

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

RODRIGO ALMEIDA DE MACEDO

**ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE ENTRADA DE MERCADO ADOTADAS POR
UMA ORGANIZAÇÃO PRIVADA DE SAÚDE: O CASO FLEURY S.A.**

SÃO PAULO

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

2007

RODRIGO ALMEIDA DE MACEDO

**ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE ENTRADA DE MERCADO ADOTADAS POR
UMA ORGANIZAÇÃO PRIVADA DE SAÚDE: O CASO FLEURY S.A.**

Dissertação apresentada à Escola de
Administração de Empresas de São
Paulo da Fundação Getúlio Vargas,
como requisito para obtenção do título de
Mestre em Administração de Empresas

Campo de conhecimento: Administração
e Planejamento em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Ana Maria Malik

SÃO PAULO
2007

Macedo, Rodrigo Almeida de.
Análise das Estratégias de Entrada de Mercado adotadas por uma
Organização Privada de Saúde: O Caso Fleury S.A. / Rodrigo Almeida de Macedo.
2007

124 f.

Orientadora: Ana Maria Malik

Dissertação (mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo

1. Entrada de Mercado. 2. Teoria dos Recursos da Firma 3. Medicina Suplementar 4. Diversificação. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

RODRIGO ALMEIDA DE MACEDO

**ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE ENTRADA DE MERCADO ADOTADAS POR
UMA ORGANIZAÇÃO PRIVADA DE SAÚDE: O CASO FLEURY S.A.**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas

Campo de conhecimento: Administração e Planejamento em Saúde

Data de aprovação:

____/____/____

Banca examinadora:

Profa. Dra. Ana Maria Malik

Prof. Dr. Luiz Ledur Brito

Prof. Dr. Jose Gilberto H. Vieira

À Deus no céu e minha família na terra

AGRADECIMENTOS

À Prof. Ana Maria Malik pela orientação deste trabalho e todo o conhecimento compartilhado.

À equipe do GV Saúde que vem promovendo o debate e o intercâmbio entre os estudantes de mestrado e doutorado da linha de pesquisa em Administração e Planejamento em Saúde e as organizações públicas e privadas do setor.

Aos Professores da EAESP/FGV que contribuíram para a minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

Ao funcionários da EAESP/FGV, particularmente da Biblioteca Karl A. Boedecker, que sempre foram profissionais e atenciosos.

Ao colegas e amigos, fontes de inspiração, alegria e aprendizado inestimável!

Ao Fleury que apoiou a realização deste e de outros trabalhos.

À ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar, por sua Biblioteca Virtual.

À todos os entrevistados e colaboradores do Fleury que ajudaram a realizar este trabalho.

À CRI, Central de Relações Internacionais da EAESP/FGV, que possibilitou o intercâmbio acadêmico na *Anderson School of Management* da *University of California at Los Angeles*.

À CAPES, pela bolsa de estudos.

RESUMO

Desde o final da década de 90 observa-se em São Paulo diversos prestadores de serviço de saúde empreendendo em novos segmentos de mercados e diversificando seus escopos de serviços.

Pesquisas da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2007) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004 e 2006), bem como publicações do setor de Saúde Suplementar, confirmam o aumento da oferta e da demanda de serviços privados de saúde no Brasil nos últimos anos, com destaque para a expansão de novos modelos de atendimento e a intensificação da concorrência entre prestadores de saúde, principalmente nas regiões metropolitanas com maior renda per capita.

Neste contexto, esta dissertação analisa a apropriação dos conceitos de Entrada de Mercado no âmbito de uma organização privada de serviços de saúde e examina três estratégias de entrada distintas adotadas pela organização estudada. O objetivo deste trabalho é responder como estas estratégias de entrada contribuíram para a formação dos recursos e capacidades dos novos empreendimentos e para a performance destes negócios.

Para tanto, esta dissertação recorre a revisão bibliográfica sobre Diversificação, Entrada de Mercado e Teoria dos Recursos da Firma e analisa o Sistema de Saúde do Brasil. A pesquisa de campo foi realizada no Fleury S.A., tendo como metodologia o estudo de caso, apoiado por entrevistas semi-estruturadas com altos executivos da empresa. Os serviços de Check-up, Hospital-Dia e a Holding NKB são estudados em profundidade e evidenciam características distintas de entrada, que variam conforme os laços de ligação com o Fleury: por meio do crescimento interno, da formação de uma *Joint Venture* com outra empresa parceira e da constituição de uma empresa subsidiária relativamente mais independente, também conhecida como *Spin-off*.

Como resultados, a análise do caso Fleury indica que a estratégia de entrada pode incrementar a probabilidade de sucesso do empreendimento, principalmente quando o entrante potencial tem uma compreensão clara dos recursos e capacidades da firma e das necessidades do mercado. Por outro lado, a inexperiência no novo mercado, as analogias equivocadas e o viés cognitivo, excessivamente otimista sobre os recursos da firma, são verificados como os principais responsáveis pela entrada inapropriada em novos mercados. Finalmente, observou-se que a ampliação da base de recursos e capacidades do Fleury trouxe benefícios nos empreendimentos posteriores da empresa, o que a literatura descreve como trajetórias de aprendizado.

ABSTRACT

Since the end of the 90s, Sao Paulo has seen countless numbers of health care organizations extending their business scope.

According to the latest researches from Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS) and Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) and to recent academic papers, there have been increases in supply and demand for private health care services in Brazil in the last years. In what follow, advances of new health care services and the growth in competition among health care providers, mostly in wealth metropolitan areas.

This dissertation addresses the use of common concepts of market entry for a health care organization and investigates three distinct strategies of market entry carried on by this organization. The dissertation's main propose is to answer how these market entry strategies played a role at the birth of enterprises' resources and capabilities and their performances.

Regarding this environment, the present work reviews the literature of Diversification, Market Entry and Resource-based View of the Firm, and also analyzes the Brazilian Health System. The field research is undertaken at Fleury S.A., based on a case study supported by interviews with top executives. Three enterprises - Check-up, Day-Hospital and NKB - are studied in deep and showed different entry characteristics, which varied according to their heritage and to the strength of their ties to Fleury.

The analysis of the Fleury Case shows that strategies of market entry may improve the likelihood of new enterprises success, particularly when potential entrant has a clear understanding of its resources and capabilities and the needs of the potential market. On the other hand, the lack of experience at the potential market, mislead analogies and overconfidence are reported as the main causes of inappropriate market entry. Another important finding is

the learning trajectory that follows the enhancement of company's resource and capabilities base.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1. Tema e Justificativa.....	15
1.2. Objetivos Geral e Espeífico.....	17
1.2. Estrutura do Trabalho.....	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1. Diversificação.....	19
2.2. Entrada de Mercado.....	24
2.3. Teoria dos Recursos da Firma.....	39
3. METODOLOGIA DE PESQUISA.....	50
3.1. Revisão Bibliográfica.....	50
3.2. Estratégia de Investigação.....	51
3.2.1. Instrumentos de Pesquisa.....	53
3.2.2. Amostra.....	56
3.3. Limitações do trabalho.....	56
4. SISTEMA DE SAÚDE	58
4.1. Saúde Suplementar.....	60

4.1.1.	
<i>Prestadores</i>	61
4.1.2.	
<i>Pagadores</i>	68
5. ESTUDO DE CASO	82
5.1. <i>Fleury</i>	
5.A.....	82
5.1.1.	
<i>Diversificação</i>	85
5.2. <i>Check-</i>	
<i>up</i>	93
5.2.1. <i>Oportunidade de</i>	
<i>Mercado</i>	93
5.2.2. <i>Estratégia de Entrada de</i>	
<i>Mercado</i>	95
5.3. <i>Hospital-</i>	
<i>Dia</i>	100
5.3.1. <i>Oportunidade de</i>	
<i>Mercado</i>	100
5.3.2. <i>Estratégia de Entrada de</i>	
<i>Mercado</i>	102
5.4. <i>NKB</i>	
.....	108
5.4.1. <i>Oportunidade de</i>	
<i>Mercado</i>	108
5.4.2. <i>Estratégia de Entrada de</i>	
<i>Mercado</i>	112
6. CONCLUSÃO	118
7. SUGESTÕES	122
8. REFERÊNCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS	123

1. Introdução

A intensificação da concorrência e as transformações na assistência médico-hospitalar no Brasil têm impelido prestadores de serviços de saúde a empreenderem em novos segmentos de mercado e ampliarem seus escopos de atuação. Desde o final da década de 90 observa-se em São Paulo a entrada de hospitais nos mercados de medicina diagnóstica, medicina preventiva, promoção de saúde, atendimento domiciliar, ensaios clínicos e ensino e pesquisa (SATO, 2004; FIORENTINI, 2005). Centros de medicina diagnóstica, clínicas e outros prestadores também estão empreendendo em outros segmentos e diversificando seus serviços.

A entrada em novos mercados pelos prestadores de serviços de saúde estabelecidos é uma evidência do crescimento da oferta de serviços de saúde no Brasil, como se verifica nos dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2005 (IBGE, AMS, 2006). Nesta pesquisa de caráter censitário, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) adota como unidade de medida os estabelecimentos de saúde e busca retratar as tendências da oferta e capacidade instalada de serviços de saúde no Brasil. Os estabelecimentos de saúde são classificados em três categorias: com internação, sem internação e serviços de apoio a diagnose e terapia (SADT).

Esta pesquisa registra, entre 2002 e 2005, o aumento relativo de 17,8% no número de estabelecimentos de saúde em geral, com internação, sem internação e SADT, atingindo um universo de 77.004 estabelecimentos de natureza pública e privada de saúde no país. No âmbito da oferta dos serviços privados, observa-se uma queda de 8% no número de estabelecimentos com internação, bem como o crescimento de 24% dos estabelecimentos sem internação e de 23,7% dos SADT, entre 2002 e 2005. Nesse período, os estabelecimentos privados cresceram 18,2%, e atingiram 31.915 unidades ou 41,4% do total dos estabelecimentos de saúde no Brasil, percentual ligeiramente superior ao encontrado na pesquisa de 2002.

Tabela 1: Estabelecimentos de saúde no Brasil 2002-2005

Estabelecimentos de saúde, por tipo de atendimento e esfera administrativa				
	2002	2005	Evolução 2005/2002	Distribuição 2005
Com internação				
Público	2 588	2 727	5,4%	3,5%
Privado	4 809	4 428	-7,9%	5,8%
Total	7 397	7 155	-3,3%	9,3%
Sem internação				
Público	35 086	41 260	17,6%	53,6%
Privado	11 342	14 068	24,0%	18,3%
Total	46 428	55 328	19,2%	71,9%
SADT				
Público	673	1102	63,7%	1,4%
Privado	10848	13419	23,7%	17,4%
Total	11521	14521	26,0%	18,9%
Total Geral				
Público	38 347	45 089	17,6%	58,6%
Privado	26 999	31 915	18,2%	41,4%
Total	65 346	77 004	17,8%	100,0%

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2002/2005 (IBGE, AMS 2003 e 2006)

Entre 2000 e 2006, a demanda por serviços privados de saúde também aumentou. O número de beneficiários das diversas modalidades de planos de assistência médica cresceu 14,7%, atingindo 36,5 milhões de pessoas, aproximadamente 20% da população brasileira de acordo com o Caderno de Informações da Saúde Suplementar da ANS. O Sudeste se destaca com 67% destes beneficiários e suas capitais possuem em média 50% da população coberta pelos planos de assistência médica (BRASIL, ANS, 2007). Para as famílias brasileiras com rendimentos acima de 20 salários mínimos, a penetração dos planos de assistência médica é ainda mais alta, atingindo 83,8% da população em 2003 (IBGE, PNAD, 2004).

Contudo, os dados da ANS apontam também a elevação do custo médio dos eventos médico-hospitalares como consultas médicas, internações, exames complementares e outros atendimentos ambulatoriais, que tiveram aumentos entre 10% e 31% de 2002 a 2004. A frequência de utilização dos serviços

também é crescente, com uma exceção importante: internações por beneficiário dos planos coletivos com patrocinador, que caiu 11,76% no período e apresentou a média de 0,15 internações por beneficiário por ano em 2004 – a menor no período para planos individuais e coletivos (com e sem patrocínio). A importância deste dado está na sinalização de que empresas contratantes de planos de saúde e as operadoras de assistência médica conseguiram neste período reduzir a frequência de internações, o evento médico-hospitalar mais oneroso para os planos de saúde. Em termos consolidados, a elevação dos custos da assistência médica é observada nas despesas assistenciais das diversas modalidades de operadoras de planos de saúde, que cresceram 68% entre 2001 e 2005. Vale observar que esse crescimento supera a variação de 13% do número de beneficiários e o índice de 43,33% de inflação acumulado medido pelo IPCA/IBGE.

BRAZ (2006) constata o peso crescente da saúde no orçamento das famílias brasileiras. De acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar de 2002-2003, as despesas com Assistência à Saúde representaram 6,49% das despesas totais, percentual superior ao 4,22%, encontrado na primeira versão dessa pesquisa, denominada Estudo Nacional da Despesa Familiar entre 1974-1975 (IBGE, POF, 2004). OCKÉ-REIS e CARDOSO (2006) trazem novas reflexões sobre o comportamento dos preços dos planos de assistência à saúde no período de 2001 a 2005, que contrariam a proposição teórica dos custos crescentes da saúde, como é difundido pelo mercado. Segundo esse estudo, à exceção dos dados do Dieese, os índices da Fipe e IBGE evidenciam que a inflação do setor de saúde foi menor do que a inflação geral no período de 2001 a 2005, que atende o ciclo regular de reajuste do plano individual definido pela ANS.

Há ainda as transformações tecnológicas que vêm reconfigurando a assistência médico-hospitalar, seja por meio do desenvolvimento dos exames de diagnósticos por imagem, dos equipamentos e procedimentos ambulatoriais, dos sistemas de informação em saúde seja ainda do crescente uso das informações médicas *on-line* pelos consumidores (FERREIRA, 2006).

Sobretudo o que foi descrito, pesquisas demográfico-epidemiológicas apontam para o envelhecimento da população brasileira beneficiária de planos assistenciais e a necessidade readequação do modelo de saúde (CARVALHO, 1998). Para FLORENCIO (2006), o processo assistencial centrado na figura do médico, à parte de uma equipe multiprofissional, deve ser revisto para o atendimento das múltiplas necessidades do cuidado integral do indivíduo idoso com alto custo-efetividade. A projeção da população brasileira divulgada pelo IBGE (IBGE, PNAD, 2004) indica que a população acima de 60 anos, que atingiu 13,9 milhões em 2000 (cerca de 8% da população), mais que dobrará em 2030 e triplicará em 2050.

Enfim, o universo do sistema de saúde brasileiro é tão amplo e complexo, que não pode ser abarcado por completo (LIMA, 2003). É necessário estabelecer elos entre diferentes informações existentes, atribuindo valor ponderável às interpretações do observador. Neste contexto, a evolução da oferta e da demanda de serviços de saúde no Brasil evidencia inúmeras transformações, em que se destacam a saturação do modelo de assistência centrado nos hospitais, a expansão de novas estruturas de atendimento, a intensificação da concorrência entre prestadores de saúde e a consolidação das operadoras de maior porte e dos planos coletivos.

Diante deste cenário, a literatura de Entrada de Mercado traz importantes contribuições para apoiar as decisões sobre diversificação e estratégias de entrada em novos mercados por organizações de saúde estabelecidas. A partir dos conceitos e taxonomias desse campo de pesquisa, particularmente relacionados aos diferentes modos de entrada, pode-se incrementar a probabilidade de sucesso do empreendimento. Alguns autores destacam a importância da relação inicial com o mercado potencial, complementaridade dos recursos e *timing* de entrada como aspectos críticos para o desempenho do novo entrante (LIEBERMAN e MONTGOMERY, 1988 e 1998; SUAREZ e LANZOLLA, 2005).

Verifica-se ainda a convergência da literatura de Entrada de Mercado com a Teoria dos Recursos da Firma, vertente da literatura de estratégia que atribui aos recursos e capacidades da firma, heterogeneamente distribuídos na indústria e relativamente estáveis ao longo do tempo, a variação de *performance* das organizações. De acordo com esta teoria aplicada à entrada de mercado, os recursos e capacidades do potencial entrante têm um importante impacto na escolha do mercado, no modo e *timing* de entrada e na *performance* pós-entrada da organização. Quanto maior a similaridade entre os recursos pré-entrada e os recursos requeridos pelo mercado potencial, maiores as chances da organização empreender nesse mercado de maneira bem sucedida (ROBERTS e BERRY, 1985; CHATTERJEE e WERNERFELTT, 1991; HARRISON *et al.* 1991; SHARMA e KESNER, 1996; HELFAT e LIEBERMAN, 2002;).

Nesse sentido, as estratégias de entrada de mercado visam a impulsionar o entrante por meio dos recursos disponíveis e endereçar os *gaps* entre os recursos disponíveis e requeridos no mercado potencial. Assim, potenciais entrantes com carência de recursos tendem a adotar modos de entrada que supram essas deficiências, por meio do crescimento interno, aquisição, *joint venture*¹, franquia, *spin-off*², *entre outros*.

Contudo, apesar da vasta bibliografia internacional sobre entrada de mercado (YIP, 1982; ROBERTS e BERRY, 1985; HARRISON *et al.* 1991; GEROSKI, 1995; HELFAT e LIEBERMAN, 2002) na área de saúde no Brasil, voltado para o setor privado, há poucos trabalhos publicados sobre o assunto. Diversos autores apontam a expansão do setor privado de saúde, mas não

¹ Joint Venture é uma empresa constituída por mais de uma empresa estabelecida e possui controle acionário distribuído entre os sócios. Este modo de entrada é recomendado para complementar os recursos pré-existentes disponíveis pelas empresas parceiras (HELFAT e LIEBERMAN, 2002).

² Spin-off é uma empresa constituída por uma empresa estabelecida de forma a permitir autonomia de gestão, mas que permanece sob o controle acionário da empresa estabelecida. Este modo de entrada é recomendado para alavancar o empreendimento por meio de determinados recursos pré-existentes disponíveis, minimizando as desvantagens de outros recursos desfavoráveis (HELFAT e LIEBERMAN, 2002).

analisam a disseminação de modos de entrada de mercado até então restritos a outros setores da economia (ALMEIDA, 1998; ANREAZZI, 2003; CORRÊA, 2005; OCKÉ-REIS e CARDOSO, 2006; BRAZ, 2006; PIOLA, 2006; FERREIRA, 2006).

Neste contexto, este trabalho procura analisar a apropriação dos conceitos de entrada de mercado no âmbito de uma organização privada de serviços de saúde. Para tanto, o estudo de caso do Fleury S.A. expõe três estratégias distintas para entrada de mercado: crescimento interno, formação de uma *joint venture* e constituição de uma *spin-off*. O objetivo deste trabalho é responder como tais estratégias de entrada contribuíram para a formação dos recursos e capacidades dos novos empreendimentos e para a *performance* desses negócios.

Para tanto, este trabalho parte da revisão bibliográfica sobre Diversificação, Entrada de Mercado e Teoria dos Recursos da Firma, analisa o Sistema de Saúde do Brasil e investiga as experiências de entrada de mercado do Fleury S.A. sob a perspectiva dos altos executivos da empresa.

1.1. Tema e Justificativa

O tema deste trabalho é a estratégia de entrada de mercado e os recursos e capacidades da empresa-entrante.

Ao analisar os gastos em saúde no Brasil, observa-se que os gastos do setor privado cresceram 111% entre 1998 e 2005, representando 46,3% dos gastos totais em saúde, o equivalente a 4,1% do PIB ou R\$ 80 bilhões (WHO, 2007). Este montante de gastos privados é aplicado via operadoras de planos de saúde ou diretamente pelo cidadão, e impulsionam a indústria de serviços privados de saúde.

Entre dezembro de 2000 e dezembro de 2006 o número total de beneficiários de planos de saúde cresceu 14,7% segundo os dados do Caderno de Informação da Saúde Suplementar (BRASIL, ANS, 2006). Enquanto isso,

entre 2004 e 2006 o mercado total de planos de saúde cresceu de R\$ 59.951 para R\$ 73.722 milhões, cerca de 23% no período, segundo a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG, 2007). Para PIOLA (2006), as tendências do financiamento da saúde apontam para a proliferação de serviços privados de saúde – com destaque para expansão dos serviços para a população de baixa renda por meio de esquemas de pagamento facilitado.

ALMEIDA (1998) aponta que, a despeito da importância do mercado privado de saúde, os aspectos críticos da assistência médica suplementar, assim como os correspondentes desenvolvimentos conceituais e analíticos que suscitam, encontram-se ainda em nível quase exploratório. Recentemente, entretanto, verifica-se grande preocupação acadêmica e política sobre o tema (ANREAZZI, 2003; CORRÊA, 2005; OCKÉ-REIS e CARDOSO, 2006; BRAZ, 2006; PIOLA, 2006; FERREIRA, 2006)

Por um lado, os dados intrínsecos do setor de saúde evidenciam mudanças epidemiológicas e evolução da capacidade diagnóstica e de intervenção médica que estão criando novas demandas por serviços de saúde e reduzindo a procura por alguns serviços tradicionais. Por outro, os dados extrínsecos apontam para cenários macroeconômicos favoráveis, com o crescimento econômico e da distribuição de renda (FENASEG, 2007).

Estas transformações alteram o mercado de serviços de saúde e impulsionam estratégias de diversificação e entrada de mercado pelas empresas estabelecidas, particularmente nas regiões metropolitanas com alta concentração de beneficiários de planos de saúde. Contudo, estas estratégias têm um enorme impacto financeiro, operacional e mercadológico, sendo definidas entre as mais importantes decisões que estão sendo colocadas para as organizações de saúde brasileiras (GINTER *et al.* 1998; MALIK e PENA, 2003, SATO, 2004).

Estudos de entrada de mercado afirmam que a *performance* da empresa-entrante está diretamente relacionada à similaridade entre os recursos pré-

entrada e os recursos requeridos pelo mercado, sendo a estratégia de entrada responsável pela adequação dos recursos pré-entrada (HELFAT e LIEBERMAN, 2002; SHARMA e KESNER, 1996). A Teoria dos Recursos da Firma acrescenta que a *performance* da firma depende ainda das características dos seus recursos e capacidades, que para se tornarem fontes de vantagem competitiva sustentável precisam ser valiosos, raros, difíceis de imitar e de substituir (BARNEY, 1991). Desta forma, o estudo de Estratégias de Entrada associado à Teoria dos Recursos da Firma pode contribuir para a otimização dos investimentos em diversificação e entrada de mercado.

Contudo, as organizações de saúde e o mercado de serviços de saúde apresentam diferenças com relação à indústria manufatureira, de onde provém a maior parte da literatura sobre estratégia de entrada de mercado. Enquanto bens de consumo podem ser produzidos e estocados, serviços demandam simultaneamente sua produção e seu consumo (EKELEDO, SIVAKUMAR, 2004). O consumo de serviços de saúde varia ainda conforme os estados individuais de natureza, o que leva a existência de sistemas de seguridade social, público ou privado, para distribuir o risco entre os segurados. O estabelecimento de um contrato de seguro-saúde leva a *falhas de mercado* como assimetria de informação na relação médico-paciente, riscos elevados decorrentes da incerteza associada ao elevados custos dos serviços de saúde e problemas relacionados a seleção adversa e o risco moral (CORRÊA, 2004).

Neste sentido, o estudo proposto procura investigar, em uma organização privada de saúde, a aplicação dos conceitos de estratégia de entrada em mercado, bem como contribuir para o debate sobre os rumos do setor privado de saúde no Brasil.

1.2. Objetivos Geral e Específico

O objetivo geral deste trabalho é analisar as estratégias de entrada de mercado adotadas pelo Fleury S.A. em três novos negócios – Check-up, Hospital-Dia e NKB sob a perspectiva dos altos executivos da organização.

Os objetivos específicos são:

1. Compreender como a estratégia de entrada contribuiu para a formação dos recursos e capacidades dos novos empreendimentos;
2. Verificar a *performance* mercadológica e financeira de cada um dos empreendimentos frente à expectativa dos estudos de viabilidade;
3. Identificar as críticas dos altos executivos da organização frente às estratégias de entrada adotadas;

1.3. Estrutura do Trabalho

No **primeiro capítulo**, encontram-se a introdução do trabalho, o tema, as justificativas, os objetivos geral e específicos e a estrutura do trabalho.

No **segundo capítulo**, encontram-se o referencial teórico sobre o tema de Diversificação, Entrada de Mercado e Teoria dos Recursos da Firma. O levantamento bibliográfico buscou esclarecer a relação entre estes três conceitos, fornecer taxonomia para a descrição do estudo de caso e principalmente apresentar as abordagens de estratégia de entrada de mercado publicadas na literatura.

O **terceiro capítulo** apresenta a metodologia de pesquisa utilizada no trabalho e o **quarto capítulo**, discorre a respeito do Sistema de Saúde Brasileiro, particularmente sobre a Medicina Suplementar, seus principais atores e seus papéis.

Em seguida, a partir da análise da literatura e do entendimento do contexto da saúde suplementar, procedeu-se o estudo de caso e a discussão dos resultados no **quinto capítulo**.

No **sexto capítulo** trazemos a conclusão e no sétimo, as sugestões de novas pesquisas.

2. Referencial Teórico

Neste capítulo, descrevem-se os três pilares da literatura utilizada no trabalho: Diversificação, Entrada de Mercado e Teoria dos Recursos da Firma.

2.1. Diversificação

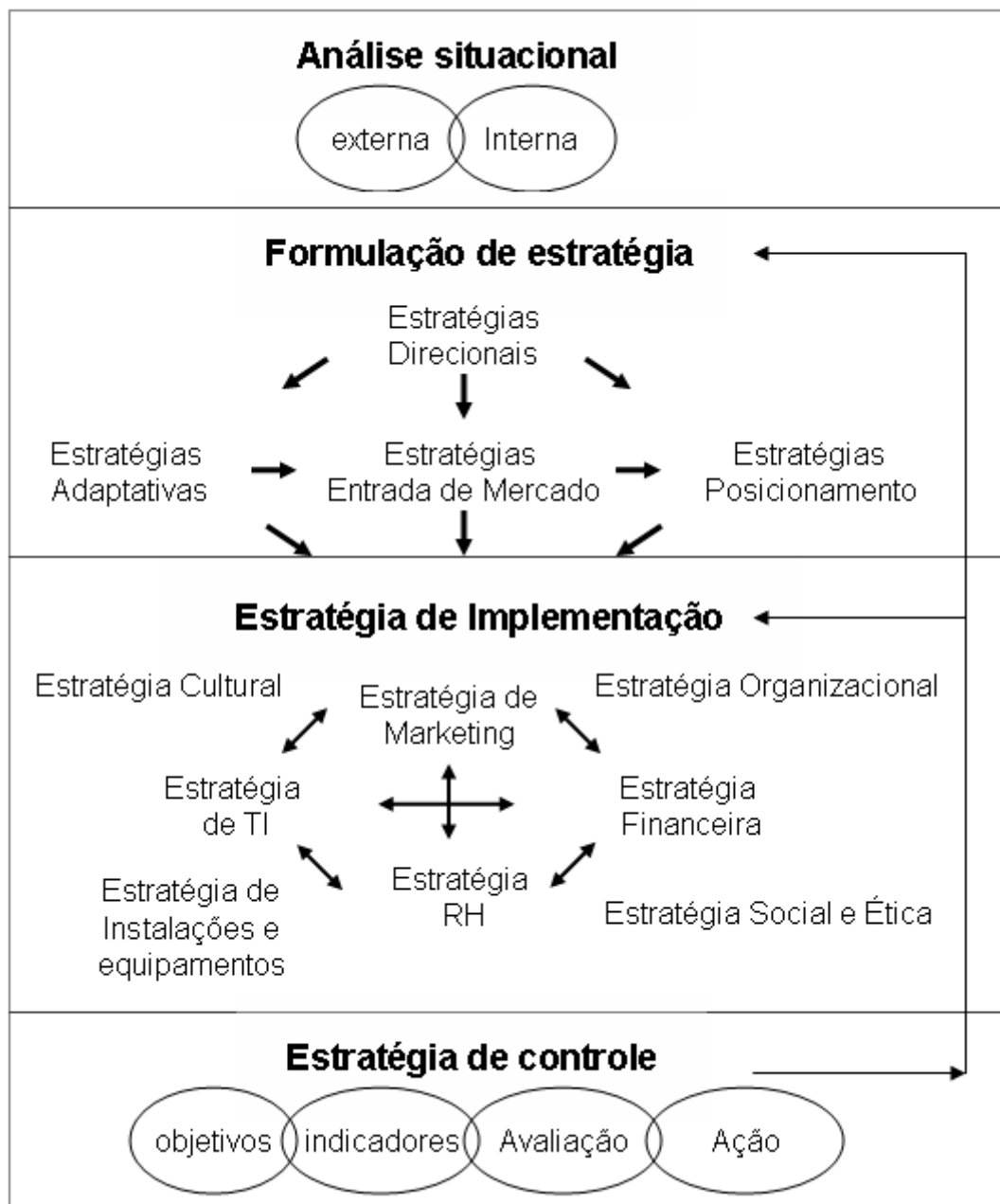
GINTER *et al.* (1998) afirmam que o processo de formulação de estratégia em uma instituição de saúde deve ser composto por quatro tipos de estratégia: estratégias direcionais, estratégias adaptativas, estratégias de entrada de mercado e estratégias de posicionamento. Este trabalho foca as estratégias adaptativas e de entrada de mercado.

Segundo GINTER *et al.* (1998) a formulação de estratégia envolve tomada de decisão a partir das informações internas e externas reunidas no processo anterior de análise situacional. Estas decisões resultam efetivamente na estratégia da organização. As primeiras decisões se referem a missão, visão, valores e objetivos organizacionais que constituem a direção geral da organização e são chamadas de estratégias direcionais.

O processo de formulação de estratégia é seqüencial. As estratégias adaptativas são mais específicas que as estratégias direcionais e visam a atingir a missão, visão, valores e objetivos organizacionais definidos nas estratégias direcionais. Para tanto, as estratégias adaptativas envolvem decisões de contração, manutenção, expansão da organização diante de contingências de mercado. As estratégias de entrada de mercado, por sua vez, representam as diferentes alternativas para executar as estratégias adaptativas, seja por meio do desenvolvimento interno, da fusão e aquisição,

ou da cooperação com outras empresas conforme detalhamento no capítulo a seguir. Finalmente, a estratégia de posicionamento delinea como os produtos e serviços da organização se posicionam frente aos competidores e envolve decisões estratégicas de liderança de custos, foco ou diferenciação.

Figura 1: Modelo de Gestão Estratégica em Organizações de Saúde



Fonte: adaptado de GINTER *et al.* (1998) pp. 22

Dentre as estratégias de adaptação, a estratégia de contração reduz a estrutura da organização para defender-se/sobreviver em períodos de recessão. A opção por contração deve-se a mercados em declínio e ameaçados por outras empresas com maior potencial de recursos. A estratégia de manutenção deve-se a mercados estáveis, em que a organização busca aumentar sua eficiência em detrimento do desenvolvimento de novos produtos/serviços e da busca de oportunidades em outros mercados emergentes.

Por outro lado, as empresas também podem decidir engajar-se na expansão dos negócios, pois com o passar dos anos as tecnologias evoluem, diversos produtos e serviços se tornam obsoletos, as preferências dos clientes mudam, o mercado se satura e a demanda se transforma. Até mesmo as empresas mais reconhecidas estão suscetíveis a experimentar períodos de estagnação e declínio sem novas fontes de crescimento e lucro. As estratégias de expansão classificadas por GINTER *et al.* (1998) podem ser de quatro formas distintas: penetração, integração vertical, desenvolvimento de mercado e diversificação.

A Penetração busca ganhar *market share* e ampliar o volume de vendas, sendo executada por meio de campanhas comerciais e de *marketing*, enquanto a Integração Vertical busca ampliar a atuação dentro da cadeia produtiva, incorporando atividades anteriores e/ou posteriores ao seu negócio. Desenvolvimento de Mercado envolve a conquista de novos mercados com os atuais produtos e serviços. Para isso a organização busca obter novos segmentos de mercado e/ou ampliar a área de influência geográfica.

Finalmente, a estratégia de Diversificação aborda a entrada em novos mercados, diferentes daqueles onde a organização já atua. Essa diversificação pode ser concêntrica (relacionada ao mercado atual) ou não-relacionada (novo negócio fora do escopo atual). A empresa pode se diversificar por razões ofensivas quando dispõe de capital, tecnologia, processos e outros recursos que podem alavancar a empresa em outros

mercados em expansão ou por razões defensivas, quando a empresa busca escapar do negócio central em declínio e sob intenso ataque dos competidores.

RAMANUJAM e VARADARAJAN (1989) propõem uma síntese dos trabalhos sobre diversificação corporativa. Em primeiro lugar, os autores definem diversificação como *entrada de uma firma em diferentes mercados*, que é influenciada pelo ambiente externo, a competitividade da indústria, as características internas da firma e sua *performance*. Em seguida, adotam um modelo que classificam as publicações segundo a direção, o modo, a extensão da diversificação, bem como os aspectos relacionados as mudanças de gestão resultantes. Para os autores a temática se desdobra em duas linhas de pesquisa principais, que fornecem a conceituação e a análise da relação entre as variáveis que compõe diversificação e a *performance* da firma.

Contudo, a questão central é justamente em qual negócio a firma devem expandir, pois decisões equivocadas a respeito do escopo de diversificação podem ter severas conseqüências (HUMELT, 1982). Empreender em um mercado novo e oferecer produtos e serviços diferentes do portfólio/*expertise* da organização é arriscado. ANAND (2005), propõe uma lógica para orientar a extensão do escopo de atuação da empresa, destacando os princípios do alinhamento entre os diferente negócios da empresa.

ANAND (2005) enfatiza não apenas similaridade entre os recursos disponíveis e os requeridos pelo novo mercado, mas, principalmente, a capacidade de empreender mudanças organizacionais efetivas para realizar os benefícios do compartilhamento de recursos. COLLIS e MONTGOMERY (1998) ressaltam que os benefícios de compartilhar recursos dependem fundamentalmente da importância desses recursos para a *performance* do negócio e o quanto esses recursos são exclusivos/únicos da firma.

GINTER *et al.* (1998) adota como premissa geral para a diversificação a existência de sinergias entre os negócios da organização, em que a

complementaridade entre os recursos gera um efeito total maior que a soma das partes. Para ANAND (2005) os ganhos podem surgir do compartilhamento de custos, como por exemplo a centralização das atividades de suprimentos e logística ou ainda impulsionando as vendas por meio de *one-stop shopping*³, *bundling*⁴ e venda cruzada. Além da coordenação dos ativos tangíveis, há também ganhos por meio dos recursos intangíveis, como marca, fidelidade dos clientes, conhecimento técnico e do mercado, experiência de gestão, cultura, entre outros.

No âmbito dos serviços de saúde, um hospital diversifica seu escopo de atuação quando decide oferecer serviços ambulatoriais e de medicina diagnóstica em unidades independentes do hospital ou ainda quando cria um Instituto de Ensino e Pesquisa como discutido respectivamente nos trabalhos de SATO (2004) e FIORENTINI (2005).

Contudo, o potencial de sinergia e a capacidade da firma de transformar as sinergias em realidade são frequentemente superestimadas e surpreendem as organizações na fase de entrada de mercado. A dificuldade para estimar o potencial dos recursos intangíveis e o viés cognitivo dos gestores podem levar a expansões equivocadas e representam grandes desafios para a diversificação das empresas.

GAVETTI e RIVKIN (2005) discutem o viés cognitivo do processo de raciocínio dos executivos e o papel das analogias na tomada de decisão. De acordo com esses autores, quando se deparam com situações novas, os executivos recorrem a experiências anteriores para solucionar o problema. A dificuldade de distinguir as características reais do mercado potencial e seu paralelo com o mercado de atuação podem levar a analogias superficiais. Os gestores também podem cometer erros em seus julgamentos devido a dificuldade de se libertar da solução/ancoragem inicial do grupo para um

³ One-stop shopping refere-se à oferta de produtos e serviços complementares em um mesmo ponto para que o cliente possa comprar / satisfazer suas necessidades em apenas uma parada.

⁴ Bundling refere-se a um conjunto de produtos complementares embrulhados em um mesmo pacote por um preço único.

determinado problema ou da tendência de buscar informações que confirmem as crenças iniciais e ignorem eventuais contradições.

No contexto desse trabalho, a estratégia de diversificação se refere às atividades que antecedem a entrada efetiva de mercado, em que a organização avalia distintas oportunidades de negócio e define o escopo de diversificação. A estratégia de entrada de mercado compartilha a decisão do novo negócio e endereça as ações que darão forma e conteúdo para o empreendimento ser bem sucedido. Para GINTER *et al.* (1998) a estratégia de entrada de mercado determina como a organização deve atingir as estratégias adaptativas de expansão (penetração, integração vertical, desenvolvimento de mercado e diversificação), seja por meio do desenvolvimento interno, aquisição, ou cooperação com outras empresas.

2.2. Entrada de mercado

A entrada em novos mercados empreendida por empresas existentes é um tema de grande interesse para gestores e pesquisadores. Para os gestores a entrada em novos mercado é importante porque põe em risco os recursos da firma que poderiam ser aplicados em outros investimentos. RUMELT (1982) acrescenta que o sucesso ou o fracasso de um novo negócio⁵ pode influir nas características de toda a empresa por vários anos e impactar seu crescimento e rentabilidade futura.

Diversos estudos que abordam novos empreendimentos de empresas estabelecidas apontam para as dificuldades desse processo e altas taxas de fracasso. Um estudo realizado por Michael Porter (1985) mostrou que 33 empresas americanas, incluindo Exxon, CBS, DuPont, 3M, Procter & Gamble, Xerox, IBM, entre outras, tiveram 44% das unidades de negócios internas e 50% das *joint ventures* fechadas nos primeiros cinco anos de funcionamento.

⁵ Os termos entrada de mercado e entrada em novo negocio são frequentemente utilizados como sinônimos na literatura. Ambos podem ser definidos como observado por Abell (1980:23). “There are serious semantic and conceptual problems in defining market... independent of business, since business themselves are conventionally described in part by their market scope.”

Para pesquisadores esse tema permite a aplicação de diversas perspectivas teóricas baseadas nas disciplinas de economia, *marketing* e estratégia. Os artigos acadêmicos obtidos por meio da busca do descritor “*market entry*” e “*entrada de mercado*” nas bases de dados pesquisadas foram agrupados em linhas de pesquisa conforme descrito a seguir.

A linha de pesquisa que aborda a entrada em mercados internacionais e investimentos estrangeiros abrangeu cerca de 40% das publicações internacionais encontradas e praticamente a totalidade das publicações nacionais sobre entrada de mercado.

Parte destes estudos apenas tangencia o objetivo da pesquisa proposto neste trabalho e foram descartados desta revisão bibliográfica, na medida em que discorrem a respeito de todo o processo de internacionalização das empresas, destacando aspectos políticos, legais, tributários e econômicos dos países envolvidos neste processo.

Dentre os trabalhos que abordam as estratégias de entrada em mercados internacionais baseadas nos fatores internos da firma, destaca-se o artigo de CYRINO e OLIVEIRA JR. (2002) que aborda a influência da acumulação de conhecimento nas estratégias de entrada em mercados internacionais das maiores empresas brasileiras. Estes autores reforçaram a hipótese de que há um efeito positivo da experiência em negócios internacionais na adoção de estratégias de entrada mais comprometidas, por meio de unidades de produção e comercialização próprias e alianças estratégicas com parceiros estrangeiros. Por outro lado, empresas com menor experiência internacional são mais avessas ao risco e ao comprometimento de recursos e optam pela exportação direta ou por meio de terceiros.

Estes resultados vêm ao encontro de estudos em internacionalização de empresas que sugerem que as empresas vão incrementando seu comprometimento internacional à medida em que aumentam seu conhecimento sobre a atuação em mercados internacionais (BARKEMA e

VERMEULEN, 1998; ERIKSSON *et al.* 2000). Neste sentido, as teorias de aprendizagem organizacional e gestão do conhecimento têm sido utilizadas para fundamentar a internacionalização das empresas.

O trabalho de dissertação de MELGARÉ (1998) envereda pela análise dos custos de transação para explicar a decisão do modo de entrada dos fabricantes multinacionais de terminais moveis celulares no Brasil. O autor afirma, com base em um estudo empírico neste mercado e em estudos anteriores (ANDERSON e GATIGNON, 1986 *apud* MELGARÉ 1998), que o modo de entrada visa à otimização da estrutura operacional do fabricante em âmbito internacional e deve também observar fatores estratégicos como potencial de vendas, rentabilidade do mercado potencial, clientes e concorrentes globais, plataforma de expansão regional, entre outros fatores.

No âmbito das organizações de saúde, verifica-se o trabalho de COSTA (1998) que aborda o processo de internacionalização da Amil Resgate Saúde na Argentina, com ênfase na discussão da adaptação *versus* padronização das estratégias de *marketing* e dos fatores relevantes na entrada em mercados internacionais. A autora propõe um modelo de estratégia de marketing internacional que permite a adaptação do *mix* de *marketing* frente às características do novo mercado. Outros trabalhos nacionais concentram-se nos aspectos mercadológicos da entrada em mercados internacionais, sem contudo apresentar contribuições para os objetivos deste trabalho.

A vertente de estudos econômicos busca explicar a variância de *performance* dos novos entrantes a partir de estudos estatísticos em grandes bases de dados que atestam a correlação entre variáveis. As principais referencias desta linha de pesquisa foram BIGGADIKE (1979), AUDRETSCH (1995); DUNNE, ROBERTS, SAMUELSON (1989).

Em um dos primeiros estudos econômicos de entrada de mercado, BIGGADIKE (1979) examina 40 entrantes nas mais diversas indústrias e com parentesco com empresas do ranking *Fortune 200*. O autor busca explicar a sobrevivência dos entrantes entre o final da década de 60 e início da década

de 70. De acordo com esse estudo, no segundo ano a média do retorno sobre o investimento foi - 78%, e apenas entre sétimo e oitavo ano se torna positiva em 5%. O autor conclui que novos negócios demandam tempo para se desenvolverem, e o suporte financeiro pode se estender por períodos consideráveis.

Estudos econômicos mais recentes apontam que acima de 80% dos novos entrantes falem nos dez primeiros anos do negócio, nos Estados Unidos (AUDRETSCH, 1995; DUNNE, ROBERTS, SAMUELSON, 1989). Para AUDRETSCH (1995), a sobrevivência está ligada às características da empresa-parente, como tamanho e estrutura organizacional que elevam a escala do novo negócio e delimitam sua exposição ao risco. DUNNE, ROBERT e SAMUELSON (1989) analisam o crescimento e falência de 200.000 novas plantas industriais nos Estados Unidos no período 1967-1977, e concluem que o crescimento está diretamente relacionado à complementaridade entre os ativos do novo entrante e da empresa-parente.

GEROSKI (1995) analisa estes e outros estudos empíricos sobre entrada de mercado entre 1970 e 1990 para responder a pergunta que propõe como título do artigo: *"What do we know about entry?"*. O autor verifica que as taxas de entrada de mercado (novos entrantes sobre o total de empresas que atuam no mercado) são elevadas, enquanto as taxas de sobrevivência (percentual dos entrantes que permanecem no mercado) são baixas, o que sugere a existência de barreiras para a sobrevivência ao invés das barreiras de entrada. Nesse sentido, o autor suporta os estudos anteriores que correlacionam *performances* superiores pós-entrada as experiências da firma pré-entrada. Outra implicação importante deste estudo é que a *performance* pós-entrada da firma depende também da sua capacidade de aprendizado e adaptação da estratégia frente às mudanças do ambiente.

"...the data suggest that experience may be crucial determinant of survival rates, but that it is not quickly acquired. It is not hard to believe that some types of firm are more likely to survive and prosper in their host markets than others, and, in particular, that having access to the

deep pockets of a corporate parent operating in some other market can be an advantage to a new entrant.” GEROSKI (1995)

A linha de pesquisa que relaciona ordem de entrada e os ganhos de competitividade resultantes tem como marco o artigo premiado *First-Mover Advantages* publicado no *Strategic Management Journal* por LIEBERMAN e MONTGOMERY (1988).

De acordo com estes autores, o primeiro entrante pode obter vantagens ou retornos econômicos acima da média de três formas: liderança tecnológica, retenção de ativos escassos e desenvolvimento de barreiras/custos para a mudança dos clientes iniciais. Sucintamente, a liderança tecnológica se estabelece via curva de aprendizado, em que os resultados melhoram com custos unitários decrescentes e via patente tecnológica. O primeiro entrante também pode obter ativos escassos como uma concessão pública ou uma localização única que garantem retornos econômicos superiores. Finalmente, o desenvolvimento de barreiras para evitar a migração dos cliente para empresas seguidoras. Por exemplo, programas de fidelidade que inibem a mudança para outro fornecedor ou a própria familiaridade com o *software* pioneiro tornam a mudança custosa/inconveniente para o cliente.

Por outro lado, LIEBERMAN e MONTGOMERY (1988) também apresentam as vantagens de um entrante tardio. Quando as preferências do consumidor se tornam claras e se define o *design* dominante do produto/serviço, a competição se volta para as capacidade de produção e distribuição, em que economias de escala e curva de aprendizado, associados a ações de *marketing* e venda se tornam decisivos. Nesse momento, as empresas seguidoras podem pegar carona nos investimentos das empresas precursoras, evitar as incertezas tecnológicas e aproveitar janelas de entrada resultantes de descontinuidades tecnológicas ou da inércia das empresas estabelecidas.

MITCHELL (1991) analisa duas escalas de tempo, uma para empresas estabelecidas e outra para os novos entrantes em um segmento do mercado

de equipamentos de diagnóstico por imagem. De acordo com este estudo, em um novo mercado, caracterizado por tecnologias inovadoras, novos *players* na indústria têm mais chances de obter *market share* quando estão entre os primeiros entrantes, mas terão mais chances de sobrevivência quando entram posteriormente. Por outro lado, um *player* estabelecido na indústria deve aguardar que novos entrantes testem os produtos e o mercado e monitorar a entrada dos demais *players* estabelecidos. O autor conclui que novos entrantes e empresas estabelecidas devem se orientar pela sua respectiva escala de tempo, que realmente impactam em seus desempenhos. TEPLENSKY *et al.* (1993) estende a análise do *timing* de entrada e inclui o escopo de entrada e os ajustes estratégicos ao longo do tempo para analisar a *performance* das firmas no mercado de Ressonância Magnética. Neste caso, as decisões estratégicas mais críticas são o escopo e o *timing* de entrada, pois é desta forma que a firma obtém preeminência dos recursos e competitividade.

Em 1998, LIEBERMAN e MONTGOMERY fazem uma revisão do tema e reconhecem a relação entre a teoria baseada em recursos (*resource-based view* ou RBV) e as vantagens e desvantagens do primeiro entrante. Nesse sentido, os autores apenas ajustam as terminologias ao referencial da RBV, referindo-se a recursos ao invés de ativos e a capacidades ao invés de proficiências.

SUAREZ e LANZOLLA (2005) rediscutem as vantagens de ser o primeiro no mercado. Segundo esses autores, nem todas as empresas que ingressam em um determinado mercado à frente dos concorrentes garantem resultados superiores. O ritmo de evolução tecnológica e transformação do mercado é decisivo para conferir vantagens à empresa que se movimenta primeiro. Além disso, o momento de entrada depende dos recursos pré-entrada do potencial entrante. As *start-ups* com idéias inovadoras e flexibilidade entram nos estágios iniciais do mercado, quando a incerteza é elevada e os recursos requeridos pelo mercado são relativamente menores. As empresas estabelecidas entram em novos mercados quando percebem que seus recursos e capacidades pré-entrada estão adequados às demandas do novo

contexto. Em geral, estas empresas aguardam a redução da incerteza para mitigar os riscos para a marca e superar eventuais contradições com os recursos pré-existentes.

Diversos estudos analisam a importância da similaridade entre os recursos e capacidades estratégicas da empresa entrante e os requeridos no novo negócio. Este linha de pesquisa se estabelece como paradigma predominante no campo de estratégia de entrada de mercado, com destaque para YIP (1982), CHATTERJEE e WERNERFELT (1991), SHARMA e KESNER (1996), HELFAT e LIEBERMAN (2002).

CHATTERJEE e WERNERFELT (1991) estabelecem a relação entre estratégia de diversificação e *performance* pós-entrada de mercado e concluem que *performances* superiores estão relacionadas à similaridade entre os recursos da firma e os requeridos pelo mercado. SYKES (2001) e VON HIPPEL (2001) olham para a similaridade de recursos sob diferentes perspectivas, incluindo a similaridade de produtos e serviços, a sobreposição de clientes e canais de vendas e distribuição e nível de compartilhamento tecnológico.

SHARMA e KESNER (1996) propõem a convergência da visão da indústria e dos recursos da firma em um modelo que relaciona condições pré-entrada e *performance* pós-entrada. Os autores destacam três fatores fundamentais: atratividade da indústria, dinâmica competitiva e similaridade entre os recursos e capacidades estratégicas da empresa-parente e do novo negócio. De acordo com esse estudo, os investimentos para a entrada no mercado podem ser maiores quando a competitividade entre as empresas em atividade é elevada, ou menores quando há similaridade entre os recursos da empresa-parente e entrante.

Para a empresa prever sua *performance* pós-entrada de mercado é necessário analisar a natureza dos investimentos iniciais, principalmente aqueles imobilizados que representam gastos exclusivos do entrante para constituir capacidade de produção, infra-estrutura para vendas e distribuição

e também ativos intangíveis como marca e conhecimento sobre o produto/serviço e processos. Por outro lado, a reação das empresas concorrentes em atividade pode derrubar os preços pós-entrada e restringir as vendas do entrante até inviabilizar seu retorno sobre os investimento, forçando-o a desistir ou resistir a *performance* negativas prolongadas. Para antecipar a dinâmica competitiva do mercado o entrante deve analisar a concentração de vendas na indústria, a escala mínima eficiente de entrada e o crescimento da indústria (SHARMA e KESNER, 1996). A resposta das empresas estabelecidas para novos entrantes é seletiva, variando entre ações nulas e agressivas (GEROSKI, 1995).

Além das influências das condições da indústria acima apresentadas, a *performance* do entrante depende das sinergias com outros negócios da empresa-parente. SHARMA e KESNER (1996) se alinham à teoria dos recursos para destacar que os recursos e capacidades da firma são importantes fontes de vantagem competitiva. Isto é, quando as atividades críticas do novo negocio são compatíveis com a lógica prevalente na empresa-parente, há aproveitamento da *expertise* gerencial e ganho de competitividade.

YIP (1982) já afirmava que se as barreiras de entrada de mercado são muros, as habilidades e recursos dos potenciais entrantes são plataformas para supera-las. Por exemplo, se a barreira for diferenciação do produto apoiada por elevados investimentos em comunicação, um entrante mais habilitado em comunicação e com mais recursos para investir pode tornar esta barreira contra as empresas estabelecidas.

HELFAT e LIEBERMAN (2002) propõem analisar o nascimento de recursos e capacidades dentro das organizações no momento de entrada de mercado. Para tanto, adotam taxonomias para descrever as oportunidades de mercado, os tipos de entrantes potenciais e modos de entrada baseados em estudos anteriores de entrada de mercado. Essa mesma taxonomia será utilizada na descrição do estudos de caso no capítulo quatro.

Para HELFAT e LIEBERMAN (2002) as oportunidades de mercado são classificadas em quatro categorias: nova indústria, novo nicho de mercado, expansão geográfica e mercado estabelecido.

A *nova indústria* é algo fundamentalmente inédito, como por exemplo o surgimento da indústria de ressonância nuclear magnética que revolucionou o mercado de diagnósticos por imagem. O *novo nicho* de mercado é a modificação de um produto/serviço existente por meio do desenvolvimento de uma tecnologia que cria uma nova geração de produtos/serviços, que podem substituir imediatamente ou coexistir com a geração anterior por vários períodos. Por exemplo, o desenvolvimento de equipamentos e técnicas menos invasivas criou uma nova geração de procedimentos ambulatoriais realizados em hospitais-dia que vêm disputando mercado com os hospitais de alta complexidade. O terceiro tipo de oportunidade de mercado é a expansão para outras regiões geográficas, como a abertura de unidades de atendimento em outras regiões empreendida pelas empresas de medicina diagnóstica. Finalmente, o mercado estabelecido se refere a um mercado existente em que a empresa não atua no momento e que pode ser ou não relacionado ao escopo de atuação da empresa.

A terminologia para a criação de novos negócios por empresas estabelecidas varia entre: *corporate venturing*, *corporate entrepreneurship*, *corporate innovation* e *intrapreneuring*, mas o processo de entrada de mercado é bastante similar (GARVIN, 2002).

A taxonomia dos tipos de entrantes potenciais segue a relação de “parentesco” com empresas existentes. Os três tipos de entrante variam entre controle total, parcial e inexistente da empresa-parente (HARRISON *et al.* 1991; HELAFAT e LIEBERMAN, 2002).

Tabela 2: Tipo de entrante e modo de entrada

Tipo de entrante	Modo de entrada	Relação de parentesco	Controle da Empresa Parente
Entrante interno			
	Crescimento interno	Mesma razão social	Total
	Aquisicao	Mesma razão social	Total
Entrante parente			
	<i>Joint venture</i>	Fundada por diferentes empresas	Parcial
	<i>Franchise</i>	Fundada pela empresa parente e franchise	Parcial
	<i>Parent Spin-off</i>	Fundada pela empresa parente	Parcial
Novo entrante			
	<i>Start-up</i>	Sem relação com empresas existentes	Nenhum

Fonte: adaptado HELFAT e LIEBERMAN (2002)

Basicamente, o **entrante-interno**, ou unidade de negócio, busca novas oportunidades de mercado por meio do crescimento interno da empresa ou da aquisição de outras empresas que atuam no mercado potencial. A unidade de negócio está integrada à organização e frequentemente adota um modo de funcionamento que conflita com a cultura, regras, horizontes de tempo e de retorno, sistemas de remuneração e perfil de profissionais da corporação. A contradição entre a dinâmica empreendedora de experimentação/novas idéias e a tradição de eficiência e padronização da empresa estabelecida é o grande desafio para o tipo de entrante-interno.

A aquisição de uma outra empresa é uma estratégia de entrada rápida no mercado. A análise prévia da *performance* da empresa permite reduzir os riscos do novo negócio, e garante um patamar inicial de operação (GINTER *et al.*, 1998). No mercado de medicina diagnóstica das principais regiões metropolitanas do Brasil vem ocorrendo um processo de concentração de mercado por meio da aquisição de laboratórios e serviços de diagnóstico por

imagem por dois grandes grupos – Diagnósticos da América e NKB, holding do Grupo Fleury (GESTAO MEDICA). Este exemplo caracteriza o processo de integração horizontal via aquisição de empresas concorrentes, que permite a estes grupos alavancarem seu volume de exames e suas coberturas geográficas nas áreas de atuação. No entanto, as dificuldades de integração da empresa adquirida a cultura e operação da empresa dominante pode comprometer os resultados esperados do negócio.

Em um estudo com 59 entrantes em 31 mercados distintos, YIP (1982 (b)) concluiu que a aquisição está mais relacionada a mercados com elevadas barreiras de entrada, enquanto, o modo de crescimento interno está associado a similaridade entre os recursos da firma e os requeridos pelo mercado.

Outra alternativa é constituir uma empresa separada legalmente, que procura imitar as condições de uma *start-up* e preservar as relações com a empresa-parente. O **entrante-parente** busca conciliar a dinâmica empreendedora à estrutura formal e processos da empresa-parente em três diferentes níveis: *joint venture*, franquia e *spin-off*.

Joint Venture é fundada por mais de uma empresa e possui controle acionário distribuído entre os sócios. As empresas optam por *joint ventures* para obter acesso a recursos que não possuem, particularmente conhecimento tácito, que é difícil de transferir. Este modo de entrada permite combinar recursos e capacidades distintos que se complementam em um empreendimento. Por exemplo, *joint ventures* são freqüentes entre empresas estrangeiras e locais, em que estas oferecem conhecimento das condições locais e acesso ao mercado, enquanto as estrangeiras trazem produtos e serviços para o negócio. ROBERTS e BERRY (1985) destacam a aplicação deste modo de entrada em projetos grandes, em que o risco é muito elevado para apenas uma organização.

No artigo “*Joint Venture in Health Care*”, PELFREY e THEISEN (1989) abordam as transformações na relação entre hospitais e médicos e o advento

de *joint ventures* para delinear o papel destes atores nos Estados Unidos. Ao longo da década de noventa, a intensificação da competitividade e pressão por controle de custos levaram os hospitais a estabelecerem *joint ventures* com grupos médicos para controlar os custos e aumentar a influência sobre o corpo clínico, enquanto os médicos recorreram às negociações em grupo para preservar suas autonomias de trabalho e níveis de remuneração.

Franquia é fundada pela empresa-parente e pelo o franqueador, e segue um contrato que estabelece as condições para o uso da marca/tecnologia/processos e o pagamento do *royalty* sobre as vendas. A franquia é uma forma de expansão geográfica, em que o capital e o gerenciamento são responsabilidades do franqueado.

Firms may undertake joint ventures or franchising when they possess some resources of value in another market, but lack other critical resources or possess potentially detrimental pré-entry resources and capabilities. (HELFAT e LIEBERMAN, 2002)

Spin-off é uma empresa separada e com mais autonomia, mas que permanece sob o controle acionário e diretivo da empresa-parente. Este modo de entrada serve para alavancar o empreendimento por meio de determinados recursos da empresa-parente, minimizando as desvantagens de outros recursos desfavoráveis. *Spin-off* evita o viés da empresa-parente para operar em um novo mercado, permitindo marcas e modelos de funcionamento próprios, com incentivos para atrair, motivar e reter talentos adequados ao novo negócio.

GINTER *et al.* (1998) introduzem a *Fusão* como modo de entrada de mercado, em que duas ou mais organizações acordam formar uma organização única. Segundo estes autores, o objetivo das fusões é aumentar participação de mercado e rentabilidade por meio dos ganhos de eficiência, ampliação do escopo e redução da duplicação de serviços, melhoria da dispersão geográfica, aumento do poder de barganha com fornecedores e compradores, etc. Nos Estados Unidos, as fusões e aquisições de

organizações de saúde tiveram um importante papel na integração vertical e horizontal do setor de assistência à saúde na segunda metade da década de noventa.

A última categoria é o **novo-entrante**, representado pelo modo clássico de entrada de mercado conhecido como *start-up*, que essencialmente não possui relação com as empresas estabelecidas, nem tampouco carrega seus vícios e virtudes. *Start-up* é uma organização com pouco tempo de operação, que ainda está se estabelecendo e que não atingiu o *break even*, nem passou por processos que caracterizam maturidade da organização como fusão, aquisição ou negociação de suas ações na bolsa. Por um lado, não dispõe do conhecimento, experiência ou melhores práticas conquistadas por uma empresa já estabelecida no mercado. Por outro, o novo-entrante pode desenvolver processos ágeis, pouca burocracia e uma cultura dinâmica adequada ao mercado em formação. Em mercados que se encontram nos estágios iniciais, há muita incerteza sobre o padrão tecnológico e as necessidades dos consumidores. Nesses contextos, os empreendedores com idéias inovadoras e conhecimentos relevantes sobre o mercado e a tecnologia, mesmo que com pouco capital e rotinas organizacionais, adaptam-se melhor às oportunidades.

A *Aliança estratégica* é um modo alternativo de entrada de mercado, que permite o acesso mais rápido e flexível a recursos e capacidades complementares DYER, KALE e SINGH (2001). Trata-se de um acordo contratual entre firmas, sem participação acionária ou vínculo proprietário, que busca prover melhores condições competitivas para as firmas parceiras. No setor de assistência médico-hospitalar no Brasil, as alianças estratégicas têm sido motivadas pelas economias de escala nas compras conjuntas, como ocorre na central de compras da Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP (FERREIRA, 2000 e 2006). Para o autor, a visão compartilhada dos desafios a serem enfrentados no futuro e o envolvimento dos diferentes níveis hierárquicos são fatores críticos para a efetivação das alianças estratégicas entre hospitais.

Outro modo de entrada discutido por GINTER *et al.* (1998) é investimento de risco em organizações jovens e com o potencial de desenvolver tecnologias inovadoras, conhecido como *venture capital investment*. Este modo de entrada permite que a empresa estabelecida monitore algumas frentes de desenvolvimento tecnológico e, eventualmente, se torne pioneira na aplicação deste conhecimento em seus produtos e serviços.

A tabela abaixo apresenta um resumo das vantagens e desvantagens dos modos de entrada discutidos acima.

Tabela 3: Vantagens e desvantagens dos modos de entrada

Modo de entrada	Vantagens	Desvantagens
Crescimento interno	<p>uso dos recursos existentes</p> <p>elevado controle do negócio</p> <p>desenvolvimento de novos recursos e capacidades na firma</p>	<p>ambiente inadequado ao empreendedorismo</p> <p>lenta entrada de mercado</p> <p>desconhecimento do negócio</p>
Aquisição	<p>rápida entrada de mercado</p> <p>imagem e base de operação previamente estabelecida</p> <p>performance do negócio conhecida antes da compra</p>	<p>dificuldade de integração da cultura organizacional</p> <p>elevado custo de entrada</p>
Joint Venture	<p>potencial de sinergias entre os parceiros</p> <p>distribui o risco entre os parceiros</p>	<p>potencial de conflito entre os parceiros</p> <p>objetivos dos parceiros podem ser incompatíveis</p>
Franchise	<p>rápido acesso a marca, tecnologia e processos</p> <p>baixa exposição ao risco</p>	<p>dependência total da marca, tecnologia e processos</p>
Spin-off	<p>autonomia do empreendimento para operar de acordo com as exigências do novo negócio</p> <p>incorporação de recursos favoráveis e exclusão de recursos desfavoráveis da empresa parente</p>	<p>lenta entrada de mercado</p>
Fusão	<p>combinação dos recursos entre os parceiros</p> <p>redução da competição no mercado</p>	<p>dificuldade para encontrar empresa potencial para fusão</p> <p>dificuldade de integração da cultura organizacional</p>
Alianças Estratégicas	<p>complementa o portfólio de produtos e serviços</p> <p>eleva a eficiência do negócio</p> <p>foco no crescimento em áreas críticas</p>	<p>potencial de conflito entre os parceiros</p> <p>dificuldade de integração da cultura organizacional</p>

Fonte: o Autor, elaborado a partir de GINTER *et al.* (1998)

HELFAT e LIEBERMAN (2002) estabelecem a relação entre os recursos da firma pré-entrada de mercado e a estratégia de entrada, reafirmando que quanto maior a similaridade entre os recursos da firma pré-entrada e os requeridos pelo mercado, maiores as chances de entrada e sucesso da firma nesse mercado. A estratégia de entrada de mercado deve justamente endereçar as ações necessárias para obter os recursos e capacidades requeridos pelo novo negócio. Os *gaps* entre os recursos pré-entrada e pós-entrada podem ser preenchidos via modo de entrada.

Como vimos, tanto a ordem de entrada como o modo de entrada estão intrinsecamente ligados aos recursos e capacidades que os potenciais entrantes dispõem, o que coloca os recursos e capacidades pré-entrada como aspectos decisivos para o sucesso ou o fracasso do empreendimento (DUNNE *et al.* 1988; LIEBERMAN e MONTGOMERY, 1988; SHARMA e KESNER, 1996). Alguns estudos apontam maior importância de determinados recursos em detrimento de outros. Contudo, em mercados incipientes é difícil prever quais recursos serão valiosos, como ocorre em mercados maduros. Além disso, a importância estratégica dos recursos e capacidades varia conforme a indústria – atratividade, concorrência, momento do ciclo de vida, entre outros aspectos.

Diante da convergência entre a literatura de entrada de mercado e teoria baseada em recursos serão apresentadas no capítulo a seguir as linhas gerais da teoria baseada em recursos.

2.3. Teoria dos Recursos da Firma

A Teoria dos Recursos da Firma ou *Resource-Based View of the Firm* (RBV), representa uma mudança no paradigma sobre como a empresa cria vantagem competitiva sustentável. Sob a perspectiva da RBV, uma organização é um conjunto de recursos, heterogeneamente distribuídos na indústria e relativamente estáveis ao longo do tempo, o que implica na

variação de *performance* das organizações e na sustentabilidade destas diferenças.

RAMOS-RODRIGUEZ e RUIZ-NAVARRO (2004) demonstram a evolução do pensamento no campo da estratégia por meio de um estudo quantitativo de citação e co-citação dos artigos publicados no *Strategic Management Journal* entre 1980 e 2000. De acordo com estes autores, os trabalhos precursores da Teoria dos Recursos da Firma foram as referências mais citadas no período de 1994 a 2000, caracterizando o predomínio desta abordagem na década de 90.

Clustered around the influential work of Wernerfelt (1984) we find studies that provided the basis for this approach (RBV), Penrose (1959), Nelson and Winter (1982) and later works in which different aspects of this view were developed, such as Barney (1986, 1991), Prahalad and Hamel (1990), Peteraf (1993) and Dierickx and Cool (1989)... Recently, the most important contribution to the discipline (strategy) proves to be the resource-based view of the firm. Despite the fact that this view dates back to the time of the publication of the article by Wernerfelt (1984), it was not until well into the 1990s that it actually secured wide recognition among researchers in the field. RAMOS-RODRIGUEZ e RUIZ-NAVARRO (2004)

O artigo de BIRGER WERNERFELT (1984) premiado pelo *Strategic Management Journal* é um dos clássicos sobre teoria baseada em recursos em estratégia. Neste artigo o autor propõe analisar a firma sob a perspectiva dos recursos e responder em que circunstâncias estes recursos levam a retornos acima da média. O autor discorre sobre situações em que a heterogeneidade dos recursos, como uma patente, capacidade de produção, contratos de licitação, tecnologias pioneiras representam uma “*barreira de recursos*” a favor da firma que garantem retornos superiores.

What a firm wants is to create a situation where its own resource position directly or indirectly makes it more difficult for others to catch

up... They (firms) have to look at resources which combine well with what they already have and in which they are likely to face only a few competitive acquires... Looking at diversified firms as portfolios of resources rather than portfolios of products gives a different and perhaps richer perspective on their growth prospects... it (growth strategy) involves striking a balance between the exploitation of existing resources and the development of new ones. WERNERFELT (1984).

WERNERFELT (1984) remete a casos de entrada de mercado – vantagens do primeiro entrante, fusões e aquisições, diversificação, para exemplificar como a visão de recursos pode trazer novas opções estratégicas para a firma. O que as firmas devem buscar é uma situação em que seus próprios recursos, direta ou indiretamente, distanciam-nas de seus competidores. As firmas devem combinar os recursos disponíveis ao desenvolvimento de novos para traçar uma estratégia de crescimento. A visão da firma e do mercado deve ser, portanto, baseada em recursos.

RUMELT (1984) explica que a origem da heterogeneidade dos recursos é a incerteza presente nas decisões estratégicas. A incerteza da utilidade de determinados recursos pode transformar-se em fonte de renda superior no futuro quando fatores exógenos tornam estes recursos valiosos. BARNEY (1986) argumenta que a heterogeneidade decorre da imperfeição do mercado de *fatores estratégicos* ou do mercado onde os recursos necessários para a implementação de uma estratégia são adquiridos. Este autor se contrapõe à escola de posicionamento estratégico, que aponta o mercado imperfeito de produtos como fonte de rentabilidade superior. Para BARNEY (1986), o custo para implementar a estratégia define a *performance* econômica da firma. Hipoteticamente, se o mercado de um determinado fator estratégico for perfeito, o custo para obter este recurso seria igual ao valor presente de todas as rendas derivadas deste recurso e, portanto, a firma não conseguiria obter rentabilidade superior à média de mercado.

No entanto, quando há diferentes expectativas sobre o valor futuro de um recurso estratégico há possibilidade de obter rendas superiores. Estas imperfeições decorrem das diferentes percepções sobre o potencial do recurso e/ou simplesmente da sorte que leva as firmas a adquirirem recursos que se valorizam acima do previsto (BARNEY, 1986). Diante das limitações da análise do ambiente, o autor conclui que a firma deve se voltar para os recursos e capacidades internos, que não precisam ser adquiridos a preço de mercado e permitem análises mais precisas sobre seu potencial de retorno.

Contudo, o mercado imperfeito de fatores estratégicos também é incompleto, pois nem todos os recursos podem ser adquiridos. Recursos como reputação e confiança devem ser acumulados, desenvolvidos internamente na firma por um conjunto de medidas consistentes ao longo do tempo (DIERICKX e COOL, 1989). Estes autores acrescentam que os ativos estratégicos mais relevantes não são negociáveis, e que a sustentabilidade da firma depende da dificuldade de replicabilidade destes ativos.

DIERICKX e COOL (1989) discorrem sobre o processo de acumulação de ativos, que determina se a imitação de um ativo será viável, custosa e/ou demorada. Por exemplo, quando ativos demandam tempo para serem constituídos e não há possibilidade ou viabilidade financeira de comprimir este tempo ocorre o que os autores chamam de *deseconomias de compressão de tempo*. Em outros casos o estoque de ativos facilita seu crescimento marginal, o que não seria possível a partir do estoque zero, situação que os autores denominam de *eficiências de massa de ativos*.

A *interconexão entre ativos* ocorre quando a expansão dos ativos depende de outros ativos complementares, neste caso a firma que detém uma base extensa de ativos tem maiores chances de empreender em novos negócios. Estes três casos são verificados na pesquisa de campo deste trabalho, como fatores que tornam difícil a imitação do Fleury, seja pelos 80 anos de funcionamento em medicina diagnóstica, ganhos de escala obtidos pelo grande volume de exames processados na central técnica e da expertise construída nas áreas técnicas e de atendimento ao cliente.

DIERICKX e COOL (1989) abordam ainda a erosão/depreciação de ativos que abre espaço para novos entrantes, o que é frequentemente observado em indústrias de alta tecnologia. Finalmente, os autores discorrem a respeito natureza não determinista ou estocástica dos fatores relevantes para a formação do ativo, o que determina a ambigüidade causal dos processos de acumulação de ativos e torna imprecisa a origem da vantagem competitiva.

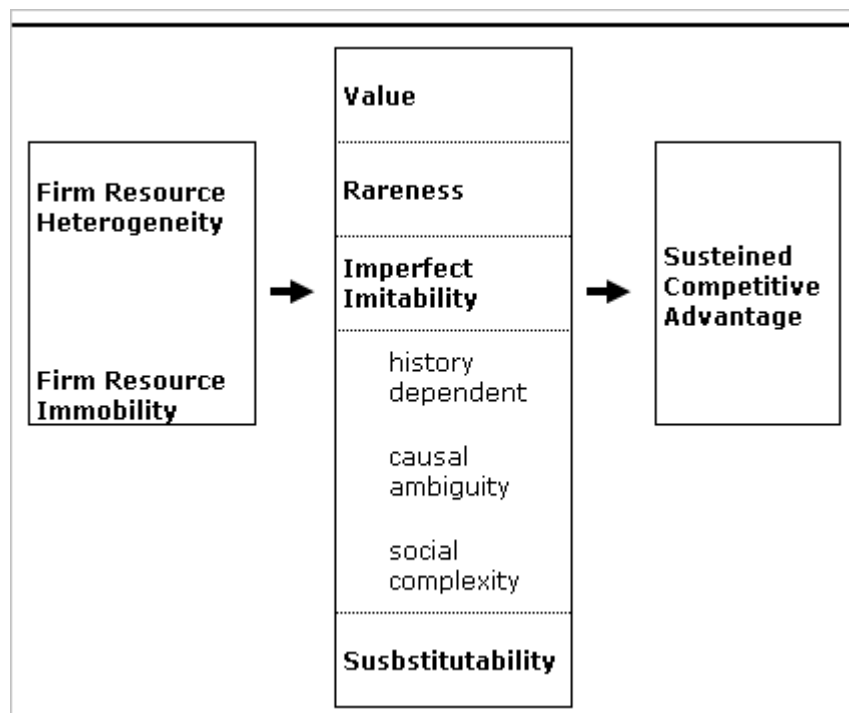
A premissa que permeia estes artigos é que recursos são heterogeneamente distribuídos entre as firmas e que não há mobilidade perfeita destes recursos, o que torna estas diferenças estáveis ao longo do tempo. BARNEY (1991) estabelece a relação entre esta visão de recursos da firma e a origem da vantagem competitiva sustentável. Para tanto, o autor define recursos e vantagem competitiva sustentável, para então especificar as condições em que os recursos podem transformar-se em fontes de vantagem competitiva. Logo, ele define recursos como todos os ativos, capacidades, processos organizacionais, atributos, conhecimento, etc. controlados pela firma que possibilitam à firma conceber e implementar estratégias que aprimorem sua eficiência e efetividade. Estes recursos podem ser classificados em físicos, humanos e organizacionais. Segundo o autor, vantagem competitiva sustentável é a adoção de uma estratégia de criação de valor que não está sendo implementada ou não pode ser replicada por nenhum competidor.

BARNEY (1991) afirma que os recursos devem ser valiosos, raros, difíceis de imitar e de substituir para se tornarem fontes de vantagem competitiva sustentável. O autor define *valioso* no sentido de que o recurso pode explorar oportunidades e neutralizar ameaças do ambiente ou simplesmente permite que a firma melhore sua eficiência e eficácia, enquanto o recurso *raro* não está à disposição dos competidores. *Imitabilidade imperfeita* remete às características do processo de acumulação do recurso que dificultam sua imitação, explorado por DIERICKX e COOL (1989), como dependência da trajetória histórica para a formação de um recurso, relação imprecisa entre recursos e as fontes de vantagem competitiva da firma e complexidade social incrustada neste processo. Por fim, a incapacidade de substituir complementa as condições para que um recurso se torne uma fonte de vantagem

competitiva sustentável na medida em que assegura sua exclusividade. Para GRANT (1991) os recursos e capacidades mais importantes são aqueles duráveis, difíceis de identificar/compreender, imperfeitamente transferíveis e dificilmente replicáveis.

A seguir o modelo que sintetiza a abordagem de BARNEY (1991):

Figura 2: Relação entre heterogeneidade e imobilidade de recursos, características dos recursos e vantagem competitiva sustentável



Fonte: BARNEY (1991)

PETERAF (1993) constrói um modelo que relaciona recursos e *performance* da firma a partir de consensos presentes nas várias linhas de pesquisa em RBV. Este modelo se baseia em quatro condições teóricas que sustentam a vantagem competitiva e que foram parcialmente discutidos neste capítulo. A premissa fundamental permanece sobre a heterogeneidade dos recursos e capacidades das firmas, que determina a diferença de desempenho entre elas. A autora estende os argumentos econômicos para sustentar esta premissa, acrescentando as explicações ricardianas de rendas obtidas pela

limitação inerente da oferta de recursos superiores, os conceitos das rendas de monopólio, que resultam da restrição deliberada da oferta.

O modelo de PETERAF (1993) remete ainda a três aspectos fundamentais para a existência da vantagem competitiva: limites *ex-post* à competição, mobilidade imperfeita dos recursos e limites *ex-ante* à competição. Limites *ex-post* possibilitam a sustentabilidade da vantagem competitiva, isto é preservam as condições de heterogeneidade via barreiras para imitação ou substituição dos recursos (BARNEY, 1991; DIERICKX e COOL, 1989). RUMELT (1984) aborda este fenômeno como “mecanismos de isolamento” e exemplifica por meio das vantagens obtidas utilizando o direito de propriedade e a assimetria de informações. DIERICKX e COOL (1989) ainda discorrem sobre a ambigüidade causal entre outros aspectos que limitam a imitação.

A mobilidade imperfeita se refere às características dos recursos que limitam sua mobilidade e negociação, seja porque estes recursos são especializados para as necessidades de uma única firma, exigem outros recursos complementares específicos desta firma, ou ainda incorrem em elevados custos de transferência. Os limites *ex-ante* envolvem a aquisição de recursos superiores no mercado imperfeito de fatores, seja por *insight* ou sorte, conforme discutido anteriormente.

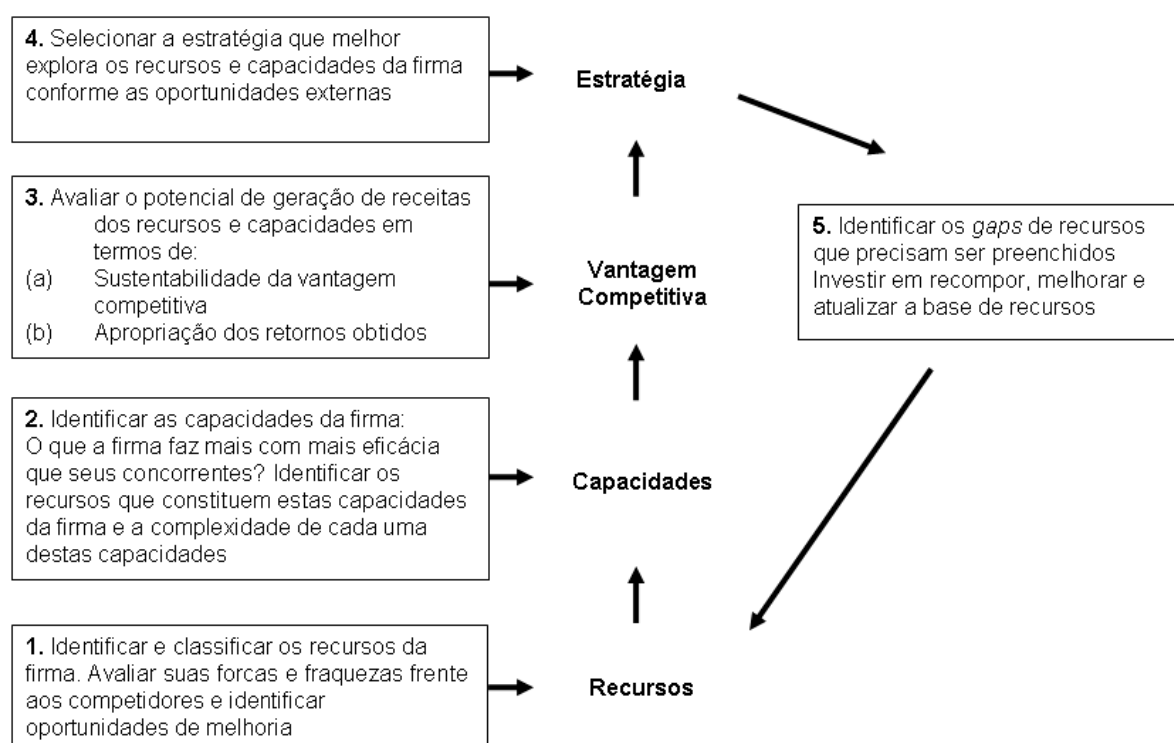
O modelo proposto por PETERAF (1993) tem importantes implicações para a estratégia corporativa, particularmente nas decisões de investimento. Nestes casos, o gestor pode distinguir os recursos que são fontes de vantagem competitiva e alocar os investimentos conforme o potencial de lucro econômico destes recursos. Para tanto, o gestor deve avaliar se o recurso está distribuído heterogeneamente entre os competidores, se o custo para adquirir/desenvolver este recurso está abaixo do seu potencial de retorno, se há barreiras para sua imitação e/ou substituição e se há mecanismos de isolamento que estendam o prazo de exploração deste recurso.

Contudo, foi GRANT (1991) que explorou as principais implicações práticas da RBV. Segundo este autor, *recursos* são os *inputs* do processo de produção e *capacidade* mobiliza estes recursos para desempenharem uma determinada atividade. Capacidades envolvem uma complexa coordenação entre pessoas e recursos. O termo capacidades apresenta um significado bastante amplo, incluindo o conceito de competências organizacionais como a habilidade de uma organização de sustentar a ação coordenada de ativos para atingir seus objetivos. AMIT e SCHOEMAKER (1993) compartilham esta visão e definem recursos como estoque de fatores controlados pela empresa e capacidades como a habilidade da empresa em utilizar os recursos para um determinado fim. A capacidade remete à rotina, ação deliberada e intencional de produzir/desenvolver algo por meio dos recursos.

GRANT adota o conceito de “rotinas organizacionais” (NELSON e WINTER, 1982) para esclarecer a dinâmica dos processos internos da firma. Este conceito ressalta alguns aspectos na relação entre recursos, capacidades e vantagem competitiva. Apesar da importância do tipo, qualidade e quantidade de recursos da firma, a habilidade da organização em obter cooperação e coordenação entre equipes de trabalho é um ingrediente fundamental para transformar os recursos e capacidades em fontes de vantagem competitiva. NELSON e WINTER (1982) destacam a habilidade de motivação e socialização dos membros das equipes como forma de reduzir o atrito e aumentar a eficácia das rotinas organizacionais. Este aspecto é ainda mais importante em firmas que envolvem recursos e capacidades com alta complexidade social.

Para GRANT (1991) os recursos são as fontes de capacidade da firma, enquanto as capacidades são suas principais fontes de vantagem competitiva. Nesse sentido, o autor destaca a importância da dinâmica dos processos internos da firma para *performances* superiores.

Figura 3: Abordagem da teoria dos recursos da firma para análise estratégica



Fonte: GRANT (1991) traduzido pelo Autor

De acordo com este modelo da RBV, a estratégia deve não apenas explorar os recursos e capacidades existentes, mas também substituir e incrementar a base de recursos e capacidades da firma para defender e estender suas fontes de vantagem competitiva.

The essential task, then, is to ensure that strategy constantly pushes slightly beyond the limits of the firms capabilities at any point of time. This ensures not only the perfection of capabilities required by the current strategy, but also the development of the capabilities required to meet the challenges of the future. GRANT (1991) p. 132

Esta abordagem é conhecida na literatura de estratégia como *preenchimento dos gaps de recursos* (STEVENSON, 1985 apud GRANT, 1991) e pode ser apropriada para contextos de entrada de mercado como sugerem HELFAT e LIEBERMAN (2002). Neste sentido, este trabalho baseou-se no modelo de GRANT (1991) para analisar a relação entre os recursos e capacidades pré-entrada e pós-entrada no mercado às estratégias de entrada adotadas.

Embora existam diversas classificações para recursos e capacidades estratégicas, nota-se que há sobreposição entre elas. Para PENROSE (1959) os recursos podem ser tangíveis, como planta física, equipamentos e materiais ou intangíveis, provenientes da interação entre pessoas, processo e a estrutura organizacional. TEECE (1986) distingue os recursos entre centrais e complementares, em que centrais se referem ao conhecimento necessários para produzir os produtos e os complementares são os recursos aplicados para lucrar sobre os recursos centrais, como marketing, vendas, distribuição, finanças e manufatura.

CHATTERJEE e WENERFELT (1991) adotam a distinção entre recursos especializados e recursos gerais. Os recursos especializados envolvem atividades funcionais que tendem a ajustar-se aos produtos e serviços que a empresa comercializa, como pesquisa e desenvolvimento, manufatura, *marketing* e distribuição. Por outro lado, os recursos gerais podem ser aplicados em diversos contextos, incluem atividades administrativas e financeiras, como gestão de pessoas, controladoria, contas a pagar e receber, entre outras.

Este trabalho adotou a para a análise dos casos a classificação utilizada por CHATTERJEE e WENERFELT (1991) que permite identificar recursos especializados e gerais pré-entrada e pós-entrada, associando-os ao tipo de entrante e modo de entrada de mercado.

HELFAT e LIEBERMAN (2002) afirmam que os recursos e capacidades de potenciais entrantes variam conforme o tipo de entrante. O entrante-diversificado, característico do crescimento interno da empresa para atender novos mercados, compartilha os recursos e capacidades disponíveis na empresa estabelecida. O entrante-parente possui diferentes níveis de transferência de ativos da empresa-parente, isto é, *joint venture*, franquia e *spin-off* variam quanto a utilização dos recursos da empresa-parente, sendo a *spin-off* o modo mais independente.

A disponibilidade de recursos pré-entrada do entrante-parente varia também conforme o modo de entrada: *joint venture*, franquia e *spin-off*. O modo *spin-off*, em que a empresa-parente constitui uma empresa separada para empreender em um novo mercado, tem a sua disposição uma base menor de recursos pré-entrada quando comparada aos modos *joint-venture* e franquia. A franquia adota sistematicamente os recursos da empresa-parente, como marca e modelo operacional, combinado com o capital e a experiência de gestão do franqueador. A *joint-venture* combina recursos e capacidades de diferentes parceiros.

3. Metodologia de Pesquisa

Os procedimentos metodológicos deste trabalho foram organizados em duas etapas: a revisão bibliográfica e a estratégia de investigação.

3.1. Revisão Bibliográfica

Em primeiro lugar, pesquisou-se nas bases *Ebsco* e *Jstor* sobre entrada de mercado, adotando a palavra chave “*market entry*”. A ênfase na pesquisa era compreender o tema entrada de mercado e levantar a literatura relacionada à teoria dos recursos da firma.

A busca por *market entry* gerou 947 artigos acadêmicos, os quais foram agrupados conforme os descritores – *diversification, resource-based view, business creation, corporate entrepreneurship*. Entre as referências excluídas neste levantamento destacam-se os estudos de entrada em mercados internacionais, que representaram mais de 40% do resultado da pesquisa inicial. Em seguida procedeu-se à análise dos *abstracts* dos artigos e à seleção dos artigos mais referenciados neste campo.

Posteriormente, para buscar a literatura aplicada ao contexto dos serviços de saúde, pesquisou-se nas bases *Ebsco* e *Jstor* os termos “*health care*” juntamente com a palavra chave “*market entry*”. Esta pesquisa resultou em 15 referências, sendo 08 artigos acadêmicos, que apenas tangenciaram o objeto de pesquisa deste trabalho.

Finalmente, recorreu-se às publicações nacionais nos Anais do ENANPAD, Banco de teses CAPES e banco de dissertações e teses da USP e EAESP/FGV. O descritor “entrada de mercado” resultou em 18 trabalhos nestas bases, que majoritariamente discorriam sobre entrada em mercados internacionais, contendo apenas uma dissertação relacionada ao setor de saúde.

3.2. Estratégia de Investigação

O presente trabalho propõe o método de Estudo de Caso para investigar a realidade em torno das estratégias de entrada de mercado adotada em três novos negócios pelo Fleury S.A.. A pesquisa foi exploratória, na medida em que se pretendeu levantar questões ainda pouco abordadas no contexto das organizações de saúde no Brasil.

Conforme YIN (2001), essa metodologia deve ser aplicada para se investigar um fenômeno atual inserido em um contexto de vida real, cujos limites entre fenômeno e contexto não são evidentes e na qual múltiplas fontes de evidência são utilizadas. A essência do Estudo de Caso é a tentativa de compreender o *porque, como e quais os resultados* do fenômeno investigado. Neste sentido, este trabalho procurou explorar o tema entrada de mercado e formular hipóteses a respeito das vantagens e desvantagens dos diferentes modos de entrada investigados.

A opção pelo Fleury S.A. se deve à posição de liderança da empresa no mercado de medicina diagnóstica e seu retrospecto de diversificação e entrada em novos mercados entre 1999 e 2006. A empresa, com finalidade lucrativa, concilia conhecimentos técnicos/científicos e de gestão, sendo pioneira na criação de novos produtos/serviços diagnósticos, bem como na adoção de práticas de gestão inovadoras entre as organizações de saúde no Brasil.

YIN (2001) apresenta algumas ressalvas no caso de o pesquisador fazer parte da organização estudada, como as dificuldades de se colocar como observador externo e imparcial. O caso presente, o pesquisador se afastou da organização há dois anos e se restringiu à utilização de fatos e evidências concretas para basear suas análises e evitar parcialidade nas conclusões do estudo. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas e documentos cedidos pela organização, conforme detalhado abaixo.

A opção pelos casos de entrada de mercado estudados deve-se à

importância destes empreendimentos para a organização e à atualidade/contemporaneidade dos casos. Outro aspecto considerado é a heterogeneidade das estratégias de entrada adotadas, que ampliam as possibilidades de análise neste tema.

Contudo, a estratégia de pesquisa adotada não permite generalizações aplicáveis ao universo de organizações de saúde e deve concentrar-se na generalização analítica do caso, em que se discute a ampliação das proposições teóricas a partir de uma realidade analisada.

Para atender os objetivos geral e específicos de pesquisa, o trabalho contou a análise de dados primários e secundários. Conforme EISENHARDT (1998), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que permita a compreensão da dinâmica, presente em contextos específicos e pode combinar métodos de coleta com entrevista, análise de arquivos e relatórios, observações e questionários, propiciando a obtenção de dados qualitativos, quantitativos ou ambos.

A análise de dados secundários buscou embasar o pesquisador com informações relevantes sobre o contexto organizacional e o fenômeno investigado. Para tanto, contou com documentos provenientes da empresa, como material de comunicação, *clipping* da assessoria de imprensa disponíveis no *site* institucional, bem como apresentações internas pertinentes ao objeto de estudo, fornecidas pelos entrevistados.

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, que permitiram que os entrevistado discorressem livremente o tema e apresentassem suas percepções. Esta abordagem deve-se ao interesse em obter *insights* dos entrevistados sobre as motivações e implicações da estratégia de entrada de mercado adotadas pelo Fleury S.A..

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas inicialmente com o presidente do Fleury S.A. e em seguida com os gestores responsáveis pelos novos negócios e o diretor de novos negócios da empresa, totalizando seis

entrevistados. A seleção dos entrevistados foi realizada em conjunto com o presidente do Fleury S.A., segundo a premissa de envolvimento deste profissionais com a tomada de decisão e o processo de entrada de mercado.

3.2.1. Instrumentos de Pesquisa

O roteiro de entrevista foi organizado em três grupos de perguntas. O primeiro é composto por apenas uma questão e visa a identificar o perfil do profissional entrevistado, segundo cargo, formação e tempo na organização. O objetivo desta questão é resguardar o instrumento frente a eventuais vieses ocasionadas pelo histórico dos entrevistados.

O segundo grupo é composto por cinco questões e visa a responder a principal pergunta deste trabalho: Como as estratégias de entrada contribuíram para preencher os *gaps* entre os recursos e capacidades pré-entrada e os requeridos pelo mercado? Para tanto, as perguntas foram elaboradas para verificar como a estratégia:

- ✓ complementa os recursos disponíveis;
- ✓ exclui ou minimiza influências de recursos e capacidades desfavoráveis;
- ✓ potencializa os recursos e capacidades que podem tornar-se fonte de vantagem competitiva para o empreendimento.

O terceiro grupo foca na *performance* dos empreendimentos frente ao estudos de viabilidade dos negócios e nas críticas dos entrevistados a respeito das estratégias de entrada adotadas. Os indicadores solicitados para mensurar a *performance* dos novos negócios foram *número de atendimentos* como indicador mercadológico e o *tempo para atingir o break even* do negócios como indicador financeiro. No entanto, os dados obtidos seguem as características de cada negócio:

- ✓ Check-up: número de atendimentos por ano e tempo para atingir o *break even*;
- ✓ Hospital-Dia: sem indicadores objetivos de *performance* devido as restrições da empresa, que permitiu apenas a aplicação das

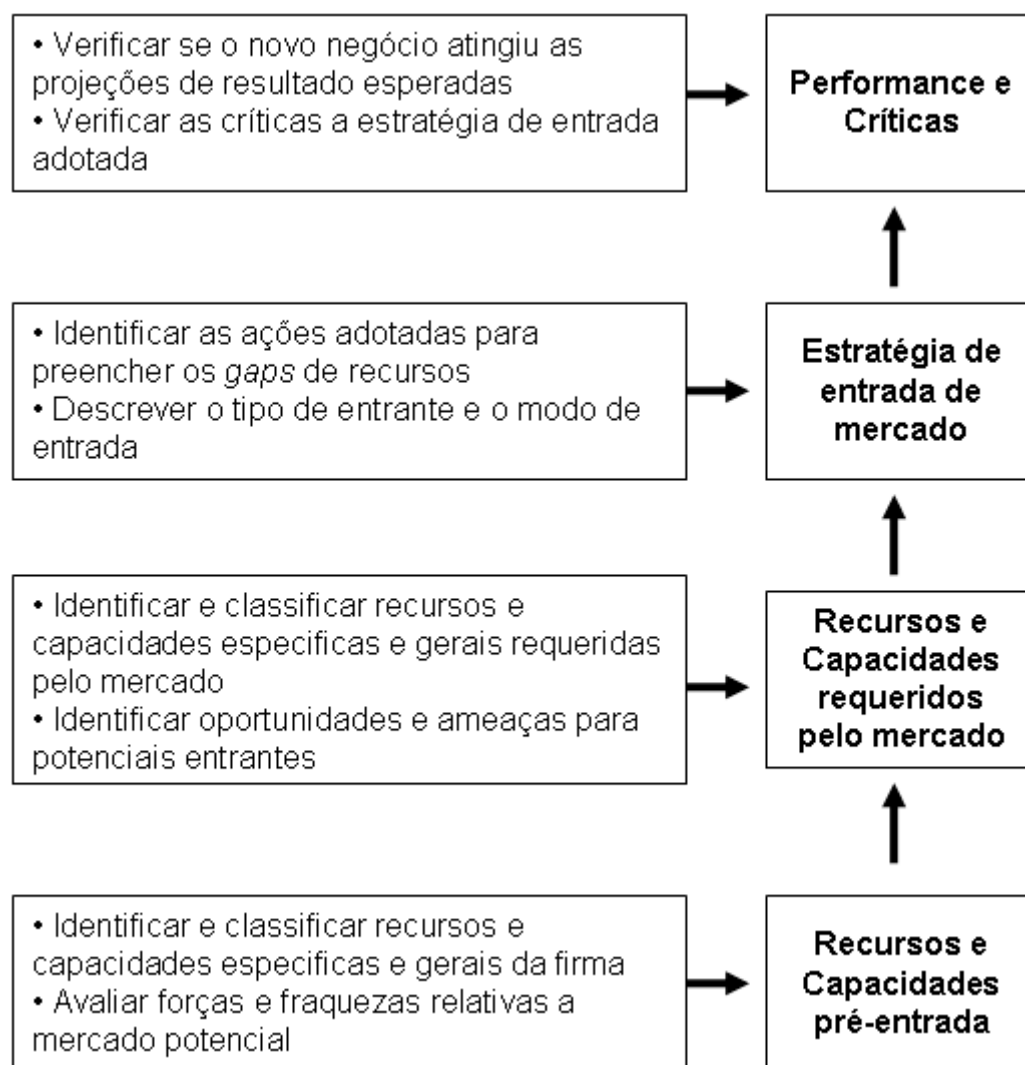
entrevistas e menções subjetivas do desempenho do empreendimento;

- ✓ NKB: número de aquisições por ano, volume de exames e faturamento bruto no quinto ano de operação.

De acordo com o Presidente do Fleury, Dr. Mauro Figueredo, o Fleury Hospital-Dia é uma operação recente, com menos de dois anos de atividade, enquanto os demais empreendimentos, com mais de cinco anos de operação, já estão estabelecidos e maduros para a divulgação dos seus resultados.

O roteiro foi elaborado com base no modelo proposto por GRANT (1991), que identifica os recursos e capacidades da firma, e seleciona a estratégia que melhor explora estes recursos frente às oportunidades externas, identificando os *gaps* de recursos que devem ser preenchidos.

Figura 4: Modelo de análise da estratégia de entrada de mercado.



Fonte: Autor adaptado de GRANT (1991), p. 115

As entrevistas remetem ao período de entrada de mercado dos respectivos negócios, e tiveram duração média de quarenta e cinco minutos. As entrevistas foram gravadas, transcritas e apresentadas em quadros síntese na discussão dos resultados da pesquisa.

Roteiro de Entrevista	data e local:
I. Perfil do Entrevistado	
1. Nome/cargo/ formação/tempo na organização/tempo no cargo	
II. Identificação do Recursos e Capacidades e Estratégia de Entrada	
2. Qual foi a oportunidade de negocio perseguida?	

3. Quais eram os recursos disponíveis pré-entrada?
4. Quais eram os recursos requeridos pelo mercado?
5. Qual foi a estratégia de entrada adotada?
6. De que forma a estratégia de entrada contribuiu para preencher os gaps de recursos estratégicos?

III. Desempenho do empreendimento e críticas dos entrevistados

7. O novo negócio atingiu as projeções financeiras e mercadológicas do estudo de viabilidade no segundo ano de operação?
8. O que o senhor (a) mudaria na estratégia de entrada adotada?

3.2.2. Amostra

A amostra dos entrevistados foi intencional, buscando obter a opinião dos executivos envolvidos na tomada de decisão e no processo de entrada de mercado. Foram entrevistados seis profissionais entre o presidente da empresa, o diretor de novos negócios e os gestores responsáveis pelos negócios estudados.

3.3. Limitações do trabalho

É importante reconhecer que este trabalho apresentou uma visão geral sobre a decisão da estratégia de entrada de mercado, particularmente sobre o modo de entrada, o que envolveu temas de estratégia e a compreensão do contexto do setor público e privado de saúde no Brasil. Sendo temas amplos e complexos, é inevitável a existência de limitações neste trabalho.

Por um lado, as limitações do foco da pesquisa, que visa a compreender como as estratégias de entrada de mercado contribuíram para a formação dos recursos e capacidades estratégicas dos empreendimentos envolve variáveis complexas que impedem o aprofundamento analítico. Por outro, as limitações do método *estudo de caso*, que não se propõe a garantir representatividade do universo das empresas de serviços de saúde. Além disto, as entrevistas seguiram metodologias descritivas que não servem à comprovação de hipóteses.

Contudo, o objeto de pesquisa representa uma organização pioneira na aplicação de estratégias de entrada no mercado de saúde e que oferece uma diversidade de experiências que possibilita um diálogo proveitoso com a literatura.

4. Sistema de Saúde

O primeiro marco contemporâneo do sistema de saúde brasileiro ocorreu com a promulgação da Constituição da República do Brasil de 1988, que em seu artigo 196, determinou que “A Saúde é direito de todos e dever do Estado” e mais a seguir, em seu artigo 199, garante que “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

Para nortear as ações públicas de saúde, no artigo 198 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as diretrizes de universalização do acesso às ações e serviços de saúde, integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, lei 8080/90 e 8.142/90 que detalha a organização e funcionamento do SUS.

O processo de construção do SUS enfrentou uma crise profunda do Estado, comprometido na sua capacidade de sustentar as ações e os serviços públicos de saúde. PEREIRA FILHO (2004) aponta as falhas dos governos na fundação precária do Sistema Único de Saúde como indutor do crescimento do setor de assistência suplementar à saúde. Parcelas crescentes da população foram induzidas a buscar assistência no sistema de saúde privado no Brasil, conhecido como Sistema de Saúde Suplementar ou apenas como Medicina Suplementar / Supletiva, que abrange todos os serviços de assistência médico-hospitalar, públicos ou privados, financiados pela iniciativa privada.

Até fins da década de 1990 o sistema de saúde suplementar teve um crescimento expressivo, sob baixa regulamentação e em meio à intensificação dos conflitos entre operadoras, prestadores de serviços e beneficiários (LIMA, 2005). Por um lado, muitas empresas privadas decidem incorporar os benefícios dos planos de saúde como salário indireto para seus empregados. Por outro, um número crescente de médicos, alegadamente

insatisfeitos com a qualidade da assistência oferecida pelo SUS, aderem ao planos e aos seguros de saúde.

Este período é caracterizado pela restrição de cobertura, cobranças irregulares, exigências indevidas para admissão de pacientes, entre outros problemas. As demandas por intervenção reguladora do setor ocorrem com o aumento progressivo do número de usuários, pressão dos órgãos de defesa do consumidor e repercussão negativa da opinião pública quando da ação unilateral de algumas operadoras de planos de saúde de aumento indiscriminado de preços e restrições de cobertura. Para CORRÊA (2005) o quadro tornou-se insustentável com a introdução da nova moeda, o *Real* e a redução da inflação, que restringiu os ganhos financeiros das operadoras de planos de saúde e intensificou a pressão sobre o controle dos seus custos e resultados operacionais.

Apenas em 1998, o governo delimita o funcionamento dos planos e seguros privados de assistência à saúde com a Lei nº 9.656/1998, seguida em 2000 pela Lei nº 9.961/2000 que concentra as atribuições de regulação sob o controle do Ministério da Saúde por meio da agência regulatória – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS tem, nos termos da lei, por finalidade institucional, promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A ANS foi criada para regular uma atividade privada existente há trinta anos, extremamente complexa, no setor essencial da saúde, e que não havia sido objeto de regulação pelo Estado. Após a regulamentação as operadoras passaram a ter de cumprir requisitos de funcionamento, exigências de reservas e garantias financeiras e a ser sujeitas aos processos de intervenção da ANS. Os planos devem garantir assistência integral à saúde e estabelecer as condições de carências e reajustes, sendo proibida a seleção de risco e a rescisão unilateral dos contratos.

Desde então, os gastos totais em saúde no Brasil continuam aumentando, partindo de 7,4% do PIB em 1998 (cerca de R\$67 bilhões) para 8,9% em 2005 (cerca de R\$172 bilhões). Neste período, a participação do setor público e privado nos gastos totais se inverteu: em 1998 os gastos privados representavam 56,0% dos gastos totais, enquanto em 2005 os gastos públicos atingiram 53,7% dos gastos totais em saúde. Em termos absolutos, os gastos públicos e privados cresceram respectivamente 212% e 111% entre 1998 e 2005 (WHO, 2007).

4.1. Saúde Suplementar

Apenas para delimitar a setor sob análise, o que caracteriza o mercado de serviços privados de saúde é a natureza mercantil-contratual das relações entre os atores, que, por sua vez, confere à demanda caráter seletivo (ALMEIDA, 1998). Nessa perspectiva, o mercado de serviços privados de saúde é composto pelos prestadores e pagadores da assistência médico-hospitalar, que têm por objetivo atender a demanda da população beneficiária.

Os prestadores ofertam o conjunto de serviços de assistência médico-hospitalar adquirido pelo beneficiário a partir da contratação do plano. As operadoras de planos de saúde representam um importante elo na cadeia de valor da saúde suplementar como *pagadores intermediárias* nas relações entre a população compradora de serviços privados de saúde e os prestadores de assistência médico-hospitalar. Finalmente, os beneficiários do sistema privado de saúde representaram 20% da população brasileira, cerca de 36 milhões de pessoas usuárias dos planos de assistência médica em 2005 (BRASIL, ANS, 2006).

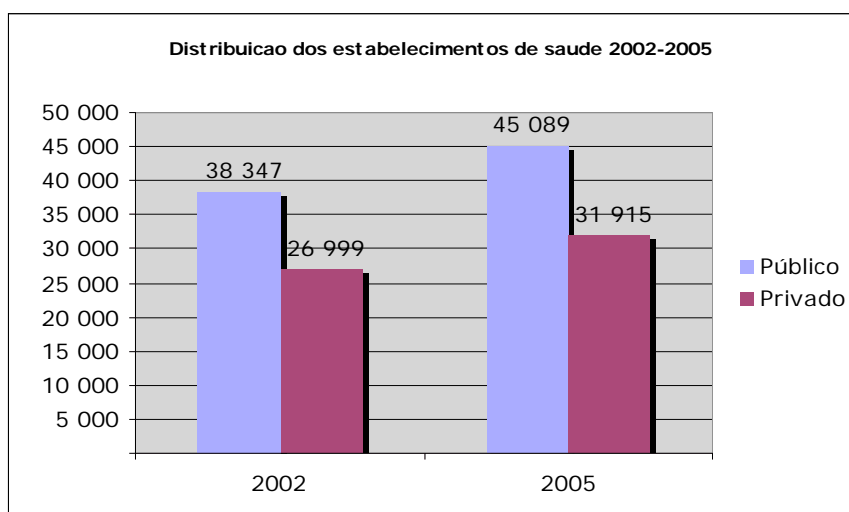
Os componentes e as tendências da Medicina Suplementar percebidas em 2007 serão detalhados a seguir.

4.1.1. Prestadores

Para o IBGE, a oferta de serviços de saúde é considerada o conjunto de instituições públicas e privadas, representadas pelos estabelecimentos de saúde que atuam na concretização de cuidados à saúde para as pessoas (IBGE, AMS, 2006). Os estabelecimentos de saúde são classificados em três grandes categorias: com internação, sem internação e de apoio a diagnose e terapia (SADT). Combinam-se recursos humanos, equipamentos físicos e materiais, segundo uma determinada tecnologia ou processo de produção, com vistas à promoção, prevenção, cura ou reabilitação da saúde.

Entre 2002 e 2005 houve um crescimento de 17,8% no número de estabelecimentos privados e públicos de saúde no país (IBGE, AMS, 2006). Neste período, os estabelecimentos privados, divididos entre os possuem finalidade lucrativa – 87,8%, e os que não possuem finalidade lucrativa – 12,1%, cresceram 18,2%, e atingiram 41,4% do total dos estabelecimentos de saúde no Brasil.

Gráfico 1: Distribuição dos estabelecimentos de saúde públicos e privados no Brasil entre 2002-2005



Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2002/2005

Para a maior parte dos estabelecimentos privados, a principal fonte de receita são os pacientes intermediados pelas operadoras de planos de saúde. A

participação dos estabelecimentos privados com atendimento SUS sob o número total de estabelecimentos privados é bastante heterogênea no Brasil. Por um lado atinge 69,2% dos estabelecimentos com internação e 82,1% do total de leitos privados do país. Por outro, é menor entre os estabelecimentos sem internação (13,5%) e SADT (35,8%) e em regiões com maior cobertura do sistema de saúde suplementar. Na cidade de São Paulo 25,6% dos estabelecimentos com internação e apenas 3,5% dos estabelecimentos sem internação e 3,3% dos SADTs disponibilizam atendimento para pacientes SUS.

Tabela 4: Estabelecimentos de saúde e leitos para internação por esfera administrativa segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais - Brasil – 2005

Grandes Regiões, Unidades da Federação	Estabelecimentos de saúde				
	Total*	Com internação	Leitos	Sem internação	Apoio à diagnose e terapia
Brasil	77004	7155	443210	55328	14521
Público	45089	2727	148966	41260	1102
Privado	31915	4428	294244	14068	13419
Privado SUS	9766	3066	241578	1900	4800
Privado-SUS / Privado	30,6%	69,2%	82,1%	13,5%	35,8%
Sudeste	28371	2319	191453	19588	6464
Público	14337	550	53428	13315	472
Privado	14034	1769	138025	6273	5992
Privado SUS	3364	1095	105963	587	1682
Privado-SUS / Privado	24,0%	61,9%	76,8%	9,4%	28,1%
Estado de São Paulo	10939	936	92478	7489	2514
Público	5054	206	23313	4659	189
Privado	5885	730	69165	2830	2325
Privado SUS	1082	420	51348	152	510
Privado-SUS / Privado	18,4%	57,5%	74,2%	5,4%	21,9%
São Paulo Capital	1759	160	23196	1197	402
Público	507	43	8606	458	6
Privado	1252	117	14590	739	396
Privado SUS	69	30	7405	26	13
Privado-SUS / Privado	5,5%	25,6%	50,8%	3,5%	3,3%

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2002/2005

No âmbito dos serviços privados, observamos no período 2002 e 2005 uma queda de 8% do número de estabelecimentos com internação, bem como o

crescimento de 24% dos estabelecimentos sem internação e de 23,7% dos SADT (IBGE, AMS, 2006). Quando esta evolução é comparada com o estudo de VIACAVA e BAHIA (2002), que investiga as mudanças da oferta de serviços de saúde ocorridas entre as Pesquisas AMS de 1992 e 1999, observa-se que a tendência de estagnação do número de estabelecimentos hospitalares verificada entre 1992 e 1999, transforma-se em decréscimo, com a redução de 8% do número destes estabelecimentos.

Gráfico 2: Evolução dos estabelecimentos privados de saúde entre 2002-2005

Grandes Regiões, Unidades da Federação	Estabelecimentos de saúde				
	Total*	Com internação	Leitos	Sem internação	Apoio à diagnose e terapia
Brasil	77004	7155	443210	55328	14521
Público	45089	2727	148966	41260	1102
Privado	31915	4428	294244	14068	13419
Privado SUS	9766	3066	241578	1900	4800
Privado-SUS / Privado	30,6%	69,2%	82,1%	13,5%	35,8%
Sudeste	28371	2319	191453	19588	6464
Público	14337	550	53428	13315	472
Privado	14034	1769	138025	6273	5992
Privado SUS	3364	1095	105963	587	1682
Privado-SUS / Privado	24,0%	61,9%	76,8%	9,4%	28,1%
Estado de São Paulo	10939	936	92478	7489	2514
Público	5054	206	23313	4659	189
Privado	5885	730	69165	2830	2325
Privado SUS	1082	420	51348	152	510
Privado-SUS / Privado	18,4%	57,5%	74,2%	5,4%	21,9%
São Paulo Capital	1759	160	23196	1197	402
Público	507	43	8606	458	6
Privado	1252	117	14590	739	396
Privado SUS	69	30	7405	26	13
Privado-SUS / Privado	5,5%	25,6%	50,8%	3,5%	3,3%

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2002/2005

A redução no número de estabelecimentos com internação é uma das características mais marcantes das transformações da assistência médico-hospitalar no Brasil e no mundo (OECD, 2003). De acordo com a Pesquisa AMS, entre 2002 e 2005 houve uma redução absoluta de 3,3% do número de

estabelecimentos públicos e privados com internação, o que representou 9.3% do número total dos estabelecimentos de saúde em 2005. Em 2002, esse percentual era de 11,0% e, em 1999, de 16,0% (IBGE, AMS, 2006).

Este dados refletem a mudança de paradigma na assistência, que ocorreu ao longo das décadas de 80 e 90, com evolução tecnológica, melhoria dos processos assistenciais e redução do tempo médio de permanência nos hospitais. Nesse período, os hospitais incrementaram a presença de unidades intensivas (UTI) e passaram a atender os casos mais graves e complexos, enquanto técnicas menos invasivas e novos equipamentos deslocaram os procedimentos para estruturas ambulatoriais de atendimento.

FERREIRA (2006), comenta que a cirurgia cardíaca, hegemônica no ambiente hospitalar nos desde a década de 80, faz parte do fenômeno atual da *desospitalização*, pois a colocação de um *stent* cardíaco permite reduzir drasticamente o tempo de recuperação e transfere o procedimento para o ambiente ambulatorial. POLANCZYK, WAINSTEIN e RIBEIRO (2005) concluíram que o uso rotineiro de *stent* tem uma relação de custo-efetividade elevada e provou-se atraente para os setores público e privado de saúde em todo o mundo.

Outra transformação importante que ocorreu principalmente nos estabelecimentos com internação a partir da década 90 foi a expansão dos programas de qualidade. Os hospitais procuram certificações e acreditações de qualidade, que enfatizam o aperfeiçoamento dos processos, a capacitação dos recursos humanos e o foco no cliente. Esse movimento se deve não somente ao interesse dos hospitais em melhorar a qualidade da assistência, mas também em diferenciar seus serviços, aumentar a remuneração dos planos de saúde e a demanda (PENA, 2000; KOYAMA, 2006).

Entre os serviços de apoio a diagnose e terapia se observou uma revolução tecnológica nos últimos vinte anos, com destaque para a tomografia computadorizada (TC), a ressonância nuclear magnética e o *pet-scan*, que trouxeram inúmeras melhorias para o diagnóstico de doenças. Por exemplo,

a principal vantagem da TC é que permite o estudo de "fatias" ou secções transversais do corpo humano vivo, ao contrário do que se consegue por meio da radiologia convencional, que consiste na representação de todas as estruturas do corpo sobrepostas. É assim obtida uma imagem em que a percepção espacial é mais nítida, sendo possível a detecção ou o estudo de anomalias que não seria possível senão por meio de métodos invasivos (WIKIPEDIA, acesso em 12 fev/2007).

A digitalização das imagens impulsionou a telemedicina, que permite concentrar um especialista em local remoto e otimizar a discussão de casos e a *segunda opinião*. Esta última consiste no parecer formal de um especialista sobre um determinado caso, que já foi diagnosticado por outro profissional. Além disso, iniciativas ligadas ao campo da genética apresentam resultados incipientes a respeito da prevenção e detecção precoce de inúmeras doenças hereditárias.

Entre os estabelecimentos privados de saúde em geral se destaca a intensificação da concorrência e a adoção de práticas antes restritas a outros mercados. Essa competição estimula três comportamentos que podem ser descritos conforme as estratégias básicas apresentadas por PORTER (1980): liderança por custos, diferenciação e foco.

A liderança de custos associada à qualidade de atendimento é uma tendência mundial no mercado de serviços de saúde. Operadoras de planos de saúde estabelecem parcerias com prestadores de menor custo e estimulam seus clientes a utilizarem estes estabelecimentos. A competitividade dos custos é sustentada pelos ganhos de escala e a curva de experiência na prestação dos serviços. Geralmente estes prestadores também possuem isenções fiscais e oferecem serviços simplificados, como é o caso dos estabelecimentos privados sem fins lucrativos com atendimento SUS. De acordo com ALMEIDA (1998), a participação da sociedade na sustentação de organizações de saúde sem fins lucrativos, que atuam no setor de medicina suplementar, configuram traços extremamente perversos que aprofundam o quadro de desigualdades do setor saúde.

A diferenciação dos prestadores também se tornou uma estratégia bastante perseguida, particularmente no sistema de saúde suplementar, em que as operadoras segmentam os prestadores de serviço de acordo com a qualidade e o posicionamento da instituição para então enquadrá-los nos diversos tipos de planos de saúde, tradicionalmente classificados como básico, intermediário e executivo. Nas regiões em que não há segmentação dos planos de saúde, o prestador também busca diferenciar-se para se tornar a primeira escolha do cliente.

Neste contexto, a marca tornou-se ainda mais importante para os hospitais e outros prestadores, pois representa não apenas o produto ou serviço, mas um conjunto de valores e atributos tangíveis e intangíveis relevantes para o consumidor. Estudos destacam o valor da marca para o consumidor e para a organização de saúde (SATO, 2004; BRAGA, 2004). Para os consumidores, a marca facilita a interpretação e o processamento das informações sobre produtos/serviços, transmite segurança na decisão de compra e promove maior satisfação, na medida em que atendem suas necessidades emocionais e racionais. Para a organização de saúde, uma marca forte gera valor, pois aumenta lealdade, demanda, sustenta preços *premium* e margens mais elevadas. Além disso, a marca pode alavancar novas linhas de produtos/serviços e melhores retornos das ações de *marketing*.

A estratégia de enfoque visa a identificar um determinado segmento para desenvolver uma proposta de valor única e superior aos competidores, centrada exclusivamente neste mercado. Trata-se da especialização em um nicho de mercado, como por exemplo as empresas de *home-care* especializadas por segmento de clientes e grupo de doenças.

O médico é um tipo de prestador que merece uma posição de destaque. Ele é um personagem central da assistência médico-hospitalar, pois direciona o paciente para os mais diversos serviços de saúde – é o médico que prescreve o exame, o medicamento, o tratamento a que o paciente deve se submeter. Contudo, o seu papel tem sido transformado pela intermediação

dos serviços de saúde pelas operadoras. A interferência ocorre de forma indireta e no âmbito dos diversos serviços de saúde, por meio da baixa remuneração das consultas médicas, controle e restrição das solicitações de exame e medicamentos, incentivos à adoção de protocolos clínicos, entre outras práticas. Por exemplo, a baixa remuneração das consultas médicas incentiva o atendimento de um volume maior de pacientes, o que reduz o tempo para a aplicação das tecnologias leves – histórico clínico e exame físico, e compromete o direcionamento diagnóstico do paciente (ALBUQUERQUE, 2006).

Outros fatores têm contribuído para a *precarização* da relação médico-paciente no contexto da Medicina Suplementar, com destaque para a deficiência da formação e a sobre-oferta de médicos em algumas regiões do país. O número de escolas de medicina duplicou nos últimos dez anos (de 74 para 156 do 1996 a 2006) e vem minando a formação dos médicos no país. De acordo com um estudo da Fundação para o Desenvolvimento Administrativo do Estado de São Paulo (FUNDAP, 2005 *apud* ALBUQUERQUE, 2006), mais de 40% dos médicos formados no Estado não ingressam em Programas de Residência Médica, modalidade de aprimoramento profissional consagrada no meio médico. A deficiência na formação destes profissionais tem graves conseqüências para todo o sistema de saúde.

A sobre-oferta de médicos em algumas regiões torna a relação médico-operadora de saúde ainda mais desequilibrada. De acordo com o CREMESP, no Estado de São Paulo há 2,11 médicos por mil habitantes, taxa superior à relação de um para mil preconizada pela Organização Mundial de Saúde. A oferta de médicos é bastante heterogênea no Estado, com 22% dos municípios sem médico residente e 21% com taxa acima de um médico por mil habitantes. Em algumas cidades a taxa atinge 6,4 médicos por mil habitantes, o que favorece a redução da remuneração nestas regiões e a imposição de controles de utilização dos serviços médicos, segundo o levantamento do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2006).

4.1.2 Pagadores

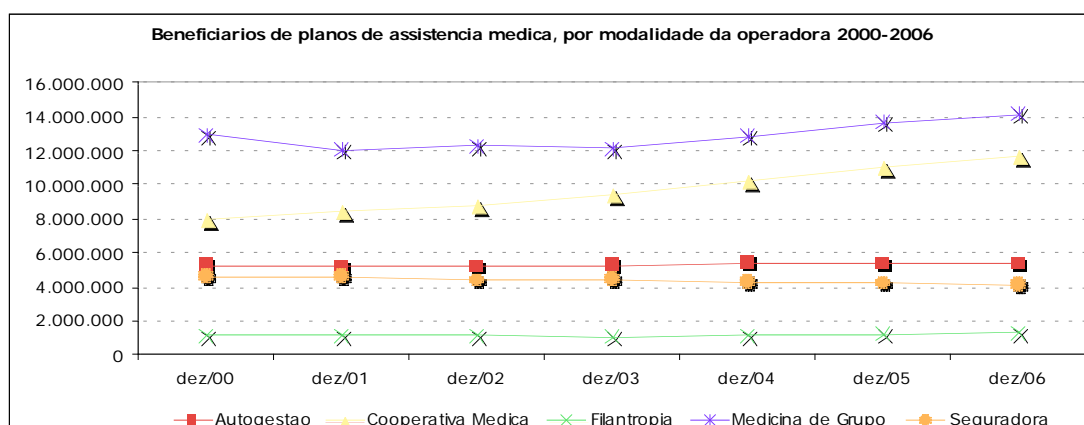
Os pagadores do sistema de saúde suplementar são os empregadores e os próprios indivíduos. Empregadores e indivíduos normalmente utilizam um intermediário para pagar pelos serviços utilizados. Os intermediadores são as operadoras de planos privados de assistência à saúde, compostas por medicinas de grupo, cooperativas, autogestões, seguradoras e filantropia, descritas abaixo, a partir do glossário do Caderno de Informações da Saúde Suplementar (BRASIL, ANS, 2006):

1. Medicina de Grupo: empresas médicas que administram vários planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias. Trata-se da primeira modalidade de operadora a comercializar planos de saúde no Brasil que surgiu no ABC paulista nos anos 60 e atualmente é a forma dominante no mercado. De acordo com o levantamento da ANS em dez/2006, as medicinas de grupo atendiam 38,6% dos beneficiários de planos de assistência médica no país, cerca de 14 milhões de clientes. As maiores empresas de *Medicina de Grupo* são: Amil, Intermédica, Medial e DixAmico, que combinam oferta de serviços próprios, rede credenciada e serviços não credenciados previstos nos planos mais caros. A Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) é a entidade que representa as empresas de medicina de grupo.
2. Cooperativas médicas: sociedades sem fins lucrativos, que surgiram para valorizar o trabalho médico no final dos anos 60, principalmente com a União dos Médicos (Unimeds). Nesta modalidade, os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviço. Em dez/2006 as Unimeds atingiram 32% dos beneficiários de planos de assistência médica no país. Destaque para as Unimeds de São Paulo, Belo Horizonte, Campinas e Rio de Janeiro. A Confederação das Unimeds é a entidade de representação nacional.
3. Autogestões: entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos e entidades de

classes profissionais. Em dez/2006, esta modalidade atendeu 14,7% da população beneficiária do país, com 67% de suas carteiras na forma de contratos *antigos* (antes da regulamentação da ANS, em janeiro de 1999). Algumas empresas financiam integralmente planos básicos para seus empregados, mas na maioria existe também a participação do empregado. A CASSI (Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil) é a mais antiga e principal expressão desta modalidade de operadora. Esta modalidade é representada pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS).

4. Seguradoras: entidades seguradoras que cobrem ou reembolsam gastos com assistência médica, ao prestador ou ao segurado, segundo as condições estabelecidas em contrato. Esta modalidade atendeu 11,2% da população beneficiária de planos de assistência médica por meio de reembolso integral ou parcial dos serviços médico-hospitalares prestados (BRASIL, ANS, 2006). A Sul América e a Bradesco Seguros concentram 71% destes beneficiários, sobretudo no Estado de São Paulo.
5. Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

Gráfico 3: Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica 2000-2006



Fonte: BRASIL, ANS, 2006

Conforme o gráfico acima, entre dez/2000 e dez/2006, o número de beneficiários das diversas modalidades de planos de assistência médica cresceu 14,7%, com destaque para as cooperativas médicas que cresceram 46,6%, enquanto 11,7% das seguradoras saíram de operação no período.

As operadoras estão autorizadas, a partir do registro na ANS, a comercializar planos privados de assistência à saúde para a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado e por meio de profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada (BRASIL, ANS, 2006).

A segmentação dos planos de assistência médica corresponde aos diversos tipos de cobertura – ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia, cujas exigências mínimas são reguladas pela ANS. Os planos são classificados quanto à forma de contratação: individual ou familiar (contrato entre um indivíduo e uma operadora para assistência à saúde do titular do plano e seus dependentes) e coletivo (contrato entre uma pessoa jurídica e uma operadora para assistência à saúde da massa de empregados ativos e inativos). Os planos coletivos *com patrocinador* podem ser pagos total ou parcialmente pela pessoa jurídica, incluindo os contratos em que o beneficiário paga parcialmente a mensalidade. Os planos coletivos *sem patrocinador* são pagos integralmente pelo beneficiário à operadora. Finalmente, a categoria de planos de saúde *antigos* se refere aos contratos firmados até 01 de janeiro de 1999, antes da regulamentação da ANS e que ainda não foram adaptados aos novos padrões.

Em setembro de 2006 os planos novos, coletivos e individuais, representaram 48,7% e 15,5% dos beneficiários de planos de assistência médica, enquanto os demais 35,8% mantiveram os contratos antigos, em planos individuais e coletivos (BRASIL, ANS, 2006).

Vale destacar que entre as 1.241 Operadoras de Assistência Médica em atividade no Brasil, 17,9% concentram 80% dos clientes, enquanto as demais 82,1% das operadoras possuem em média menos de dez mil beneficiários (BRASIL, ANS, 2006). Esta fragmentação evidencia a vulnerabilidade das pequenas operadoras, com limitada capacidade de diversificação do risco, investimento em tecnologia e serviços próprios destas organizações.

Os beneficiários de planos de saúde estão concentrados nas regiões com maior renda *per capita* e emprego, com tendência de concentração da cobertura para os trabalhadores de médias e grandes empresas (ALMEIDA, 1998). Segundo os dados da ANS, o Sudeste concentra 67,1% dos beneficiários de planos de assistência médica no país. No Estado de São Paulo, 38,3% da população é usuária de planos de saúde, seguido pelo Rio de Janeiro e Distrito Federal, com 30,1% e 26,9% respectivamente. As capitais do Sudeste também lideram os percentuais da população coberta pela Medicina Suplementar, com 66,3% da população de Vitória (ES), 58,8% de São Paulo (SP) e 49,4% do Rio de Janeiro (RJ). Estes dados estão acima das médias nacional de 19,9% e das regiões metropolitanas das Capitais de 32,4% da população beneficiária de planos de assistência médica (BRASIL, ANS, 2006).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) adotou em 2003 um suplemento para investigar o acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Segundo os dados desta pesquisa, a proporção de cobertura por plano de saúde na classe de rendimento familiar inferior a um salário mínimo foi de 2,9%, enquanto para famílias com rendimentos acima de vinte salários mínimos atingiu 83,8%, acima da cobertura de 76% verificada nesta mesma classe em 1998. A cobertura também foi expressivamente maior nas áreas urbanas, sendo um pouco superior entre as mulheres e entre as pessoas acima de 40 anos (IBGE, PNAD, 2004)

Alguns críticos afirmam que as operadoras de planos de saúde sempre estiveram mais atentas aos resultados econômicos do que às políticas de saúde e à mensuração da qualidade da assistência (SILVA, 2003).

Contudo, a regulamentação do setor de saúde suplementar por meio da Lei nº 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por intermédio da Lei nº 9.961/00 alterou a relação entre operadoras e prestadores de saúde, criando regras que favoreceram o usuário de planos de saúde, seja pela ampliação das coberturas assistenciais, pelo monitoramento de preços/reajustes e pela defesa dos direitos dos usuários.

Vale ressaltar que a ANS não controla os planos de saúde de servidores públicos, com 25% dos beneficiários da Medicina Suplementar, tampouco controla diretamente os reajustes de preços dos planos coletivos celebrados após a regulamentação do setor, que representa 46,5% dos beneficiários (BRASIL, ANS, 2006). Entre as principais medidas da ANS se destaca a criação das faixas de reajuste que restringem a variação dos preços entre os beneficiários mais novos e antigos.

Desde 1994 as operadoras de planos de saúde também enfrentaram a redução dos ganhos financeiros decorrente da estabilização monetária e redução gradual das taxas de juros. A ampliação da cobertura e restrição dos reajustes, bem como limitação dos ganhos financeiros expuseram as operadoras de planos de saúde a uma expressiva inadequação econômica (SILVA, 2003).

De acordo com os dados do Caderno de Informação da Saúde Suplementar (BRASIL, ANS, 2006), o custo médio dos eventos médico-hospitalares também aumentou. Com exceção das despesas descritas como *terapias*, as demais despesas de *consultas médicas*, *internações*, *exames complementares* e *outros atendimento ambulatoriais* aumentaram entre 2002 e 2004 para todos os tipos de contratação de planos médico-hospitalares. Os maiores reajustes ocorreram nos custos das internações para os planos

individuais ou familiares, com 31,51% de aumento e nos custos dos atendimentos ambulatoriais para os planos coletivos com patrocinador, que cresceram 26,32%.

A elevada taxa de utilização dos serviços de saúde é outro componente para a elevação dos custos assistenciais. De acordo com os dados da ANS, entre 2002 e 2004 a frequência média também aumentou, com exceção das interações por beneficiário dos planos coletivos com patrocinador, que caiu 11,76% no período e atingiu 0,15 interações por ano em 2004. Os planos individuais e coletivos sem patrocínio tiveram neste mesmo período um aumento de frequência de 18,75% e atingiram 0,19 interações por ano em 2004.

ALBUQUERQUE (2006) apresenta três fatores que contribuem para a frequência e intensidade do uso destes recursos: utilização inadequada, modelo de ressarcimento e características epidemiológicas das carteiras de clientes. A utilização inadequada dos recursos pelo usuário se deve à assimetria de informação e ao risco moral ALBUQUERQUE (2006). Isto é, o usuário nem sempre pode tomar decisões sobre sua saúde baseado nas informações disponíveis, o que implica em consultas desnecessárias ou na procura por especialistas em casos de resolução simples. O risco moral se refere ao comportamento oportunista inerente a relações contratuais entre agentes econômicos, que implica em atividades ilícitas de ambas as partes. Por exemplo, o usuário permite a utilização do seu plano por terceiros, enquanto as operadoras adotam subterfúgios burocráticos para conter a demanda pelos serviços.

O modelo de ressarcimento estimula prestadores a ampliarem seus volumes de atendimento. Os médicos tendem a atender rapidamente seus pacientes para compensarem o baixo valor pago pela consulta, o que resulta em atendimentos de baixa qualidade e na realização de novas consultas para uma *segunda opinião* ALBUQUERQUE (2006). A remuneração dos serviços que utilizam tecnologia intensiva é uma outra causa para a elevação dos custos médicos, pois estimula, por meio do elevado *ticket* médio, a

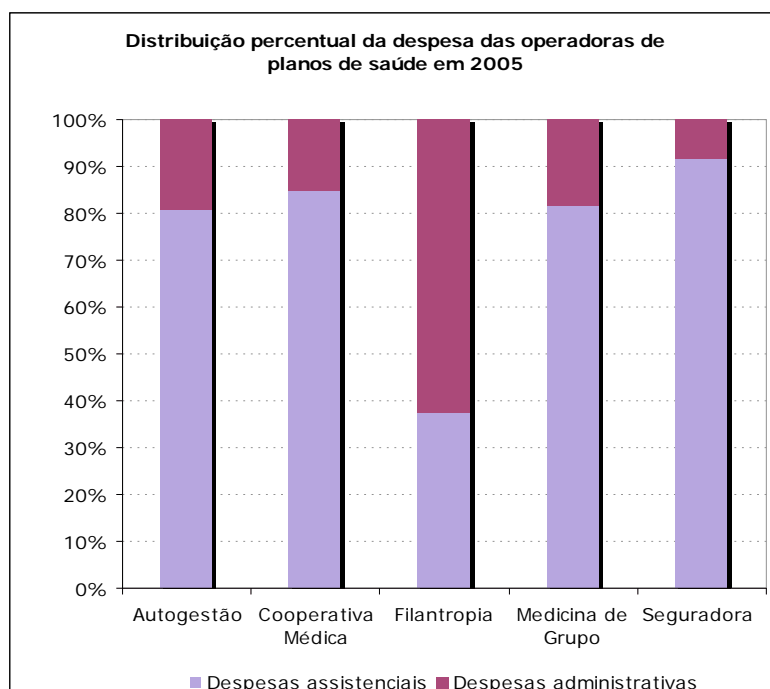
incorporação de novos equipamentos, materiais e medicamentos sem, contudo, substituir os existentes ou trazer ganhos de efetividade.

As mudanças epidemiológicas na carteira de clientes se referem à elevação da expectativa de vida desta população e da ocorrência de doenças crônicas e degenerativas entre os usuários dos planos. Os gastos de saúde para a população idosa estão acima das demais faixas etárias. De acordo com estudo da OECD (OECD, 1998 *apud* ALBUQUERQUE, 2006), o custo médio *per capita* é cinco vezes maior em populações idosas com uma ou mais doenças crônicas.

Na medida em que várias operadoras de planos de saúde competem entre si, há dois problemas relacionados: a *seleção adversa*, por parte dos consumidores, e a *seleção de risco*, por parte das operadoras ALMEIDA (1998). Diante da distribuição do risco entre os usuários de planos de saúde, os indivíduos mais saudáveis e com menor risco tenderão a abandonar o sistema, permanecendo os que incidirão em maiores gastos. Por outro lado, as operadoras adotam mecanismos de seleção de risco e criam barreiras para credenciar o usuário de alto risco (idosos e/ou portadores de doenças como câncer, AIDS, artrite), geralmente levando a discriminações e exclusões de populações mais vulneráveis.

A elevação dos custos da assistência médica é evidenciada pelo crescimento de 68% das despesas assistenciais das diversas modalidades de operadora de planos de saúde entre 2001 e 2005, período em que o número de beneficiários cresceu 13% e o índice de inflação IPCA/IBGE acumulado foi de 43,33% (BRASIL, ANS, 2006 e IBGE, 2006). Segundo os dados da ANS, em 2005 as despesas assistenciais atingiram 82,5% do total das despesas das operadoras, com destaque para os gastos assistenciais das seguradoras que atingiram o pico de 91,7% das despesas totais. Os patamares recomendados estão abaixo de 80% de despesas assistenciais, também denominado de percentual de sinistralidade das operadoras (KOYAMA, 2006).

Gráfico 4: Distribuição percentual da despesa das operadoras de planos de saúde, por tipo, segundo a modalidade da operadora (Brasil – 2005)



Fonte: BRASIL, ANS, 2006

BRAZ (2006) constata o peso crescente da saúde no orçamento das famílias brasileiras e a pressão de seus produtos e serviços na formação dos índices de preço ao consumidor. O patamar das participações das despesas com Assistência à Saúde⁶ confirmou a tendência de crescimento, que já vinha sendo verificada nas Pesquisas de Orçamento Familiar (POFs) anteriores, nas Regiões Metropolitanas.

A POF visa a fornecer informações sobre a composição orçamentária doméstica, a partir da alocação de gastos e dos rendimentos dos domicílios e das famílias.

⁶ Assistência à Saúde conforme notas técnicas do IBGE (IBGE, 2006): Despesas com produtos e serviços relativos à saúde tais como: remédios, plano e seguro saúde, consulta e tratamento dentário, consulta médica, tratamento ambulatorial (cauterização, curativo, nebulização, aplicação de raio laser, hemodiálise e outros), serviços de cirurgia, hospitalização, exames diversos, material de tratamento (seringa, termômetro, olhos lentes). Na linha "outras", estão agregadas as despesas e aquisições com chupeta, mamadeira, ambulância (remoção) e aluguel de aparelho médico.

Segundo os resultados da POF 2002-2003, a média das despesas totais da família brasileira é de R\$ 1.778,03 por mês, incluindo todas as despesas monetárias (dinheiro, cheque ou cartão de crédito) e não-monetárias (aquisições provenientes de produção própria, troca e outras formas de obtenção). A despesa total média mensal familiar para a Região Sudeste apresentou o maior valor, com R\$ 2.163,09, ficando acima da média nacional em 21,66% (IBGE, POF, 2006).

Quanto as despesas com Assistência à Saúde, observa-se que na média nacional, as famílias alocam 6,49% das despesas totais neste item de consumo, o equivalente a R\$115 por mês. No Sudeste, os dados encontrados foram superior à média nacional, atingindo 6,91% das despesas familiares da Região, cerca de R\$ 150 por mês.

Os resultados da POF também podem ser analisados por faixa de rendimentos: entre o extremo inferior que recebe até R\$400 mensais e o extremo superior, com rendimentos acima de R\$ 6.000 mensais. Para a classe de rendimentos mensais acima de R\$ 6.000,00, a média da despesa total no Brasil foi de R\$ 8.721,91, com destaque para o Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo como as Unidades da Federação que registraram valores de despesa total média mensal mais elevados. A média nacional de despesas em Assistência à Saúde para a faixa de rendimentos acima de R\$6.000 é de 6,81% das despesas totais, o equivalente a R\$593 mensais. Enquanto, a média da região Sudeste neste segmento socioeconômico é de 7,48% das despesas totais, cerca de R\$660 mensais.

Quando comparados com o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF 1974-1975), cabendo notar as limitações da observação conjunta dos resultados das duas pesquisas. No grupo Assistência à Saúde, houve um aumento de 4,22% para 6,49% na participação destas despesas nos orçamentos domésticos do universo das famílias brasileiras (IBGE, Comentários dos resultados da POF, 2006).

OCKE-REIS e CARDOSO (2006) trazem novas reflexões sobre o comportamento dos preços dos planos de assistência à saúde entre 2001 e 2005. Diante de um quadro institucional complexo no tocante às regras e à abrangência dos reajustes dos planos individuais novos e antigos, estes autores trabalham com diferentes índices (Dieese, Fipe e IBGE) para compreender se os reajustes dos planos individuais acompanharam a evolução da inflação da economia e do setor saúde. O trabalho abrange o período 2001-2005 que atende a ciclo regular de reajuste do plano individual definido pela ANS.

Este estudo ressalta as limitações resultantes da imponderabilidade do aumento da cesta de serviços médico-hospitalares *versus* aumento de preços, bem como eventuais inovações tecnológicas e alterações de qualidade de produtos e serviços, entre outros aspectos dos métodos de coleta e processamento dos dados. Os resultados apresentados contrariam a proposição teórica acerca dos “custos crescentes” da saúde e, conseqüentemente, da elevação da inflação médica acima da inflação geral dos preços para o consumidor. Com exceção dos dados do Dieese, os índices da Fipe e IBGE evidenciam que a inflação do setor saúde foi menor do que a inflação geral. Os autores levantam como hipóteses a sobrevalorização do real em relação ao dólar, a queda do ritmo do aumento de preços de alguns bens e serviços de saúde consumidos ou eventualmente as características metodológicas dos índices do setor saúde.

Segundo a avaliação os dados da Fipe e IBGE, os preços dos planos cresceram mais que a inflação do setor saúde, e os reajustes da ANS apresentaram uma variação ainda superior a dos planos de saúde. Desta forma, embora as operadoras apresentassem custos assistenciais crescentes segundo o Caderno de Informações da Saúde Suplementar (BRASIL, ANS, 2006), elas também obtiveram reajustes para os planos individuais e familiares regulados pela ANS, acima da taxa de inflação acumulada do setor e dos planos de saúde (OCKE-REIS e CARDOSO, 2006). Estes dados evidenciam uma recente recuperação de preços *vis-à-vis* a evolução dos custos do setor.

Para os planos empresariais, cujo processo de formação dos preços é uma função da probabilidade de uso dos serviços médico-hospitalares dada a experiência passada ou utilização esperada, associado às despesas administrativas e comerciais, a taxa média de crescimento anual dos reajustes entre 2001 e 2007 foi de 10,7% segundo os dados do Dieese (único índice de monitoramento dos preços dos planos empresariais), superiores aos reajustes de 9,67% da ANS no mesmo período.

Tabela 5: Inflação acumulada: maio de 2001 – abril de 2006

Período	Taxa de inflação acumulada (%)									
	ANS	Geral			Saúde			Plano de saúde		
		Dieese	Fipe	IBGE	Dieese	Fipe	IBGE	Dieese	Fipe	IBGE
2001-2005	42,95	46,69	36,99	43,44	83,65	36,12	36,26	128,59	41,3	40,3

Fonte: ANS, ICV/Dieese, IPC/Fipe, IPCA/IBGE e Ipeadata *apud* OCKE-REIS e CARDOSO, 2006

Contudo, as operadoras de planos de saúde continuam pressionando os prestadores de serviços para a redução dos custos, seja por meio do descredenciamento, de glosas de pagamento ou de novas configurações de pagamento (CAMPOS, 2004).

O modelo de remuneração por serviços conhecido como *fee-for-service* ou “conta aberta”, que paga pela produção de serviços, vem sendo um dos principais alvos das operadoras. Para ANDREAZZI (2003), o pós-pagamento por ato leva a internações desnecessárias, aumento das taxas de permanência hospitalar e imprevisibilidade orçamentária.

As auditorias surgiram como uma resposta imediata ao controle da superprodução de serviços e fraudes, juntamente com a imposição de barreiras para a utilização, por meio de número de procedimentos fixos por mês e incentivos monetários para a redução no número de determinados procedimentos, como exames complementares. Outra forma usual de pagamento é o *pacote*, que fixa o preço de procedimentos com baixa variabilidade de protocolos clínicos e transfere para o prestador o risco de

custos adicionais ao valor fixado. Para os procedimentos menos padronizados, os pacotes também podem ser sujeitos a revisão justificada ANDREAZZI (2003).

O pré-pagamento representa outra forma de remuneração de serviços médicos, que busca redirecionar o enfoque para a atenção à saúde da população, por meio do compartilhamento de risco com os profissionais e serviços de saúde (ANDREAZZI, 2003). A negociação de diárias e taxas globais que englobam diversos serviços e taxas de utilização de infraestrutura em preço único, ajustado conforme o risco, visa a estabelecer indicadores de resultados positivos e estimular a visão de custo-efetividade dos prestadores.

Algumas operadoras já avançam no controle dos custos e adotam também políticas de medicamentos genéricos e a utilização de gabaritos para procedimentos cirúrgicos, como é o caso da Unimed – BH. De acordo com BERSAN (2006), os itens e as quantidade fixadas no gabarito são negociadas a partir da análise de prontuários pelas equipes dos hospitais e da Unimed-BH. As complicações estão individualizadas em gabaritos próprios, enquanto outros itens permanecem fora dos gabaritos, como os antimicrobianos e as órteses e próteses.

O avanço da tecnologia de informação em saúde ampliou também a utilização da análise epidemiológica da população coberta pelas operadoras de planos de saúde. Em alguns casos observa-se que as operadoras apresentam o relatório de utilização dos serviços para os prestadores, apontando ainda algumas comparações de resultado com outros prestadores, sem identifica-los. No Reino Unido, o sistema público de saúde coleta dados com pacientes e realiza auditorias medicas por amostragem para compor os indicadores de *performance* que definem os incentivos financeiros dos médicos generalistas. A tendência mundial é adotar os indicadores de desempenho para remunerar os prestadores por resultados (ALMEIDA, 1998).

O relacionamento entre operadoras e prestadores não se restringe à negociação da remuneração dos serviços. Segundo ANDREAZZI (2003), a busca da excelência da qualidade é também importante para os pagadores pois o atendimento de melhor qualidade em geral tem custo menor no longo prazo, em função da maior eficiência das equipes médicas, menor ocorrência de complicações e resultados superiores. Essa tendência se traduz na valorização de prestadores em conformidade com os padrões de vigilância sanitária (consultórios e clínicas), com certificações de qualidade (hospitais e laboratórios) e que monitoram a satisfação dos clientes.

As iniciativas de promoção e prevenção de saúde também vêm ganhando espaço (BANCHER, 2004). Em 2005 a ANS estendeu o prazo para constituição de reservas técnicas para as empresas que implementassem programas de prevenção e possibilitou ainda que parte das reservas técnicas fossem constituídas de ativos fixos imobilizados (Resolução Normativa N° 94, ANS, 2005).

De forma geral, observamos a consolidação das operadoras de maior porte e a expansão dos planos empresariais, com destaque para os contratos de copagamento que compartilham o risco com a empresa contratante. A elevação do custo do benefício saúde leva as empresas contratantes e as Operadoras de Planos de Saúde a adotar novos critérios de co-participação e a promover programas corporativos de prevenção de doenças e promoção de saúde.

Segundo a PNAD 2003, em 18,9 % dos planos coletivos a mensalidade era paga integralmente pelo empregador, proporção que diminuiu em comparação com os 22% verificados na PNAD 1998. A inclusão do copagamento foi observada em cerca de 1/4 dos planos de saúde, participação superior à observada na PNAD 1998, quando correspondia a cerca de 1/5 dos planos (IBGE, PNAD, 2003).

Entre os usuários de planos de saúde, destacamos que a população com acesso à saúde suplementar está estável, com tendência de diminuição dos planos *premium* devido ao baixo crescimento econômico no país e à pressão

por redução dos custos da assistência médico-hospitalar. Além disso, os consumidores vêm se tornando mais informados e sensíveis à qualidade dos serviços, particularmente aqueles com maior nível socioeconômico. A proliferação dos *sites* de informações médicas na *Internet* e da cobertura da mídia sobre temas de saúde evidenciam a preocupação da população em informar-se a respeito de seu quadro de saúde.

5. Estudo de Caso

5.1. Fleury S.A.

Fundado em 1926 pelo Dr. Gastão Fleury Silveira, o Fleury iniciou suas atividades como laboratório de análises clínicas. Em 1936, o médico Walter Sidney Pereira Leser se tornou sócio do Dr. Gastão Fleury, incorporando as especialidade de Química e Hematologia. Em 1951, ocorre a fusão do Fleury com um outro laboratório localizado no centro de São Paulo que se destacava em algumas especialidades não praticadas no Fleury. Em 1962, a empresa inaugura uma nova sede construída para abrigar um laboratório multidisciplinar, que projeta o crescimento da empresa por décadas. A partir de 1983, a empresa passa a incorporar exames de imagem por meio de *joint ventures* com as melhores equipes médicas de cada especialidade e estende a visão de um laboratório de análises clínicas para um centro completo de medicina diagnóstica (FLEURY S.A).

Ao longo destes 80 anos, a empresa se consolidou como referência em medicina diagnóstica no Brasil, baseada em uma história que concilia excelência nos serviços e na atenção ao cliente e à classe médica. Neste período, a empresa empreendeu em novos mercados utilizando-se de diferentes estratégias de entrada, particularmente adotando diversas *joint ventures* para complementar os recursos e capacidades disponíveis na empresa e obter competitividade nos novos mercados.

O sistema societário, desenvolvido com a entrada do Dr. Leser em 1936 e aperfeiçoadas na fusão de 1951, contribuiu para a consolidação do laboratório multidisciplinar por meio do ingresso na sociedade de médicos especialistas convidados por sua competência profissional e conhecimentos que a empresa ansiava por incorporar.

As *joint ventures* constituídas para esses novos serviços não envolvem participação nas ações do Fleury e se restringem ao desempenho dos

respectivos empreendimentos, como por exemplo, o serviço de diagnóstico de oftalmologia.

Em 2007, o Fleury é o centro de medicina diagnóstica mais completo do país, oferecendo mais de 2000 testes diagnósticos em 37 especialidades médicas. Além dos exames de análises clínicas e de imagem, como raios X, ultrassonografia, tomografia, ressonância magnética e mamografia, oferece também os exames de capilaroscopia, densitometria óssea, eletroencefalografia, eletroneuromiografia, motilidade gastrointestinal, além de exames diagnósticos em especialidades médicas como cardiologia, gastroenterologia, ginecologia, medicina fetal, medicina nuclear, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, oncologia, pneumologia, reumatologia e urologia (Site Fleury: acesso em 12/fev/2007).

A empresa dispõe de 20 unidades de atendimento, localizadas em São Paulo (Capital), Santo André, Alphaville, Campinas, Jundiaí, Brasília (DF) e Rio de Janeiro (RJ) e Atendimento Móvel que vai até o cliente, coleta exames de análises clínicas e realiza eletrocardiograma, Holter, exames de ultrassonografia e polissonografia.

A qualidade do atendimento e o nível de serviço em todo o processo, do pré-atendimento à entrega dos resultados, são os principais atributos da marca para clientes médicos e pacientes. A excelência no relacionamento com médicos é fundamental para que eles continuem a recomendar o Fleury para seus pacientes, enquanto a satisfação do cliente paciente é decisiva para sua fidelização e sustentação do posicionamento *premium* da empresa. Para BRAGA (2004), o maior trunfo da empresa é a propaganda “boca a boca” feita pelos próprios clientes médicos e pacientes, o que gera valor para a marca ao difundir a excelência *de fato* da empresa.

BRAGA (2004) destaca ainda que a qualidade percebida pelo cliente paciente permite a prática de preço *premium*, que além de proporcionar maiores lucros, reforça a qualidade percebida, já que é muito difícil para o cliente julgar a qualidade técnica ou a competência dos serviços de saúde. Outros

aspectos considerados na avaliação da qualidade pelo cliente são limpeza e apresentação das unidades de atendimento, ambientes diferenciados para crianças, presença de manobrista gratuito e eficiente, serviço de café agradável e com produtos de qualidade, simpatia e aparência dos funcionários da linha de frente.

A Sede Técnico-Administrativa, inaugurada em 2001, está estabelecida em uma área de 13.000 m² e foi projetada seguindo um conceito arquitetônico horizontal, que promove a integração entre os profissionais e o compartilhamento de conhecimento. Esta unidade, além de processar todos os exames de análises clínicas coletados nas unidades de atendimento, concentra a demanda dos laboratórios associados e da pesquisa clínica. Todos os testes passam por controles de qualidade rigorosos, que asseguram total confiabilidade dos resultados. Os investimentos em tecnologia e automação garantem produtividade e sustentabilidade para o crescimento do volume de exames processados. Atualmente a empresa utiliza 30% da capacidade total de processamento do laboratório central e 85% do laboratório de exames esotéricos.

Nas últimas duas décadas a empresa foi pioneira na incorporação tecnológica, que se estende desde a linha de produção automatizada para a análise das amostras (destaque para a lógica *fuzzy* e a bioinformática), aos equipamentos de diagnóstico por imagem (como por exemplo a aquisição recente de Ressonância Magnética de última geração), tecnologia de informação adotada no atendimento ao cliente (agendamento, acesso a resultado de exames e prontuário eletrônico *on-line*) e *back-office* administrativo (sistema de apoio a decisão conforme GUEDES *et al.* 2006).

A qualificação dos recursos humanos é ressaltada no site institucional como “Gente que faz a diferença” – profissionais extremamente capacitados com um compromisso único de atender bem. O corpo de médicos distribui-se por todas as áreas da medicina e oferece serviço de assessoria médica especializado, seja para auxiliar na indicação do teste mais adequado, interpretar os resultados, discutir os diagnósticos mais complexos,

exclusivamente com o médico. O rigor do conhecimento científico e a vocação para o atendimento ao cliente são atributos essenciais da cultura organizacional da empresa. O Relatório Integrado para pacientes diabéticos, que contempla uma análise conjunta dos laudos dos diferentes exames recomendados para esta patologia, foi uma iniciativa do corpo clínico, que se organizou em comunidades de prática para ampliar as fronteiras do conhecimento e oferecer um serviço mais resolutivo para médicos e pacientes (MACEDO e IWAI, 2006).

A preocupação com a qualidade e a melhoria contínua dos procedimentos é outro atributo inerente à organização. A empresa foi pioneira na implementação de um sistema de gestão integrada, certificado pelas normas ISO 9001:2000 e ISO14001. Esta última estendeu a visão da qualidade à preservação do meio-ambiente. Em 2005 a empresa consolidou seu compromisso social por meio da criação do Instituto Fleury, dedicado a coordenar as atividades educacionais, de pesquisa científica e de responsabilidade social. O braço social compreende projetos voltados a comunidade carente do bairro do Jabaquara em São Paulo, como GestAÇÃO que dá assistência a gestantes carentes durante todo o período pré-natal; o CapacitAÇÃO e o Programa de AlfabetizAÇÃO e Inclusão de Adultos.

5.1.1. Diversificação

Em 1989, a empresa estabeleceu uma parceria com a *Merck Sharp Dohme* para teste do antiretroviral contra o vírus HIV, o que caracterizou a entrada do Fleury no mercado de pesquisas clínicas multicêntricas para testes de novos medicamentos. A empresa é responsável pela logística de coleta, análise de amostras, estruturação de relatórios e transferência eletrônica de resultados, conforme o padrão de qualidade exigido pela indústria farmacêutica e órgãos nacionais e internacionais que regulam estes estudos. Para tanto, o Fleury criou uma unidade de negócio composta por uma equipe multidisciplinar dedicada exclusivamente aos protocolos de pesquisa clínica e mantém contato com mais de 240 centros de pesquisa clínica em todo o Brasil.

Na década de 90, o Fleury havia consolidado sua posição no mercado de medicina diagnóstica e começava a explorar outros canais de venda de exames diagnósticos, inicialmente por meio dos laboratórios associados que enviam exames especiais para o processamento no Fleury e das parcerias com hospitais de São Paulo, em que o Fleury é responsável pela análise técnica e assessoria médica referente aos exames diagnósticos ou.

Aproximadamente 900 laboratórios associados de todo o Brasil enviam sistematicamente exames mais complexos para serem realizados pelo Fleury, que também fornece assessoria diagnóstica para a discussão de resultados de exames e promove treinamentos sobre temas diversos, como instruções para coleta, preservação e envio de material garantindo a integridade da amostra. A operação dos serviços de diagnósticos em hospitais de São Paulo iniciou-se em 2000 no Hospital Samaritano e expandiu-se para os Hospitais Sabará, em 2003 e Sírio Libanês, em 2006. A proposta é oferecer um diagnóstico rápido e preciso, associado aos benefícios do compartilhamento das marcas.

Em 2000, a empresa altera a missão da organização e amplia seu escopo de atuação, incluindo outros serviços médicos, além daqueles de apoio ao diagnóstico. A missão foi renovada para “Realizar e desenvolver, com excelência técnica e ética, serviços e procedimentos médicos voltados para as necessidades dos nossos clientes”. Nesse momento, a própria marca Fleury sofreu uma alteração, com a substituição do símbolo de tubo de ensaio para o símbolo do DNA (BRAGA, 2004).

A ampliação do escopo de atuação ultrapassou os limites do diagnóstico e posicionou a empresa também nos serviços de prevenção e tratamento, caracterizando uma estratégia de diversificação horizontal que visa a encontrar outras áreas de atuação para sustentar o crescimento da empresa.

A primeira iniciativa na **área preventiva** foi a criação do Serviço de Aconselhamento Genético em 1999 para proporcionar atendimento diferenciado na solicitação de testes relacionados a diversas condições

genéticas hereditárias. Atualmente é disponível um serviço de aconselhamento genético pré-natal, em dismorfologia e câncer familiar. No mesmo ano a empresa implantou o Check-up Fleury e desde então vem segmentando este serviço para diversos públicos, como o Check-up Fitness (2003) e o Check-up do Viajante (2005), até que, em julho de 2006, a empresa lançou o Check-up Nippon, customizando o serviço para executivos japoneses e seus familiares, com atendimento no idioma nativo e exames específicos para as necessidades desse público. O Serviço de Vacinação e o Núcleo de Diabetes, com soluções voltadas para prevenção e monitoramento do paciente com diabete, passaram a compor o *portifólio* de serviços preventivos em 2004.

Em 2006, a empresa empreendeu uma série de lançamentos de serviços de prevenção e promoção de saúde. Em outubro, o Fleury iniciou o serviço de Promoção de Saúde para empresas, que visa a integrar informações para a emissão de relatórios analíticos que orientem o médico do trabalho e a área de Recursos Humanos das organizações acerca dos problemas de saúde dos colaboradores da companhia. A partir do mapeamento das informações, uma equipe multidisciplinar direciona ações de prevenção e acompanhamento, garantindo resultados efetivos e mensuráveis. Em dezembro iniciou o serviço de Aconselhamento Nutricional, que inclui exames para dosagem de indicadores bioquímicos, densitometria óssea e consultas personalizadas, complementando *portifólio* de serviços destinados às empresas.

Segundo o Diretor de Novos Negócios, Dr. Rogério Rabelo, os serviços de Promoção de Saúde fazem parte do novo direcionamento estratégico do Fleury, que visa a trazer soluções mais completas e integradas para a gestão da saúde dos indivíduos. Para ele: *“O Serviço de Promoção de Saúde trouxe uma coerência conceitual para toda uma linha de serviços, que visa levar para as empresas um serviço completo, atendendo desde programas populacionais para o chão de fábrica ao check-up executivo. A proposta é aplicar o conhecimento e capital intelectual do Fleury na pirâmide da empresa, porque promoção de saúde para ser efetiva deve focar a grande*

massa. Em torno de 70% do custo da empresa em saúde é com planos básicos, 15% com planos intermediários para os níveis de supervisão e gerência e 10% com os planos executivos, que têm uma finalidade de atração e retenção dos executivos. Os pilares do serviço de promoção de saúde são atividade física, nutrição e controle de estresse, que é tudo o que você ouve falar no mercado, mas ninguém entrega resultado mensurável, integrado e com garantia de continuidade. Os resultados serão mensurados em indicadores de produtividade, absenteísmo e até nos planos de saúde”.

O Fleury Promoção de Saúde lançado em 2006 ilustra o conceito da marca *Fleury Medicina e Saúde*, que tem como missão “*Prover soluções cada vez mais completas e integradas para a gestão da saúde e o bem-estar das pessoas, com excelência, humanidade e sustentabilidade*”.

Figura 5: Marca Laboratórios Fleury da década de 80, Fleury – Centro de Medicina Diagnóstica em 2000 e Fleury – Medicina e Saúde em 2006.





FLEURY



FLEURY

Medicina e Saúde

Fonte: Fleury S.A.

Fleury Hospital-Dia é o empreendimento da empresa na **área terapêutica**, voltado ao mercado de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e oferece uma estrutura tecnológica de última geração que, associada a técnicas inovadoras e a uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde, permite a alta hospitalar no mesmo dia e a recuperação em ambiente domiciliar. O Fleury Hospital-Dia está habilitado a realizar procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em mais de 25 especialidades médicas, o que corresponde a cerca de 75% do volume de procedimentos cirúrgicos usualmente realizados (FLEURY S.A.).

Em 2003 a empresa mudou sua razão social para Fleury S.A. para adequar sua arquitetura organizacional aos novos rumos da organização. Deste então, quando a comunicação busca refletir alguma das unidades de negócio, a marca Fleury passou a ser acompanhada do seu nome: Medicina Diagnóstica, Hospital-Dia, Pesquisa Clínica ou Instituto (BRAGA, 2004).

Figura 6: Adequação da Marca Fleury para as diferentes Unidades de Negócio





FLEURY

Medicina Diagnóstica

Fonte: Fleury S.A.

Estas mudanças remetem às transformações da medicina e às turbulências do mercado de medicina diagnóstica.

O Fleury vem ampliando a cobertura geográfica das unidades de atendimento com o objetivo de aumentar a penetração na população com acesso à serviços *premium* e também para pessoas que tenham potencial para ascender a um plano executivo. Em 2005, a empresa abriu duas unidades em São Paulo Capital e, em 2006, foram três unidades na cidade do Rio de Janeiro.

Contudo, fora do eixo São Paulo – Rio de Janeiro, poucas cidades possuem as condições socioeconômicas para comportar unidades de atendimento do Fleury. A penetração em outros estados é bastante arriscada, a marca Fleury é desconhecida, a comunidade médica tende a apoiar os prestadores estabelecidos e as operadoras de planos de saúde dificilmente autorizam prestadores com preços acima do mercado.

Além disso, a concorrência no segmento *premium* de medicina diagnóstica se intensificou muito nos últimos dez anos. O Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), um dos mais prestigiados hospitais de São Paulo, abriu uma unidade avançada com atendimento ambulatorial e serviços diagnósticos em 1998 na região de Alphaville em Barueri, e outra em 2002 na Avenida Brasil, em São Paulo (SATO, 2004). Em dezembro de 2006, o HIAE concluiu mais uma

unidade avançada de atendimento na Avenida República do Líbano, no bairro do Ibirapuera, ao lado de uma das unidades mais importantes do Fleury.

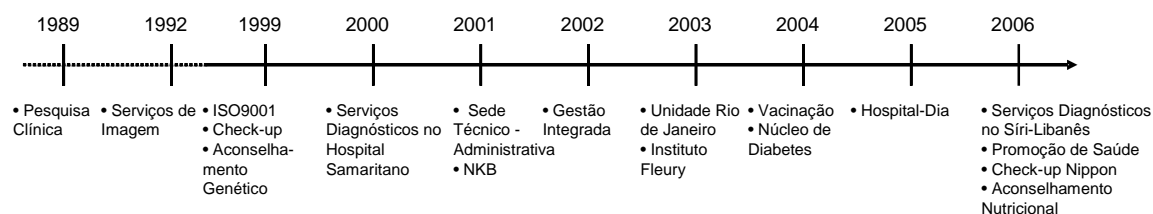
Por outro lado, desde 1999 a empresa Diagnósticos da América vem adquirindo laboratórios de análises clínicas e serviços de diagnóstico de imagem em diversas cidades do Brasil. Em São Paulo, a empresa possui marcas fortes em todos os segmentos e vem investindo para posicionar o ClubDA como serviço *premium* de abrangência nacional.

Estes concorrentes estão adotando posicionamento *premium* com preços mais acessíveis para entrada no mercado. Embora as previsões para o cenário econômico brasileiro sejam melhores para 2007, os últimos anos se caracterizaram pelo baixo crescimento econômico, aumentos contidos dos níveis de emprego e renda. O aumento dos gastos com assistência médica pelas empresas também vêm pressionando os prestadores de serviços médico-hospitalar diferenciados, o que leva ao risco de migração de um plano executivo para um inferior e a intensificação da concorrência.

Neste contexto, o Fleury empreendeu em novos mercados na área de saúde, voltados para o mesmo cliente e sob a marca “guarda-chuva” Fleury. De acordo com a visão da empresa sobre o mercado de saúde, a evolução da medicina diagnóstica tende a diminuir a fronteira com a fase terapêutica, levando centros de diagnóstico a expandirem sua atuação.

Outra decisão estratégica do Fleury foi a criação de uma empresa subsidiária, NKB, para a aquisição de outras empresas de análises clínicas e diagnóstico por imagem nas principais cidades do país.

Figura 7: Cronologia da entrada em novos mercados pelo Fleury



Fonte: Autor

A seguir, este trabalho irá aprofundar-se na decisão das estratégias de entrada de mercado adotadas nos empreendimentos Check-up, Hospital-Dia e NKB.

5.2. Check-up

5.2.1. Oportunidade de mercado

A população com maior nível sócio-econômico vem se conscientizando rapidamente da importância das atividades de prevenção. No meio corporativo os fatores de risco que levam a ocorrências de natureza cardiovascular e cerebrovascular são observados em taxas que superam as da população geral. Dados do Check-Up Fleury mostram isso de maneira clara: 50% dessa população tem colesterol total acima do desejável, 30% tem triglicérides alterados, 19% tem diabetes ou pré-diabetes, 18% sabe ser hipertensa e 37% não faz qualquer exercício físico (Site Fleury: acesso em 12 de fevereiro de 2007).

Diante desse cenário, a detecção e a correção dos fatores de risco se mostram vitais para reduzir significativamente a ocorrência de casos, com um impacto direto na produtividade e na qualidade de vida dos indivíduos. Estes investimentos se justificam pela importância destes profissionais para as empresas e os elevados custos de seu afastamentos por problemas de saúde. Neste contexto, diversas empresas localizadas em São Paulo já oferecem, sem a intermediação das operadoras de planos de saúde, este serviço para seus executivos por meio de hospitais, clínicas especializadas e centros de medicina diagnóstica.

No entanto, no final da década de 90, quando o Fleury estudava esta oportunidade de mercado, o conceito de serviço que prevalecia era baseado no número de exames e consultas. Segundo Mauro Figueiredo, presidente da empresa: *“este conceito era equivocado, pois um bom serviço de check-up é aquele mais adequado para o indivíduo, que leva em consideração suas*

características e seus antecedentes de saúde e familiares, conforme as instituições científicas internacionais preconizavam. Este conjunto de informações deve determinar a melhor estratégia de investigação clínica e perfil de exames para detectar os riscos que este indivíduo está submetido àquelas doenças mais prevalentes". Para o Dr. Nelson Carvalhaes, líder do serviço de check-up: "o Fleury ainda está na contra corrente, essa cultura de quanto mais exames melhor ainda prevalece".

De acordo com Mauro Figueiredo, a oportunidade de *check-up* estava totalmente alinhada ao escopo de serviços diagnósticos da empresa, inclusive com a visão de resolubilidade de seus serviços. No entanto, a empresa passou por uma longa discussão interna a respeito dos potenciais riscos da atividade de *check-up*, que envolve consultas médicas e que portanto poderia ser percebida como um serviço concorrente da comunidade médica paulistana.

Finalmente, a empresa entendeu que o serviço limitado à detecção precoce de doenças poderia ampliar a demanda dos médicos especialistas, diferentemente dos serviços oferecidos por hospitais que, tão logo identificam uma doença, retêm o indivíduo em seus programas de tratamento.

Neste contexto, foram identificadas uma série de similaridades entre os recursos disponíveis e os necessários para a implementação do serviço de *Check-up*. A disponibilidade da estrutura de atendimento, incluindo instalações na Unidade Ibirapuera, que associados ao conhecimento, tradição e confiabilidade em medicina diagnóstica foram apontados como os recursos específicos pré-entrada, enquanto o *back-office* administrativo e financeiro representavam os recursos gerais pré-entrada disponíveis pela empresa.

Para oferecer o serviço de *Check-up* o Fleury necessitava ainda de uma equipe médica especializada para coordenar o serviço, conceber os protocolos técnicos e realizar as consultas médicas. A equipe médica deveria ter *expertise* em prevenção e detecção de doenças, bem como habilidade para atender o cliente.

Além disso, eram necessárias instalações dedicadas para o pré-atendimento (abertura de ficha e confirmação da agenda de exames), sala de espera exclusiva com acesso a *internet*, revistas atualizadas, serviço de café diferenciado e salas para consulta médica. Outro recurso imprescindível para o negócio era a formação da equipe comercial dedicada a abordagens a empresas e venda deste serviço.

Tabela 6: Tabulação entrevistas com os altos executivos do Fleury envolvidos no serviço de *Check-up*

Caso	Recurso e Capacidades Pré-entrada		Recurso e Capacidades Requeridos pelo mercado	
	Específicos	Gerais	Específicos	Gerais
CHECK-UP	Estrutura de atendimento disponível	Estrutura administrativa e financeira	Estrutura de atendimento	Estrutura administrativa e financeira
	Conhecimento de medicina diagnóstica		Conhecimento de medicina diagnóstica	
	Tradição e confiança		Tradição e confiança	
			Equipe médica especializada	
			Instalações para pré-atendimento, consulta e espera	
			Equipe de vendas voltada para empresas	

Fonte: Autor

5.2.2. Estratégia de entrada de mercado

A empresa optou por criar uma unidade de negócios dentro da estrutura e processos organizacionais do Fleury para atender o mercado de *Check-up* executivo. Esta estratégia caracteriza um caso de **entrante-diversificado** voltado a um **mercado estabelecido**, segmento de mercado existente em que a empresa não atuava anteriormente. A formação da unidade de

negócios para o *Check-up* buscou desenvolver competências específicas que a empresa não possuía, bem como explorar os recursos disponíveis.

A estratégia de entrada compreendeu a contratação de um médico geriatra para liderar o serviço de check-up, um urologista e uma ginecologista, além de profissionais na área comercial, readaptação das instalações, criação de um novo grupo na Central de Atendimento ao Cliente, revisão de processos da Unidade Ibirapuera e também incorporação das atividades administrativas, *marketing*, comercial (incluindo a contratação de um executivo comercial para este serviço), tecnologia, suprimentos e financeiro dentro da estrutura funcional da empresa. As entrevistas confirmam a obtenção de economias de escopo por meio do compartilhamento dos recursos físicos, humanos e tecnológicos da Unidade Ibirapuera e da Sede Administrativa.

Nos primeiros dois anos, o serviço foi ofertado exclusivamente para empresas, minimizando o risco de conflito de interesses com a comunidade médica. Além disso, a empresa estava interessada em constituir um banco de dados para calcular o custo estimado do *check-up* de acordo com o perfil do profissional, o que possibilitaria uma precificação mais precisa do serviço no futuro.

O *Check-up* Fleury foi concebido como um serviço personalizado que considera o histórico familiar e o estilo de vida do cliente para adotar protocolos de investigação específicos. O executivo preenche um questionário enviado pela *Internet* e em seguida passa pelas consultas médicas e realiza os exames. Após a liberação dos resultados, o executivo passa por uma consulta de retorno para saber as conclusões e receber orientações sobre o seu caso.

Segundo PENROSE (1995) as empresas aprendem com o tempo e tornam-se mais eficientes no uso dos seus recursos. Como resultado, o excesso de recursos proporciona a base para a expansão via diversificação em mercados em que a empresa pode aplicar esses recursos. O caso Check-up também dialoga com estudos em grandes empresas de manufatura que evidenciam

que o entrante-diversificado tende a empreender em indústrias onde os recursos requeridos são similares aos recursos e capacidades pré-entrada, particularmente os recursos específicos de tecnologia, marketing e recursos humanos (CHATTERJEE e WERNERFELT, 1991).

Tabela 7: Tabulação das entrevistas com os altos executivos do Fleury envolvidos no serviço de *Check-up*

Caso	Estratégia de entrada		Performance	Críticas
	Tipo de entrante e Modo de entrada	Outras ações		
CHECK-UP	Entrante diversificado	Readequação das instalações e processos da Unidade Ibirapuera	Crescimento acima do previsto	Estratégia adequada
	Crescimento interno	<p>Contratação de equipe médica especializada</p> <p>Incorporação das atividade de back-office nas áreas funcionais da empresa</p> <p>Contratação de executivo comercial para check-up</p>	Segmentação e expansão do serviço não prevista	<p>Estabeleceu o relacionamento direto com empresas</p> <p>Fidelização dos tomadores de decisao</p>

Fonte: Autor

A estratégia de crescimento/desenvolvimento interno para preencher os *gaps* entre os recursos disponíveis e requeridos pelo mercado provou-se adequada, segundo os executivos entrevistados. A estrutura funcional do Fleury comportou as atribuições do novo negócio e a contratação do médico responsável pelo serviço e dos profissionais da área comercial trouxe foco técnico/científico e comercial para o novo serviço.

Segundo o Dr. Nelson Carvalhaes, líder do serviço: “a proposta do *Check-up Fleury* vai ao encontro da concepção dos médicos do trabalho favoráveis à medicina baseada em evidências, enquanto atende os executivos de Recursos Humanos, quando ressalta a personalização do serviço, efetiva do ponto de vista diagnóstico a um custo aceitável”. Ele ainda destaca o elevado índice de renovação de contratos como evidência da satisfação dos clientes do *Check-up*.

A *performance* mercadológica e financeira do serviço de *Check-up* atingiu as projeções do estudo de viabilidade e trouxe outros benefícios estratégicos. De acordo com Mauro Figueiredo, “o serviço cresce com taxas muito pronunciadas, 30% a 40% ao ano e em 2006 cresceu 70%. Para ele, há muito espaço para crescimento desde que se tenha a estrutura necessária, não apenas um bom produto e boa equipe, mas sobretudo uma atividade comercial muito intensa, porque a grande parte da demanda provem das empresas que contratam seus serviços para os executivos”.

Outro aspecto interessante, segundo o Dr. Nelson Carvalhaes, é o papel do serviço de *Check-up* Executivo como meio para a encantar/fidelizar os gestores das empresas e assegurar o seu apoio na (re)contratação dos serviços do Fleury. Para ele, “a estratégia de entrar no mundo corporativo transcende o serviço de *check-up*: entrando o *check-up*, entram outros serviços como o *Promoção de Saúde*”. Segundo o Dr. Nelson Carvalhaes: “havia um cuidado muito grande com o *check-up* por se entender que o serviço era estratégico por atender clientes corporativos, executivos de empresa, que são aqueles que replicariam a qualidade do *check-up* Fleury... O *check-up* era a maneira ideal do Fleury entrar nas empresas e ampliar sua base de clientes, conquistando profissionais ascendentes que não necessariamente tinham acesso ao Fleury”.

Ao longo dos anos seguintes, o Fleury estendeu a linha de serviços de *Check-up*, utilizando-o como plataforma para atender nichos de mercado que envolvem consultas médicas e exames diagnósticos sem a intermediação de planos de saúde. Os recursos e capacidades pós-entrada de mercado alavancaram a entrada da empresa nos mercados de medicina esportiva, medicina do viajante e serviços médicos para estrangeiros, por meio dos produtos *Check-up Fitness*, *Check-up do Viajante*, *Check-up Nippon*.

Dr. Rogério Rabelo, Diretor de Novos Negócios, esclarece o alinhamento entre o serviço de *Check-up* e o novo direcionamento estratégico da empresa definido em 2006: “Ate os anos 80, o Fleury tinha relação com cliente direto,

depois com operadoras de planos de saúde e o check-up foi o primeiros serviço que criou o relacionamento com empresas, que hoje é o foco dos novos negócios, afinal são as empresas que pagam a conta e nos permitem acesso direto ao cliente final”.

Para Mauro Figueiredo: *“o modo de entrada de mercado foi adequado pois o check-up tinha tamanha integração com o negócio atual que existia o risco dele não ficar delimitado e não ter o esforço, nem a prioridade voltada para o seu desenvolvimento. Ao definir que teria uma equipe própria e dedicada, e até mesmo uma área física, embora dentro da unidade, foi possível delimitar e desenvolver o negócio”.*

Dr. Rogério Rabelo ressalta ainda que a entrada de mercado por meio da unidade de negócio permitiu ainda superar os medos internos da empresa em um negócio muito adjacente à medicina diagnóstica, mas que cruzou barreiras importantes para o Fleury: *“Eu considero que o Check-up foi um pioneiro deste modelo de Gestão de Saúde - Promoção de Saúde e Gestão de Doenças Crônicas. Este foi um passo fundamental(...) ele foi um embrião, quebrou varias barreiras internas e hoje ele se encaixa no portfólio de produtos e serviços, que para empresa fica mais fácil de entender”.*

Como apontado por HELFAT e LIEBERMAN (2002), ao contrário dos outros modos de entrada, o entrante-diversificado não consegue limitar o impacto de recursos pré-entrada que não contribuem para o negócio. Neste caso, não foram observado aspectos do negócio de medicina diagnóstica que prejudicassem a entrada no mercado de serviços de *Check-up*.

5.3. Hospital-dia Fleury

5.3.1. Oportunidade de mercado

O hospital-dia é um local preparado para a realização de cirurgias que requerem menor período de internação. Desvinculado de um hospital-geral, ele oferece toda a infra-estrutura necessária para que esses procedimentos de menor complexidade, também chamados cirurgias de baixa e média complexidade, transcorram com agilidade e segurança para o cliente (site Fleury acesso em 12 fev. 07).

Trata-se de um modelo difundido nos EUA, que vem se estabelecendo há algum tempo no Brasil, embora em muito poucas localidades. Este modelo evita os custos da estrutura noturna e de pronto-socorro, além de reduzir o tempo de permanência dos pacientes no hospital. Para os médicos, o hospital-dia permite a realização de cirurgias agendadas com eficiência. Para os pacientes, este modelo assegura a alta médica e o retorno para o domicílio no mesmo dia.

Cirurgia ambulatorial realizada em hospital-dia pode ser caracterizado como um novo **nicho de mercado**. A definição é bem apropriada, pois novas tecnologias e a modificação dos processos criaram uma nova geração de serviços. Cada vez mais a área de saúde conta com técnicas que agredem menos o organismo e, portanto, permitem ao cliente um restabelecimento mais rápido. Em grande parte das cirurgias, o cliente tem condições de optar entre a estrutura ambulatorial e os grandes hospitais.

Atualmente o modelo hospital-dia coexiste com a geração anterior de grandes hospitais em que são realizados procedimentos de alta, média e baixa complexidade. Em alguns casos, o hospital de alta complexidade constrói um anexo ou adapta suas instalações para oferecer cirurgias ambulatoriais no modelo de hospital-dia. Este mercado é bastante competitivo e depende essencialmente da comunidade médica e das operadoras de planos de

saúde, principais intermediários entre os clientes e os prestadores de serviços médicos.

Quando o novo negócio começou a ser analisado, em 2003, havia poucos centros de cirurgia ambulatorial estabelecidos em São Paulo. Segundo o Diretor Executivo do Hospital-Dia, Newton Quadros, a maioria dos concorrentes eram clínicas que cresceram incorporando tecnologia e estendendo gradativamente seus serviços e se tornavam *Day-Clinics*, em geral policlínicas e consultórios médicos com grande volume de atendimentos e visão empresarial. Como resultado, este mercado era fragmentado, com nichos de cirurgia ambulatorial por especialidade médica, restritos a grupos de cirurgiões e sem o suporte de gestão profissionalizada e de uma marca forte.

A oportunidade identificada era justamente estender a excelência no atendimento e qualidade dos serviços diagnósticos para os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, conceito que está alinhado às tendências de conveniência e efetividade na saúde. O Fleury desejava explorar seu relacionamento com médicos e clientes e oferecer uma solução integrada de serviços de saúde.

Para Newton Quadros: *“o Fleury está diante de uma grande oportunidade: entrar na área hospitalar, absorver 70% do mercado oriundo do processo de desospitalização e cirurgias minimamente invasivas, desde que a empresa crie e monte um produto adequado às expectativas do mercado”*.

No entanto, a empresa reconhecia os *gaps* entre os recursos pré-entrada e os requeridos pelo mercado de cirurgia ambulatorial, a começar pelo absoluto desconhecimento do negócio hospitalar. Segundo Mauro Figueiredo: *“Neste caso, nós não tínhamos o know-how, porque o Fleury nunca havia atuado como um hospital. Embora seja destinado a procedimentos de média e baixa complexidade, é um hospital, com toda a estrutura de um hospital, com materiais, salas cirúrgicas, equipe de enfermagem de centro cirúrgico, etc.”*.

Tabela 8: Tabulação das entrevistas com os altos executivos do Fleury envolvidos no Hospital-Dia

Caso	Recurso e Capacidades Pré-entrada		Recurso e Capacidades Requeridos pelo mercado		Estratégia de entrada	
	Específicos	Gerais	Específicos	Gerais	Tipo de entrante e Modo de entrada	Outras ações
Hospital-Dia	Relacionamento com médicos	Estrutura administrativa e financeira	Relacionamento com médicos cirurgiões	Estrutura administrativa e financeira	Entrante-parente	Brasil Memorial: conhecimento da infra-estrutura e operação hospitalar
	Relacionamento com clientes	Relacionamento com operadoras de planos de saúde	Relacionamento com clientes	Tecnologia de Informação	Joint Venture	Fleury: conhecimento do mercado de São Paulo
	Marca: qualidade técnica e excelência de atendimento		Marca: qualidade técnica e excelência de atendimento			Brasil Memorial: transferência das lideranças de enfermagem e treinamento dos demais colaboradores em Salvador
			Equipe médica e técnica com experiência em cirurgias ambulatoriais			Fleury: compartilhamento da marca com Hospital-Dia e incorporação das atividades de back-office nas áreas funcionais da empresa
			Infra-estrutura: lay-out e equipamentos			
			Modelo de funcionamento			
			Modelo de comercialização			
			Cadeia de Suprimentos: matérias, medicamentos e orteses/protéses			

Fonte: Autor

5.3.2. Estratégia de entrada de mercado

O modo de entrada por intermédio do crescimento interno foi considerado inviável, pois os *gaps* entre os recursos pré-entrada e os requeridos pelo mercado eram críticos e a empresa considerava que a entrada de mercado deveria ser rápida e precisa. A opção de aquisição foi descartada devido à inexistência de hospitais especializados em cirurgia ambulatorial, com infraestrutura, localização e gestão adequadas às pretensões do novo negócio.

O Fleury optou por identificar quem tinha este *know-how* e estabelecer uma *joint venture* com o Grupo Hospitalar Brasil Memorial de Salvador (BA), combinando a qualidade do atendimento e a marca da empresa de medicina diagnóstica à experiência em gestão de hospital-dia do parceiro hospitalar. Desta forma, o empreendimento incorporava os recursos e capacidades adicionais requeridos pelo mercado rapidamente e distribuía o risco do negócio entre os parceiros.

O parceiro hospitalar se destacava pela experiência bem sucedida do *Hospital-dia Itaipara Memorial* em Salvador e pela participação em uma *joint venture* para a construção de um hospital-dia em Florianópolis chamado *Hospital-Dia Bahia Sul*. Neste contexto, o Grupo Brasil Memorial aportou conhecimento da operação hospitalar, contribuindo efetivamente para a definição do projeto executivo de arquitetura, dos investimentos em equipamentos (*hardware* para centros cirúrgicos, apartamentos e *software* de TI) e para a gestão da operação do Hospital-Dia.

Coube ao Fleury compartilhar a marca, o conhecimento do mercado de São Paulo e o suporte administrativo para o empreendimento. A marca Fleury transfere uma série de atributos e posiciona o empreendimento no imaginário de clientes, médicos e operadoras de planos de saúde. O conhecimento do mercado de São Paulo se estende da geografia de mercado aos veículos de comunicação, experiência no relacionamento com clientes e médicos, instituições de ensino, concorrentes, pagadores e outros tantos conhecimentos tácitos do mercado. Finalmente, o suporte administrativo abrange as atividades de RH, treinamento, *marketing*, financeiro e, parcialmente, as atividades comercial, suprimentos e tecnologia de informação.

A seleção e treinamento de um *staff* técnico qualificado foi outro foco de atenção da estratégia de entrada de mercado. Parte das lideranças de enfermagem foram transferidas do Hospital Itaipara Memorial e os demais colaboradores, incluindo o responsável pela farmácia e atendimento, tiveram treinamento em Salvador. O Fleury também transferiu colaboradores para as posições de atendimento ao cliente e contribuiu na integração de toda a equipe.

Contudo, a entrada de mercado de cirurgias ambulatoriais em junho de 2005 provou-se mais complexa do que previsto.

Em primeiro lugar, as operadoras de planos de seguro saúde não autorizaram o credenciamento do Fleury Hospital-Dia. Entre os diversos fatores que dificultaram o credenciamento, destaca-se a pressão das operadoras por redução dos custos da assistência médico-hospitalar. Esta resistência foi observada por SATO (2004) como fator determinante para os resultados abaixo do esperado na implantação da unidade ambulatorial Alphaville do HIAE, agravados por investimentos em infra-estrutura e custos operacionais sobre dimensionados.

Embora o Fleury Hospital-Dia ressaltasse a redução de custos para os planos de saúde, o empreendimento não se desvencilhou do histórico da marca Fleury e da percepção de preços elevados pelas operadoras de planos de saúde. As resistências comerciais e as dificuldades do novo negócio foram significativas e contribuíram para a mudança do Diretor Geral, Gerente de Operações e Gerente de Enfermagem do Hospital-Dia em meados de 2006. A empresa optou por *empacotar* materiais/medicamentos e taxas de utilização por procedimento e estabelecer parcerias com médicos cirurgiões para obter o credenciamento conjunto. Desta forma, o Fleury Hospital-Dia garante um preço total competitivo e torna atrativo o credenciamento da Instituição.

Em segundo lugar, a comunidade de médicos cirurgiões não aderiu prontamente à experimentação do serviço. Esta resistência ao Fleury Hospital-Dia ocorre porque os custos para a mudança (*switching costs*) de um cirurgião são bastante elevados devido ao seu histórico de relacionamento com a Instituição onde já trabalha, que dispõe de cobertura dos planos de saúde e uma série de incentivos para o médico. Estes incentivos envolvem entrosamento com a equipe de apoio, customização do instrumental cirúrgico, estrutura de retaguarda em caso de intercorrências, área de descompressão nos intervalos de atuação, rede de médicos e atividades de ensino e pesquisa da Instituição, políticas de repasse dos honorários médicos, flexibilidade/otimização da agenda do cirurgião, marca da Instituição, entre outros aspectos.

Logo, os médicos cirurgiões não *puxaram* o credenciamento do Fleury Hospital-Dia, seja solicitando diretamente aos planos de saúde ou incentivando seus clientes a demandarem o credenciamento. De acordo com ASOH *et al* (2005), a resistência à mudança dos médicos se deve à instabilidade inerente da profissão, que leva estes profissionais a se apegarem às rotinas, como forma de reduzir o *estresse* da profissão. Para estes autores, a tendência conservadora dos médicos é um dos grandes obstáculos para o empreendedorismo no setor de saúde.

A resistência ao credenciamento pelas operadoras de planos de saúde e a baixa adesão dos médicos cirurgiões não devem ser caracterizadas apenas como externalidades deste negócio. Estas dificuldades decorrem também de decisões inadequadas tomadas na entrada de mercado. A opção pela equipe fechada de anestesistas é emblemática. Neste modelo, apenas um grupo de médicos está habilitado a realizar procedimentos de anestesia no Hospital-Dia, o que, por sua vez, restringe os cirurgiões que devem operar na Instituição devido a relação de confiança entre estes profissionais. O empreendimento ficou limitado a rede de relacionamentos de um grupo de médicos anestesistas, que não impulsionou efetivamente a demanda do Hospital-Dia.

De acordo com o Diretor do Hospital-Dia, em Salvador há uma cooperativa de médicos anestesistas que controla o mercado, definindo/escalando médicos anestesistas por hospital. Neste contexto, é justificável a opção por uma equipe fechada de anestesistas, uma vez que o cirurgião não pode requerer anestesistas que atuam em outras Instituições. Além disso, *“tecnicamente é interessante que seja fechado, obedece a protocolos anestésicos, padronização de drogas anestésicas, modelo fast track, com repercussão menor pós-cirúrgicas”*. Contudo, em São Paulo, há mobilidade para os anestesistas atuarem em diferentes Instituições, o que reforça as parceria entre médicos anestesistas e cirurgiões e reduz a aceitação dos cirurgiões para operarem com outros anestesistas.

Segundo o Diretor de Novos Negócios: “*A questão do Hospital-Dia é o regionalismo do Brasil, cada praça é um praça, muito das coisas que faziam todo o sentido na praça de Salvador, que foi o Benchmarking fundamental, muito bem sucedido, em São Paulo são diferentes*”. Outro aspecto importante, refere-se à idéia de que: “*outros mercados vão responder igual a São Paulo em medicina diagnóstica. Neste caso, é São Paulo, mas um outro negócio. Então, a gente tende a supervalorizar e minimizar os riscos, a gente começa com uma operação maior do que o necessário e dificulta os resultados e o break even do negócio*”.

A inexperiência no novo mercado, as analogias equivocadas e o viés cognitivo, excessivamente otimista sobre os recursos da firma foram apontadas na revisão bibliográfica e nas entrevistas como as principais causas para as dificuldades de entrada de mercado (CAMERER e LOVALLO, 1999; GAVETTI e RIVKIN, 2005; HORN, LOVALLO e VIGUERIE, 2007). CAMERER e LOVALLO (1999), recorrem a estudos psicológicos para demonstrar o impacto do excesso de confiança sobre as decisões de entrada de mercado e constatam que as pessoas são geralmente excessivamente otimistas sobre suas habilidades, especialmente após sucessivas vitórias ou quando o critério para o sucesso é vago.

Para o atual Diretor do Hospital-Dia: “*o Fleury tem décadas de sucesso em um negócio que contrata o médico diretamente, recebe o cliente e realiza o exame em suas instalações com sua equipe. O modelo do hospital-dia é diferente, o médico é independente, faz parte de um corpo clínico aberto e ele realiza o serviço, o hospital é o palco, o médico é o artista. Esta maneira de pensar no negocio é diferente do modelo diagnóstico, a postura e as estratégias...*”.

A percepção do pesquisador é de que ambos os parceiros não adaptaram os recursos e capacidades disponíveis a realidade do mercado hospitalar de São Paulo. Por um lado, o Fleury S.A. aportou o conhecimento do mercado de medicina diagnóstica, mas não neutralizou as dificuldades de credenciamento, nem tampouco adaptou o modelo de operação às

necessidades dos médicos cirurgiões de São Paulo. Por outro, o Grupo Itaigara Memorial aportou o conhecimento operacional sem ajustar determinadas premissas à realidade paulistana.

Em outras palavras, o modo *Joint Venture* superestimou as sinergias entre as empresas parceiras. A complementaridade entre os recursos e capacidades desenvolvidas para o mercado de medicina diagnóstica em São Paulo e aqueles desenvolvidos para o mercado de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em Salvador não atendeu os recursos e capacidades requeridos pelo mercado de cirurgias ambulatoriais em São Paulo.

A influência da cultura da empresa-parente, caracterizada pela lógica que orienta os gestores a interpretar o ambiente e da consistência à tomada decisões, mostrou-se uma fraqueza do modo *joint venture*. Quando a cultura da empresa-parente não se aplica ao novo contexto, é grande a dificuldade dos gestores compreenderem a diferença entre os negócios e alinharem os empreendimentos. O lançamento do Fleury Hospital-Dia expôs premissas, válidas em medicina diagnóstica, porém inadequadas no mercado hospitalar.

Newton Quadros entende que “*é natural que toda a empresa entrante, mesmo que no próprio setor, mas em um segmento específico, tenha algumas dificuldades e precise se adaptar(...) o trabalho é essencialmente dar rumo correto ao empreendimento, adequação ao mercado, obter competitividade*”. Para o Diretor de Novos Negócios “*a maturação esta sendo mais demorada, mas esta começando*”. Ambos os gestores estão seguros a respeito do modelo hospital-dia e destacam a importância de ouvir bem o mercado e não presumir que modelos vencedores em uma região são automaticamente replicáveis no resto do país. A perspectiva dos executivos é que o empreendimento deve atingir o *break-even* em setembro de 2007.

5.4. NKB

5.4.1. Oportunidade de mercado

O mercado de medicina diagnóstica vem mudando de forma acelerada nos últimos anos, trazendo novos desafios para as empresas do ramo. Atualmente, observa-se a expansão das fusões e aquisições no setor como forma de centralizar processamento de exames e obter economias de escala, redução de custos e ampliação do portfólio de produtos e serviços. Os investimentos necessários para a modernização das instalações, incorporação tecnológica, treinamento de pessoal e gerenciamento eficiente de suprimentos e logística são pesados para pequenos laboratórios, enquanto, a concentração dos usuários de planos de saúde nas grandes operadoras vem aumentando a força dos pagadores nas negociações comerciais.

O fenômeno de consolidação do mercado de medicina laboratorial, em curso há muito tempo nos EUA e no resto do mundo, ficou evidente no Brasil em 1999 com a formação do Grupo Diagnósticos da América. O setor é propício à consolidação, como forma de obter ganhos de escala, ganhos de produtividade e competitividade. A estabilidade econômica, associada a desvalorização do real na década de 90 trouxe dificuldades para os pequenos laboratórios acompanharem as mudanças e criou oportunidades para a consolidação.

Diagnósticos da América (DASA)

A descrição a seguir do concorrente Diagnósticos da América (DASA) se deve à importância desta empresa no mercado de medicina diagnóstica no Brasil, bem como pela estratégia de entrada de mercado adotada, caracterizada pela aquisição e consolidação de empresas do setor, elevado ritmo de crescimento, ganhos de escala e competitividade. Juntamente com o Fleury, a DASA desempenha um papel proeminente no mercado privado de

saúde no Brasil.

A DASA é a maior empresa prestadora de serviços de medicina diagnóstica da América Latina, está presente em 7 estados brasileiros e no Distrito Federal, atuando por meio de onze marcas distintas: *Club DA*, *Delboni Auriemo* e *Lavoisier*, em São Paulo; *Club DA*, *Lâmina* e *Bronstein*, no Rio de Janeiro; *Frischmann Aisengart* e *Curitiba Santa Casa*, em Curitiba; *Pasteur* e *MedLabor*, em Brasília; *Atalaia* em Goiânia; *Vita Medicina* em Florianópolis; *Image Memorial* em Salvador e *LabPasteur* em Fortaleza.

A integração dos laboratórios Lavoisier e Delboni Auriemo em 1999 foi o primeiro marco da empresa. No ano seguinte, em parceria com o Banco Pátria, passou a se chamar Diagnósticos da América. Desde então a empresa vem se expandindo por meio de um modelo de negócio que visa a atender as necessidades dos clientes - pacientes, médicos e pagadores, das diferentes regiões do Brasil. Para tanto adota os conceitos de multiproduto, multimarca, multiregião e multipagador, que oferece um *portifólio* completo de serviços diagnósticos em unidades de atendimento segmentadas por marcas, conforme as diferenças socioeconômicas de cada região e as características dos pagadores.

A abertura de capital em 2004 tornou a DASA a primeira empresa da América Latina do setor de saúde listada em Bolsa de Valores e impulsionou a expansão orgânica e para novos mercados do país. Este crescimento vem ocorrendo principalmente por meio de aquisições e ganhos de economia de escala resultantes do processo de consolidação.

Em 2004, a empresa desenvolveu a operação de medicina diagnóstica em hospitais por meio de pequenas centrais de processamento de exames e equipamentos de diagnóstico por imagem instalados nas dependências dos hospitais.

A partir de 2005, a DASA também passou a atuar no mercado de apoio a laboratórios, por meio da marca Álvaro, processando amostras coletadas por mais de 2.000 laboratórios clientes em todo o Brasil. A estrutura logística deste negócio permite recolher as amostras coletadas pelos laboratórios

parceiros em todo o país e processá-las em qualquer um dos centros de processamento da empresa. Destaque para os acordos de terceirização do processamento de exames das Unimed Fortaleza e São Paulo celebrados em 2006.

Em dezembro de 2006, a empresa possuía centros de processamento de análises clínicas nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Brasília e Cascavel, além centrais de laudos baseadas na telemedicina que garantiam ganhos de produtividade na operação de serviços diagnósticos.

A DASA encerrou 2006 com 244 unidades de atendimento localizadas nas áreas metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Goiânia, Curitiba, Florianópolis, Salvador, Fortaleza, além de Palmas e Cascavel . Estas unidades são divididas entre *mega-unidades* (27) e *unidades satellites* (217), que dispõem de diferentes estruturas de atendimento e variedade de serviços. No Rio de Janeiro, ainda coexistem unidades fraqueadas das marcas Bronstein e Lâmina.

A qualidade é assegurada em todas as marcas pelas certificações da ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001 e INMETRO (2000) e as creditações pelo College of American Pathologists – CAP (2003) e PALC - Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

A receita bruta anual da DASA cresceu a uma taxa média composta anual de 21,2% entre 2001 e 2005 e em 2006, cresceu 26,5%, atingindo R\$729 milhões. A margem EBITDA ajustado, excluindo despesas não correntes, atingiu 25% ou R\$167 milhões em 2006. Os investimentos para expansão orgânica da DASA totalizaram R\$ 129,9 milhões, entre aquisição de equipamentos médicos para o diagnósticos de imagem (R\$ 61,2 milhões), melhorias e construção de novas unidades (R\$ 41,4 milhões), tecnologia de informação (R\$ 14 milhões) e atividades pré-aquisições (R\$ 13,3 milhões). Finalmente, em 2006 as ações da companhia tiveram uma variação de 17,1%, comparadas a 32,9% do Ibovespa, envolvendo um volume financeiro de R\$1.549,9 milhões.

De acordo com declaração do Dr. Pedro Teixeira, diretor do Sindicato dos Laboratórios da Bahia (Sindilab), não há mais espaço para empresas de médio porte no setor de laboratórios de análises clínicas. Segundo ele, em 12 anos a tabela de preços não é reajustada, enquanto os custos não param de aumentar. Como resultado, apenas nos últimos dois anos, houve o fechamento de 10% das 600 unidades laboratoriais existentes no estado da Bahia (Jose Pacheco Maia Filho, Jornal Salvador *apud* site NKB).

Neste cenário, o Fleury criou a NKB em 2001 com o objetivo de incorporar empresas de medicina diagnóstica e se tornar uma *holding* com marcas tradicionais em diferentes segmentos de mercado e áreas metropolitanas do país. Conforme o depoimento do Diretor de Novos Negócios: “*A idéia era trazer para os laboratórios pequenos a expertise de gestão e processo em medicina diagnóstica que trouxesse custo efetividade, maior eficiência operacional, todos os ganhos na cadeia resultantes da consolidação. Então, quando você compra quatro laboratórios no RJ, faz uma área técnica única, você tem ganhos óbvios, desde o relacionamento com o fornecedor e poder de compra, como a otimização do processo de produção e investimento de recursos no relacionamento com o cliente e operadoras de planos de saúde. Tudo isto o Fleury tinha muito claro, já trabalhado na marca Fleury e o desafio era implantar em outro segmento de mercado*”.

A NKB propõe às empresas de medicina diagnóstica a participação na *holding* por meio de um modelo que aporta capital, tecnologia e gestão e mantém a marca e o posicionamento de mercado das empresas associadas. Dentro da sociedade, as empresas alinham suas estratégias de crescimento e obtêm participação nos resultados global da *holding*.

O Grupo NKB se diferencia dos demais modelos de consolidação por sua gestão participativa, que estimula a permanência do corpo diretivo dos laboratórios associados. Segundo as declarações do Diretor Presidente da NKB, Cláudio Marote, “*o mercado de laboratórios é muito tradicionalista, tem uma clientela de médicos e usuários cativa e local. Por isso é preciso manter a identidade regional, assim como as tradições e o estilo do antigo dono*” .

A diversidade regional expõe características muito distintas entre os mercados. Enquanto São Paulo e Rio de Janeiro possuem marcas segmentadas por classes sociais, no Nordeste não há segmentação e os laboratórios atendem todas as classes. Em outra declaração, Cláudio Marote reafirma a essência deste modelo de consolidação: *“É fundamental conhecer cada marca, potencializar seus atributos, valorizar a identidade regional de cada laboratório”*

Tabela 9: Tabulação das entrevistas com os altos executivos do Fleury envolvidos na NKB

Caso	Recurso e Capacidades Pré-entrada		Recurso e Capacidades Requeridos pelo mercado	
	Específicos	Gerais	Específicos	Gerais
NKB	conhecimento do mercado de medicina diagnóstica em São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília	profissionalismo	conhecimento do mercado de medicina diagnóstica regional	suporte jurídico
	conhecimento da operação em medicina diagnóstica		conhecimento da operação em medicina diagnóstica em todos os segmentos	gestão do conhecimento
	capital e acesso à fontes de financiamento		capital e acesso à fontes de financiamento	
	credibilidade na comunidade médica		credibilidade na comunidade médica regional agilidade para análise, negociação e integração de novas empresas	

Fonte: Autor

5.4.2. Estratégia de entrada de mercado

A empresa optou por criar uma *spin-off* para incorporar empresas de medicina diagnóstica em uma *holding*. Esta estratégia caracteriza um caso de

entrante-parente voltado a um **mercado estabelecido** em que empresa não atuava anteriormente.

A constituição da empresa buscou garantir recursos e capacidades que permitissem a agilidade para análise, negociação, aquisição e consolidação de empresas do setor em áreas metropolitanas do Brasil. Para tanto, a *spin-off* utilizou-se dos conhecimentos técnico e do mercado de medicina diagnóstica do Fleury, bem como de suas fontes de financiamento e credibilidade na comunidade médica.

Segundo o Diretor de Novos Negócios: *“Fleury dispunha de conhecimento na área de medicina diagnóstica e a preocupação com o mercado como um todo. Obviamente a estratégia da NKB tem uma função importante para se opor à concorrência e funcionar como uma barreira de entrada para o próprio segmento premium do mercado do Fleury”*.

Contudo, a *spin-off* não deveria relacionar diretamente a marca Fleury à *holding*, pois a empresa-parente receava que a mídia e seus clientes viessem a associar a marca *premium* Fleury às empresas adquiridas, comprometendo sua diferenciação e posicionamento de mercado. A NKB deveria referir-se ao Fleury para endossar o conhecimento técnico e de gestão do empreendimento, sem expor sua marca em materiais de comunicação para minimizar o risco de uma apropriação indevida.

Para o Dr. Rogério Rabelo: *“Principalmente por atender um outro segmento de mercado, com outra estrutura de custo e preço, o projeto foi tratado de uma forma muito independente da operação Fleury, tinha um grupo muito específico focado neste negócio... era necessário separar muito bem, porque ambas as operações poderiam contaminar umas as outras, negativamente. O primeiro momento, spin-off, foi para evitar a contaminações negativas, evitar trazer pra dentro da estrutura NKB, baseada em eficiência operacional, todas as questões de valor agregado que não são viáveis naqueles mercados. Pelo lado do Fleury, evitar a contaminação de que todos os outros produtos são a mesma coisa. Estas foram as principais razões para se tratar a NKB com*

uma spin-off. Porém a NKB nunca foi independente, ela foi uma subsidiária do Fleury. Neste primeiro momento de formação e maturação ela teve uma gestão independente, mas sempre respondendo ao conselho do Fleury”.

A estratégia de entrada buscou ainda suprir as competências que a empresa não possuía para este negócio por meio de contratação de serviços especializados (assessoria jurídica e auditoria) e adequação da equipe de profissionais NKB. Conforme o Diretor de Novos Negócios ressalta: *“Do ponto de vista do que a gente não tinha, era nossa primeira experiência de aquisição, empresas de muito menor porte, operação inter-marcas nos mercados regionais e todo o processo de consolidação na holding NKB S.A.”.*

Além disso, a empresa não se expandiu apenas por meio de aquisições, mas também de acordos operacionais como ocorreu com o DATALAB de Salvador, Laboratório Campana de São Paulo e o Instituto de Análises Clínicas de Santos (IACS), que transferiram, em diferentes níveis, a área técnica e a gestão para a NKB. Para o Diretor de Mercado, Gilmar Marques, a diversidade de modelos, marcas e mercados evidenciam a diversidade de competências que a NKB precisou desenvolver. Por exemplo, no Rio de Janeiro, o Laboratórios *Helio Povoá, Roselli, JS* e o *Maiolino* tinham focos bem diferentes, estendendo-se da ênfase no relacionamento médico à medicina ocupacional.

Vale observar que os recursos e capacidades que geram vantagem competitiva no momento de entrada de mercado são distintos daqueles que tornam a NKB uma empresa bem sucedida nos anos seguintes. No primeiro momento, a NKB precisava identificar potenciais empresas, abordar estas empresas e negociar sua aquisição dentro do modelo de aporte de capital, tecnologia e gestão em troca de ações da *holding*. A segunda etapa deste empreendimento é a integração da empresa, mantendo o corpo diretivo, a marca e a identidade dos laboratórios associados e implementando as mudanças necessárias. Finalmente, ocorre a etapa de consolidação da *holding*, em que a empresa deve compartilhar as experiências, estender os

ganhos de escala, e focar na excelência da qualidade e nos resultados financeiros do negócio.

Os estudos de entrada em mercado confirmam que para empresas jovens e pequenas voltadas para mercados dinâmicos não é apropriado adotar as estruturas e os processos formais das empresas estabelecidas, pois estes podem comprometer a agilidade e criatividade da nova empresa (GEROSKI, 1995).

SULLIVAN (1991) verifica que atenção excessiva das empresas nos clientes atuais restringe a identificação de oportunidades em outros segmentos. Esta autora discute esse dilema sob a perspectiva da ordem de entrada no mercado e o impacto na marca. Para ela, as extensões das marcas estabelecidas tendem a entrar no mercado depois das novas marcas, principalmente quando as marcas estabelecidas possuem grandes bases de clientes. Os riscos potenciais para a marca, associados aos investimentos em *marketing* e produção necessários para a entrada de mercado impõe cautela para as empresas estabelecidas. Normalmente essas empresas aguardam a definição tecnológica e das necessidades dos clientes para entrarem no mercado.

Por outro lado, quando a oportunidade está muito próxima do mercado de atuação da empresa estabelecida, os riscos são menores e o potencial para alavancar por meio dos recursos pré-entrada é alto. Nesses caso, as empresas estabelecidas são as primeiras a entrar no mercado (SULLIVAN, 1991).

Para o Diretor de Novos Negócios, a estratégia de entrada de mercado foi bem sucedida e em 2007, a NKB será integrada ao Fleury S.A. para se aproveitar os pontos sinérgicos destes negócios: *“Se a gente tivesse tratado o negócio mais integrado teria maior risco? Não dá pra julgar retrospectivamente. A gente tratou separado, este risco não ocorreu e chegou o momento de explorar as sinergias entre os dois negócios, que vão desde supply chain até usar os diferenciais do Fleury para elevar a barra das outras*

marcas da NKB, o que necessariamente tem que ser feito com muito custo-efetividade, o que é transportável de uma para outra, mas que mantenha esta estrutura de produtos distintos. As sinergias estão na cadeia inteira, da relação com os fornecedores a entrega do produto”.

Para o Presidente do Fleury: “A spin-off foi fundamental, porque se fosse algo muito próximo, muito integrado ao Fleury, teria sido destruído, você rapidamente traria os custos, a forma de atuar do Fleury pra este negocio o inviabilizaria... As métricas de resultado utilizadas neste negócio são número de aquisições medidas por número de exames incorporados dentro da base e a própria receita é um parâmetro importante, muito mais do que o resultado medido por lucro operacional, que terá que vir obviamente, mas em estágios iniciais que se está consolidando, você quer rapidamente criar esta base e em seguida melhorar o resultado pelo processo de consolidação. A evolução foi de acordo com o objetivo proposto de número de exames incorporados nos cinco primeiros anos deste negócio”.

Tabela 10: tabulação das entrevistas

Caso	Estratégia de entrada		Performance	Críticas
	Tipo de entrante e Modo de entrada	Outras ações		
NKB	Entrante-parente	contratação de assessoria jurídica e auditoria para <i>due-diligence</i>	consolidação do modelo NKB: 13% do market-share nas 5 regiões metropolitanas	estratégia conferiu os recursos e capacidades necessárias para o empreendimento
	<i>Spin-off</i>		18 marcas, 126 unidades de atendimento e faturamento R\$160 milhões anuais em 2006	os recursos e capacidades que garantem a vantagem competitiva para a empresa se transformam ao longo da entrada de mercado

Fonte: Autor

A holding NKB S.A chegou ao final de 2006 com 18 marcas que compõem uma rede de 126 unidades de atendimento nas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Recife e Curitiba, operação em 5 hospitais e

uma estrutura laboratorial completa e logística de apoio no Laboratório CRIESP em São Paulo. Em 2006, a empresa atingiu 19,8 milhões de exames por ano, um faturamento de R\$160 milhões e 1.825 colaboradores. Conforme o Diretor de Mercado, este resultado representou 13% do mercado nas praças em que a empresa atua e superou a projeção de 10% prevista em cinco anos de operação.

O modelo de governança NKB é composto pelo Grupo Gestor, responsável pela execução da estratégia de negócio e o Conselho de Administração, responsável pelo direcionamento estratégico e monitoramento de sua execução. Mauro Figueiredo, ressalta que *“A estratégia de entrada adotada tem algumas nuances do ponto de vista de modelo societário que trazem uma necessidade de uma abordagem mais próxima, para que você não tenha conflitos. A grande vantagem do modelo de consolidação adotado é também a grande dificuldade dele: o modelo permite que o sócio proprietário permaneça na gestão do negócio, quando ele tem interesse e se identifica um papel importante para ele, uma vez que ele conhece o mercado e tem relacionamentos. Ao longo do tempo (o modelo) pode criar conflitos, porque reduz a rapidez e a capacidade de fazer as mudanças quando necessário, pois este indivíduo é um dos sócios minoritários do empreendimento. (Contudo), desde que isto seja tratado de forma clara e transparente, contratos sejam feitos de forma bem clara desde o início, o que se espera do indivíduo e qual é o papel dele na organização, e a distinção clara do executivo e do sócio, a coisa evolui bem”*.

Tabela 11: Marcas e regiões de atuação da NKB em 2006

Rio de Janeiro	Bahia	São Paulo	Pernambuco	Paraná
Laboratório Roseli	Laboratório Dirceu Ferreira	Laboratório Bioclinico	Dilab	Laboratório Hormocentro
Laboratório Helion Povoá	Centro de Medicina Laboratorial	CPPC	Laboratório Dalmo Oliveira	
Laboratório JS	Qualitech	CRIESP	Laboratório Paulo Loureiro	
Maiolino Medicina Laboratorial				
Laboratório Daflon				

Fonte: site www.NKB.com.br (acesso em 12/fev/2007)

6. Conclusão

Não há soluções simples ou modos de entrada perfeitos que garantam o sucesso do empreendimento. O Caso Fleury evidenciou essas dificuldades. Novos negócios demandam um olhar atento às características do mercado e uma estratégia de entrada que combine os recursos e capacidades pré-existentes com os recursos e capacidades requeridos por ele.

O principal desafio é compreender exatamente as características de um novo mercados e conseqüentemente, os recursos e capacidades necessários para empreender com sucesso. A inexperiência nesse novo contexto, as analogias equivocadas e o viés cognitivo, excessivamente otimista sobre os recursos da firma, são frequentemente apontados como os principais responsáveis pela entrada inapropriada em novos mercados.

A compreensão dos recursos e capacidades da empresa é fundamental para orientar a busca de novas oportunidades de negócios e a decisão sobre a estratégia de entrada mais adequada, ponderando as forças e fraquezas internas frente às oportunidades e ameaças externas (BARNEY, 1986; GRANT, 1991). A própria capacidade de adaptação às mudanças do ambiente, que se segue à entrada de mercado, está ligada aos recursos iniciais da firma.

Os casos estudados confirmaram que a experiência no mercado aumenta a probabilidade de sucesso do novo negócio. Os casos de expansão em mercados adjacentes – *Check-up* e NKB – por meio do crescimento interno e da criação de uma empresa subsidiária respectivamente, atingiram as projeções de resultado dos estudos de viabilidade.

No entanto, deve-se frisar que a questão central não é conhecer o mercado potencial, mas dispor de recursos e capacidades valiosos, raros, difíceis de imitar e de substituir. Estes “ativos” e “proficiências” capazes de gerar fontes

de vantagem competitiva sustentável não estão disponíveis no mercado, mas internamente nas organizações (BARNEY, 1986).

Neste sentido, verifica-se que a marca é definitivamente um recurso estratégico no mercado de saúde. Diante das transformações da assistência médico-hospitalar, marcada por tecnologias e técnicas complexas e muitas vezes incompreensíveis para a população leiga, a marca reduz o risco e simplifica a tomada de decisão dos consumidores. A tradição de 80 anos no setor, associada à excelência no relacionamento com médicos e pacientes, garante à marca Fleury um espaço privilegiado no imaginário do seus clientes.

Por um lado, o conhecimento técnico em medicina diagnóstica foi fundamental para conceber o serviço de Check-up, apoiado nas indicações das sociedades médicas nacionais e internacionais a respeito da medicina baseada em evidências. Por outro, o desempenho deste serviço foi impulsionado pela intensa atividade comercial da empresa nos últimos anos. Assim, verifica-se que toda a extensa base de recursos e capacidades do Fleury é responsável pelo crescimento do negócio a taxas anuais em torno de 35%. Conforme PETERAF (1993) e DIERICKX e COOL (1989), recursos constituídos ao longo do tempo e que envolvem grande complexidade social são difíceis de serem reproduzidos.

Verificou-se no caso *spin-off* investigado, que a criação da empresa subsidiária NKB trouxe consigo os recursos pré-entrada em que o Fleury se destacava e limitou a influência negativa daqueles recursos menos favoráveis. Inicialmente, a confiança da comunidade médica nacional e o acesso as fontes de financiamento contribuíram para a aquisição de laboratórios de análises clínicas em boas condições. Em seguida, a *expertise* em processos, tecnologias e gestão em medicina diagnóstica foram *inputs* fundamentais para o empreendimento. Entretanto, a marca Fleury não foi associada às marcas dos Laboratórios da Holding NKB nem tampouco sua estrutura baseada em diferenciação influenciou o modelo NKB, centrado em eficiência operacional.

Comprova-se, desta forma, a essência do modo *spin-off*, que permite a adaptação dos recursos pré-existentes da empresa-parente e a formação de outros recursos e capacidades conforme às características do novo negócio. Em 2007, observa-se ainda o movimento de reintegração da subsidiária *madura* com objetivo de integrar os recursos e capacidades das duas empresas, obter ganhos de escala e sinergias. Conforme ressalta o Diretor de Novos Negócios a “*spin-off* *cumpriu sua função e está sendo reintegrada*”.

Outro achado deste trabalho está ligado à capacidade da firma de se expandir por meio dos diferentes modos de entrada. A visão de que a experiência de entrada de mercado é, em si, uma capacidade valiosa, rara, difícil de imitar e de substituir. O potencial entrante deve estar preparado para decidir sobre o modo de entrada apropriado e implantá-lo, por meio do crescimento interno, aquisição, parcerias com outras empresas, criação de subsidiárias, entre outros.

Desde 1936, a empresa empreende em novos mercados por meio de *joint ventures* com grupos médicos para diversificar seus serviços e acompanhar as transformações do setor. Neste sentido, a experiência de diversificação e entrada em outros mercados contribui para as decisões estratégicas da empresa e amplia sua base de recursos e capacidades. Os entrevistados observaram que a experiência de entrada no mercado de Check-up impulsionou novos empreendimentos (linha de serviços *Fleury Promoção de Saúde*) e em 2006, contribuiu inclusive para a reformulação da missão e visão da organização.

A literatura de entrada de mercado define como *trajetórias de aprendizado* (CHANG, 1997) os recursos e capacidades obtidos a partir de experiências anteriores que impulsionam o crescimento da empresa. Para tanto, é importante que a empresa sistematize a retenção do conhecimento tácito envolvido no processo de entrada de mercado, na forma de um manual – com as etapas, os papéis e critérios de avaliação de um determinado modo de entrada – ou, simplesmente, registrando as principais lições aprendidas.

O caso Fleury Hospital-Dia se refere a entrada do Fleury no mercado hospitalar de São Paulo por meio de uma *joint venture* estabelecida com o Grupo Hospitalar Brasil Memorial de Salvador. Embora o modo *joint venture* seja conceitualmente apropriado para este empreendimento, verificou-se problemas de adaptação dos recursos e capacidades das empresas parceiras de acordo com as necessidades do mercado. Tais problemas estão relacionados as analogias equivocadas e o viés otimista de empresas bem-sucedidas em seus mercados.

Em linhas gerais, o caso Fleury dialoga com a literatura estudada e preconiza a adaptação dos recursos e capacidades disponíveis pré-entrada aos requeridos pelo mercado. Conclusão que ressalta à importância da definição da estratégia de entrada de mercado, particularmente a decisão do modo de entrada, que vá preencher os *gaps* de recursos e capacidades identificados.

7. Sugestões

Desde os principais marcos regulamentares do Sistema de Saúde Suplementar no Brasil, com a Lei nº 9.656/1998 e nº9.961/2000, observa-se um movimento de transformação e ajuste que perpassa os indivíduos, famílias e empresas contratantes de planos de assistência médica, as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços de saúde e órgãos públicos de regulamentação. O mercado de medicina diagnóstica, por exemplo, transformou-se completamente neste período e carece de estudos que estendam a análise das estratégias de entrada por meio de fusão e aquisição para outros aspectos deste processo de consolidação e da gestão destas organizações.

Por outro lado, estudos quantitativos a respeito das estratégias de entrada de mercado adotadas pelos novos entrantes em outros segmentos de mercado poderiam contribuir para esclarecer as tendências regionais e nacionais do setor de Saúde Suplementar. Alguns estudos apontam para a entrada das operadoras de planos de saúde no mercado hospitalar e de prevenção/cuidados com pacientes crônicos, caracterizando um movimento de verticalização do setor, enquanto outros estudos destacam a diversificação de atuação dos prestadores estabelecidos.

Esta dissertação enseja ainda o aprofundamento da discussão sobre as *trajetórias de aprendizado* e a importância da proficiência em diferentes estratégias de entrada de mercado para a firma, seja por meio do crescimento interno, aquisição, *joint venture*, *spin-off*, alianças estratégicas, entre outros modos de entrada. Este estudo poderia ainda mapear outros impactos indiretos da entrada em novos mercado.

Finalmente, a extensão deste pesquisa para outros *stakeholders* envolvidos no processo de entrada de mercado empreendido pelo Fleury. Neste trabalho aplicamos o questionário para os altos executivos da organização, o que restringe a percepção do fenômeno observado.

8. Referências Bibliográficas

ABELL, D. F. **Defining the Business: The Starting Point of Strategic Planning**, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall. 1980.

ALBUQUERQUE, G. M. De, **Integração Vertical na Medicina Suplementar: Contexto e Competências Organizacionais**, Dissertação, Universidade de São Paulo, 2006.

ALMEIDA, C. **O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar**. Texto para Discussão N° 599, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA, Brasília, Novembro 1998.

ANAND, B. N. Strategies of Related Diversification, **Harvard Business School #9-705-481**, April, 2005.

ANDREAZZI, M. F. S. Formas de Remuneração de Serviços de Saúde. **Texto para Discussão No. 1006, IPEA**, Brasília, dezembro, 2003.

AMIT, R., SCHOEMAKER, P. J. H. Strategic Assets and Organizational Rent. **Strategic Management Journal**, Vol. 14, p. 33-46, 1993.

ASOH, D. A.; RIVERS, P. A.; McCLEARY, K. J.; SARVELA, P. Entrepreneurial Propensity in Health Care: Models and Propositions for Empirical Research. **Health Care Management Review**, Vol. 30, p. 212-219, 2005.

AUDRETSCH, DAVID B. Innovation, Growth and Survival. **International Journal of Industrial Organization**, Vol. 13, p. 441-457, December 1995.

BAHIA, L. Risco, Seguro e Assistência Suplementar no Brasil. **ANS**. Disponível em

http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/financiamentodosetor/EE3.pdf. 2001

BANCHER, A. **Medicina Preventiva no Setor Suplementar de Saúde: Estudo das Ações e Programas Existentes e das Motivações para sua Implantação. Dissertação de Mestrado**. EAESP/FGV, 2004

BARNEY, J. B. Strategic Factor Markets: Expectations, Luck, and Business Strategy. **Management Science**, Vol. 32, No. 10, October, 1986.

BARNEY, J. B. Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. **Journal of Management**, Vol. 17, p.99-120, 1991.

BARNEY, J., B. Resource-based Theories of Competitive Advantage: A ten-year retrospective on the Resource-based View. **Journal of Management**, Vol. 27, p. 643-650, 2001.

BARKEMA, H.G. VERMEULEN, F. International Expansion Through Start-Up or Acquisition: A Learning Perspective. **Academy of Management Journal**. Vol. 41, N. 1, pp 7-26, 1998.

BERSAN, S. Apresentação do Modelo da Unimed-BH. **Debates GVsaúde**, No. 2, 2006

BIGGADIKE, R. **Corporate Diversification: Entry Strategy and Performance**. Cambridge, MA, Harvard University Press. 1976.

BIGGADIKE, R. The Risky Business of Diversification. **Harvard Business Review**. V. 57, Issue 3, may/june, 1979.

BRAGA, A. S. **Construção, Gerenciamento e Expansão de Marcas: Um estudo de Caso do Fleury – Medicina Diagnóstica**. Dissertação de Mestrado EAESP/FGV. 2004

BRASIL, Ministério da Saúde; ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar), **Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS, 2006.

BRAZ, A. A Saúde no Orçamento Familiar. **Conjuntura Econômica**, FGV, v.60, n.4, 2006.

CAMPOS, C. C. **Um Estudo das Relações entre Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Prestadores de Serviço**. Tese de Mestrado da Escola de Engenharia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2004

CAMERER, C. LOVALLO, D. Overconfidence and Excess Entry: An Experimental Approach. **The American Economic Review**, V. 89, N.1, p. 306-318, March, 1999.

CHANGE, S. J. An evolutionary perspective on diversification and corporate restructuring: entry, exit, and economic performance during 1981-1989. **Strategic Management Journal**, V.17, p.587-612, 1997.

CHATTERJEE, S.; WERNERFELT, B. The Link Between resources and Type of Diversification: Theory and Evidence. **Strategic Management Journal**, Vol. 12, p. 33-48, 1991.

COLLIS, D. J. MONTGOMERY, C.A. Creating Corporate Advantage. **Harvard Business Review**, V. 76, Issue 3, p.70-83, May/June, 1998.

CORRÊA, G. A Necessidade da regulação do setor privado de saúde no Brasil: razões e perspectivas. **Economia da Saúde: 1º Premio Nacional**, IPEA, Brasília, 2005.

COSTA, L. H. I. **Internacionalização de Empresa e Adaptação do Mix de Marketing: um Estudo de Caso no Mercosul**. Dissertação Universidade Federal do Rio de Janeiro COPPEAD, 1998.

CREMESP. **Relação de Habitantes por Médico nas Regiões do Estado.**

Disponível em: www.gremest.org.br/?siteAcao=JornalCremesp2&pag-grafico03req=sim, acesso em janeiro, 2007.

CYRINO e OLIVEIRA JR. Influencia da Acumulação de Conhecimento nas Estratégias de Entrada em Mercados Internacionais: um Estudo nas Maiores Empresas Brasileiras. **Anais do ENANPAD**, GIN 813, 2002

DIERICKX, I.; COOL, K. Asset Stock Accumulation and Sustainability of Competitive Advantage. **Management Science**, Vol. 35, No. 12, December, 1989.

DYER, J. H.; KALE, P.; SINGH, H. How To Make Strategic Alliances Work. **Sloan Management Review**, Vol. 42, No. 8, Summer, 2001.

DUNNE, T.; ROBERTS, M. J.; SAMUELSON, L. Patterns of firm entry and exit in U.S. manufacturing industries. **RAND Journal of Economics**, Vol.19:4, p. 495-515, Winter, 1988.

DUNNE, T.; ROBERTS, M. J.; SAMUELSON, L. The Growth and Failure of U.S. Manufacturing Plants. **Quarterly Journal of Economics**, Vol.104, Issue 4, p. 671-698, November, 1989.

EISENHARDT, K. M. Building Theories from Case Study Research. **Academy of Management Review**, Briarcliff Manor, Vol. 14, 4, 1989.

EKELEDO, I.; SIVAKUMAR, K. International Market Entry Mode Strategies of Manufacturing Firms and Service Firms: A Resource-Based Perspective. **International Marketing Review**, V. 21, London, 2004.

ERIKSSON, K. JOHANSON, J.; MAJKGARD, A. SHARMA, D.D. Effect of Variation on Knowledge Accumulation in the Internationalization Process. **International Studies of Management and Organization**. Vol. 30, N.1, pp 26-44, 2000

FENASEG (Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização), Caderno de Projeções 2006-2007. 2007

FERREIRA, J. H. G. **Alianças Estratégicas em Hospitais Privados**. Dissertação de Mestrado Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública USP/FSP, 2000.

FERREIRA, J. H. G. Tendências para à Atenção a Saúde. **Debates GVsaúde**, No. 2, 2006.

FLORENCIO, L. P. **O Setor de Planos de Assistência à Saúde: identificação das ações de atenção à saúde voltadas à população idosa, no município de Belo Horizonte**. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, UFMG, 2006.

FIORENTINI, S. P. Ensino e Pesquisa em Hospitais Privados: Estudo de Sete Hospitais, gerais e de grande porte, associados à ANAHP, situados no município de São Paulo. Dissertação de Mestrado da EAESP/FGV. 2005.

GARVIN, D. A note on Corporate Venturing and New Business Creation. **Harvard Business School** #9-302-091, December, 2002.

GAVETTI, G.; RIVKIN, J. W. How Strategists Really Think, Tapping the Power of Analogy. **Harvard Business Review**, April, 2005.

GUEDES, L. F. A. DI SERIO, L. C. DUARTE, A. L. C. M. O Caso Fleury: Alinhamento Estratégico da Tecnologia da Informação. Anais do IX Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais EAESP/FGV. SIMPOI, 2006.

GEROSKI, P. A. What do We Know about Entry?. **International Journal of Industrial Organization**, Vol. 13, p. 421-440, 1995.

GINTER, P.; SWAYNE, L. M.; DUNCAN, W. J. **Strategic Management of Health Care Organizations**. 3rd edition, Blackwell Publishers, 2000.

GRANT, R. M. The Resource-Based Theory of Competitive Advantage: Implications for Strategy Formulation. **California Management Review**, V. 33, No. 3, p. 114-135, Spring 1991.

HARRISON, J. S. HITT, M. A. IRELAND, R. D. Synergies and post-acquisition performance: differences versus similarities in resource allocations. **Journal of Management**, V. 17, p.173-192, 1991.

HELFAT, C. E. LIEBERMAN, M. B. The Birth of Capabilities: Market Entry and The Importance of Pre-History. **Industrial and Corporate Change**, Vol. 11, No. 4, p. 725-760, 2002.

HUMELT, R. P. Diversification Strategy and Profitability. **Strategic Management Journal**, Vol. 3, p. 359-369, 1982.

IBGE. Estatística da Saúde. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2002. Rio de Janeiro, 2003

IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar 2003: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, 2004

IBGE. Estatística da Saúde. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2005. Rio de Janeiro, 2006

IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro, 2004.

KOYAMA, M. F. **Auditoria e Qualidade dos Planos de Saúde: Percepções de Gestores de Operadoras da Cidade de São Paulo a respeito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS**. Dissertação de Mestrado EAESP/FGV, 2006.

LIEBERMAN, M. B.; MONTGOMERY, D. B. First-Mover Advantages. **Strategic Management Journal**, Vol. 9, Special Issue: Strategy Content Research, p. 41-58 Summer, 1988.

LIEBERMAN, M. B.; MONTGOMERY, D. B. First-Mover (Dis)Advantages: Retrospective and Link with The Resource-Based View. **Strategic Management Journal**, Vol. 19, p. 1111-1125, 1998.

LIMA, R. C. M. **Saúde Suplementar; ANS e Informação**. Fórum de Debates sobre Saúde Suplementar. ANS, Rio de Janeiro, 2003.

LIMA, C. R. M. **Informação e Regulação da Assistência Suplementar à Saúde**. E-Papers, Rio de Janeiro, 2005.

HORN, J.; LOVALLO, D.; VIGUERIE, P. Beating the Odds in Market Entry. **McKinsey Quarterly** (serial online), January, 2007.

MACEDO, R. IWAI, T. **Organizational Intervention in Communities of Practice and the creation of value: The Fleury Case**. Working Paper for 22nd EGOS Colloquium, Bergen, Norway, 2006.

MAHONEY, J. T.; PANDIAN, R. J. The Resource-based View within the Conversation of Strategic Management. **Strategic Management Journal**, Vol. 13, p. 363-380, 1992.

MALIK, A. M. PENA, F. P. **Administração Estratégia em Hospitais**. Relatório de Pesquisa do Núcleo de Publicações e Pesquisa, EAESP/FGV, São Paulo, 2003.

MELGARÉ, V. M. **Análise do Modo de Entrada e das Estratégias de Fornecimento dos Fabricantes Multinacionais de Terminais Moveis Celulares no Brasil**. Dissertação de Mestrado EAESP/FGV, 1998.

MITCHELL, W. Dual Clocks: Entry Order Influences on Incumbent and Newcomer Market Share and Survival when Specialized Assets retain their Value. **Strategic Management Journal**, V. 12, p. 85-100, 1991.

NELSON, R. R.; WINTER, S. G. **An Evolutionary Theory of Economic Change**. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press, 1982.

OCKÉ-REIS, C. O. CARDOSO, S. S. Uma Descrição do Comportamento dos Preços dos Planos de Assistência à Saúde: 2001 – 2005. **Texto para Discussão, No 1232, IPEA**, Rio de Janeiro, novembro, 2006

OECD. MOISE, P. JACOBZONE, S. OECD, ARD-IHD Experts Group. Study of Cross-national Differences in the Treatment, Costs and Outcomes of Ischaemic Heart Disease. OECD Health Working Paper. 2003

PELFREY, S. THEISEN, B. A. Joint Ventures in Health Care, **Journal of Nursing Administration**. Vol. 19, No. 3, 1989.

PENA, F. M. P. **Implantação do Modelo ISO 9002 na Área de Saúde: A Visão do Gestor de Qualidade em Quatro Unidades de um Hospital do Município de São Paulo em 2000**. Dissertação de Mestrado EAESP/FGV, 2000.

PENROSE, E. T. **The Theory of The Growth of The Firm**. Oxford: Basil Blackwell, 1959.

PEREIRA, C. O Marco Regulatório no Setor de Saúde Suplementar: Contextualização e perspectivas. Ministério da Saúde, ANS, disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca.asp>, 2004.

PETERAF, M. A. The Cornerstones of Competitive Advantage: A Resource-Based View. **Strategic Management Journal**, Vol. 14, p. 179-191, 1993.

PIOLA, S. F. Tendências de Financiamento da Saúde. **Debates GVsaúde**, No. 2, 2006.

POLANCZYK, C. A. WAINSTEIN, M. RIBEIRO J. P. Custo-efetividade do Implante de *stents* recobertos com rapamicina em procedimentos percutâneos coronários no Brasil, **Economia da Saúde: 1º Premio Nacional, IPEA**, Brasília, 2005.

PORTER, M. E. **Competitive Strategy**. New York: Free Press, 1980.

PORTER, M. E. **Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance**. New York: Free Press, 1985.

PORTER, M. E. TEISBERG, E. O., Redefining Competition in Health Care. **Harvard Business Review**, June, 2004.

RAMANUJAM V. VARADARAJAN, P. Research on Corporate Diversification: A Synthesis. *Strategic Management Journal*, V. 10, p. 523-552. 1989.

RAMOS-RODRIGUEZ, A.; RUIZ-NAVARRO, J. Changes in the Intellectual Structure of Strategic Management Research: A Bibliometric Study of the *Strategic Management Journal*. **Strategic Management Journal**, Vol. 25, p. 981-1004, 2004.

RÊGO, S. B. M. Unidades Estratégicas de Negócio em Saúde: o Caso Alergoclínica. Dissertação de Mestrado EAESP/FGV, 2000.

ROBERTS, E. B.; BERRY, C. A. Entering New Businesses: Selecting Strategies for Success, **Sloan Management Review**, Vol. 25, 1985.

RUMELT, R. P. Diversification Strategy and Profitability. *Strategic Management Journal*. V. 3, Issue 4, p. 359-369, 1982.

RUMELT, R. P. Towards a Strategic Theory of the Firm, Competitive Strategic Management. Lamb RB (ed), Prentice-Hall: Englewood Cliffs, 1984.

SATO, F. R. L. **Impactos Financeiros e Mercadológicos causados pela Implantação de uma Unidade Ambulatorial de um Hospital de Grande Porte**. Dissertação de Mestrado EAESP/FGV, 2004

SILVA, A. A. Relações entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviço: Um Novo Relacionamento Estratégico,

SITE FLEURY. www.fleury.com.br

SITE NKB. www.nkb.com.br

SUAREZ, F.; LANZOLLA, G. The Half-Truth of First-Mover Advantage. **Harvard Business Review**, p.121-127 April, 2005.

SULLIVAN, M. Brand Extension and Order of Entry. **Marketing Science Institute**, p. 91-105, 1991.

SHARMA, A.; KESNER, I. F. Diversifying Entry: Some Ex Ante Explanations of Postentry Survival and Growth. **Academy of Management Journal**, Vol. 39, No. 3, p. 635-677, 1996.

TEPLENSKY, J. D.; KIMBERLY, J. R., HILLMAN, A.; SCHWARTZ, J. S. Scope, Timing and Strategic Adjustment in emerging markets: Manufacturer Strategies and the Case of MRI. **Strategic Management Journal**, V. 14, p. 505-527, 1993

TEECE, D. J. Profiting from technological innovation: implications for integration, collaboration, licensing and public policy. **Research Policy**, 15, 285-305, 1986

VASCONCELOS, F. C.; CYRINO, A. B. Vantagem Competitiva: os Modelos Teóricos Atuais e a Convergência entre Estratégia e Teoria Organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, Vol. 40, No. 4, p.20-37, Out/Dez. 2000.

VICAVA, F. BAHIA, L. Oferta de Serviços de Saúde: Uma Análise da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1999. IPEA, Brasília, 2002.

WEINBERGER, S.; WEEK, W. The Evolution of New Business in Health Care. **Journal of Health Care Finance**, Winter, 2004.

WERNERFELT, B. A Resource-Based View of the Firm. **Strategic Management Journal**, Vol. 5, p. 171-180, 1984.

WHO, (World Health Organization), World Health Report, Geneve, 2004.
Disponível em: <http://www.who.int/nha/country/BRA-E.pdf>. Acesso em Janeiro, 2007.

WIKIPEDIA, Consulta sobre Tomografia Computadorizada. Acesso em 12/fev/2007.

YIN, R. K. **Estudo de Caso – Planejamento e Métodos**. Tradução Daniel Grassi. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YIP, G. S. Gateways to entry. **Harvard Business Review**, V. 60, Issue 5, p.85-92, September-October, 1982.

YIP, G. S. Diversification Entry: internal Development versus Acquisition. **Strategic Management Journal**, V. 3, Issue 4, p. 331-345, October-December, 1982.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)