free Press, 1945.
112. TALARICO, R. F. *Um Modelo Conceitual para a Construção e o Reposicionamento de Marcas*. São Paulo: EAESP/FGV, 1998. (Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Mercadologia).
113. TAUBER, E. M. Brand Leverage: Strategy for growth in a cost-controlled world. *Journal of Advertising Research*. Aug/Sept/Oct 1988, p. 26-30.
114. TELES, J.P.S. *Administração Estratégica de Hospitais: o Balanced Scorecard e suas contribuições*. São Paulo: EAESP/FGV, 2002. (Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde).
115. TERRA, V. *Mudança Organizacional e Implantação de um Programa de Qualidade em Hospital do Município de São Paulo*. São Paulo: EAESP/FGV, 2000. (Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).
116. THOMPSON, J. *Dinâmica Organizacional*, São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
117. UAEA. *Dados Operacionais e Financeiros da Unidade Avançada Einstein Alphaville*. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein, 2004.
118. VASCONCELOS, F.C. *Estratégia Empresarial e Modos de Busca de Novos Negócios: uma análise de estratégias de busca de novos negócios em empresas brasileiras*. São Paulo: NPP/EAESP-FGV, 2003.
119. WELSCH, G.A. *Orçamento Empresarial*. 4ª Edição. São Paulo, 1996.
120. WILLIAMSON, S.; STEVES, R.E.; LOUDON, D.L.; MIGLIORE, R.H. *Fundamentals of Strategic Planning for Healthcare Organizations*. New York: Haworth Press Inc, 1997.
121. YIN, R. K. Case Study Evaluations: A Decade of Progress? *New Directions for Evaluation*, n. 76, Winter 1997, p. 69-78.
122. YIN, R. K. *Estudo de Caso – Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.
123. ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L. Problems and Strategies in Services Marketing. *Journal of Marketing*, v. 49, Spring 1985, p. 33-46.
124. ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.L.; PARASURAMAN, A. Communication and Control Process in the Delivery of Services Quality. *Journal of Marketing*. April, 1988.

ANEXOS

ANEXO I – ROTEIRO DE ENTREVISTA E QUESTIONÁRIO

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1. Qual o seu relacionamento com o projeto de implantação e atual administração da Unidade Avançada Einstein Alphaville?
2. Quando começou, por quê e como foi a história da implantação da Unidade Avançada Einstein Alphaville?
3. Quais os resultados eram esperados a curto, médio e longo prazo na época?
4. Quais foram os resultados (financeiros, marketing,...) efetivamente obtidos?
5. Quais os impactos sobre os planos estratégicos, operacionais e financeiros frente aos resultados obtidos em comparação com os esperados?
6. Houve impactos com relação à geração de empregos para a população local? Isto era esperado?
7. A criação da Unidade Alphaville, na sua opinião, teve impacto positivo sobre o número de atendimentos realizados no Hospital Israelita Albert Einstein?
8. Quais são as perspectivas futuras para a Unidade Avançada Einstein Alphaville e para o modelo adotado, de expansão dos serviços da Sociedade Beneficente.

Pesquisa de Opinião

Esta pesquisa de opinião é parte da dissertação de mestrado sobre os impactos provocados pela implantação da Unidade Avançada Einstein Alphaville, realizada pelo aluno Fábio Ricardo Loureiro Sato, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Ana Maria Malik, na Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas. Ela será importante para melhorarmos os serviços que aqui são prestados, assim como direcionar novos investimentos a realizados feitos aqui na Unidade e avaliar os impactos sobre o sistema de saúde da região.

Idade: _____ anos Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Local de Residência: ☐ Alphaville ☐ São Paulo ☐ Outros

Local de Trabalho: ☐ Alphaville ☐ São Paulo ☐ Outros

Número de vezes que já foi atendido na Unidade Avançada: _____

Já utilizou o Hospital Israelita Albert Einstein no Morumbi?

☐ Não ☐ Sim. Quantas vezes? _____

A abertura da Unidade Avançada Einstein Alphaville evitou que você tivesse que se deslocar até o Hospital Israelita Albert Einstein no Morumbi? ☐ Sim ☐ Não

A abertura da Unidade Avançada Einstein Alphaville trouxe serviços até então não disponíveis na região de Alphaville. ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sei

Quem indicou a Unidade Avançada Einstein Alphaville para você?

Que atendimento/procedimento realizou na Unidade Avançada Einstein Alphaville? _____

Após a abertura da Unidade Avançada em Alphaville, a sua frequência de utilização dos serviços da Sociedade Beneficente (Hospital Albert Einstein e Unidades Avançadas Einstein Alphaville e Jardins):

☐ Aumentou ☐ Diminuiu ☐ Manteve-se igual

Fonte Pagadora: ☐ Plano de Saúde - Qual? _____ ☐ Recursos Próprios

Assinale com (X) a importância que cada conceito abaixo apresentado com relação à Unidade Avançada tem para você:

(1) Irrelevante (2) Pouco Relevante (3) Relevante (4) Muito Relevante (5) Fundamental

Itens	Importância
Segurança	
Comodidade	
Conforto	
Qualidade de Profissionais	
Quantidade de Profissionais	
Qualidade de Serviços	
Quantidade de Serviços	
Serviços Únicos	

Itens	Importância
Exclusividade de Atendimento	
Preço	
Infra Estrutura	
Marca	
Credibilidade	
Competência	
Cobertura por parte do plano de saúde	

Assinale com (X) a nota que você daria para os seguintes itens:

Itens	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	Excelente
Atendimento					
Localização					
Número de Serviços Disponíveis					
Avaliação Global					

Qual a sua opinião se o foco da Unidade Alphaville fosse a saúde da mulher?

() Ruim () Regular () Bom () Excelente

Por quê? _____

Sugestões e Observações Adicionais:

ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Essas informações que estão sendo fornecidas são para a sua participação voluntária neste estudo cujo objetivo é apurar os impactos financeiros e mercadológicos da implantação da Unidade Avançada Einstein Alphaville.

Esse estudo consistirá de perguntas realizadas para usuários da Unidade e para moradores da região, escolhidos aleatoriamente, cujo principal benefício para os respondentes será a melhora na qualidade dos serviços prestados no local.

Em qualquer etapa deste estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador será Fábio Ricardo Loureiro Sato, que poderá ser encontrado no endereço da Fundação Getúlio Vargas - Av. Nove de Julho 2029 – 5º Andar, Telefone: (011) 6197-7337 / 9614-3033. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o comitê de ética em pesquisa (CEP) do Hospital Israelita Albert Einstein no telefone (011) 3747-0291.

Os participantes têm garantido a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu atendimento na Instituição. Todas as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação e o pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo sobre os impactos financeiros e mercadológicos da implantação da Unidade Einstein Alphaville. Eu discuti com o pesquisador Fábio Ricardo Loureiro Sato sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do Paciente/Representante Legal

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do Responsável pelo Estudo

Data ____/____/____