

Estudo de caso de dois hospitais: estratégias, estrutura, competências organizacionais e o desempenho financeiro

Case study of two hospitals: strategies, structure, organizational skills and financial performance

Djair Picchiai¹, Alessandro Ranulfo Lima Nery²

Palavras-chave:

estratégia, estrutura, competências, hospital, desempenho e saúde

Keywords:

strategy, structure, competence, alignment, performance and production

RESUMO

INTRODUÇÃO: O desempenho organizacional é muito importante e este deve estar relacionado a resultados em todos os sentidos, principalmente o resultado econômico. Para uma organização da área da saúde, um hospital, isso também deve ser uma realidade. **OBJETIVO:** Analisar a gestão de dois hospitais na região metropolitana de São Paulo, estudando a aplicação dos conceitos: estratégia, estrutura e competências organizacionais e os relacionar com o conceito e com o resultado financeiro desses hospitais. **METODOLOGIA:** Pesquisa de campo quantitativo-qualitativa, descritiva de corte transversal. Foram analisados fatos e fenômenos ocorridos no processo de gestão desses hospitais por meio de publicações em revistas e sites das instituições pesquisadas, e entrevista estruturada, onde se procurou a validação dos dados e percepção dos principais executivos sobre o tema estudado. **RESULTADOS:** Para os dois hospitais foram feitos indicadores relacionados a competência organizacional e ao resultado financeiro e foi possível estabelecer uma correlação e estabelecer uma comparação. **CONCLUSÃO:** Um maior alinhamento, concorrência e consistência entre as estratégias, estruturas e competências, ocasionará um melhor desempenho financeiro do hospital. For both hospitals were developed indicators related to organizational competence and to the financial results in order to establish correlation and a comparison between them.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Organizational performance is very important and this should be related to mainly economic results. For a healthcare organization, an hospital, it should also be a reality. **OBJECTIVE:** To analyze the management of two hospitals in the metropolitan region of São Paulo, studying the application of the strategy concepts, structure and organizational skills and relate them with the financial result. **METHODOLOGY:** Survey of quantitative-qualitative, descriptive cross-sectional field. Facts and phenomena occurring in the process of managing these hospitals through publications in magazines and websites of the institutions surveyed, and structured interview, considering the validation of data and perceptions of CEOs on the topic studied. **RESULTS:** For both hospitals were developed indicators related to organizational competence and to the financial results in order to establish correlation and a comparison between them. **CONCLUSION:** A better alignment and consistency competition between the strategies, structures and skills, will cause a bigger financial performance of the hospital.

Recebido em: 11/09/2014 – Aprovado para publicação em: 18/03/2015

1. Doutorem Administração, Professor do Departamento de Administração da EAESP-FGV - Escola de Administração de Empresas de São Paulo - Fundação Getulio Vargas, São Paulo, SP, Brasil. FACCAMP – Faculdade Campo Limpo Paulista, Campo Limpo Paulista, SP, Brasil.

2. Professor, Mestre – SENAC – Centro Universitário do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, São Paulo, SP, Brasil – UBS Faculdade União, São Paulo, SP, Brasil.

Estudo desenvolvido na EAESP-FGV - Escola de Administração de Empresas de São Paulo - Fundação Getulio Vargas, São Paulo, SP, Brasil

Fontes de financiamento: o presente estudo não obteve financiamento externo

Potenciais conflitos de interesse: os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem informados

Contato: Djair Picchiai - Rua São Gall, 485, Vila Anglo Brasileira, São Paulo, SP, Brasil, 05054-170, tel.: +55 11 99192-4205. E-mail: djair.picchiai@fgv.br

Introdução

Este trabalho tem como objetivo estudar e analisar as estratégias, as estruturas e as competências organizacionais de hospitais da cidade de São Paulo. E, também realizar o levantamento das características gerenciais, de produção e desempenho dos hospitais.

As relações entre as estratégias, as estruturas e as competências organizacionais, serão estudadas a partir dos fatores determinantes para sua gestão (financeira, comercial, pessoais, produção e tecnologia da informação).

A preocupação com o desempenho organizacional é um fator importante em qualquer setor econômico. Já é de conhecimento da literatura que as estratégias, estruturas e competências organizacionais quando alinhadas, consistentes e coerentes influenciam o desempenho financeiro do hospital (Picchiai, 2012) (Hrebiniak, 2006) (Kaplan *et al.*, 2004) (Mintzberg, 2001).

Todo hospital precisa de uma estratégia norteadora, que defina objetivos e propósitos, o negócio ou negócios em que vai operar, os serviços que irá oferecer e de que maneira tentará se distinguir de seus pares. Sem uma estratégia, uma organização carece de clareza para atingir a verdadeira excelência. Sem direção e foco, fica difícil até mesmo ser eficiente nas operações (Porter, 1996).

Praticamente todos os hospitais pesquisados estão em processo de expansão de sua capacidade produtiva, não somente no que diz respeito a leitos de alta complexidade. Nota-se que existe uma tendência a diversificação da rede, onde os hospitais investem na criação de leitos de menor complexidade e de unidades ambulatoriais e de medicina diagnóstica.

Para garantir a competitividade no setor da saúde, os hospitais privados necessitam relevantes investimentos não só tecnológicos, mas de metodologias e programas que auxiliem na obtenção de diferenciais competitivos, como as certificações nacionais e internacionais, entre outros. Para isto é necessário estabelecer objetivos e traçar as estratégias para alcançá-los. Tal excelência seria fruto do comprometimento com a resolubilidade, qualidade assistencial e custos aceitáveis.

No entanto, muitos prestadores de serviços de saúde organizam-se de forma pré-determinada, num padrão generalizado que não atende a essas questões estratégicas e organizacionais. As metas são indefinidas ou enquadradas em termos de sustentabilidade financeira ou serviços à comunidade, em vez de no valor ao paciente. As linhas de serviço são amplas e espelham as de outras organizações comparáveis - outros centros médicos acadêmicos, outros hospitais comunitários e outras práticas da vizinhança. A prestação dos serviços de saúde é, na verdade, governada por práticas e tradições arraigadas. As estruturas organizacionais são dirigidas pela oferta, em vez de pelos clientes, e, assim, consistem

em grupos formados por especialidades e funções compartilhadas, como manda a tradição. Poucos prestadores se auto mensuram ou se consideram responsáveis pelos resultados ao paciente. As considerações gerenciais tendem a ficar em último lugar na lista de prioridades.

Os dois hospitais pesquisados ocupam um espaço importante na economia paulista e brasileira. Esta importância é dada nas formas de tecnologias adotadas, estruturas organizacionais desenhadas, recursos humanos utilizados, produtos e serviços oferecidos, clientela atendidas e localização geográfica. Estas formas são frutos das decisões e ações tomadas pelos sócios proprietários fundadores e principais gestores dos hospitais. Os dois hospitais estudados são considerados de excelência.

Esta pesquisa foi realizada devido à necessidade e à importância de se conhecer as práticas de gestão dos hospitais do Estado de São Paulo. Concentrou-se nos conceitos de estratégia, estrutura e competências organizacionais, os quais têm entendimentos diversos na literatura. A partir das teorias sobre gestão e como elas são percebidas na prática, em campo, pelos gestores hospitalares e procurou-se verificar como ocorrem o alinhamento, a coerência e a coexistência entre estes conceitos aplicados e o resultado financeiro obtido.

Referencial teórico

Estratégia

Muitos autores pesquisam e definem o conceito de estratégia. De maneira geral, a estratégia de uma empresa descreve como ela pretende criar valor para os sócios, clientes e beneficiários, devendo ser resultante da identificação de tendências e oportunidades de mercado.

Assim sendo, entende-se estratégia como a formulação da visão de futuro, da missão (e/ou papel institucional) e dos objetivos e metas da empresa, bem como o plano de ação para alcançá-los e maneiras de se obter vantagens competitivas (Oliveira, 1989; Barney; Hesterly, 2007).

Todos os hospitais possuem uma estratégia que, assim como outras empresas, pode ser desenvolvida, explicitamente, por meio de um processo de planejamento, como pode evoluir, implicitamente, ao longo do tempo, por intermédio das suas atividades funcionais no contexto das rotinas diárias.

Para Mintzberg e Quinn (2001) a estratégia tem como objetivo, fixar a direção, focalizar o esforço, definir a organização e prover consistência às ações. A estratégia enquanto plano é uma direção, um guia ou orientação para o futuro, ou seja, é a definição dos líderes em relação ao longo prazo em relação ao que se pretende (Mintzberg; Quinn; 2001).

Uma das premissas ao se estudar estratégia é a de que uma empresa só pode controlar seu próprio destino se aprender a controlar o destino de seu setor, dado que a estratégia empresarial focaliza, primordialmente, a relação da empresa com o seu ambiente competitivo (Fleury & Fleury,

2008). Neste sentido, segundo Hamel e Prahalad (1995), o principal desafio é ser o autor da transformação do setor.

A estratégia determina como a empresa pretender lidar com a concorrência e se posicionar em seu setor. Neste sentido, representa a maneira como as empresas buscam estabelecer uma posição lucrativa sustentada e associada à criação de valor para os acionistas, clientes e demais *stakeholders*, o que Porter (1980) chamou de “posicionamento estratégico”.

Segundo Fleury & Fleury (2008), as estratégias competitivas são: excelência operacional, produtos inovadores e orientação para clientes. A excelência operacional exige da empresa um esforço interno para constantemente melhorar processos e reduzir custos. Já as empresas que optam pela competição baseada em produtos inovadores garantem o seu sucesso econômico devido à lucratividade que alcançam no período em que usufruem de posição de monopólio de mercado. Posicionar a empresa no foco do cliente implica desvendar as suas necessidades a ponto de conhecê-las tão bem, ou melhor, que ele próprio (Fleury & Fleury, 2008).

Segundo Oliveira (1989) as empresas podem dispor da estratégia para otimizar o uso dos recursos, otimizar a exploração das possíveis oportunidades, tornar-se altamente competitivas, além de superar a concorrência. Para isso, deve ser uma opção inteligente, econômica e viável, sempre.

A estratégia não é um processo gerencial isolado, é uma das etapas de um processo contínuo lógico que movimenta toda a organização, desde a declaração do negócio pelo sócio proprietário, até o trabalho executado pelos empregados da linha de frente e de suporte (Kaplan, 2004).

A gestão estratégica é elaborar, por meio de uma abordagem inovadora e criativa, uma estratégia competitiva que assegure o êxito da organização nos negócios atuais (Moysés Filho *et al.*, 2010).

Para Moysés Filho *et al.* (2010), planejamento estratégico envolve o processo de seleção dos objetivos a serem alcançados por uma organização. Determina as políticas e os programas estratégicos necessários para atingir tais objetivos, bem como define os métodos adequados para assegurar a execução dessas políticas e desses programas. Estabelece uma forma sistemática para tomada de decisões, visando garantir o sucesso em seu ambiente atual e futuro. As dificuldades dos micro e pequenos empresários estão no como fazer, por falta de recursos e tempo, pois tudo é no curto prazo.

O planejamento estratégico se refere ao estabelecimento de objetivos em longo prazo e o consequente desenvolvimento e implementação de planos formais para atingir esses objetivos, sendo mais comum a sua presença em empresas de melhor desempenho. As pesquisas evidenciam que as pequenas empresas com planejamento estratégico tendem ser mais inovadoras e alcançam maiores níveis de crescimento, sendo menos propensas a falência (Wang, *et al.*, 2006).

Thomas Canon comenta que, de todos os contrastes entre os negócios de sucesso e os que fracassam, o mais importante fator de diferenciação é a estratégia (Thomas Canon citado em Olson & Currie, 1992, p.50 *apud* Wang *et al.*, 2006).

No livro “Estratégia em Ação”, Kaplan e Norton (2004) mostram como as empresas adeptas bem sucedidas seguem cinco princípios gerenciais para tornar-se “organização orientada para a estratégia”, a saber: traduzir a estratégia em termos operacionais; alinhar a organização à estratégia; transformar a estratégia em tarefas de todos; converter a estratégia em processo contínuo e mobilizar a mudança por meio da liderança executiva. Kaplan e Norton nos fornecem, com isto, alguns elementos importantes para a análise e que devem ser priorizados.

Se os ativos intangíveis (conhecimento, marca) da organização representam mais de 75% de seu valor, a formulação e a execução da estratégia devem tratar explicitamente da mobilização e do alinhamento desses ativos. Nesse sentido, é considerada uma abordagem “de fora para dentro” (Fleury & Fleury, 2008). Uma alternativa é a abordagem de “dentro pra fora”, conforme o portfólio de recursos da empresa (físicos, financeiros, intangíveis, organizacionais, humanos), suas competências e capacitações, que possibilitam explorar o seu potencial de diferenciação competitivo (Fleury & Fleury, 2008). Estas abordagens de dentro para fora e de fora para dentro se complementam.

Estrutura organizacional

A visão tradicional das organizações hospitalares objetivando apenas uma estrutura voltada para suas próprias atividades específicas, de acordo com Gonçalves (1998), já foi superada por estilos de gestão voltados para a integração crescente e a presença ativa dos integrantes da organização e sua motivação, com resultados fartamente positivos no desempenho da instituição. Segundo este, as estruturas tradicionalmente utilizadas pelos hospitais brasileiros situavam-se na esfera funcional, em que cada unidade, serviço ou departamento tinha um conjunto diferenciado de deveres e responsabilidades. Modelo no qual foi adequado a seus propósitos há mais de quarenta anos, quando as rotinas hospitalares caracterizavam-se por um desempenho estável desejado pelos administradores hospitalares, enfatizando apenas como fazer uma tarefa específica. O autor ressalta que em condições pouco modificáveis o modelo propiciava atingir os objetivos limitados pela própria tarefa. Entretanto, em um cenário de contínuas mudanças das necessidades da clientela, dos processos e dos resultados desejados, tal estrutura funcional, de características fortemente hierarquizadas e verticalizadas, se mostrou insatisfatória, principalmente em relação à expectativa de cooperação entre os diversos segmentos da instituição com vistas a atingir o objetivo no qual o hospital encontra sua própria razão de existir.

Pereira (2000) em seu artigo a respeito das mudanças estratégicas em organizações hospitalares ressalta que a natureza do ambiente em que a organização está inserida é quase sempre conceitualizada como algo a ser adaptado ou controlado e, desta forma, a organização pode adaptar sua estrutura, seu sistema de informações, seus modelos administrativos e de relações humanas, sua tecnologia, seus produtos, seus valores e suas normas ou pode, ainda, adaptar sua definição de ambiente. Diante disto, as organizações, para serem competitivas e lucrativas (Hall, 1984 *apud* Pereira, 2000), precisam ser permeáveis ao meio ambiente, ou seja, devem manter-se atentas às suas alterações, não deixando de perder de vista o referencial ambiental como o principal tópico do processo de mudança e adaptação estratégica.

A estrutura organizacional deve estar atrelada à estratégia da organização. Esta estrutura está condicionada pela estratégia a ser adotada e deve ser alterada de acordo com as necessidades do mercado. Por sua vez, a estrutura também influencia a implantação da estratégia ao longo do tempo (Chandler, 1962).

A estrutura de uma empresa é a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como é feita a coordenação entre essas partes. Conforme o trabalho organizacional torna-se mais complexo, os meios que facilitam a coordenação parecem mudar do ajustamento mútuo para a supervisão direta e desta para a padronização, inicialmente dos processos de trabalho, depois para os resultados ou habilidades, finalmente revertendo para o ajustamento mútuo, novamente. (Mintzberg, 2001).

De acordo com Carballada (2001), a organização do trabalho é um processo de interações sociais que produz regras; estas, em determinado momento, se materializam em uma estrutura que, por sua vez, determina parcialmente as interações.

A organização pode operar sob diversas formas (Mintzberg, 2001):

Fluxo da autoridade formal: refere-se ao fluxo do poder formal hierarquia abaixo. Apesar deste modelo de organograma já estar sendo considerado inadequado, o mesmo representa um retrato da divisão de trabalho e exibe as posições existentes na organização, o agrupamento das mesmas em unidades e a forma como a autoridade formal opera sobre elas;

Fluxos regulamentados: é um modelo que dá mais ênfase à padronização, do que à supervisão direta;

Fluxo das comunicações informais: enfatiza o ajustamento mútuo na coordenação; sistema de processo decisório *ad hoc*: representa uma decisão estratégica desde seu início até seu fim; Sistema de constelação: neste tipo de operação, os membros pertencentes à organização se agrupam por afinidades, não estando relacionadas à hierarquia dentro da mesma.

As organizações são estruturadas a fim de apreender e dirigir sistemas e fluxos e determinar os inter-relacionamentos das diferentes partes. As cinco partes que a compõem, segundo Mintzberg (2011) são:

Núcleo operacional: composto pelos operadores, ou seja, as pessoas que executam o trabalho básico de fabricar produtos ou prestar serviços. Nas organizações mais simples os operadores são grandemente autossuficientes, coordenando-os por meio do ajustamento mútuo;

Cúpula estratégica: refere-se a uma forma de supervisão direta, utilizada à medida que a organização cresce e a divisão de trabalho requer uma supervisão em tempo integral;

Linha intermediária: criada a partir da necessidade de se ter mais cargos de chefia dentro da organização, conforme esta se expande. É uma hierarquia de autoridade entre o Núcleo Operacional e a Cúpula Estratégica;

Tecnoestrutura: formada por analistas, ou seja, pessoas situadas fora da linha de autoridade da organização, com o propósito de coordenar o trabalho, visando o crescimento da organização;

Assessoria de apoio: refere-se à parte da organização cujas unidades prestam assessoria de natureza diferente às demais unidades, não efetuando a padronização.

Mintzberg (2011) pensou e desenvolveu estes modelos tendo como foco as grandes empresas. As formas de estrutura organizacional, descritas por Mintzberg (2011) são, a saber:

Estrutura simples: é caracterizada pela pouca elaboração. Possui pequena ou nenhuma tecnoestrutura, ou assessoria de apoio, diferenciação mínima entre as unidades e pequena hierarquia administrativa, há pouco planejamento, treinamento e instrumentos de interligação. Burocracia mecanizada: nela há padronização de responsabilidades, de qualificações e de canais de comunicação. Há normas de trabalho e hierarquia de autoridade devidamente definidas.

Burocracia profissional: nela o trabalho operacional é estável. É um tipo de configuração democrática e autônoma.

Forma divisionalizada: é um conjunto de entidades (divisões) quase autônomas, unidas por meio de uma central administrativa – o escritório central. Esta estrutura é amplamente utilizada no setor privado. Representa um tipo de configuração sobreposta a outras, onde cada divisão apresenta sua própria estrutura.

Adhocracia: é capaz de fundir indivíduos de diferentes especialidades, em equipes de projetos *had hoc*. É uma estrutura orgânica, com pouca formalização de comportamento e com o trabalho baseado no treinamento formal. Tem uma tendência a agrupar os especialistas em unidades funcionais, com finalidade de administração interna e possui apoio nos instrumentos de interligação para encorajar o ajustamento mútuo. É uma forma de estrutura fluída, confusa, e que pode causar ambiguidade.

Vale lembrar também a existência da estrutura informal nas organizações, que complementa a estrutura formal estabelecida pela empresa. A estrutura informal proporciona maior rapidez em determinados processos, reduz a carga de comunicação (burocracia) e, em muitos casos, motiva e integra as pessoas da empresa (Picchiali, 2011).

Estudos indicam que os resultados das relações entre estrutura e desempenho dependem da inter-relação entre os parâmetros utilizados para tal. Por estes estudos, pode-se concluir que a estruturação eficaz requer um rigoroso ajuste entre os fatores situacionais (ambientais) e os parâmetros a serem delineados, a estruturação eficaz exige adequação interna entre os parâmetros.

Competências organizacionais

A escolha da estratégia é condicionada pela posição do hospital no mercado. Ao mesmo tempo, esse posicionamento é função da importância relativa das competências organizacionais que o hospital aporta para o desempenho competitivo no mercado. No processo de criação de vantagens competitivas é necessário alinhar a estratégia à competência organizacional e às áreas assistenciais.

Segundo King, Fowler e Zeithaml (2002) (King *et al.*, 2002), os recursos estratégicos fundamentais são o conhecimento e as habilidades que uma organização adquire com o tempo. Copiá-los rapidamente é uma tarefa difícil, uma vez que exige a reprodução de investimentos em aprendizado que consomem muito tempo (Collis, 1991; Dierick & Cool, 1989) *apud* (King *et al.*, 2002). Estas, as competências tácitas, são importantes para a vantagem competitiva porque são específicas em relação ao contexto e, portanto, muito mais difíceis de serem imitadas pelos concorrentes (King *et al.*, 2002).

O gerenciamento das atividades internas do hospital é uma competência mais tácita de acordo com King, Fowler e Zeithaml, ou seja, que requer conhecimentos extensivos acerca das divisões e funções existentes no hospital, adquiridos por meio da experiência. Como exemplo, cita que a competência vinculada a um procedimento cirúrgico específico pode perder seu valor, caso se desenvolva um tratamento alternativo não invasivo. E, embora tal competência possa ter extrema importância para a atual vantagem competitiva do hospital, sua contribuição futura é duvidosa em decorrência das mudanças no ambiente. Em contrapartida, uma competência ligada à contenção de despesas é bastante robusta por ser útil em uma gama mais ampla de condições ambientais. Justifica que, as qualificações individuais dos médicos são bastante móveis, ao contrário das habilidades conjuntas de uma unidade cirúrgica estabelecida, que representam uma competência menos móvel. Por isso, relata que a robustez aumenta o valor das competências, conferindo-lhes

maior durabilidade e contribuindo para tornar sustentável a vantagem competitiva de uma empresa.

De acordo com estes autores, são exemplos de competências organizacionais de empresas do setor hospitalar:

Capacidade de competir de maneira flexível: habilidade de agir rapidamente, iniciar programas, fechar programas, aproveitar oportunidades;

Conhecimento em administração do processo de atendimento ao paciente: antes, durante e após a hospitalização;

Conhecimento na área de gerenciamento de informática: tais como associação das práticas médicas a cadastros médicos on-line e serviços de diagnóstico por imagem; capacidade de atrair executivos para cargos chave; treinamento de médicos e funcionários quanto à utilização das informações; e, Conhecimento em gerenciamento de riscos.

Segundo Picchiali (2007) as competências gerenciais são componentes do perfil profissional dos gestores (diretores, chefes, etc.) e contribuem para o exercício eficaz e eficiente de suas atribuições, assim como no cumprimento de seus papéis organizacionais. O conhecimento conceitual, técnico e humano transforma-se em competências gerenciais graças aos gestores. As competências gerenciais são elementos constitutivos da estratégia organizacional e devem estar a ela alinhadas, contribuindo para a formação das competências organizacionais.

A formação local de competências organizacionais é o que cria as condições para o desenvolvimento sustentado. São as competências dominadas pela empresa que sustentam a gestão estratégica em suas decisões de focalização, expansão, diversificação ou similares. As competências organizacionais também são um conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais.

As competências organizacionais “estabelecem as vantagens competitivas da organização no contexto em que se insere” (Ruas, 2002; Fleury, 2000) *apud* (Dutra, 2004).

De acordo com Fleury (2004), ao definir sua estratégia competitiva, a empresa identifica as competências essenciais do negócio e as competências necessárias a cada função – as competências organizacionais. Segundo a autora, cada organização possui diversas competências organizacionais, localizadas em diversas áreas; destas, apenas algumas são as competências essenciais, aquelas que a diferenciam e que lhe garantem uma vantagem competitiva sustentável perante às demais organizações. Portanto, a competitividade depende, no longo prazo, da administração do processo de aprendizagem organizacional, que vai reforçar e promover as competências organizacionais e vai dar foco e reposicionar as estratégias competitivas. Desta forma, ressalta Lei, “As competências essenciais, para serem eficazes, devem estar evoluindo e mudado constantemente por meio da aprendizagem organizacional permanente”. (Lei, *et al.*, 2008).

A aprendizagem organizacional deve estar focada na construção da heurística complexa da definição e da solução de problemas que se tornam a base da vantagem competitiva (Itami, 1987; Nonaka, 1991; Fleury & Fleury, 2008).

De acordo com Senge (1999), quando a gestão do processo em uma organização é considerada de forma sistêmica, englobando a gestão administrativa, a gestão da qualidade e a gestão do conhecimento, as empresas, tendem a alcançar um nível maior de desenvolvimento e estabilidade de mercado; pois quando o todo funciona de forma sistêmica, o feedback resultante deste processo proporciona novas discussões e as melhorias necessárias para uma readequação do processo. É o processo de aprendizagem que alimenta o desenvolvimento das competências individuais e organizacionais (Senge, 1999).

Prahalad e Hamel (1990) definem competência como um conjunto de habilidades e tecnologias, e não uma única habilidade e tecnologia isolada que permita a uma empresa oferecer determinado benefício. Estes autores diferenciam competências organizacionais e competências essenciais. As competências essenciais, diferentemente das organizacionais, seriam aquelas que obedecem a três critérios: oferecem reais benefícios aos consumidores, são difíceis de imitar e dão acesso a diferentes mercados.

Segundo Fleury & Fleury (2003) a competitividade está cada vez mais relacionada ao desempenho de redes interorganizacionais. No processo de reestruturação das empresas e de seus negócios, a competitividade exige eficiência coletiva; empresas têm de focar suas competências essenciais (core competences) e procurar parcerias para complementar recursos e realizar seus objetivos. Segundo Fleury (2003), a participação de uma empresa em uma rede interorganizacional requer mudanças significativas no modelo pelo qual a empresa toma decisões.

A competitividade de uma organização se estabelece na dinâmica inter-relação entre as competências organizacionais e a estratégia competitiva (Fleury & Fleury, 2008).

Segundo Porter (1996) “as escolhas de posicionamento determinam não somente quais atividades a empresa desempenhará e como essas atividades serão configuradas, mas também como essas atividades estarão relacionadas entre si”.

De acordo com a “visão da empresa baseada no conhecimento”, as empresas são comunidades sociais cujo principal papel é administrar seu conhecimento de forma mais eficiente que seus competidores. O crescimento da empresa está diretamente vinculado à aquisição de conhecimento, que é um processo evolutivo baseado no acúmulo da experiência da empresa (Penrose, 1959).

O conceito de competência organizacional tem suas raízes na abordagem da organização como um portfólio de recursos. De acordo com a abordagem da *resource-based view (RBV)*

of the firm, toda empresa tem um portfólio: físico (infraestrutura), financeiro, intangível (marca, imagem, etc.), organizacional (sistemas administrativos, cultura organizacional) e recursos humanos. Este é um modelo de desempenho com foco nos recursos controlados por uma empresa (Barney e Clark, 2007), tendo como conceitos-chave recursos, competências organizacionais e competências essenciais, entre outros.

Os recursos, no modelo RBV, são definidos como ativos tangíveis e intangíveis que a empresa controla e que podem ser usados para criar e implementar estratégias. Os recursos da empresa podem ser definidos de forma ampla como “qualquer coisa que possa ser pensada como uma força ou uma fraqueza da firma” (Wernerfelt, 1984). Assim sendo, os recursos podem ser classificados em quatro amplas categorias: recursos financeiros, recursos físicos, recursos individuais e recursos organizacionais (Barney, 2007).

A RBV baseia-se em duas suposições fundamentais sobre recursos que empresas podem controlar. Primeiro, empresas diferentes podem possuir conjuntos diferentes de recursos, mesmo que estejam competindo no mesmo setor, a suposição de heterogeneidade de recursos. Em segundo lugar, algumas dessas diferenças de recursos entre empresas podem ser duradouras (Barney, 2007).

A RBV assume que as empresas obtêm vantagens competitivas sustentáveis por meio de implementação de estratégias que explorem suas forças internas, respondendo às oportunidades do ambiente, enquanto neutralizam as ameaças ambientais e evitam as fraquezas internas (Barney, 1991). Este mesmo autor cita posteriormente que recursos organizacionais raros e valiosos só podem ser fontes de vantagem competitiva sustentável se as empresas que não os possuem enfrentam uma desvantagem de custo para obtê-los ou desenvolvê-los, comparadas às empresas que já os possuem (Barney, 2007).

Assim, o elemento central da RBV é a análise dos recursos e das competências das organizações, o que as torna únicas e são suas fontes de vantagem competitiva sustentável. A partir da RBV é possível analisar os diferentes recursos que uma empresa possui, bem como o potencial de cada um destes para gerar vantagens competitivas. De forma a identificar as forças e as fraquezas internas de uma empresa. A crítica à RBV está na dificuldade para a criação do framework analítico (Gilgeous & Parveen, 2001).

Os recursos são, portanto, os atributos que diferenciam, pela sua singularidade, uma empresa das demais. Cada empresa possui um conjunto único de recursos, que emerge das suas rotinas e trajetória. São os recursos da empresa, consubstanciados em competências e capacitações que criam e exploram lucrativamente um potencial de diferenciação latente nos mercados. As áreas assistenciais e as competências organizacionais são os diferenciais competitivos dos hospitais.

Outra premissa básica da RBV é de que as firmas diferem de forma fundamental em seus modos de operar porque cada uma delas possuirá um agrupamento singular de recursos – seus ativos, competências e capacitações específicas. Tidd *et al.* (1998) recomendam, esta “deve ser encarada como uma forma de aprendizagem e experiência corporativa em termos de combinar maior eficiência com complexidade e mudanças”.

Outra ferramenta de análise dos recursos internos da organização é modelo VRIO que permite a análise dos recursos internos por meio de quatro aspectos: Valor, Raridade, Imitabilidade e Organização (VRIO). Uma ferramenta que integra dois modelos teóricos existentes: a perspectiva do posicionamento (Porter, 1989) e a visão baseada em recursos (Penrose, 1959).

O modelo VRIO permite identificar implicações competitivas dos recursos e capacidades de uma empresa, se são uma fonte de desvantagem competitiva, paridade competitiva, vantagem competitiva temporária ou vantagem competitiva sustentável e até que ponto constitui forças ou fraquezas (Barney, 2007). Às vezes, os mesmos recursos podem ser forças em um mercado e fraqueza em outro.

Discussão de conceitos

Nas grandes empresas, o processo de tomada de decisão é mais lento, o feeling do decisor perde o espaço para o formalismo do processo. Isso diminui sensivelmente a velocidade de decisão.

Objetivos

Estudar e analisar as estratégias, as estruturas e as competências organizacionais de hospitais da cidade de São Paulo.

Realizar o levantamento das características gerenciais, de produção e desempenho dos hospitais. Analisar as relações entre as estratégias, as estruturas e as competências organizacionais, a partir dos fatores determinantes para sua gestão (financeira, comercial, pessoas, produção e tecnologia da informação).

Metodologia

Coleta de Dados

Tem-se neste tópico a definição dos procedimentos metodológicos onde são apontados os caminhos e as técnicas seguidas para a investigação. A abordagem metodológica adotada foi uma pesquisa de campo quantitativo-qualitativa, descritiva de corte transversal.

Trata-se de uma investigação empírica, por meio do estudo de múltiplos casos, cuja finalidade principal foi o delineamento ou análise dos fatos, dados e fenômenos ocorridos no processo de gestão dos hospitais (SP). Os dados foram coletados por meio de publicações em revistas e sites das instituições pesquisadas e utilizando-se entrevistas estrutu-

radas, onde se procurou a validação dos dados e percepção dos principais gestores sobre o tema.

A fundamentação teórico-metodológica do trabalho foi realizada por meio da leitura de artigos (teses e monografias) sobre o assunto. Procurou-se verificar possíveis modelos teóricos de referência em estratégia, estrutura e competências organizacionais. Além disso, buscou-se identificar como os pesquisadores analisam a gestão hospitalar por meio de seus modelos teóricos de referência.

Em relação ao método: inicialmente estabeleceu-se:

1. Um protocolo de pesquisa. A formação de um quadro sinótico estruturado, com as tabelas e informações de produção, estratégia, estrutura, competências e desempenho financeiro das instituições pesquisadas.
2. Uma pesquisa de campo. A fim de proporcionar uma fundamentação vivencial das funções gerenciais dos gestores hospitalares foram aplicadas entrevistas estruturadas com os principais gestores das instituições estudadas. A entrevista foi desenvolvida baseada em aspectos relacionados à estratégia, estrutura e competências organizacionais.

A entrevista é uma forma de conversa assimétrica, em que uma das partes procura coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (Gil, 1999). Perguntas realizadas e os objetivos a serem atingidos com as respostas dos gestores hospitalares. De acordo com Collado *et al.*, 2006 as entrevistas semi-estruturadas “baseiam-se em um guia de assuntos e questões e o pesquisador tem liberdade de introduzir mais questões para a precisão de conceitos e obter mais informações sobre os temas pesquisados”.

A pesquisa de campo caracterizou-se exploratória e descritiva. É exploratória, pois busca apresentar mais informações, proporcionando aos leitores imersão no conhecimento sobre o tema pesquisado. É descritiva porque se pretendeu apresentar características sobre a gestão dos hospitais.

3. Avaliação da literatura. Realizou-se uma revisão crítica da literatura, levantando estudos da produção científica nacional e internacional referente à aplicação de técnicas de gestão em hospitais. Foi levantada uma amostra de publicações, composta por livros, congressos/encontros, dissertações, teses e, principalmente, artigos de revistas qualificadas pela CAPES (Qualis) que tratam da temática, publicados no período entre 1963 a 2012. Os artigos foram analisados por meio da leitura e fichamento, para o melhor entendimento conceitual e contribuição teórica ao tema estudado.

Os dados coletados e analisados, para os dois hospitais, referem-se ao período de 2008 a 2012.

Estudo de caso

Para identificar e analisar os processos de formação de estratégias, estruturas e competências organizacionais nos hospitais

foi desenvolvido um estudo descritivo, de caráter exploratório, utilizando-se de perguntas quantitativas e qualitativas.

É descritiva por ter como objetivo principal a descrição de algo e apenas relatar como ocorrem certos fenômenos ou como se comportam certas variáveis em determinada situação, sendo orientada por hipóteses teóricas pré-estabelecidas sobre o fenômeno estudado (Malhotra, 2001).

É um estudo de caso duplo e específico sobre os conceitos de estratégia, estrutura e competências organizacionais e suas inter-relações aplicadas aos hospitais. Yin (2005) enfatiza a importância dos estudos de casos múltiplos, dizendo: “é provável que a maioria dos projetos de casos múltiplos seja mais forte do que os projetos de caso único”.

Marconi e Lakatos (2001) descrevem que há uma diferença entre análise e interpretação: a primeira é a tentativa de evidenciar as relações existentes entre aquilo que é estudado em comparação com outros fatores. Já na interpretação se verificam as relações existentes entre as variáveis independentes e dependentes, bem como da variável, com a finalidade interveniente de se obter conhecimentos sobre o fenômeno.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas com foco nos conceitos de estratégias, competências organizacionais e estrutura. Foram contemplados no roteiro de entrevista, também, os aspectos financeiros, de comercialização e de marketing, de produção e de logística, de pessoas, de operações, de terceirização, de tecnologia da informação e dos produtos e serviços oferecidos. Analisou-se o desenho organizacional, os fatores determinantes das estratégias utilizadas e as competências organizacionais.

Estes aspectos são elementos componentes das estratégias, competências e estruturas organizacionais das micro e pequenas empresas, e estão presentes nos artigos levantados durante a revisão da literatura.

Descrição dos hospitais

Tabela 1. Estrutura do hospital Bandeirantes, panorama histórico

ESTRUTURA	2008	2009	2010	2011	2012
Área construída (m ²)	29.500	29.500	30.000	30.000	26.000
Funcionários não médicos	937	1.110	1.257	1.479	1.514
Médicos cadastrados	1.858	2.444	2.752	4.189	3.000
Leitos Operacionais	183	228	204	255	240

Fonte: Observatório ANAHP. Publicação em site da ANAHP e publicação do Valor Econômico

Tabela 2. Produção do hospital Bandeirantes, desempenho histórico 2008 - 2012

PRODUÇÃO	2008	2009	2010	2011	2012
Internações	11.038	10.912	11.517	11.878	13.095
Atendimentos ambulatoriais	42.616	42.153	44.945	90.054	47.162
Urgências e emergências (PS)	65.655	65.434	76.013	78.846	82.342
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)	87.631	495.145	973.576	44.081	118.681
Cirurgias	7.179	7.224	7.786	13.467	8.579

Fonte: Observatório ANAHP. Publicação em site da ANAHP e publicação do Valor Econômico

Tabela 3. Estrutura do hospital Sírio Libanês, panorama histórico

ESTRUTURA	2008	2009	2010	2011	2012
Área construída (m ²)	97.050	90.991	99.989	90.000	99.898
Funcionários não médicos	3.412	3.765	3.740	4.279	4.498
Médicos cadastrados	2.756	2.961	3.079	3.356	3.792
Leitos Operacionais	313	333	341	350	367

Fonte: Observatório ANAHP.

Tabela 4. Produção hospitalar do Sírio Libanês, desempenho histórico 2008 - 2012

SERVIÇOS	2008	2009	2010	2011	2012
Internações	14.489	15.642	16.874	17.502	18.677
Atendimentos ambulatoriais	16.439	34.555	39.207	70.609	61.402
Urgências e emergências (PS)	47.204	54.766	66.138	77.514	81.671
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)	1.761.637	2.214.110	2.631.310	3.040.167	3.678.892
Cirurgias	15.250	15.914	16.286	16.471	20.442

Fonte: Observatório ANAHP. Publicação em site da ANAHP e publicação do Valor Econômico

Análise dos dados

Nesta seção será feita a análise e discussão dos resultados obtidos após a análise dos dados referentes aos hospitais Sírio Libanês e Bandeirantes. A análise será feita apresentando uma tabela com os dados, os indicadores calculados e Gráficos.

Os indicadores Médicos cadastrados, Funcionários não médicos e Leitos por área foram criados para determinar um indicador de estrutura relacionado a estratégia. Os indicadores cujo denominador é a quantidade de leitos está relacionado

à estratégia do hospital. Os indicadores que apresentam a receita no numerador, como receita por médico ou receita por leito são indicadores relacionados à competência do hospital.

A terceira parte da tabela indica a variação percentual dos dados, ilustra o quanto cresceu ou diminuiu e, no caso da última linha, mostra o valor do aumento ou redução da receita em milhões de Reais de um ano para o outro.

Hospital Sírio Libanês

A tabela a seguir apresenta os dados de estrutura, serviços e receita referente ao hospital e os indicadores determinados.

Para a análise da receita foi considerada a inflação, os valores da receita foram deflacionados, ou seja, atualizados para dezembro de 2012. O Quadro 1 mostra o IPCA de cada

Tabela 5. Informações do Hospital Sírio Libanês

Indicadores	2008	2009	2010	2011	2012
Receita (milhões de Reais)	514,7	660,8	760,4	865,4	1.085,3
Médicos cadastrados/área	2,8398	3,2542	3,0793	3,7289	3,7959
Funcionários/área	3,5157	4,1378	3,7404	4,7544	4,5026
Médicos cadastrados/leitos	8,8051	8,8919	9,0293	9,5886	10,3324
Funcionários/leitos	10,9010	11,3063	10,9677	12,2257	12,2561
Atendimentos ambulatoriais/funcionários	4,8180	9,1780	10,4832	16,5013	13,6510
Internações/funcionário	4,2465	4,1546	4,5118	4,0902	4,1523
Internações/médicos cadastrados	5,2573	5,2827	5,4804	5,2151	4,9254
Receita/médico	1,8676	2,2317	2,4696	2,5787	2,8621
Receita/Funcionário	1,5085	1,7551	2,0332	2,0224	2,4129
Receita/leito	1,6444	1,9844	2,2299	2,4726	2,9572
Crescimento em relação ao ano anterior					
Funcionários não médicos		10,35%	-0,66%	14,41%	5,12%
Médicos cadastrados		7,44%	3,99%	9,00%	12,99%
Leitos Operacionais		6,39%	2,40%	2,64%	4,86%
Internações		7,96%	7,88%	3,72%	6,71%
Atendimentos ambulatoriais		110,20%	13,46%	80,09%	-13,04%
Cirurgias		4,35%	2,34%	1,14%	24,11%
Receita		28,39%	15,07%	13,81%	25,41%
Valor de variação da Receita		146,10	99,60	105,00	219,90

Fonte: Pesquisa

ano e os valores da receita em milhões de Reais atualizados para dezembro de 2012.

O número de funcionários decresce do ano de 2009 para 2010, o número de atendimentos ambulatoriais decresce no do ano de 2011 para 2012. Nos demais casos há sempre um aumento na quantidade de serviços, de pessoal ou de receita, mas este crescimento nem sempre é constante.

Quadro 1. Receita deflacionada do Hospital Sírio Libanês.

Ano	2008	2009	2010	2011	2012
IPCA (%)	5,90	4,31	5,91	6,50	5,69
Receita (milhões de Reais)					
Valor Atualizado (dez/2012)	640,03	787,75	855,91	914,64	1085,30

Hospital Bandeirantes

A seguir serão apresentados Gráficos e Tabelas referentes ao Hospital Bandeirantes.

Para a análise da receita foi considerada a inflação, os valores da receita foram deflacionados, ou seja, atualizados para dezembro de 2012. O Quadro 2 mostra o IPCA de cada ano e os valores da receita atualizados para dezembro de 2012.

No período analisado há crescimento na quantidade de funcionários cadastrados, no número de médicos cadastrados ocorre um aumento até o ano de 2011, no ano de 2012 há uma redução do número de médico cadastrados em relação a 2011. Com relação ao número de leitos operacionais de 2008 para 2009 e de 2010 para 2011 há um aumento, de 2009 para 2010 e de 2011 para 2012 há uma redução de número de leitos operacionais.

Comparação dos dois hospitais

A seguir estão os Gráficos comparando os dois hospitais.

O Gráfico 1 ilustra a evolução do indicador Receita por funcionário ao longo dos anos. Pela análise do Gráfico conclui-se que há uma tendência de crescimento deste indicador, a receita cresce mais que o número de funcionários para os dois hospitais, mas este crescimento é mais acentuado para o Hospital Sírio Libanês. Além disso, este indicador é maior para o Hospital Sírio Libanês.

Para o hospital Sírio Libanês o coeficiente de correlação é mais próximo de 1, o que garante uma maior correlação, mas vale ressaltar os seguintes aspectos para o mesmo número de médicos: a receita do Sírio Libanês é maior que a receita do Hospital Bandeirantes. A inclinação da reta de tendência do Hospital Sírio Libanês tem coeficiente angular igual a 0,5327 e para o Hospital Bandeirantes é 0,0431, ou seja, pode-se inferir que para cada médico novo no quadro do Hospital Sírio Libanês a receita deste Hospital aumenta quase 11 vezes mais que a receita do Hospital Bandeirantes. Os dados utilizados para esta análise são referentes ao período de 2008 a 2012.

Tabela 6. Informações do Hospital Bandeirantes.

Indicadores	2008	2009	2010	2011	2012
Receita (milhões de Reais)	130,20	143,00	183,00	216,20	248,00
Médicos/área	0,062983	0,082847	0,091733	0,139633	0,115385
Funcionários/área	0,031763	0,037627	0,0419	0,0493	0,058231
Médicos/leitos	10,15	10,72	13,49	16,43	12,50
Funcionários/leitos	5,12	4,87	6,16	5,80	6,31
Atendimentos ambulatoriais/médicos	22,94	17,25	16,33	21,50	15,72
Atendimentos ambulatoriais/funcionários	45,48	37,98	35,76	60,89	31,15
Internações/funcionário	11,78	9,83	9,16	8,03	8,65
Internações/médicos	5,94	4,46	4,18	2,84	4,37
Receita/médico	7,01	5,85	6,65	5,16	8,27
Receita/Funcionário	13,90	12,88	14,56	14,62	16,38
Receita/leito	7,11	6,27	8,97	8,48	10,33

Crescimento em relação ao ano anterior	2008	2009	2010	2011	2012
Funcionários não médicos		18,46%	13,24%	17,66%	2,37%
Médicos cadastrados		31,54%	12,60%	52,22%	-28,38%
Leitos Operacionais		24,59%	-10,53%	25,00%	-5,88%
Internações		-1,14%	5,54%	3,13%	10,25%
Atendimentos ambulatoriais		-1,09%	6,62%	100,36%	-47,63%
Cirurgias		0,63%	7,78%	72,96%	-36,30%
Receita		9,83%	27,97%	18,14%	14,71%
Valor de variação		12,80	40,00	33,20	31,80

Quadro 2. Receita deflacionada do Hospital Bandeirantes.

Ano	2008	2009	2010	2011	2012
IPCA (%)	5,90	4,31	5,91	6,50	5,69
Receita (milhões de Reais)					
Valor Atualizado (dez/2012)	161,90	170,47	205,98	228,50	248

A receita do Hospital Sírio Libanês é superior à Receita do Hospital Bandeirantes. Mas, comparando a sensibilidade da Receita do Hospital Sírio Libanês com a sensibilidade da Receita do Hospital Bandeirantes, este apresenta uma sensibilidade menor, a sensibilidade do Hospital Sírio Libanês é aproximadamente 10 vezes maior que a do Hospital Bandeirantes. Isso significa que o aumento de um leito no Hospital Sírio Libanês acarreta um aumento na receita 10 vezes maior no Sírio Libanês se compa-

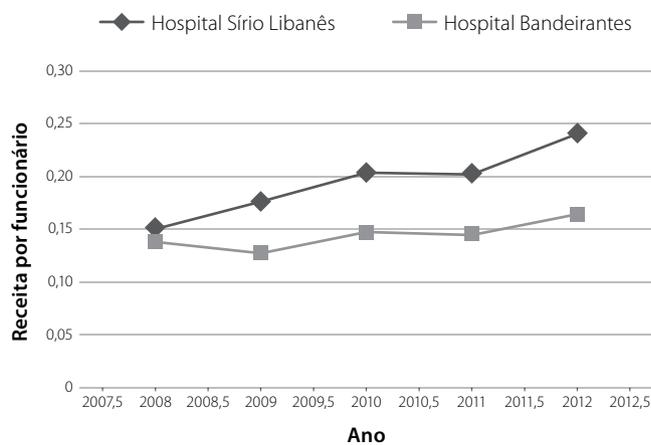


Gráfico 1. Indicador Receita por funcionário - Hospital Sírio Libanês e Hospital Bandeirantes.

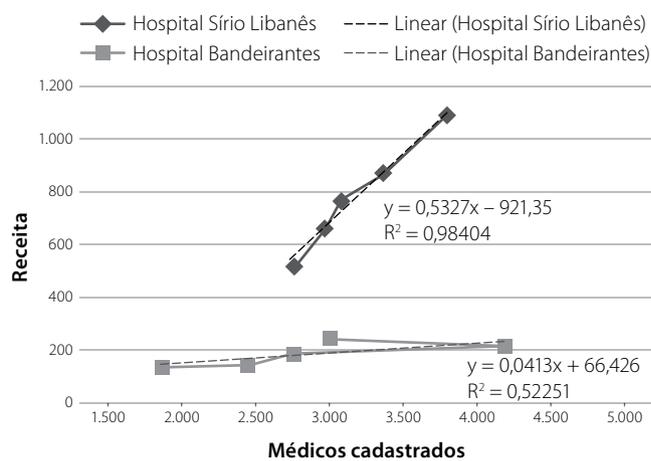


Gráfico 2. Receita versus número de médicos cadastrados em função dos anos - Hospital Sírio Libanês e Hospital Bandeirantes.

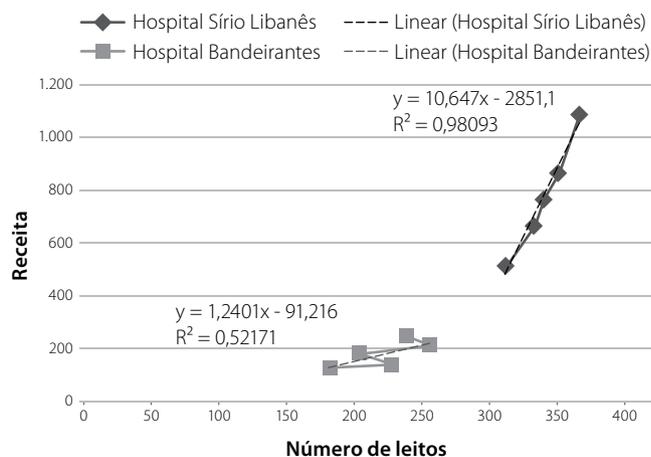


Gráfico 3. Receita versus Número de Leitos Operacionais - Hospital Sírio Libanês e Hospital Bandeirantes.

rado com o Hospital Bandeirantes. Os dados utilizados para esta análise são referentes ao período de 2008 a 2012.

Conclusão

Quanto maior o alinhamento, a coerência e a consistência entre as estratégias, estruturas e competências organizacionais encontradas, maior será o desempenho financeiro do hospital. É o que se encontra na literatura sobre o tema. Os dados reais dos dois hospitais envolvidos demonstram esta suposição.

As respostas explicitadas nos Gráficos 2 (médicos cadastrados) e 3 (leitos operacionais) mostram que o desempenho financeiro do Hospital Sírio Libanês (medido pelo aumento do crescimento da receita) é maior do que o desempenho financeiro do Hospital Bandeirantes. Uma explicação possível é dada pela marca do Hospital Sírio Libanês (importante variável no momento da negociação dos contratos) e também aos procedimentos de maior complexidade, em maior número, no caso do Hospital Sírio Libanês, o que gera um maior crescimento marginal da receita.

Referências bibliográficas

- Barney J; Clark, DN. Resource-Based Theory. Creating and sustaining competitive advantage. Oxford University Press, 2007.
- Barney, J; Hesterly, WS. Administração Estratégica e Vantagem Competitiva. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- Carballeda, G. Uma contribuição possível dos ergonomistas para a análise e a transformação da organização do trabalho. In: DUARTE, Francisco. (Org.) Ergonomia e projeto na indústria de processo contínuo. Rio de Janeiro: Editora Lucerna, 2001. p. 281- 297.
- Collado, Carlos H.; Lucio, Pilar B.; Sampieri, Roberto H. Metodologia de Pesquisa. 3ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- Collis, D. A resource-based analysis of global competition: The case of the bearings industry. Strategic Management Journal. 1991; 12: 49-68
- Dierick, I. & Cool, K. Asset stock accumulation and sustainability of competitive advantage. Management Science 35. 1989; 12: 1504-1511
- Dutra, Joel Souza. Competências. Conceitos e Instrumentos para a Gestão de Pessoas na Empresa Moderna. São Paulo, Editora Atlas S.A., 2004.
- Dutra, Joel Souza. Gestão de Pessoas por Competência: Modismo ou Conceito em Construção? In: Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2004. p. 21-35
- Fleury, Afonso, Fleury, Maria Tereza Leme. Alinhando Estratégia e Competências. RAE, vol.44, n.1, jan/mar, 2004.
- Fleury, Afonso, Fleury, Maria Tereza Leme. Estratégias empresariais e formação de competências. Um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.
- Fleury, Afonso, Fleury, Maria Tereza Leme. Estratégias, aprendizagem e competências organizacionais. In: Estratégias empresariais e formação de competências. São Paulo: Atlas, 2004. p. 47-69.
- Fleury, Afonso, Fleury, Maria Tereza Leme. Multinationais Brasileiras. Competências para a Internacionalização. 1ª Edição. Rio de Janeiro, 2012.
- Fleury, Maria Tereza Leme, Oliveira JR. Moacir de Miranda. Gestão estratégica do conhecimento. Integrado aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.
- Gigeousl, V; Parveen, K. Core competency requirements for manufacturing effectiveness: Integrated Manufacturing Systems. 2001; 12: 217-227.
- Gil, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed São Paulo: Editora Atlas 1999.
- Gonçalves, E. Estrutura Organizacional do Hospital Moderno. RAE - Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan/mar 1998.
- Hamel, G.; Prahalad, C. K. Competindo pelo Futuro: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã. Rio de Janeiro: Campus: 1995.
- Hrebiniak, L. G. Fazendo a estratégia funcionar: o caminho para uma execução bem sucedida. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- Kaplan, Robert S., Norton, David P. Mapas estratégicos – Balanced Scorecard: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- King, AW; Zeithaml, CP. Competências organizacionais e vantagem competitiva: o desafio da gerência intermediária. RAE - Revista de Administração de Empresas, v. 42, n. 1, Jan./Mar. 2002.
- Lei, D.; Hitt, M.A.; Bettis, R. Competências essenciais dinâmicas mediante meta aprendizagem e o contexto estratégico. In: Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Atlas, 2008. p. 47- 69.
- Malhotra, N. K. Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. Fundamentos da metodologia científica. 4ªed. Ver. Ampl. São Paulo: Atlas, 2001.
- Mintzberg, H. Criando organizações eficazes: estrutura em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 1995.
- Mintzberg, H. Safaria da Estratégia: Um roteiro para a selva do Planejamento Estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000.
- Mintzberg, H.; Quinn, J. B. O processo da estratégia. 3ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- Moysés Filho, J. et al. Planejamento e gestão estratégica: em organizações de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.
- Oliveira, Djalma Pinho Rebouças de. Planejamento Estratégico: Conceitos Metodologias, Práticas. Editora Atlas, 1989.
- Penrose, E. The theory of the growth of the firm. Johns Hopkins University, New York, 1959.
- Pereira, Antônio Nunes. A importância do controle interno para gestão de empresas. 1º Congresso USP Iniciação Científica em Contabilidade, 7 e 8 de Agosto 2004.
- Pereira, MF. Mudanças estratégias em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. RAE - Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 40, n. 3, Jul./Set. 2000.
- Picchiai, Djair. Competências gerenciais: caso de um hospital público. FUNDAP. São Paulo, 2007.
- Picchiai, Djair. Estratégia, estrutura e competências: três empresas de saúde. Cadernode Gestão pública e cidadania, V. 15, n. 56, São Paulo 2010.
- Picchiai, Djair. Modelos de Estruturas Organizacionais. FGV. São Paulo, 2011.
- Porter, M. E. What is strategy? Harvard Business Review. November/December. 1996; 61-78.
- Prahalad, C. K.; Hamel, G. The core competence of the corporation. Harvard Business Review. May/June 1990;79-91
- Robbins, S. P.; Judge, T.A., Comportamento organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro. 14ª edição. São Paulo: Pearson, 2010. 536 p.
- Ruas, R. Mestrado executivo, formação gerencial e a noção de competências: provocações e desafios. XXVI ENANPAD, Salvador, Bahia, 2002
- Senge, Peter M. A quinta disciplina. Editora Best Seller, 1990.
- Wang, Calvin; Walker, Elizabeth A.; Redmond, Janice. Explaining the lack of strategic planning in SMEs: The importance of owner motivation. International Journal of Organizational Behaviour, v. 12, n.1, p. 1-16, 2006.
- Wernerfelt B. A resource-based view of the firm. Strategic Management Journal 5. 1984; 2: 171-180.
- Barney, J. B. Firm resources and sustained competitive advantage. Journal of Management. 1991: 17: 99-120,
- Yin, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2005.