

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E NEGÓCIOS
NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL**

DIANA INDIARA FERREIRA JARDIM

**INVESTIMENTO DE CAPITAL ESTRANGEIRO EM HOSPITAIS BRASILEIROS:
O ambiente institucional e os prováveis cenários para 10 anos**

PORTO ALEGRE

2016

Diana Indiara Ferreira Jardim

INVESTIMENTO DE CAPITAL ESTRANGEIRO EM HOSPITAIS BRASILEIROS:
O ambiente institucional e os prováveis cenários para 10 anos

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão e Negócios, Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Negócios da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador(a): Prof. Dr. Marcelo Machado

Porto Alegre

2016

J37i

Jardim, Diana Indira Ferreira.

Investimento de capital estrangeiro em hospitais brasileiros : o ambiente institucional e os prováveis cenários para 10 anos / Diana Indira Ferreira Jardim. – 2016.

183 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, 2016.

"Orientador(a): Prof. Dr. Marcelo Machado."

1 Hospitais – Aspectos econômicos. 2. Investimentos estrangeiros – Brasil. 3. Empresas médicas. I. Título.

CDU 005

Diana Indiara Ferreira Jardim

INVESTIMENTO DE CAPITAL ESTRANGEIRO EM HOSPITAIS BRASILEIROS:

O ambiente institucional e os prováveis cenários para 10 anos

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão e Negócios, pelo Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Negócios da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Aprovado em 27 de abril de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Marcelo André Machado – UNISINOS

Guilherme Luís Roehe Vaccaro – UNISINOS

Ivan Lapuente Garrido – UNISINOS

Roger dos Santos Rosa – UFRGS

AGRADECIMENTOS

Ao final destes dois anos do curso de mestrado, em especial nos últimos meses, quando me dediquei à construção desta pesquisa e dissertação, várias pessoas contribuíram ao longo desta jornada. Algumas por se afastarem e permitirem a minha imersão nos estudos e aprendizagem, outras pela presença marcante e incentivadora, mas registro aqui minha gratidão especial:

Ao meu noivo, Rodrigo Silveira da Rocha, por ter aceito o desafio de viver esse período conturbado, com muito carinho e apoio incondicional. Eu te amo!

Aos meus pais, João Jorge da Silva Jardim e Naida Berenice Ferreira Jardim, por me ensinarem a correr atrás de meus sonhos, a persistir sempre e acreditar no meu potencial, respeitando minha ausência em tantos encontros familiares neste período. Vocês são meu norte, meu guia, meu porto seguro!

Ao meu orientador, Marcelo Machado, pela paciência e todos conselhos que possibilitaram a realização desta pesquisa e meu desenvolvimento como acadêmica.

Aos professores, Dr. Guilherme Luís Roehe Vaccaro e Dr. Ivan Lapuente Garrido, pelas importantes orientações e reflexões nos momentos que necessitei e, em especial, no exame de qualificação.

Ao diretor de Provimento de Saúde da Unimed Porto Alegre, Paulo Roberto Soares, pelas orientações e reflexões em tantos momentos, que, direta e indiretamente, estimularam-me a seguir em frente e querer fazer o melhor sempre.

À superintendente de Provimento de Saúde da Unimed Porto Alegre, Daniele Couto Curtinove, pelo incentivo e apoio à realização deste mestrado, em especial, pela tolerância pelos momentos em que estive ausente da atividade profissional.

À minha equipe, profissionais competentes que conduziram com destreza as mais diversas situações durante minha ausência e, além de tudo, são meus grandes incentivadores. Adoro trabalhar com vocês!

RESUMO

Esta pesquisa procurou mapear os cenários que se desenvolverão nos próximos dez anos no mercado hospitalar brasileiro, considerando o ambiente institucional do País a partir da mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23, que permitiu, em janeiro de 2015, investimento externo direto em serviços de assistência à saúde. Foi realizado um painel de *experts* com 13 representantes de projeção nacional dos grupos de hospitais, operadoras, governo, trabalhadores da área de saúde e investidores estrangeiros. A partir destas informações, foram construídos cenários, por meio de uma *survey* para uma amostra de 134, em que atores da área de saúde brasileira indicaram o grau de probabilidade de cada variável, para a construção final dos cenários prospectivos. Os principais resultados de estudo indicam que a complexidade do mercado hospitalar será o maior desafio para o investidor estrangeiro. Não há sinais de barreiras que impeçam o investimento de estrangeiros em hospitais, entretanto, não se sabe se haverá algum tipo de regulação e qual órgão será responsável. Os modos de entrada que serão utilizados pelos investidores de capital estrangeiro será *joint venture*, em um primeiro momento, e alguns investimentos de *brownfield*, ou aquisição. Entretanto, todos prezam por cautela e têm comprometimento gradual, atuando, principalmente, em cidades com alto PIB per capita e com forte atuação da saúde suplementar.

Palavras-chave: Investimento estrangeiro no Brasil. Ambiente Institucional. Mercado Hospitalar brasileiro. Análise de Cenários. Modos de Entrada.

ABSTRACT

This research attempts to map the probable scenarios that may develop over the next ten years in the Brazilian hospital market, considering the institutional environment of the country from the Law change No 8080/1990, art. 23, which allowed in January 2015, foreign direct investment in health care services. This research was released to a panel of experts comprised of 13 national representatives of Hospitals groups, operators, government, health workers and foreign investors. The information derived from this panel, scenarios were built and submitted through a survey to a sample of 134 stakeholders who indicated the probability of each variable to the final constructor of prospective scenarios. The main results of the study indicate that the complexity of the hospital market will be the biggest challenge for the foreign investor. Currently, there are no signs of barriers that would prevent foreign investment in hospitals, however, in the future, whether there will be regulations and which agency will be responsible. The entry modes adopted by foreign equity investors will be joint venture with Brazilian companies at first, then, potentially brownfield investments, or acquisitions. Investments will be implemented gradually, mainly in cities with high GDP per capita and strong performance of private health insurance companies.

Key-words: Foreign investment in Brazil. Institutional Environment. Brazilian hospital market. Scenario Analysis. Entry modes.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo do The Investment Development Path (IDP).....	28
Quadro 2 - Síntese Teórica Investimento Externo Direto	64
Quadro 3 - Síntese Teórica sobre Ambiente Institucional	66
Quadro 4 - Síntese Teórica sobre o Setor de Saúde Brasileiro.....	67
Quadro 5 - Sujeitos da pesquisa exploratória.....	76
Quadro 6 - Sigla de identificação dos especialistas entrevistados	77
Quadro 7 – Relação entre objetivos específicos, roteiro das entrevista, e autores...81	
Quadro 8 - Categorias de análise a priori.....	85
Quadro 9 - Categorias de análise a <i>posteriori</i>	86
Quadro 10 - Relação dos Objetivos Específicos com as Seções de Análise	96
Quadro 11 - Siglas de identificação dos especialistas entrevistados	97
Quadro 12 – Como será o ambiente institucional da saúde brasileira sob a ótica do painel de experts	117
Quadro 13 – Estratégias de entrada que podem ser adotadas pelos investidores estrangeiros nos próximos dez anos.....	131
Quadro 14 - Estatística Descritiva e Testes de Friedman de questões sem diferenças probabilísticas	139
Quadro 15 – Variáveis com maior média, considerando cálculo de Estatística Descritiva e Testes de Friedman, nas questões com diferenças probabilísticas.....	141
Quadro 16 - Variável 1.A: Comparação entre Kruskal-wallis divergente e Análise descritiva por grupo.....	143
Quadro 17 - Variável 9.A: Comparação entre Kruskal-wallis divergente e Análise descritiva por grupo.....	144
Quadro 18 - Variável 12.B: Comparação entre Kruskal-wallis divergente e Análise descritiva por grupo.....	145
Quadro 19 - Variável 15.C: Comparação entre Kruskal-wallis divergente e Análise descritiva por grupo.....	145
Quadro 20 - Variável 17.A: Comparação entre Kruskal-wallis divergente e Análise descritiva por grupo.....	146
Quadro 21 - Cenários Prospectivos: consenso sobre o que certamente ocorrerá	147
Quadro 22 - Cenários Prospectivos: consenso sobre o que é improvável acontecer	149

Quadro 23 - Cenários Prospectivos: consenso sobre o que **talvez aconteça**.....150

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - % PIB investido em Saúde.....	13
Figura 2 - Imperfeições de mercado e o Paradigma Eclético	30
Figura 3 - Determinantes do País Anfitrião para Investimento Externo Direto	32
Figura 4 - Modo hierárquico de seleção de modos de entrada	37
Figura 5 - Framework Conceitual de Instituições	46
Figura 6 - Valor em USD per capita	49
Figura 7 - Fluxos financeiros do sistema de saúde do Brasil	51
Figura 8 - Fontes e fluxos financeiros no Setor hospitalar Brasileiro.....	52
Figura 9 - Hospitais com Acreditação no Brasil.....	56
Figura 10 - Desenho da coleta de dados	72
Figura 11 - Cadeia de valor do setor de saúde privada.....	73
Figura 12 - Análise dos dados quantitativos.....	93
Figura 13 - Respondentes da Survey conforme Grupo de Sujeitos da Pesquisa....	134
Figura 14 – Distribuição dos respondentes conforme idade	135

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tipo de Hospitais por região no Brasil.....	55
Tabela 2 - Tipo de Hospital conforme Esfera Administrativa.....	55
Tabela 3 - Número de leitos públicos e privados.....	55
Tabela 4 - Distribuição de frequências dos agrupamentos	136
Tabela 5 - Cruzamento entre Gênero e Cluster	136
Tabela 6 - Cruzamento entre Escolaridade e Cluster.....	136
Tabela 7 - Idade média e desvio padrão por Cluster.....	137
Tabela 8 - Cruzamento entre Área de atuação e Cluster	138
Tabela 9 - Associação entre o grupo de Sujeito e os clusters.....	138
Tabela 10 - Kruskal-wallis com divergências.....	142

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACI	Accreditation Canada International
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMB	Associação Médica Brasileira
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BPM5	Balance of Payments Manual: Fifth Edition
BRIC	Brasil, Rússia, Índia e China
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDI	O Caminho do Desenvolvimento do Investimento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DFI	Direct Foreign Investment
DRG	Diagnosis Related Group
ERP	Enterprise Resource Planning
EUA	Estados Unidos da América
FENAFAR	Federação Nacional dos Farmacêuticos
GDP	Gross Domestic Product
GM	Gabinete do Ministério
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM	International Business Machine
IDP	The Investment Development Path

IED	Investimento Externo Direto
IESS	Instituto de Estudos da Saúde Suplementar
JCI	Joint Commission International
MBA	Master in Business Administration
ME	Ministério da Educação
MNEs	Multinational Enterprises
MS	Ministério da Saúde
NHA	National Health Accounts
NIAHO	National International Accreditation for Healthcare Organization
OLI	Ownership, Location and Internalization
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OS	Organização Social
OSCIP	Organização de Sociedade Civil de Interesse Público
PAHO	Pan American Health Organization
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PPP	Parcerias Público Privadas
RBV	Resource-based view
RDC	Resolução Diretoria Colegiada
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats
TCU	Tribunal de Contas da União
THE	Total Health Expenditure
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio do Sinos
USD	United State Dollar
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	World Health Organization
WOS	Wholly-owned subsidiaries ou subsidiária integral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Definição do Problema de Pesquisa	15
1.2 Objetivos	19
1.2.1 Objetivo Geral	19
1.2.2 Objetivos Específicos	19
1.3 Relevância do Estudo	20
1.4 Organização do Trabalho	22
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
2.1 Decisão de Investimento Externo Direto	24
2.1.1 Modos de Entrada	32
2.2 Papel do ambiente institucional	39
2.2.1 Análise do ambiente institucional	45
2.3 Setor de Saúde no Brasil	47
2.3.1 Mercado Hospitalar Brasileiro	54
2.3.2 Investimento de Capital Estrangeiro na Saúde Brasileira.....	59
2.4 Síntese Teórica	64
3 MÉTODO	70
3.1 Delineamento da pesquisa	70
3.1.1 Etapas do Estudo	71
3.2 Campo de estudo da pesquisa	73
3.3 Etapa exploratória	74
3.3.1 Sujeitos do painel de <i>experts</i>	75
3.3.2 Painel de <i>Experts</i>	78
3.3.3 Análise de dados da fase exploratória	83
3.3.4 Categorias de análise.....	84
3.3.5 Construção de Cenários Prospectivos	86
3.4 Etapa descritiva	90
3.4.1 Plano de Amostragem.....	90
3.4.2 Coleta de dados	92
3.4.3 Tratamento dos dados.....	93
3.4.4 Limitação do Método	95
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	96

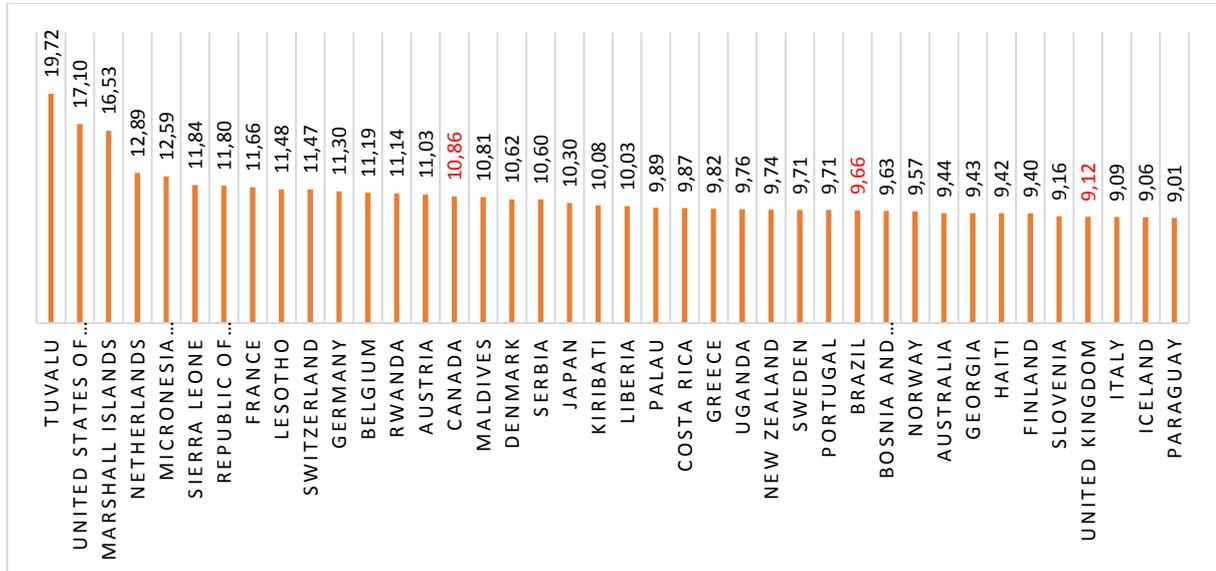
4.1 O ambiente institucional da saúde brasileira nos próximos dez anos.....	97
4.2 Estratégias de entrada para investidores estrangeiros, sob a ótica de <i>experts</i>	119
4.3 Análise de dados quantitativos.....	134
4.4 Os Cenários Prospectivos mapeados	146
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
5.1 Limitações do Estudo	156
5.2 Indicações para estudos futuros	157
REFERÊNCIAS.....	158
APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA PAINEL EXPERTS	171
APÊNDICE B – SURVEY: INSTRUMENTO DE COLETA	174
APÊNDICE C – RESUMO DADOS COLETADOS NA SURVEY	183

1 INTRODUÇÃO

A gestão da saúde de um país é um desafio para qualquer governo e, no Brasil, pode ser especialmente complexa devido a suas proporções continentais e tamanho da população, que ultrapassa 200 milhões de pessoas (IBGE, 2015).

O Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, em 2015, foi de R\$ 5,9 trilhões de reais (IBGE, 2016). Porém, em 2013, o investimento global em saúde, público e privado, em termos percentuais do PIB, foi de 9,66%, cerca de R\$ 450 bilhões de reais. Apesar do Brasil ter um percentual dentro da média de outros países que oferecem cobertura universal de saúde à sua população, como a Inglaterra e Canadá, conforme figura 1, a participação no PIB não traduz a mesma magnitude no gasto per capita, principalmente, se entender que apenas 48,24% destas despesas em saúde foram financiadas pelo setor público, responsável pelo atendimento de três quartos da população brasileira (ANS, 2014).

Figura 1 - % PIB investido em Saúde



Fonte: Dados WHO, 2013, NHA indicators, Total health expenditure (THE) % Gross Domestic Product (GDP). Gráfico elaborado pela pesquisadora, selecionando os países com mais de 9% do PIB investido em saúde.

O Tribunal de Contas da União (TCU, 2014) realizou um diagnóstico sobre a estrutura da saúde no Brasil, compilando indicadores e pesquisas realizadas no ano de 2013, no qual evidenciou significativas desigualdades entre os estados

brasileiros, considerando este “o maior problema do sistema de saúde do Brasil”, e explica que, enquanto “alguns estados apresentam indicadores semelhantes aos dos países desenvolvidos, outros estão muito mais próximos dos países africanos” (TCU, 2014, p.148). Esse relatório menciona alguns problemas “graves, complexos e recorrentes” (TCU, 2014, p.133), como a insuficiência de leitos, superlotação de emergências hospitalares, o baixo índice de médicos por habitantes, a carência de profissionais de saúde, a falta de medicamentos, a estrutura física inadequada e a insuficiência de recursos de tecnologia da informação na rede hospitalar brasileira.

O financiamento do Sistema Único de Saúde (PAIM, 2011) é oriundo de receitas estatais dos impostos pagos por todos cidadãos e das contribuições sociais descontadas dos trabalhadores, compondo, com as receitas de impostos, as proporções de 58% da União, 24,7% dos estados e 17,3% dos municípios.

Se considerado que o governo investe toda sua capacidade na saúde da população brasileira, e que as pessoas físicas e jurídicas, de capital privado, também estão no limite de suas capacidades de investimento, seria necessário encontrar outras formas para melhorar a situação da assistência à saúde brasileira.

O reporte global da Organização Mundial de Saúde sobre os sistemas de financiamento da saúde para uma cobertura universal (WHO, 2010) sugere discussões de formas inovadoras para aumentar os fundos de investimento da saúde no nível internacional, acreditando que é possível evoluir mais rapidamente do que já se fez no passado e se tornar mais “eficiente e equitativo na utilização dos recursos” (WHO, 2010, p.11).

Um exemplo de mudança na forma de gestão da saúde de um país inteiro é a China, que se comprometeu, até 2020, a fornecer serviços de saúde "seguros, eficazes, convenientes e acessíveis" a todos os residentes urbanos e rurais, com “uma clínica médica e um hospital em cada região do país” (WHO, 2010, p.7). Além dos US\$ 124 bilhões de dólares investidos inicialmente em reestruturar os serviços defasados e conectar as informações de saúde da população com tecnologias mais avançadas, o governo autorizou o investimento de capital estrangeiro em todo mercado de saúde chinês, inclusive, com incentivos fiscais em algumas cidades de maior interesse.

Lin e Tsai (2010, p.1) mencionam que o capital estrangeiro tem tido um papel importante na orientação do mercado de economias em desenvolvimento, como a

China, promovendo crescimento econômico e evolução social, ajudando a atingir a transição do planejamento central para a economia de mercado orientada.

A Índia vive uma realidade similar à brasileira, com falta de profissionais em saúde e estrutura física precária dos serviços. O investimento de capital estrangeiro em hospitais foi uma das soluções encontradas pelo país para arrecadar mais dinheiro e reestruturar a saúde pública indiana (CHANDA, 2007).

A *World Investment Prospects Survey 2012-2015* classifica o Brasil como o 5º país mais atraente para investimentos estrangeiros futuros (UNITED NATIONS, 2012), entretanto, poucas transações foram noticiadas sobre a mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23, alterada em janeiro de 2015, que permite investimento de capital estrangeiro em hospitais brasileiros. Considerando a oportunidade de desbravar este horizonte, que começa a ser desenhado, é que a presente pesquisa assume o desafio de olhar para os próximos dez anos e mapear os cenários prováveis, abordando, ainda, o ambiente institucional que envolve este setor e impacta na análise da decisão de investimento externo direto.

1.1 Definição do Problema de Pesquisa

A participação de empresas e capitais estrangeiros na assistência à saúde brasileira era permitida em apenas quatro casos, até dezembro de 2014 (Lei 8.080/1990, Lei 9.263/1996 e Lei 9.656/1998):

- a) em operadoras de planos de saúde;
- b) em fabricação e distribuição de insumos médico-hospitalares, como medicamentos e equipamentos;
- c) em doações de organismos internacionais vinculados à ONU, entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;
- d) e ainda em serviço de saúde sem finalidade lucrativa, mantido por empresa para atendimento dos seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

Com a necessidade de capitalização e a proibição legal, alguns hospitais tornaram-se sociedades anônimas, para então emitir debêntures, visto que estes

títulos não representariam, a rigor, participação no capital social das empresas emissoras, mas permitiria o investimento de estrangeiros (MANDI; ADACHI, 2010).

Em 2012, a venda de 90% da operadora de planos de Saúde Amil, para a americana UnitedHealth, fomentou mais a discussão. Segundo o Jornal Folha de São Paulo, “o negócio, de cerca de R\$ 10 bilhões, incluiu 22 hospitais, pois a ANS aceitou o argumento de que seus hospitais são próprios e usados como forma de reduzir custos” (COLLUCCI, 2013, p. 1).

Conforme a Federação Brasileira de Hospitais (2015), o País conta com 6.827 hospitais, que oferecem 463.166 leitos, sendo que 70% estão destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Paim (2011) afirma que os leitos hospitalares financiados pelo setor público não são suficientes, inclusive, menciona que, em 1993, a densidade de leitos por cada 1.000 pessoas era de 3,3 e, em 2009, passou para 1,9, um dos índices mais baixos entre todos os países da Organização para Desenvolvimento e Cooperação Econômica, ficando atrás apenas do México, que é 1.7.

O único dado oficial do Ministério da Saúde Brasileiro que sugere um número ideal de leitos por 1.000 habitantes é Portaria nº 1101/GM, que sugere entre 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes (MS, 2002). A Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO, 2014) mostra que o Brasil está com uma média de 2,3, mas nas regiões Norte e Nordeste chega a 1,5.

Além disso, também são consideradas críticas as filas de meses para realização de cirurgia eletiva e a remuneração médica realizada pelo Sistema único de Saúde, conforme relatado pela mídia nacional, como a reportagem publicada pela Revista Veja (2010), que afirma que “ao menos 171.600 pessoas estão na fila para fazer uma cirurgia eletiva - procedimento agendado, que não possui característica de urgência. A demora para a realização de um procedimento ortopédico, por exemplo, pode levar até cinco anos”.

A qualidade do serviço também é influenciada pela insatisfação dos médicos que trabalham para o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o Instituto Brasileiro para Estudo e Desenvolvimento do Setor de Saúde, em média, a remuneração dos profissionais da área pública é metade da paga pela privada. Em alguns casos, a diferença é exorbitante: uma equipe de seis profissionais recebe 940 reais do SUS por cirurgia, enquanto receberia até 13.500 reais dos planos de saúde. (REVISTA VEJA, 2010)

Buscando soluções para este contexto, o Ministério da Saúde solicitou projetos para os próximos anos, focados em hospitais gerais, psiquiátricos, maternidades e emergência, com um item específico para a “construção, ampliação e reforma de unidades hospitalares” (MS, 2014, p.33). O presidente da Associação Paulista de Medicina, médico otorrinolaringologista Florisval Meinão, em debate realizado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP, 2013), sugere que:

A entrada de caixa externo pode ser uma solução, porém são necessárias regras bem definidas, pois trata-se de atividade estratégica, que exigirá um grande controle por parte da sociedade (MEINÃO in CREMESP, 2013, p. 02).

Outra preocupação que o debate do CREMESP (2013) menciona é a qualidade da assistência e a remuneração médica que empresas estrangeiras farão, além da preocupação com a gestão dos recursos públicos que, mesmo hoje insuficientes, nem sempre são bem utilizados.

Todos estes dilemas foram reforçados a partir de 17 de janeiro de 2015, quando a Lei federal 13.097/2015 foi criada, e seu artigo 142 alterou os dispositivos da Lei nº 8.080/1990, art. 23, passando a permitir a participação de capital estrangeiro em hospitais gerais ou especializados, incluindo a filantropia; em clínicas gerais, especializadas ou policlínicas; e em ações de pesquisa e planejamento familiar.

Por outro lado, o movimento de investir capital em outro país é uma decisão crítica e exige planejamento devido às consequências de longo prazo (BROUTHERS; HENNART, 2007). A experiência no país hospedeiro é considerada ponto crucial para expansão do negócio, pois está associada à exposição da empresa a determinadas atividades, como o conhecimento do funcionamento do mercado, da oferta e consumo de produtos, aos canais de acesso e imagem corporativa da instituição (JOHANSON; VHALNE, 1977; LUO et al. 1999).

Existe a crença de que a globalização, a velocidade dos meios de comunicação e todos os recursos tecnológicos existentes estão facilitando esta experiência e conhecimento para investimento além das fronteiras do país de origem da empresa. Entretanto, Brothers e Brothers (2000) lembram que as variáveis do ambiente institucional, das distâncias culturais e dos custos de transação devem ser

levadas em consideração na decisão de entrar em um mercado estrangeiro, sob pena de arriscar o sucesso do empreendimento. Ali et al. (2010) afirmam que, após pesquisar investimento externo direto em 69 países durante os anos de 1981 e 2005, o ambiente institucional não teve impacto significativo quando o investimento externo é no primeiro setor, mas influencia parcialmente em manufatura e expressivamente no segmento de serviços, em especial no custo de transação e produção.

Desta forma, por não saber como será realizado o investido de capital estrangeiro que chegar no Brasil focado na área hospitalar, o campo de estudo considerado nesta dissertação é o mercado hospitalar brasileiro, caracterizado pelos atores públicos e privados com e sem fins lucrativos, hospitais gerais e especializados, entidades mantenedoras, acionistas, conselheiros e sócios destas instituições; órgãos como o Ministério da Saúde (MS), Secretarias da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); associações hospitalares como ANAHP, Associação das Santas Casas, entre outras; agrupamento de profissionais da saúde, como enfermeiros, técnicos, administrativos, sindicatos variados e associações médicas; operadoras de planos de saúde, como cooperativas médicas, seguros de saúde, medicinas de grupo e autogestão; o Sistema Único de Saúde, entre outras fontes pagadoras públicas e privadas; e, ainda, fornecedores deste hospitais para produtos, medicamentos, softwares e equipamentos de saúde.

Acredita-se que o ingresso neste cenário pode ser desafiador para o investidor estrangeiro, por desconhecer o ambiente que irá confrontar, os movimentos de atores que podem exercer pressão sobre órgãos regulatórios, agindo de forma diferente do que ocorre com o investidor nacional, além de possíveis mudanças legais ou setoriais que impactem na gestão do negócio. O estudo do ambiente institucional procura dar conta dos padrões de interação da sociedade, mapeando variáveis, como regras formais e contatos informais, normas, leis e convenções, reduzindo a percepção de risco do negócio porque *“only when we*

understand these modifications in the behavior of the actors can we make sense out of the existence and structure of institutions” (NORTH,1990, p.17).

Considerando a recente abertura do mercado hospitalar brasileiro para investimento de capital estrangeiro, admitindo, ainda, a complexidade do cenário de saúde e as possíveis dificuldades que estrangeiros possam enfrentar do ponto de vista do ambiente institucional, é que se insere esta pesquisa, que tem a intenção de compreender como será o mercado hospitalar brasileiro nos próximos dez anos, identificando as principais mudanças que ocorrerão neste cenário, considerando os diversos atores e o ambiente institucional que o segmento está inserido.

Assim, esta dissertação buscou responder a seguinte questão de pesquisa: quais os prováveis cenários para os próximos dez anos no mercado hospitalar brasileiro, considerando o ambiente institucional do País a partir da mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23?

1.2 Objetivos

Para responder o problema descrito, estruturam-se os seguintes objetivos.

1.2.1 Objetivo Geral

Mapear os prováveis cenários para os próximos dez anos no mercado hospitalar brasileiro, considerando o ambiente institucional do País a partir da mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o ambiente institucional do mercado hospitalar brasileiro, considerando as dificuldades e oportunidades para o investimento de capital estrangeiro;

¹ Tradução da autora: “somente quando entendemos essas modificações no comportamento dos atores fará sentido a existência e a estrutura das instituições” (NORTH, 1990, p.17).

- b) Identificar possíveis modos de entrada que poderão ser utilizados pelos investidores estrangeiros que atuarão em hospitais brasileiros;
- c) Apresentar os prováveis cenários da próxima década, na opinião de atores da área de saúde no Brasil, considerando a mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23.

1.3 Relevância do Estudo

A abertura do mercado hospitalar brasileiro para investimento de capital estrangeiro traz oportunidades para o País com a possível inserção de novas tecnologias e métodos de gestão; aumento da concorrência, que leve, conseqüentemente, a maior qualidade nos serviços e processos; novas vagas de emprego; desenvolvimento do comércio local, como cadeia de suprimento destes novos empreendimentos e, talvez, os tratamentos de doenças críticas poderão chegar mais rápido à realidade brasileira.

O capital de empresas estrangeiras poderá aumentar a oferta de leitos e reduzir as disparidades regionais dos serviços de assistência à saúde. Entretanto, esta realidade está chegando de diversas formas ao País. Cabe um olhar mais profundo às oportunidades para o Brasil ter benefícios econômicos e sociais concretos, considerando também problemas que esta mudança na legislação possa gerar no País se não houver regulamentação como alguns grupos têm defendido.

Por outro lado, apesar do mercado em expansão e da promessa que o Brasil possa representar para investidores estrangeiros, ninguém investe dinheiro no desconhecido com riscos não calculados. A forma como as relações dão-se no âmbito fiscal, legal, trabalhista, mercadológico ou de propriedade, fazem parte do ambiente institucional do País e podem ser avaliados de forma geral pelo entrante. Porém, aspectos do segmento hospitalar, como a relação entre a empresa e órgãos do setor público, também devem ser considerados e podem influenciar a decisão de expansão do investidor.

No espaço de pesquisa e reflexão em que se insere este trabalho, pretende-se contribuir para a tomada de decisão de investidores estrangeiros, através de um diagnóstico do cenário hospitalar brasileiro, visualizando desafios e oportunidades,

bem como decifrando o ambiente institucional que o mercado hospitalar brasileiro oferece.

Mesmo considerando a variada teia de modelos de financiamento do sistema hospitalar brasileiro - como instituições predominantemente públicas, geridas por órgãos federais, estaduais ou municipais; instituições totalmente privadas, com e sem fins lucrativos, e modelos mistos, com recursos público e privado -, esta dissertação não fará um recorte ou seleção de qualquer dos modelos mencionados, visto que as entrevistas, coleta de dados e mapeamentos de cenários é que irão direcionar as oportunidades e desafios que investidores estrangeiros encontrarão.

Cabe ainda ressaltar que existem poucos estudos acadêmicos sobre este assunto, tanto no Brasil, quanto no exterior. Foi realizada uma busca no Portal de Periódicos (CAPES, 2015) com as palavras-chave *foreign investment hospitals*, em fevereiro de 2015. Identificou-se 132 artigos, sendo que, destes, apenas 14 tinham ligação com o tema, direcionando a uma leitura detalhada, o que levou à seleção de apenas dois estudos similares ao problema de pesquisa aqui apresentado, desenvolvidos pelos autores Lin e Tsai (2010) sobre a decisão de localização para investimento direto estrangeiro em novos hospitais na China; e de Chanda (2010) sobre investimento externo direto em hospitais na Índia.

A busca pelas mesmas palavras-chave citadas acima, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS, 2015), retornou 22 artigos, que, em uma breve busca pelos resumos dos artigos, levou à seleção de 8 para leitura criteriosa e nenhum deles se aproximava da problemática desta pesquisa.

Por último, foi feita uma busca no site Google Acadêmico (GOOGLE, 2015), que trouxe 223 mil respostas. Com o filtro por relevância, foram analisados mais de 30 artigos, identificando como útil à esta revisão teórica um segundo artigo de Chanda (2012), sobre as oportunidades e desafios do investimento de capital estrangeiro na Índia, e um artigo de Itumalla (2012) que trata do Sistema de saúde indiano e o investimento de capital estrangeiro.

Ainda, no decorrer desta pesquisa, Cunha (2014) defendeu sua dissertação de mestrado sobre a possibilidade de abertura de capital estrangeiro em hospitais brasileiros sob a ótica dos prestadores de serviço de saúde.

Assim, pode-se afirmar que o tema escolhido foi pouco explorado até o momento. No Brasil, o fato talvez seja explicado pelo fato da recente mudança na

legislação de abertura de capital estrangeiro para investimento em hospitais. Contudo, também não foi evidenciada a exploração do tema em outros países, o que confirma a relevância do estudo pelo seu ineditismo e a necessidade de aprofundar no fenômeno.

Vislumbra-se que, por aprofundar o debate científico e mapear o ambiente institucional brasileiro com enfoque no mercado hospitalar, esta será de grande valia aos investidores interessados em ingressarem no País, mas também ao governo, como Berry et al. (2010) pontuam, pois permite estabelecer políticas econômicas, financeiras ou legislativas, de relacionamento com outros países, evitando potenciais conflitos, além de gestores de serviços de saúde, públicos e privados, no que tange à discussão sobre a situação da saúde brasileira e, de alguma forma, para países que ainda enfrentarão dilemas similares.

1.4 Organização do Trabalho

Esta pesquisa está estruturada em cinco capítulos. O primeiro, introdutório, contextualiza o tema, define a problemática de pesquisa, delimita os objetivos gerais e específicos e esclarece os motivos e a relevância do trabalho.

O segundo capítulo traz o referencial teórico explorado para dar consistência à pesquisa. Tem a intenção de conduzir o leitor pela abordagem dos assuntos que envolvem a pesquisa, corroborando com a construção do conhecimento científico. Inicia pelas teorias de investimento externo direto e modos de entrada, bem como a influência do país hospedeiro; aborda, então, o papel do ambiente institucional e como analisá-lo; na sequência, detalha a situação específica de investimento de capital estrangeiro na saúde brasileira, resgatando a questão regulatória, até chegar na permissão em hospitais; e, para encerrar, no capítulo de revisão bibliográfica é feita a abordagem da estrutura e organização do setor de saúde no Brasil, perpassando por um diagnóstico do mercado hospitalar brasileiro.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada na pesquisa, esclarecendo sobre a escolha do painel de *experts* e a *survey* para construção e validação de cenários prospectivos, bem como a estratégia de estudo de campo. Também é feita a limitação do campo de estudo e os sujeitos da pesquisa, da técnica de coleta de dados através do painel de *experts* para construção de cenários

e da pesquisa quantitativa para validação final. Por último, serão detalhados os padrões de análise dos dados coletados.

O quarto capítulo é a análise de todo conteúdo coletado no painel de *experts*, com as entrevistas semiestruturadas, separados por categorias a priori e posteriori. Além disso, são demonstrados os cenários oriundos desta primeira etapa e analisados os dados qualitativos.

Por último, serão apresentadas as considerações finais, fragilidades da pesquisa e oportunidades de continuidade do estudo.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo inicia com um resgate das principais teorias que tratam da decisão de investimento externo direto e as estratégias de modos de entrada, para dar subsídio à análise da coleta de dados e, principalmente, fundamentar a discussão que permitirá atingir os objetivos específicos. Logo na sequência, é abordada a teoria do ambiente institucional, como ele se comporta no contexto hospitalar brasileiro e qual a influência na decisão de investimento externo direto. Para concluir o capítulo, faz-se o resgate da história e organização do sistema de saúde brasileiro, com o objetivo de compreender a forma de financiamento da saúde pública e privada do País e conduzir o leitor ao segundo e terceiro itens, que são o mercado hospitalar e a mudança da legislação quanto ao investimento do capital estrangeiro em hospitais no Brasil.

2.1 Decisão de Investimento Externo Direto

Esta seção aborda a teoria do Investimento Externo Direto e as vantagens competitivas do Paradigma Eclético, para, então, compreender a decisão de modo de entrada que investidores estrangeiros atuantes no setor hospitalar brasileiro optarão por fazer nos próximos dez anos no País, como, por exemplo, a construção de uma unidade em determinada região ou especialidade de serviços de saúde, parcerias público-privadas, aquisição e operação de estruturas já em funcionamento, administração de operadoras de planos de saúde verticalizadas, etc.

As possibilidades são diversas e não há a pretensão de esgotá-las e nem mesmo detalhar cada uma delas, mas servir como orientação inicial de quem olha de fora para esta nova possibilidade de investimento no Brasil.

Conforme o Balance of Payments Manual: Fifth Edition (BPM5), investimento externo direto é a categoria de investimento internacional que reflete o interesse de uma organização residente em um país, em relação a uma organização instalada em outro (IMF, 1993). A OCDE detalha um pouco mais este conceito e diz que investimento internacional direto é quando o investidor estrangeiro detém pelo menos 10% do capital da empresa, com participação ativa no seu comando (OECD, 1996).

Do ponto de vista teórico, Hymer (1976), um dos pioneiros da teoria que aborda questões de internacionalização de empresas, diz que a motivação para o investimento externo direto é o desejo de uma empresa controlar operações em países estrangeiros. Uma visão complementar da teoria do Investimento Externo Direto, ou melhor, da teoria da internacionalização, é que as empresas buscam mercados alternativos, conforme Coase (1937), analisando os custos e benefícios de se manterem no mercado interno ou de expandirem além das fronteiras de seu país. Buckley e Casson (1976) explicam que as empresas internalizam imperfeições de mercado, mas detêm a produção ou pelo menos o controle.

A multinacional, sob o olhar de Hymer (1976), tem a habilidade de usar a operação internacional para separar mercados e remover competição, ou explorar suas vantagens competitivas. Ele também diferencia Portfólio de Investimento e Investimento Externo Direto, em que o primeiro envolve apenas a propriedade e o IED implica no controle da operação (Hymer, 1976). Este detalhe na diferenciação faz parte da decisão de uma empresa expandir sua atuação além-fronteiras:

The motivation for DFI was the desire to control foreign operations. It was often profitable to control enterprises in more than one country in order to remove competition. Some firms have advantages in a particular activity and may find it profitable to exploit these advantages by establishing foreign operations. They need to do this in order to fully appropriate the returns from these advantages. The profits from these operations are related to control. A minor motivation relates to the diversification advantages of international operations. (BUCKLEY, 2006, p.141)¹

A teoria de Hymer começa quando a firma já tem suas vantagens competitivas mapeadas e considera crucial, na sua explanação, a hierarquia e o poder, os limites da firma e do país, a comunicação e o controle de informações e, especialmente, a dinâmica do desequilíbrio econômico. Tudo isso como parte da análise das vantagens competitivas da empresa, no cenário das imperfeições do mercado externo, o que irá direcionar a expansão internacional da firma.

¹ Tradução da autora: “A motivação para o IED foi o desejo de controlar as operações estrangeiras. Muitas vezes foi rentável para controlar empresas em mais de um país, a fim de eliminar a concorrência. Algumas empresas têm vantagens em uma atividade particular e pode considerar rentável explorar essas vantagens através do estabelecimento de operações no exterior. Eles precisam fazer isso para se apropriar inteiramente dos retornos destas vantagens. Os lucros destas operações estão relacionados ao controle. Uma menor motivação relaciona-se com as vantagens de diversificação de operações internacionais” (Buckley, 2006, p.141).

Esta visão antecipa e até complementa alguns aspectos tratados no Paradigma Eclético de Dunning, que será abordado mais à frente (BUCKLEY, 2014; DUNNING; RUGMAN, 1985).

Dunning e Rugman (1985) consideram relevante a contribuição de Hymer para a teoria do Investimento Externo Direto, mas criticam a ausência de distância psíquica, a distinção entre custo de transação e estrutural, a análise dos benefícios e custos de transferência tecnológica, nem qualquer consideração sobre países em desenvolvimento, principalmente considerando que se trata de um economista radical com um forte olhar sobre as imperfeições do mercado.

Tais aspectos são relevantes, como Buckley e Casson (2011) sinalizam, para ter sucesso no processo de internalização, pois é preciso que o benefício de intermediar bens e serviços seja maior que o risco corrido com a operação, principalmente, se considerar a dificuldade de controle da propriedade intelectual, o custo de comunicação e gestão (que varia conforme o número e distância cultural dos mercados em atuação), além de toda a instabilidade produzida pela transferência de custos de transação, problemas políticos e fiscais impostos pelo país de destino.

Considerando essa discussão, a empresa que decide expandir sua atuação para fora do seu país passa pelo processo de escolha de como será a atuação no mercado internacional quanto ao comprometimento de recursos, a escolha do local do investimento e o ritmo de expansão de suas atividades.

Originalmente abordada pela escola de Uppsala, este processo de internacionalização gradual de empresas baseia-se na perspectiva de aprendizagem humana e organizacional, considera que a empresa investe seus recursos de forma incremental, expandindo o comprometimento de recursos conforme a segurança adquirida com suas experiências no novo mercado. Está ainda baseada em dois conceitos básicos: o da cadeia de estabelecimento, que é a tendência de investir recursos conforme o grau de conhecimento sobre o mercado; e o da distância psíquica (como diferenças de língua, educação, práticas de negócios, cultura e desenvolvimento industrial), que considera que a percepção de diferenças culturais entre o país de origem e o de destino são relevantes na evolução do processo de internacionalização (JOHANSON; VAHLNE, 1977).

Entretanto, diversos autores criticam este modelo por considerá-lo incompleto (ANDERSEN, 1993; HILMERSSON; JANSSON, 2012). Em resumo, há defesas que nem sempre a sequência e a velocidade sugerida pela cadeia de estabelecimento são seguidas, pois também podem ser influenciadas pelas variações e imprevistos do ambiente externo, tanto do país de destino, quanto do mercado global, permitindo que as empresas expandam rapidamente para aproveitar alguma vantagem competitiva ou mesmo estagnem ou recuem seus investimentos internacionais.

Além disso, Buckley (2014), ao revisar a teoria do Investimento Externo Direto, sugere a combinação da teoria da internalização com aspectos de localização, considerando a economia por área geográfica e desenvolvimento de cadeia de valor global. A teoria que aborda com maior profundidade as questões de localização é o Paradigma Eclético, ou OLI, que correlaciona as vantagens de Propriedade (O), Localização (L) e Internalização (I) de uma empresa, com os recursos e capacidades do país de destino (DUNNING, 1988, 2000 e 2001).

Dunning (2001), através do Paradigma Eclético, define padrões de estratégia das empresas quando decidem explorar mercados internacionais, relacionando a decisão de comprometimento de investimento externo direto a três condições:

- Às vantagens competitivas de **propriedade** da empresa investidora em relação aos concorrentes do país hospedeiro, com a posse, aquisição ou desenvolvimento de ativos intangíveis, por um período de tempo que permita favorecê-la. Aqui estão as tecnologias, representação exclusiva de marcas cobiçadas, inovação em produtos e serviços, acesso à informação, insumos ou mercados, economia de escala, bem como questões transacionais, como a capacidade de governança.
- A segunda dimensão é a identificação de vantagens de **localização** das atividades que exerce fora das fronteiras de seu país de origem. A análise considera se o país que pretende investir pode agregar valor aos produtos e serviços da empresa, como, por exemplo, com matéria-prima, energia ou mão de obra mais baratas; políticas governamentais favoráveis, como algum incentivo fiscal; infraestrutura do país com logística ou outro aspecto importante para o negócio; presença de competidores ou importantes fornecedores em aglomerados econômicos; e questões de idioma, cultura, hábitos de consumo, lógicas de mercado, etc.

- Por fim, analisando as vantagens que possui e o mercado que está se inserindo, a empresa pode optar por terceirizar o comércio e/ou produção, através de algum contrato de licenciamento, por exemplo, ou confirmar a sua capacidade e interesse em **internalizar**, aproveitando as vantagens anteriores, e estende suas atividades para aquele mercado, utilizando-se destes ativos para agregar valor ao seu negócio. Desta forma, garante o direito de propriedade e a qualidade dos produtos e serviços oferecidos, através da coordenação e controle de uma rede de atividades interdependentes do seu processo econômico, como, por exemplo, parceria com rede de fornecedores locais e a adequação do produto ou serviços às questões culturais do local de investimento.

Dunning (2001, p.180), através do *The investment development path (IDP)*², sugere que o nível de desenvolvimento de um país, calculado a partir do PIB per capita, está relacionado com os investimentos externos diretos que realiza e que recebe, influenciando as vantagens de propriedade das empresas nacionais (DUNNING, 2001; BUCKLEY; CASTRO, 1998). Assim, o IDP estrutura-se em cinco estágios para identificar a trajetória de desenvolvimento do país, conforme descrito na Quadro 1:

Quadro 1 - Resumo do The Investment Development Path (IDP)

Fase	Associação	Característica	Conexão OLI
1	Pré-industrialização	IED quase inexistente, mercado doméstico pequeno, infraestrutura do país inadequada, força de trabalho pouco capacitada, marcos legais superficiais.	Foco nas vantagens de localização (abundância de natureza ou algum incentivo governamental).
2	Algumas políticas governamentais para alavancar a estrutura do país	Alguns investimentos de empresas nacionais no mercado interno de consumo que está surgindo. E o crescente IED que enxerga oportunidades nas fraquezas dos concorrentes locais.	Foco nas vantagens de propriedade, pois as empresas nacionais não as têm.
3	Início do desenvolvimento	Pequeno crescimento de IED no país e um início de investimento externo das empresas locais, que estão mais competitivas no mercado interno e começam a buscar recursos em países	Mudança da vantagem de propriedade das empresas nacionais.

² Tradução da autora: "O caminho do desenvolvimento do investimento (CDI)" (DUNNING, 2001, p.180)

Fase	Associação	Característica	Conexão OLI
		menos desenvolvidos e estratégia em países mais desenvolvidos.	
4	Produção intra-indústria	Boa balança de investimento externo líquido (interno e externo). Crescente internalização do comércio e da produção, bem como o desenvolvimento de empresas transnacionais.	Vantagens de localização em ativos criados, vantagens de propriedade focada na gestão/coordenação de ativos geograficamente dispersos.
5	Desenvolvido	IED interno e externo, balanço entre os dois alterna entre positivo e negativo, conforme ciclo econômico.	Utilizada as três vantagens do paradigma eclético.

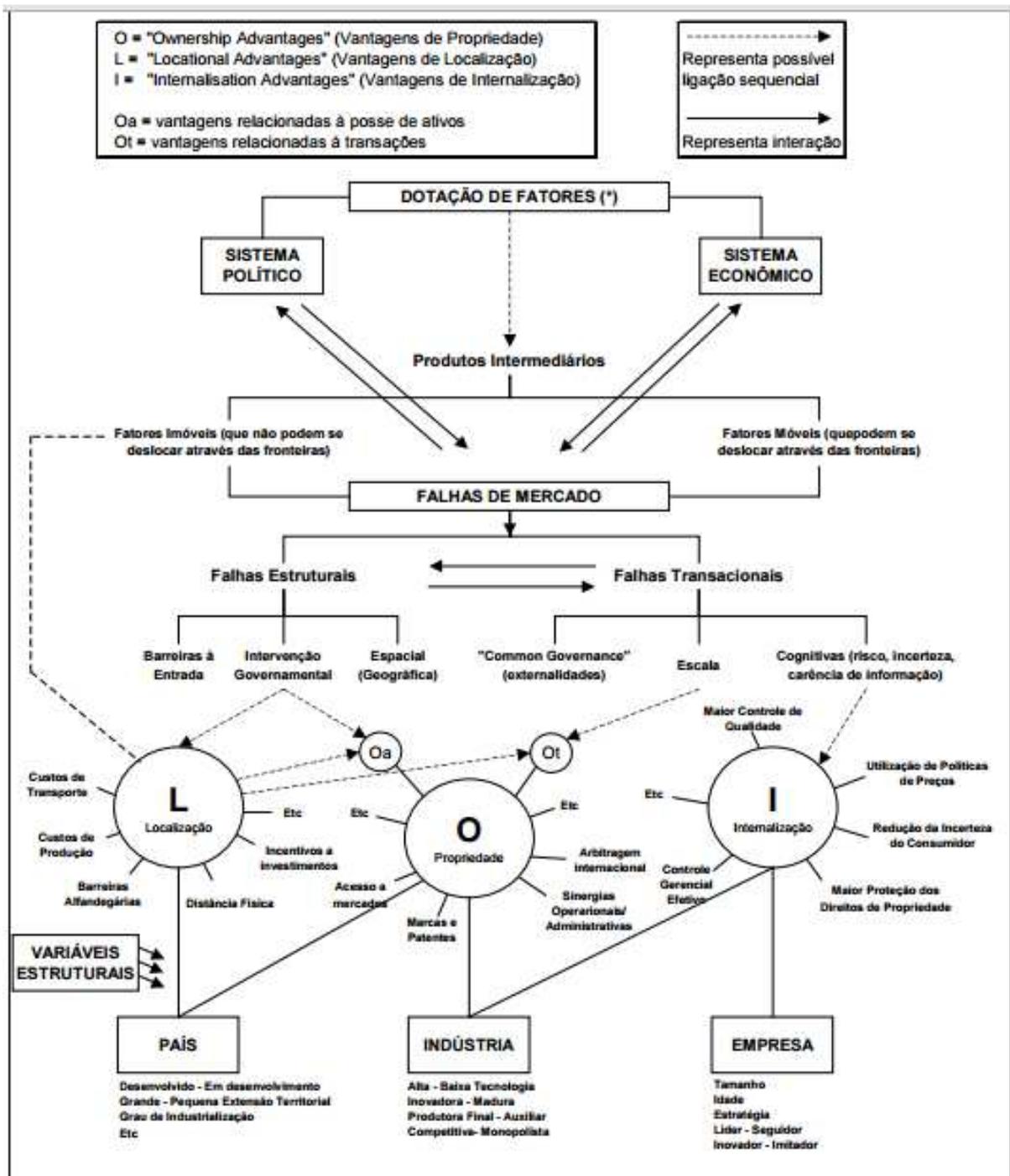
Fonte: Adaptado de DUNNING, 2001; BUCKLEY; CASTRO, 1998, pela pesquisadora.

A posição de IDP varia conforme o desenvolvimento individual dos mercados do país, pois a infraestrutura e desenvolvimento econômico de determinada região geográfica ou de consumo, bem como a oferta de recursos naturais, vão influenciar o OLI e, conseqüentemente, o tipo de IED estimulados pelo governo e utilizado pelas empresas (DUNNING, 2001).

As imperfeições de mercado também são abordadas no Paradigma Eclético (DUNNING; RUGMAN, 1985), no qual são classificadas em: estruturais, como as barreiras e intervenções protecionistas; transacionais, envolvendo a gestão, variação cambial ou fragilidades da cadeia de suprimentos; e cognitiva, como as percepções de risco oriundas de carência de informação.

Entretanto, independente da classificação, as imperfeições de mercado impactam na competição e no custo de transação, impulsionando a internalização, visto que impossibilitam a realização das atividades via mercado (Dunning, 1988). A Figura 2 demonstra que as falhas de mercado estão relacionadas a variáveis estruturais, como barreiras de entrada, intervenções do governo e questões espaciais, enquanto que variáveis transacionais referem-se a aspectos de governança, escala e cognitivas. Conforme o tipo de falha de mercado, é possível elencar o âmbito que ela ocorre, se é no país, na indústria ou na empresa, e mapear as vantagens competitivas propostas no Paradigma Eclético. Um exemplo poderia ser a extensão do país e sua estrutura logística, que envolve falhas estruturais e relaciona-se com a vantagem de localização (L), ou a carência de informação sobre um segmento específico, que está relacionado à indústria, e permite internalizar ações de controle e exploração de mercado para redução de incertezas.

Figura 2 - Imperfeições de mercado e o Paradigma Eclético



Fonte: Dunning (1988, p. 12).

A decisão de uma empresa de investir em um mercado no exterior é uma questão estratégica que envolve a consolidação das vantagens competitivas presentes no mercado doméstico, em uma realidade com lógicas de mercado desconhecidas (ROOT, 1998; CHANG; ROSENZWEIG, 2001). Não há uma teoria

considerada completa o suficiente para ser utilizada como única na decisão de internacionalização de uma empresa. O consenso é a necessidade de analisar a viabilidade do negócio, considerando as incertezas e riscos que serão enfrentados na atuação internacional. Mas há correntes que entendem que a análise da empresa é mais importante, outras defendem que entender o país hospedeiro é o ponto crucial, ainda há quem defenda que, independentemente de qualquer outra variável, a experiência internacional da empresa é a base para expandir seus negócios internacionais.

O mapeamento das vantagens competitivas da empresa e o conhecimento das oportunidades e ameaças que o mercado objetivo oferece são ferramentas úteis, além de observar possíveis conflitos entre o sistema político e econômico do país de origem e destino.

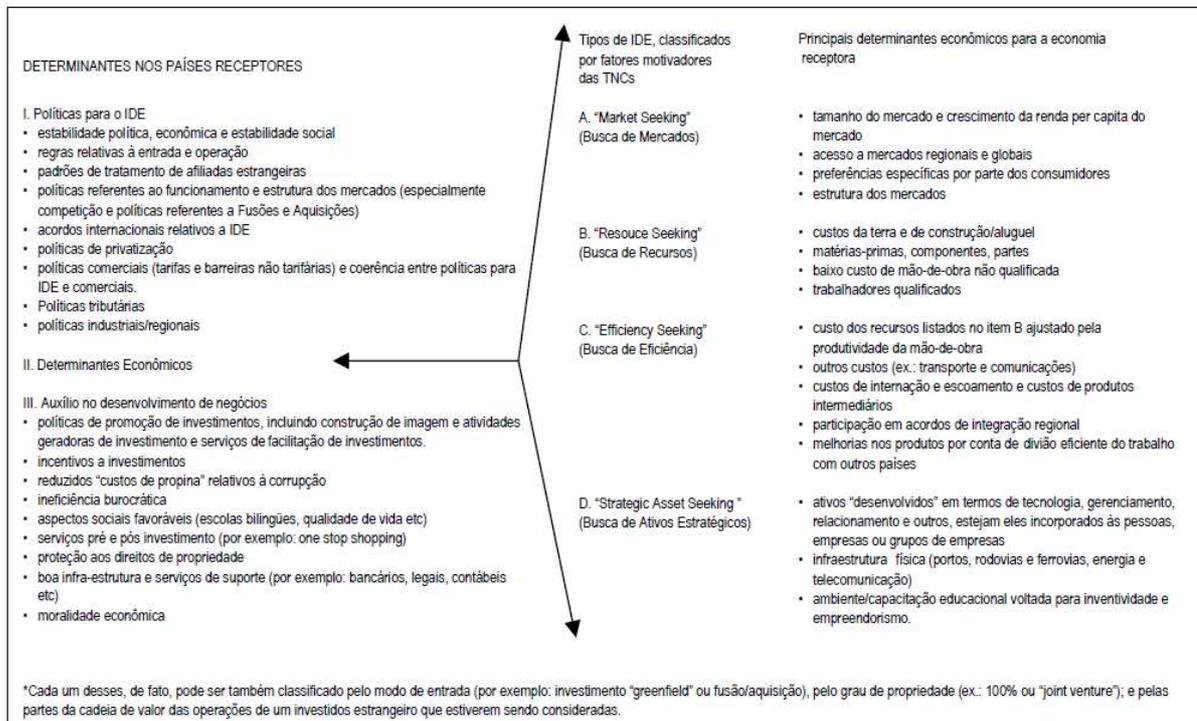
Dunning (1988) defende que o ambiente ideal para existência de Investimento Externo Direto é somente quando a empresa possui as três vantagens competitivas OLI, pois, quando há apenas uma, a sugestão é não envolver capital próprio com estrutura e comprometimento de outros recursos no país de destino, mas internacionalizar através de exportação ou parceiros comerciais, independente do motivo da ausência de uma das vantagens ser da empresa ou do país de interesse, conforme descrito no IDP.

Dunning (1998) entende que existem diversas combinações com as vantagens OLI, assim, ele traz uma classificação para o tipo de investimento estrangeiro de acordo com o objetivo principal da empresa: Busca de Recursos (*Resource Seeking*), Busca de Mercados (*Market Seeking*), Busca de Eficiência (*Efficiency Seeking*) e Busca de Ativos Estratégicos (*Strategic Asset Seeking*), o que pode ser visualizado de forma mais detalhada na Figura 3.

A Busca por Mercados considera que o investidor pretende explorar o mercado do país anfitrião, o que pode ocorrer, por exemplo, porque há grande potencial de crescimento ou uma infraestrutura local propícia para realização de suas atividades. A Busca de Recursos relaciona-se à exploração de recursos naturais, mão de obra barata ou pouco qualificada. Já a Busca de Eficiência procura racionalizar economias de escala, unificando gestão e unidades geograficamente dispersas. A Busca de Ativos Estratégicos é a aquisição de ativos para alavancar a

capacidade da empresa, como, por exemplo, mão de obra com uma qualificação específica ou canais de comercialização existentes e bem estruturados.

Figura 3 - Determinantes do País Anfitrião para Investimento Externo Direto



Fonte: Dunning (2002, p. 283).

É importante observar que o Investimento Externo Direto não se resume a compra de ativos ou construção de uma planta industrial, a questão de comprometimento de recursos considera a transferência de tecnologia, gerenciamento de recursos humanos e cadeia de suprimentos, implantação de processos e sistema, relacionamento com clientes, governo e toda comunidade local.

2.1.1 Modos de Entrada

A forma de atuação de uma empresa em um país que não é a sua origem, principalmente do ponto de vista do controle da subsidiária (integral ou parcial), é o chamado modo de entrada (ANDERSON; GATIGNON, 1986). O controle é, talvez, a determinante mais importante na decisão do modo de entrada, pois cada opção influência de diferentes formas o risco e o retorno do investimento:

High-control modes can increase return and risk. Low-control modes (e.g., licenses and other contractual agréments) minimize resource commitment (hence risk) but often at the expense of returns. Firm trade various levels of control for reduction of resource commitment in the hope of reducing some forms of risk while increasing their returns (ANDERSON; GATIGNON, 1986, P.3).³

Anderson e Gatignon (1986) sugerem um agrupamento de modos de entrada, conforme o nível de controle, em que o modo de mais alto controle seria aquele com participação societária dominante, de subsidiária integral ou uma situação de acionista dominante; os modos de controle médio são aqueles que os interesses são equilibrados, como acionista de 50%, joint venture e todo tipo de contratos de gestão, distribuição, franquia e vendas; e os modos de baixo controle são aqueles de interesse difuso, a exemplo de contratos sem exclusividade, algumas licenças ou casos de pequeno percentual de ações. Entretanto, não há um modelo específico para escolha de um ou outro modo de entrada.

Brouthers e Hennart (2007) afirmam que o sucesso da decisão de entrada em um mercado é um fenômeno multinível que envolve mais do que a motivação da empresa, mas também a organização econômica do segmento industrial em que está inserida, o efeito do país e a performance da firma para suportar o impacto da escolha realizada.

Brouthers e Hennart (2007) analisaram dezesseis diferentes aspectos que influenciam o modo de entrada e separaram em quatro perspectivas teóricas mais comumente utilizadas pelas empresas: custos de transação (WILLIAMSON, 1981); visão baseada em recursos (BARNEY, 1991); teoria institucional (DIMAGGIO; POWELL, 1983); e paradigma eclético (DUNNING, 2001), e concluíram que a escolha do modo de entrada é influenciada por muitas variáveis e estas teorias são complementares. No decorrer do tempo, as teorias de modo de entrada saem de uma base econômica e antropológica, com uma corrente mais homogênea, para buscar, na área da sociologia, outras teorias, deixando a compreensão do fenômeno da decisão do modo de entrada mais complexa e, ao mesmo tempo, mais completa,

³ Tradução da autora: Modos de alto controle podem aumentar o retorno e o risco. Modos de baixo controle (por exemplo, licenciamentos e outros acordos contratuais) minimizar o comprometimento de recursos (portanto, o risco), mas muitas vezes à custa de retornos. Firmas atuam em vários níveis de controle para a redução do comprometimento de recursos, na esperança de reduzir algumas formas de risco e aumentar seus retornos (Anderson; Gatignon de 1986, P.3).

pois há uma integração das diferentes perspectivas teóricas (CANABAL; WHITE, 2008).

A teoria do custo de transação considera que as empresas não possuem apenas os custos de produção, mas diversos outros, como o planejamento e todos os mecanismos criados para garantir que os contratos firmados serão cumpridos. Esta perspectiva acredita que existe assimetria de informação entre os agentes e, a partir da racionalidade limitada, estão propensos ao oportunismo, influenciando na eficiência da operação, até o ponto que estes custos podem não compensar a produção, considerando que a empresa pode terceirizar a atividade com um custo menor (WILLIAMSON, 1981). Assim, dependendo do ambiente institucional, da expectativa de controle, comprometimento de recursos e das ferramentas utilizadas para reduzir as incertezas e risco da operação internacional, o custo de transação deve ser calculado e influenciar diretamente a decisão do modo de entrada (ANDERSON; GATIGNON, 1986).

A Visão Baseada em Recursos, também conhecida por RBV, parte da análise interna da empresa, como as forças e fraquezas apresentadas na análise da matriz SWOT. Ela explica a estratégia das empresas a partir dos recursos raros e valiosos, a exemplo da marca, uma tecnologia específica ou o *know-how* de um processo que só ela detenha, são competências, propriedades ou recursos, utilizados como vantagem competitiva frente aos concorrentes (BARNEY, 1991). A decisão de qual modo de entrada utilizar passa pela análise da RBV, visto que os recursos estratégicos disponíveis pela firma podem ser de grande valia no retorno do investimento realizado.

A teoria institucional defende que as características e pressões presentes no ambiente, desde aspectos culturais, políticos ou sociais, interferem no comportamento organizacional, demonstrando que não são apenas as questões competitivas e de produtividade que influenciam a estratégia das empresas. Sob esta ótica, diversas empresas podem adotar as mesmas ações, independentemente de qualquer aspecto interno, pois suas ações podem estar pautadas para serem legitimadas socialmente (DIMAGGIO; POWELL, 1991). Desta forma, a escolha do modo de entrada pode ser condicionada a estas variáveis do ambiente, inclusive, seguindo o modelo de outras instituições, se entenderem que esta é a forma mais adequada dentro das leis do país, por exemplo.

Holtebrüge e Baron (2013) explicam que a produção estrangeira, ou mesmo a oferta de serviços em um país estrangeiro, é caracterizada por investimento de longo prazo, utilizando-se de vantagens competitivas da empresa no exterior. Este tipo de comprometimento demanda um alto grau de complexidade no gerenciamento e exposição ao risco do impacto da fragilidade de instituições políticas e econômicas. Desta forma, a empresa que decide operar fora das fronteiras de seu país, a partir de Investimento Externo Direto, terá, obrigatoriamente, que se organizar para ter um maior controle operacional do seu negócio. Entretanto, curiosamente, os autores explicam que, em países com frágeis condições institucionais, o governo costuma preservar empresas estrangeiras que optam por investimentos *greenfield*.

Neste mesmo sentido, Williams e Martinez (2012, p.67) explicam que “as multinacionais tendem a confiar no sistema legal”, pois acreditam que o governo não permitirá que ações de desapropriação sejam realizadas contra suas próprias leis, estimulando entradas por aquisição ou construção. Por outro lado, quando o governo tem ações que afetem o custo de transação, as multinacionais escolhem atuar em sistemas que permitam maior controle, comprometendo menos recursos no país de acolhimento.

O Paradigma Eclético, também conhecido por OLI, correlaciona as vantagens de Propriedade (O), Localização (L) e Internalização (I) de uma empresa, com os recursos e capacidades do país de destino (DUNNING, 1988, 2000 e 2001). Este varia conforme a vantagem competitiva da empresa ou da localização onde pretende expandir sua atuação, ou a possibilidade de internalizar aproveitando as vantagens anteriores. Dunning (1981) tem claramente o direcionamento da estratégia de modo de entrada conforme a vantagem disponível.

Chang e Rosenzweig (2001, p.747) criticam os estudos que se limitam a analisar apenas aspectos relativos à propriedade e controle ou os efeitos da distância cultural e risco-país na decisão de modo de entrada, pois consideram que estas pesquisas têm uma visão estática, não considerando que “cada entrada pode ser parte de uma sequência”, ou a relação entre diferentes linhas de negócio dentro da mesma empresa. Sob esta perspectiva, Holtbrugge e Baron (2013) explicam que a escolha por um modo de propriedade pretende, inclusive, reduzir alguns riscos e

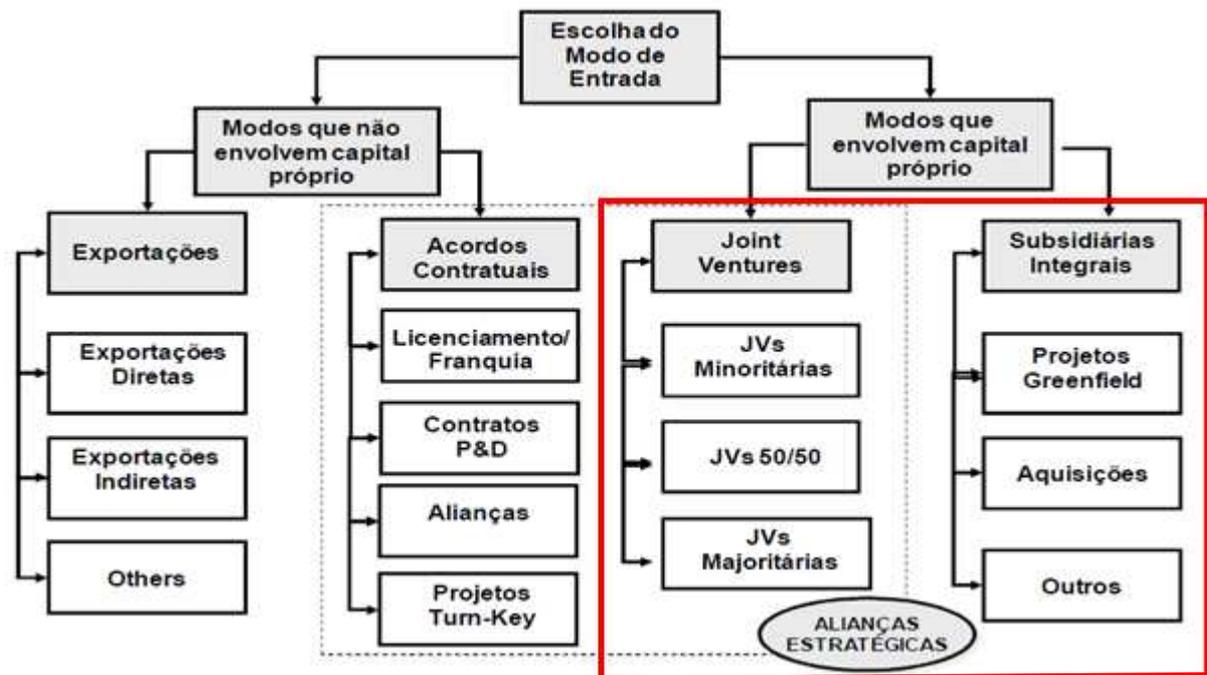
pressões, oriundas de fraquezas institucionais de âmbito político, financeiro e econômico.

Além destas teorias, que auxiliam na escolha do modo de entrada no país hospedeiro, é necessário revisar as principais estratégias de modos de entrada adotadas pelas multinacionais, como o tipo de operação e comércio adotado; a exportação; as diversas formas de operação, produção e comércio de produtos ou serviços; o vínculo direto ou indireto com parceiros; os modos contratuais; *joint ventures* e as aquisições parciais ou totais de unidades, além da decisão de construção em terras estrangeiras (SHARMA; ERRAMILLI, 2004; DA ROCHA; ÁVILA, 2015; AVILA, 2013).

Autores como Root (1998) e Ávila (2013) agrupam estas diversas formas de ingresso em terras estrangeiras em dois grupos. Primeiro, são aqueles sem envolvimento de capital próprio e, por isso, têm menor risco e permitem menos controle da operação e de todo investimento, o principal exemplo deste agrupamento são as exportações. O segundo envolve capital próprio e, por isso, compromete maior risco na operação, considera a transferência de recursos de tecnologia, capital e habilidades humanas para o país estrangeiro, a exemplo de construções e aquisições.

A Figura 4 ilustra estes agrupamentos e a hierarquia de seleção entre diversos modos de entrada, com destaque em vermelho para os investimentos com capital próprio, modelos que se inserem nesta pesquisa de Investimento Externo Direto, visto a mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23, que permite a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, sem exceções.

Figura 4 - Modo hierárquico de seleção de modos de entrada



Fonte: Ávila (2013, p.56).

A *joint venture* envolve relativo comprometimento de recursos e risco, além de permitir um controle intermediário proporcional à participação acionária da empresa de investimento. Uma característica da *joint venture* é que pode permitir que o parceiro local gerencie os funcionários e negocie com fornecedores, governos e autoridades locais, o que é um benefício, considerando a distância geográfica com o país de destino. Permitindo composições societárias de diferentes composições: minoritária, 50% e majoritárias (AGARWAL; RAMASWAMI, 1992; HENNART; LARIMO, 1998).

Entretanto, *joint ventures* são estratégias complexas na decisão de expansão internacional, pois as empresas podem ter objetivos diferentes, valores divergentes, estilos de gestão, métodos e estratégias colidentes impactando no resultado da operação. É possível uma análise da distância cultural, mas, mesmo em casos que se consideram próximas, as pessoas, as organizações, a forma de trabalho e a exigência por performance compõem um sistema em que os modos de entrada de divisão do controle nem sempre conseguem gerir. Por outro lado, o contrato entre parceiros limita o risco de cada um, da mesma forma que divide o valor investido e todos os demais riscos (NIELSEN; NIELSEN, 2011).

O modo de entrada através de uma subsidiária integral, ou *Wholly-owned subsidiaries* (WOS), permite o mais alto nível de controle sobre o risco de transferência tecnológica, mas exige um dos maiores investimentos (OSLAND et al., 2001). Este modelo é uma escolha de empresas com formato de gestão mais conservador, em que a distância física e psíquica entre o país de origem e o destino é grande, e quando não há risco de expropriação estrangeira.

O investimento no exterior ainda pode ser por aquisição de uma unidade existente no exterior ou construção de uma nova unidade, também chamada de *greenfield*. Aquisição é o meio mais rápido de construir uma presença no mercado estrangeiro, entretanto, permeia diversos riscos envolvendo a adaptação de toda a operação, o ambiente institucional e o alto valor de investimento (CHANG; ROSENZWEIG, 2001). *Greenfield* oferece um maior controle sobre a filial local, mas pode demorar para que o estabelecimento entre em operação. A falta de familiaridade com a dinâmica dos negócios locais pode demandar custos que empresas do país hospedeiro não teriam, especialmente, se for um dos primeiros estrangeiros a ingressar naquele mercado, necessitando um planejamento muito maior do que outros modos de entrada (HOLTBRUGGE; BARON, 2013).

Além da estratégia de entrada no mercado estrangeiro, a empresa interessada em expandir suas fronteiras precisa decidir o país hospedeiro e, dentro deste, a região ou as regiões em que irá atuar. Rugman et al. (2011) acreditam que concentrar as atividades em determinada região permite um maior desempenho para a multinacional do que ter uma ampla expansão regional. Por outro lado, Quian et al. (2010, p.1028) explicam que “*increasing the level of geographic diversification, both in terms of sales or subsidiary presence within the home region, does allow MNEs to realize superior performance*”⁴. A diversificação geográfica ajuda a capitalizar os benefícios de coordenação e de aprendizagem, mas é preciso avaliar o nível desta expansão, pois uma alta regionalização pode diminuir o desempenho e retorno do investimento (QUIAN et al., 2010).

Para decidir entre qualquer uma das estratégias de modos de entrada existentes, deve-se considerar a quantidade de recursos tangíveis e intangíveis

⁴ Tradução da autora: “o aumento do nível de diversificação geográfica, tanto em termos de vendas ou presença subsidiária dentro da região de origem, permite que empresas multinacionais percebam um desempenho superior” (Quian et al., 2010, p.1028).

comprometidos; o controle da operação pretendido/possível; e o nível de risco de transferência tecnológica (OSLAND et al., 2001).

2.2 Papel do ambiente institucional

North (1990, p.3) explica o ambiente institucional como “as regras do jogo em uma sociedade”, as estruturas de relações humanas, formais e informais, que podem envolver questões políticas, sociais ou econômicas, e impactam no tempo de resposta das ações, mas também na performance histórica da empresa, no custo de transação e produção, devido às diversas formas de dependência que estas combinações podem provocar (NORTH, 1990). O indivíduo não é uma vítima do ambiente, mas um agente ativo que influencia a criação e o funcionamento das instituições, beneficiando-se desta dinâmica, através da obtenção de apoio e/ou legitimidade, principalmente do ponto de vista organizacional, quando se utiliza de normas e regras, para se tornar mais competitivo (RIORDAN; WILLIAMSON, 1985; WILLIAMSON, 2000).

Instituições são restrições construídas pelos seres humanos que estruturam a interação social, econômica e política. Elas consistem de regras formais (constituições, leis e direitos de propriedade) e restrições informais (sanções, tabus, costumes, tradições e códigos de conduta). (NORTH, 1990, p.97)

As instituições formais são as entidades estatais, como tribunais e legislativo, que abertamente publicam seus códigos e estabelecem canais oficiais de conduta e procedimentos, como a constituição, as leis e regulamentos oficiais. As instituições informais geralmente não estão escritas e são praticadas fora dos canais oficiais, mas podem ou não prejudicar ou restringir as instituições formais (ESTRIN; PREVEZER, 2011).

As instituições informais são sistemas de significados compartilhados e entendimentos coletivos que refletem uma realidade socialmente construída; enquanto instituições formais são as regras e normas codificadas e explícitas que moldam a interação entre os membros da sociedade, promovendo ordem e estabilidade, através de orientações comportamentais autoritárias (Holmes et al., 2013).

Um sistema institucional só é completo quando as instituições formais e informais são levadas em consideração, e qualquer mudança neste organismo pode interferir na sua origem, que são as crenças coletivistas e pessoais e, conseqüentemente, na coesão dos vínculos. No entanto, os avanços na tecnologia e formas de comunicação, mas sobretudo o exercício de escolha, julgamento e capacidade de criação de novos valores dos seres humanos, desafiam estas formas institucionais cada vez mais impessoais e em torno da incerteza. Neste contexto, inicia a transformação do sistema, exigindo “a criação de novos tipos de instituições que impõem coesão no contexto das relações interpessoais” (CANTWELL et al. 2010, p.570).

A teoria institucional procura compreender as relações de disputa por recursos e poder entre os diversos atores sociais, analisando o ambiente e as organizações, como empresas e sociedade (DIMAGGIO; POWELL, 1983). Historicamente, o estudo do institucionalismo foi abordado por três diferentes áreas: ciências sociais, econômicas e políticas (CARVALHO et al., 2003). De forma bem resumida, pode-se afirmar que a contribuição dos institucionalistas sociológicos está na análise do ponto de vista do indivíduo e suas relações com as instituições e estruturas sociais; os economistas estudaram o sistema econômico, considerando sua instabilidade e incertezas dentro do ambiente social, influenciado por questões culturais e históricas; já os institucionalistas políticos contribuíram agregando um olhar sobre as instituições formais, códigos legais, normas, regras e leis (SCOTT, 1995; PENG et al., 2009).

Meyer et al. (2009) sugerem que o ambiente institucional é muito mais do que as condições sociais de um país, é o reflexo da eficiência dos mecanismos de funcionamento do mercado e um ponto importante para criar vantagem competitiva, principalmente na análise de estratégias de entrada em economias emergentes. A incerteza sobre os valores humanos, manifestada na falha dos mecanismos reguladores públicos e privados, transcende a ética e a responsabilidade, interferindo diretamente no ambiente institucional (CANTWELL et al., 2010).

A visão baseada em instituições associa a perspectiva sociológica e econômica, na dinâmica de análise da estratégia das organizações no ambiente em que estiverem inseridas, principalmente no que tange às relações e ao desempenho dos negócios internacionais (PENG, 2002; PENG, 2008; PENG et al., 2009). E é,

sob esta perspectiva, que a economia institucional abordada por North (1990) relaciona-se com a teoria institucional (DIMAGGIO; POWELL, 1983) para explicar a decisão de internacionalização de empresas (PENG et al., 2008; ALI et al., 2010).

O risco de investir em um país está relacionado às incertezas de continuidade de políticas econômicas, legislativas e governamentais, aspectos críticos para a subsistência e crescimento da operação de uma empresa em qualquer país. Mudanças nas políticas governamentais podem causar problemas sérios para o investidor e, por este motivo, é tão importante compreender o ambiente institucional no qual o país de investimento está inserido (AGARWAL, 1992; ALI et al., 2010).

O estudo do institucionalismo organizacional defende que as empresas definem suas estratégias para diferenciar-se dos competidores e para adaptar-se às exigências do ambiente externo, criando um comportamento coletivo, uma tendência de se assemelharem, tanto agentes já estabelecidos, como novos entrantes, pois o principal objetivo é alcançar a legitimidade institucional (DIMAGGIO; POWELL, 1983).

Peng et al. (2008) dizem que a maioria dos estudos sobre a interação entre instituições e empresas em países emergentes estão focados em países asiáticos e leste europeu. Algo relevante para ser explorado, pois, conforme Gaur e Kumar (2009), diversos países em desenvolvimento assumiram importância mundial, e o contexto das economias emergentes tem um histórico de instabilidade ao longo do tempo, impactando, inclusive, em países desenvolvidos.

Estudos sobre o ambiente institucional dos países emergentes, como Brasil, Rússia, Índia e China, que compõem o chamado BRIC, destacam o ambiente institucional que empresas estrangeiras podem encontrar, quando investidoras destes países: burocracia, grande número de procedimentos necessários para abrir uma empresa, sistemas legais subdesenvolvidos, flutuação cambial imprevisível, políticas tarifárias complexas, carência de proteção legal para direitos de propriedade intelectual, relação pouco transparente com investidores estrangeiros, além de corrupção generalizada. Entretanto, instituições informais têm espaço apenas onde as formais são frágeis (HOLTBÜGGE, 2013; ESTRIN; PREVEZER, 2011).

Contudo, pelo mapeamento realizado por Estrin e Prevezer (2011), a principal instituição informal brasileira é a economia paralela, oriunda de um Estado

burocrático, com uma legislação difícil de compreender e uma carga tributária pesada. Ela é responsável por trabalho informal, não recolhimento de impostos, algumas vezes comércio de produtos falsificados ou concorrência desleal com quem está na economia formal.

O Brasil possui um bom índice de governança corporativa, comprometido com o direito de todos, com uma forte legislação e baixo risco de expropriação. Entretanto, apresenta um judiciário frágil e, até certo ponto, ineficiente, por permitir muitos pontos de vista na interpretação das leis. As empresas no Brasil pagam muitos impostos e a lei trabalhista é protecionista, o que leva algumas empresas a apelarem para informalidade. A corrupção não é arbitrária aos direitos das empresas, pois não prejudica regras formais, mas é utilizada para encontrar “formas de conciliar os objetivos conflitantes de um grupo com outro” (ESTRIN; PREVEZER, 2011, p. 60).

Ali et al. (2010) explicam que indicadores de qualidade institucional perpassam por aspectos relacionados à democracia, instabilidade política, corrupção e burocracia, pois os mecanismos de proteção contra o poder (ou a falta) de líderes políticos podem ameaçar os direitos de propriedade ou influenciar o custo de transação.

No contexto de economias emergentes e, inclusive, de situações que afetem vários países, o que poderia ser considerado algo generalizado, Williams e Martinez (2012) explicam que, em meio a crises econômicas globalizadas, as empresas não abandonam completamente a internacionalização, elas apenas tornam-se menos agressivas e mais seletivas em seus investimentos no exterior. Por outro lado, também existe a variável de que a crise financeira, ou mesmo questões relacionadas ao câmbio que impactem no país de destino, possam ser oportunidades que encorajem as empresas a explorar de forma ágil, antes de seus concorrentes locais.

Como o desconhecimento destas lógicas de mercado gera uma baixa performance, Holtbrügge (2013) sugere a busca por parceiros locais que poderão compensar as dificuldades institucionais. *“the odds for business success can be enormously boosted by wide connections with the business community and*

*government authorities*⁵” (LUO; PENG, 1999, p. 3). Estas parecerias podem reforçar a legitimidade do estrangeiro e transferir conhecimento quanto às práticas e rotinas informais do país hospedeiro, inclusive, mostrando oportunidades de negócios que utilizem as vantagens competitivas do investidor.

A identificação da distância institucional entre a empresa e o país de investimento é imprescindível para definir diversas estratégias, entre elas o modo de entrada, como pontua Holtbrügge (2013, p. 240), quando afirma que, *“In order to reduce institutional pressures and to compensate for institutional weaknesses, foreign firms have to select adequate modes of market entry”*⁶.

Por outro lado, existem formas diferentes de envolvimento de uma empresa multinacional com o ambiente institucional do país hospedeiro. Cantwell et al. (2010) organizam uma perspectiva evolucionista em três estágios e, dependendo do estágio que a empresa encontra-se, tem diferentes reações táticas e estratégicas:

- O primeiro estágio tenta evitar enfrentar os ambientes institucionais diferentes daqueles que estão acostumadas, inclusive, ajustando o modo de entrada no país;
- O segundo seria o processo de adaptação, em que as empresas mudam seu comportamento para obter melhores resultados, independentemente da situação externa, inclusive, influenciando instituições locais, buscando legitimidade para suportar as pressões por isomorfismo e aprendendo melhores opções estratégicas;
- A terceira etapa é de coevolução. O ambiente institucional não é apenas uma realidade externa e há uma adaptação mais natural pela empresa ao contexto local. Ela adota táticas mais ativas, influenciando políticas locais, envolvendo-se em regulações de mercado, o que pode proporcionar-lhe vantagem sobre os concorrentes. O que pode ser chamado de empreendedorismo institucional.

Cantwell et al. (2010) reconhecem que a capacidade de absorção e adaptação proposta é mais aplicável em elementos normativos e regulatórios, do

⁵ Tradução da autora: “As chances de sucesso do negócio podem ser enormemente impulsionadas por conexões com a comunidade empresarial e autoridades governamentais”. (LUO; PENG, 1999, p.3)

⁶ Tradução da autora: “A fim de reduzir as pressões institucionais e para compensar deficiências institucionais, as empresas estrangeiras têm de selecionar os modos adequados de entrada no mercado”. (HOLTBRÜGGE, 2013, p.240)

que distâncias culturais e cognitivas do país de acolhimento. E advertem que o empreendedorismo institucional "incorre em custos substanciais que são não-reembolsáveis" (Cantwell et al. 2010, p. 578) e é suscetível à capacidade da empresa multinacional aprender a transcender o modelo de seu país de origem. O autor conclui que as diferenças internacionais em instituições oferecem oportunidades potenciais para as empresas multinacionais escolherem a forma mais propícia para realizar suas atividades, superando a preferência natural de contextos institucionais similares do país de origem.

Francis et al. (2009) explicam que empresas que investem internacionalmente podem experimentar forças coercitivas do ambiente regulatório, como restrições à propriedade, taxas de tributação e repatriamento de lucros. E, se forem considerados os ambientes institucionais formais, "*investing firms must comply with the coercive legal regulations of host countries*" (Francis et al., 2009, p.569), limitando e/ou condicionando as escolhas estratégicas da empresa investidora.

Coerção realizada por um determinado segmento de mercado pode ser mais rara e menos formal do que perigoso, apesar de que o poder de alguns atores do segmento é que definirá a pressão e coerção sobre a subsidiária. Em algumas situações, a multinacional terá que adotar práticas para melhorar a integração e proteger a sobrevivência local e até da rede. Francis et al. (2009) exemplificam esta situação, citando empresas de softwares de jogos na China, onde há a restrição à venda de jogos através de canais de distribuição tradicionais, obrigando as subsidiárias a desenvolverem formas alternativas de proteção à fraude, cópia e perda da propriedade intelectual, além de atrasar a atualização dos softwares.

Há, ainda, pressões internas da empresa que decorrem da crença que suas vantagens competitivas e estratégias utilizadas para suportar as coerções governamentais ou setoriais em determinado local, podem ser aplicadas sem personalizar estrutura, sistema e processos, conforme realidade do país de investimento (Francis et al, 2009). Liou et al. (2014) complementa, lembrando que a distância institucional envolve desvantagens competitivas para a empresa

⁷ Tradução da autora: "As empresas que investem deve respeitar as normas legais coercivas dos países de acolhimento" (Francis et al. 2009, p. 569)

estrangeira, pelo desconhecimento de algum perigo, ou mesmo questões relacionais e discriminatórias.

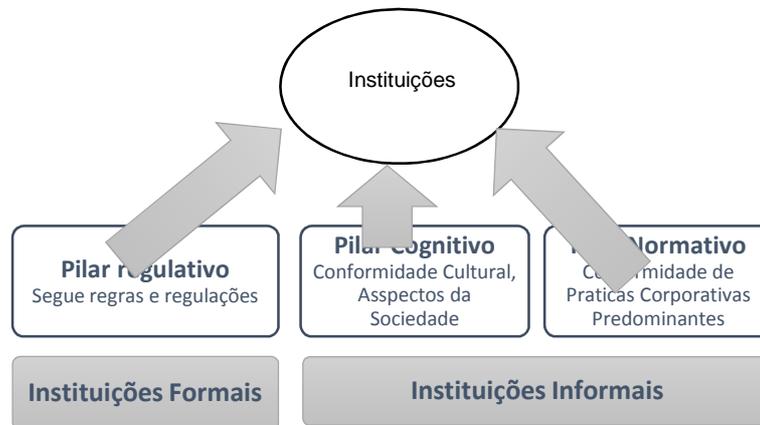
Por outro lado, Jensen et al. (2012) abordam a questão de que a distinção entre países com substancial IED e outros, é que os legisladores ouvem e consideram as informações das multinacionais. Além disso, explicam que os investidores utilizam o *lobby* como estratégia para influenciar alterações na legislação que pode afetar sua operação, inclusive, eles explicam que os estrangeiros geralmente fazem alianças com investidores locais ou políticos de atuação regional, pois entendem que eles têm melhor acesso aos responsáveis por criar e modificar leis (Holtbrügge, 2013).

Por tudo isso, é imprescindível identificar, mapear e analisar o ambiente institucional do país de destino, para compreender a distância com o país de origem e definir as melhores estratégias de modo de entrada para garantir o sucesso da transação.

2.2.1 Análise do ambiente institucional

Buscando uma forma estruturada para compreender o ambiente institucional, acredita-se que a primeira visão a ser considerada é a neoinstitucionalista North (1990), que separa de forma macro os ambientes, em formais e informais, seguindo com o detalhamento do sociólogo Scott (1995), que classifica as pressões do contexto institucional em três pilares: o regulatório, o normativo e o cognitivo, como mostra a figura 5.

Figura 5 - Framework Conceitual de Instituições



Fonte: Adaptado de Liou et al., (2014, p.27), pela pesquisadora.

Kostova (1997) propõe uma análise das instituições baseada nas dimensões regulatórias, cognitivas e normativas, todas ancoradas no fenômeno da qualidade da gestão, visto a importância para competitividade global das empresas. Operacionalizadas através de regras regulatórias sobre a qualidade dos produtos e serviços; o compartilhamento do conhecimento social sobre qualidade e gestão da qualidade; por último, normas e valores sociais relacionados à qualidade.

Considerando as dimensões acima, Kostova (1997) apresenta duas estratégias de mensuração. A primeira, utilizando dados objetivos e indicadores do país, como, por exemplo, o número de órgãos reguladores ou jornais e revistas especializadas em qualidade como uma medida da dimensão cognitiva. A segunda estratégia é a busca de dados perceptivos, pois considera que dados objetivos têm limitações devido à indisponibilidade e falta de equivalência de medidas entre os países.

Berry et al. (2010) resgatam as diversas teorias de ambiente institucional e propõem uma análise a partir de nove dimensões: econômica, financeira, política, administrativa, cultural, demográfica, de conhecimento, de conectividade e geográfica. Inclusive, sugerem uma matriz ou *framework* que calcula a distância e correlação dos indicadores entre o país do investidor e o hospedeiro.

2.3 Setor de Saúde no Brasil

Foi em 1808, com a vinda da Família Real Portuguesa para o Brasil, que a administração da saúde pública iniciou, primeiramente no Rio de Janeiro, onde estavam instalados, mas com o tempo estendeu-se para outras cidades a preocupação institucional com as questões sanitárias e de saúde pública (DO VALE, 2015). Em 1953, surge um Ministério da Saúde, constituído pela Lei nº 1.920, delimitando suas atividades com ações sanitárias, passando por diversas reformas até a 1988, quando a Constituição Brasileira é publicada e, em seu artigo 196, declara:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (FEDERAL, 1988)

A reforma sanitária e institucional que acontecia naquele momento não tratava apenas de política de saúde pública, mas rompia com princípios meritocráticos que conduziam o acesso à saúde e propunha uma nova ideologia para nortear legislação e Estado (MENICUCCI, 2014). Em 1990, a Lei nº 8.080, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, cria o Sistema Único de Saúde (SUS). Universal e igualitário, o SUS tentava incluir parte da população que estava à margem da assistência pública ou privada disponível naquela estrutura social.

Menicucci (2014, p.79) lembra que “ao Ministério da Saúde cabiam as ações de caráter coletivo e algumas de assistência básica, e à Previdência Social, a saúde curativa restrita aos segurados”. Não era um direito coletivo, mas um benefício ao cidadão com vínculo trabalhista formal, assim como um seguro ligado à empresa, ou Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs, das categorias profissionais.

Neste contexto, empresas prestadores de serviços de saúde são contratadas pelos empregadores para dar assistência aos seus funcionários e, assim, surgem as medicinas de grupo e as cooperativas de trabalho médico, iniciando o mercado de planos de saúde.

Se num primeiro momento essa dinâmica é atrelada à política pública, por meio dos convênios, posteriormente as empresas tornam-se independentes do governo e passam a prescindir de seus incentivos financeiros. Então, se num momento a assistência empresarial era complementar à assistência

pública, passa a ser complementar, ou seja, passa a ter independência, vida própria e adquire importância como política de pessoal, passando a fazer parte, aliás, das negociações coletivas dos trabalhadores, que reivindicam mais e mais planos de saúde empresariais. (MENICUCCI, 2014, p.79)

Na década de 1980, o governo começa a oferecer incentivo fiscal às empresas empregadoras, sob a forma da dedução no imposto de renda das despesas com assistência à saúde de seus empregados, o que também é oferecido aos indivíduos que contratam planos de saúde individuais. Trata-se de um movimento para incentivar o crescimento da saúde privada e complementar, desonerando a saúde pública que, mesmo com o princípio de cobertura universal, nunca conseguiu atingir a totalidade da população (MENICUCCI, 2014).

Em 1998, é publicada a lei 9.656, que regulamenta a saúde complementar, definindo normas para proteger os consumidores que buscavam assistência nos planos de saúde, evitando que fossem enganados pela lógica de mercado capitalista. Assim, Instruções Normativas e diversas Resoluções exigem cobertura de procedimentos obrigatórios, regras para reajuste de mensalidades, prazos para atendimento e autorização, qualidade da assistência à saúde prestada, entre outras.

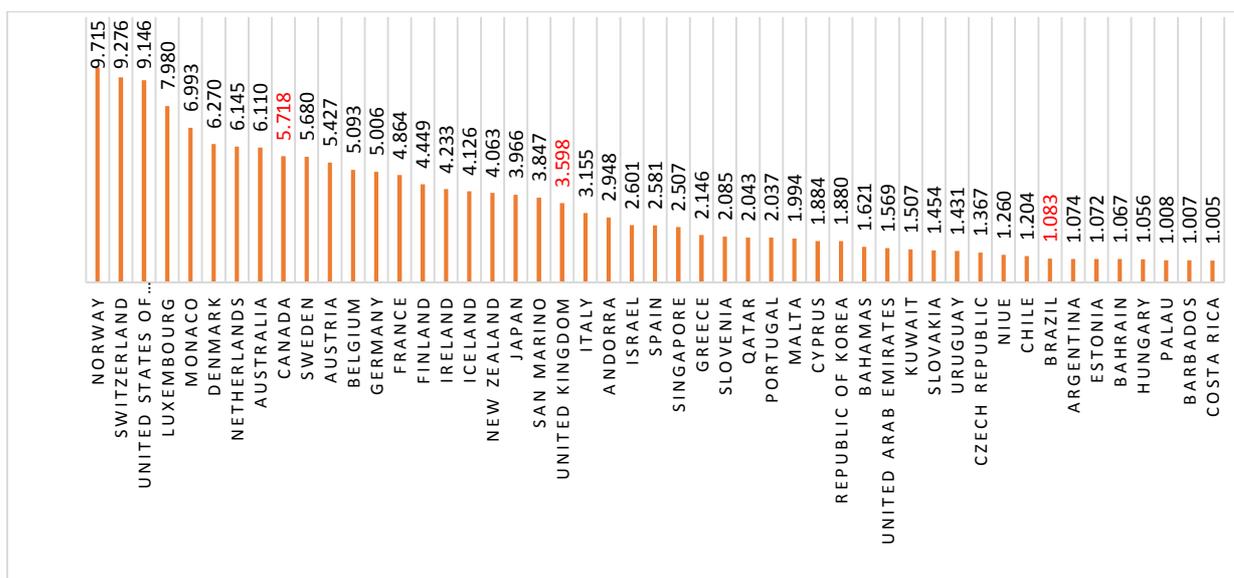
Como resultado, o Brasil conta formalmente com um sistema misto ou híbrido: de um lado, a saúde pública, garantida na Constituição Federal a todos cidadãos brasileiros, mas que, na prática, prioriza os segmentos sociais menos capacitados financeiramente; por outro lado, a saúde privada e a complementar, que atendem quem tem recursos financeiros para contratá-los ou estão incluídos em planos coletivos e empresariais.

Entretanto, esta relação não é tão clara, porque todo cidadão brasileiro pode acessar o Sistema Único de Saúde, independentemente de ter recursos ou contrato com um plano de saúde. Nesta situação, posteriormente, o governo cobra da operadora de plano de saúde este atendimento, o que é chamado de ressarcimento ao SUS, regulamentado pelo artigo 32, da Lei nº 9.656/1998.

Como foi mencionado no capítulo introdutório desta pesquisa, o valor total investido em saúde, no Brasil, é 51,76% oriundo da iniciativa privada e 48,24% financiado pelo setor público. O que pede uma reflexão, pois, conforme a Agência Nacional de Saúde, 25% dos brasileiros estão cobertos por planos de saúde, levando a um PIB per capita da saúde pública muito inferior ao privado (WHO, 2013).

Na Figura 6, há um demonstrativo do PIB per capita geral da saúde dos países com valor superior a USD 1.000. Em destaque, três exemplos com cobertura universal à saúde de suas populações, o que demonstra uma disparidade, pois o investimento médio do PIB em saúde destes países é 10%, muito próximo do Brasil, mas dividido pela população, podendo sinalizar um investimento insuficiente para as necessidades da população.

Figura 6 - Valor em USD per capita



Fonte: Dados WHO, 2013, NHA indicators, Total expenditure on health / capita at exchange rate. Gráfico elaborado pela pesquisadora, selecionando os países com mais de USD 1.000 per capita em saúde.

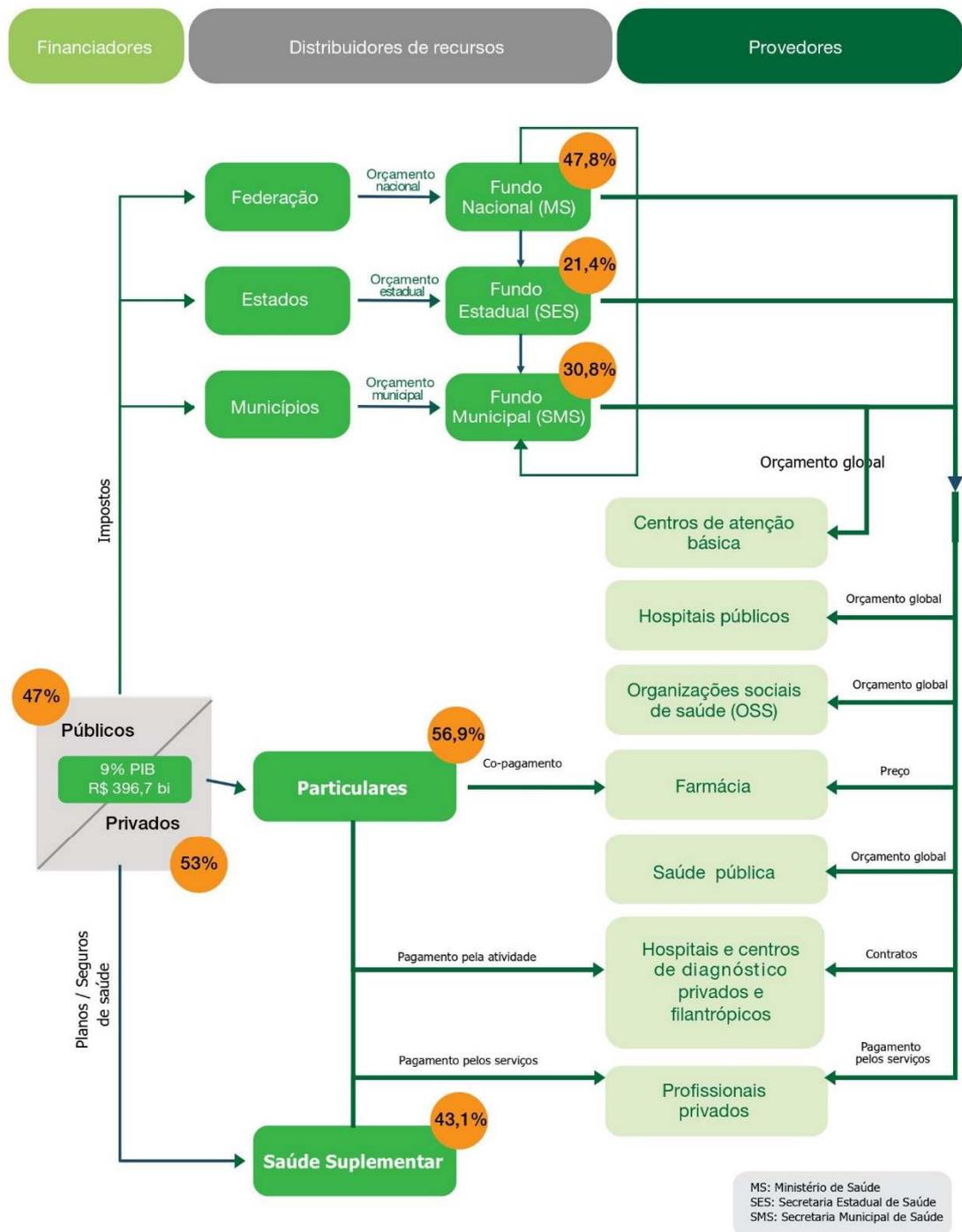
Talvez este seja um dos motivos que fazem com que, mesmo o governo se propondo a proteger os cidadãos de forma universal, não consegue atender a demanda de toda população, o que se pode evidenciar nas filas dos serviços de emergência, leitos em corredores de hospitais, longas esperas para realizar exames diagnósticos, procedimentos terapêuticos e cirurgias de média e alta complexidade, e acaba estimulando a saúde suplementar e fazendo parcerias com a iniciativa privada.

Conforme La Forgia e Couttolenc (2008), o setor de saúde brasileiro abrange dois sistemas principais: o financiado pelo capital público e gerido pelo SUS, e a iniciativa privada, financiado por seguradoras privadas, planos de pré-pagamento e indivíduos que arcam com o custo integral da sua assistência. O valor que o governo

investe na saúde da população está organizado conforme a emenda constitucional nº 29, publicada em setembro de 2000, que explica o financiamento da saúde pública no Brasil, dada pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, com limites mínimos. Na esfera federal, 64% da arrecadação do total dos impostos, como a Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social) e a CSLL (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido), são somados aos 12% do orçamento dos governos estaduais e aos 15% que os municípios devem contribuir (RIBEIRO, 2006).

A Figura 7 traz uma representação gráfica que ajuda a compreender este fluxo financeiro. Os dados são do ano 2012 do Livro Branco - caderno conceitual, e incluem, além da contribuição pública e privada, o direcionamento dos recursos de cada esfera (ANAHP, 2014).

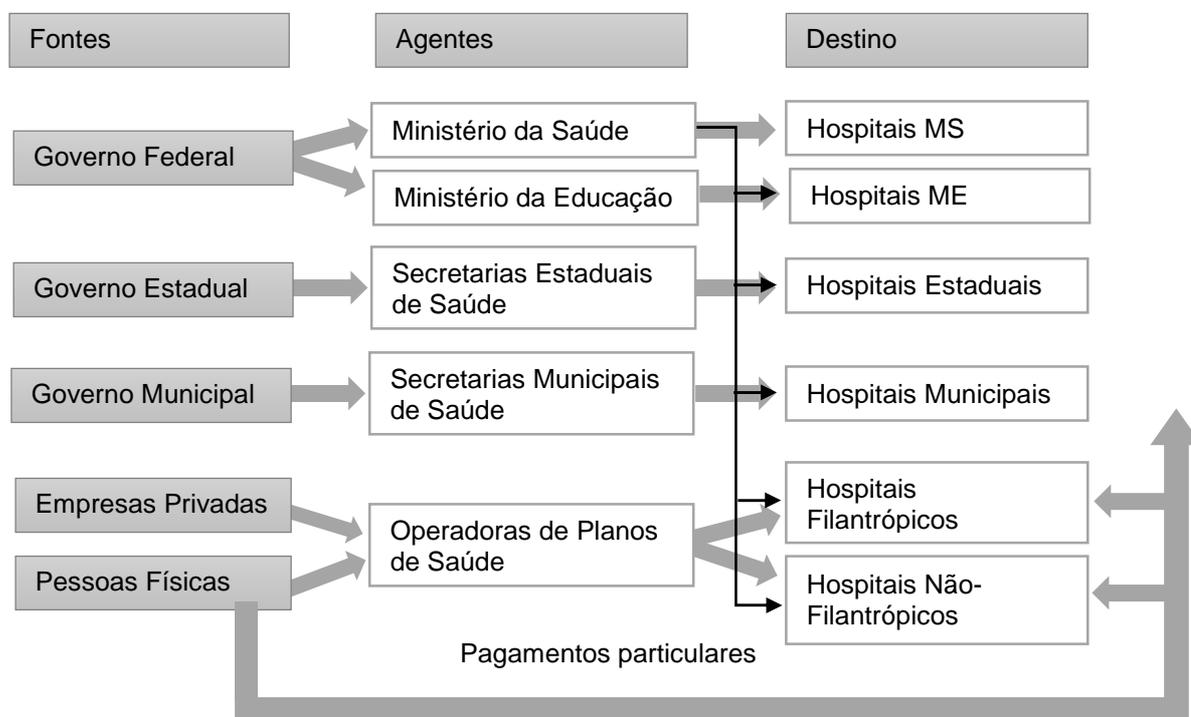
Figura 7 - Fluxos financeiros do sistema de saúde do Brasil



Fonte: Antares Consulting, para ANAHP (2014, p.21).

Com o foco em hospitais, La Forgia e Couttolenc (2008) demonstram essa diversidade de fontes de financiamentos e intermediários, conforme Figura 8, que apresenta um esquema simplificado com os principais atores e origem de recursos.

Figura 8 - Fontes e fluxos financeiros no Setor hospitalar Brasileiro



Fonte: Adaptado de La Forgia e Couttolenc (2008, p.25), pela pesquisadora.

Estes investimentos também são direcionados à rede privada sem fins lucrativos, configurada como filantrópica, na qual parte da assistência ou administração é pública e outra parte privada. Neste formato, hospitais privados constroem unidades de atendimento em bairros carentes e mantêm estrutura, fornecimento de insumos e funcionários integralmente para atender à rede pública. Outras instituições privadas administram hospitais públicos para receberem o benefício de isenção de impostos que a filantropia garante-lhes. E, ainda, há acordos público-privados em que a instituição privada oferece parte dos seus leitos a pacientes do SUS, muitas vezes para cirurgias de grande porte e transplantes que têm melhor remuneração e não envolvem a imagem da empresa privada com o público de baixa renda (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

Configura-se, nesse sentido, setor público altamente dependente da rede privada prestadora de serviços, com baixíssima experiência de regulação, trajetória de corrupção e de assolamento do próprio Estado, bem como de ocupação do Estado pelos interesses privados, o que fez com que o governo não desenvolvesse a capacidade de regulação do serviço privado, limitando-se a regulação praticamente à definição de preços e de tetos financeiros. (MENICUCCI, 2014, p.82)

Para compreender o modelo assistencial adotado por um país, Malta et al. (2004) sugere observar a lógica do sistema e seus atores:

Modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda outros que suportem serviços que simplesmente atendem às demandas, aguardando os casos que chegam espontaneamente e aqueles que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda. (MALTA et al., 2004, p.438)

Hoje, o Brasil conta com um modelo centrado no “médico produtor de procedimentos” (MALTA et al., 2004, p.439), no qual todo sistema gira em torno das prescrições de procedimentos, insumos e exames, desconsiderando questões que levam àquela doença, como hábitos de prevenção, mas também condições sociais e ambientais subjetivas e indiretas, relacionadas à doença. Um modelo estimulado pela lógica de remuneração adotada pelo SUS e parte da saúde suplementar, que emite uma Autorização de Internação Hospitalar, a AIH, que define procedimentos e tratamentos de internação (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

Malta et al. (2004, p. 439) ainda ressalta que “outro problema do modelo atual está no seu custo, extremamente elevado”, fundamentado no modelo de pagamento *fee-for-service* ou pagamento por serviço prestado, que estimula a utilização de tecnologias cada vez mais caras, novos materiais, medicamentos, equipamentos cirúrgicos e procedimentos diagnósticos, “como se estes tivessem um fim em si mesmo e fossem capazes de restabelecer a saúde por si só”.

Existem diversas outras alternativas, mas, na prática, nenhuma ainda mudou esta realidade. Há a *Bundled payments* ou pagamentos por pacote, utilizado principalmente no segmento público que remunera um valor específico para o tratamento de algumas doenças. De forma mais tímida, o *P4P* ou pagamento por performance, e o *Fee-For-Value*, baseado na resolutividade ou pagamento por valor ao paciente, estão presentes na saúde suplementar e no repasse de algumas verbas públicas, como, por exemplo, os modelos de Grupos de Diagnóstico Relacionados, ou DRGs, mas, na prática, a dificuldade de acessar dados precisos da saúde dos pacientes e indicadores de qualidade assistencial impede a ampliação deste modelo (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

E, no que tange às lógicas de consumo, o poder de decisão de compra, considerando preço, qualidade, concorrência e outras premissas comuns em mercados capitalistas, no modelo assistencial brasileiro funciona um pouco diferente. Grandes pagadores, como as operadoras de planos de saúde, selecionam sua rede assistencial e, conforme o contrato firmado com o cliente, direcionam o atendimento, focando nos melhores valores negociados, ou nos sistemas de livre escolha, nos quais o paciente sofre a mesma dificuldade no processo decisório que o pagador privado e o consumidor do sistema público:

O usuário não se porta como um consumidor comum diante da mercadoria, em função de ser desprovido de conhecimentos técnicos e por não deter as informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que irá consumir. Não cabem as premissas comuns ao mercado, como a livre escolha e a concorrência. Muitas vezes o consumo em saúde é imposto por situações de emergência, quando até a escolha do serviço e do profissional torna-se muitas vezes imposta por outros determinantes, como, por exemplo, a proximidade e a disponibilidade. (MALTA et al., 2004, p.439)

Nesta relação conturbada estão, ainda, os hospitais. La Forgia e Couttolenc (2008) acreditam que “a maioria dos brasileiros valorizam os hospitais”, pois este é o primeiro lugar que procuram quando precisam de alguma assistência, mesmo que seja apenas uma consulta médica, o que leva muita gente a julgar o sistema de saúde como um todo, apenas com a sua experiência do atendimento recebido em um hospital.

Esta citação não menciona a questão do investimento externo, mas pode facilmente ser utilizada neste contexto, pois, se considerar que ainda hoje é frágil a regulação e fiscalização do governo garantindo os interesses públicos nestas parcerias e/ou investimentos privados, independentemente de serem de capital nacional ou estrangeiro, há uma vasta oportunidade para o empresário que tiver um olhar estratégico sobre o maior cliente/pagador de saúde do Brasil: o governo.

2.3.1 Mercado Hospitalar Brasileiro

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o CNES, o Brasil possui 7.157 hospitais, descritos na tabela 1, distribuídos de forma heterogênea dentre as cinco regiões do País, conforme diagnóstico publicado pelo Tribunal de Contas da União, que considera “o maior problema do sistema de saúde

do Brasil' as significativas desigualdades entre os estados brasileiros (TCU, 2014, p. 148). É interessante observar que 62% destes estabelecimentos são privados, como mostra a tabela 2, e 69% dos leitos de todos hospitais são destinados ao SUS, como pode ser visto na tabela 3, corroborando com a falta de leitos e a situação de superlotação das emergências do SUS (TCU, 2014).

Tabela 1 - Tipo de Hospitais por região no Brasil

Tipo de Estabelecimento	Hospital Especializado	Hospital Geral	Hospital Dia	Hospital Especializado Pronto Socorro	Hospital Geral Pronto Socorro	Total
1 Região Norte	77	450	9	5	10	551
2 Região Nordeste	321	1.419	158	49	44	1.991
3 Região Sudeste	411	1.693	255	29	252	2.640
4 Região Sul	89	934	84	13	54	1.174
5 Região Centro-Oeste	136	605	26	6	28	801
Total	1.034	5.101	532	102	388	7.157

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Dados Maio de 2015.

Tabela 2 - Tipo de Hospital conforme Esfera Administrativa

Tipo de Estabelecimento	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total
Hospital Especializado	23	146	94	771	1034
Hospital Geral	74	444	1539	3044	5101
Hospital Dia	1	16	42	473	532
Hospital Especializado Pronto Socorro	1	6	26	69	102
Hospital Geral Pronto Socorro	-	12	291	85	388
Total	99	624	1992	4442	7157
		38%		62%	

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Dados Maio de 2015.

Tabela 3 - Número de leitos públicos e privados

Descrição	SUS	Não SUS
CIRÚRGICO	75.214	40.052
CLÍNICO	107.164	44.584
COMPLEMENTAR (UTI)	27.894	25.724
OBSTÉTRICO	41.680	13.466
PEDIÁTRICO	43.825	10.946

OUTRAS ESPECIALIDADES (crônicos, psiquiatria, reabilitação, pneumologia, acolhimento noturno)	42.738	13.739
HOSPITAL DIA	5.536	4.479
Total	344.051	152.990

69% 31%

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Dados Maio de 2015.

Uma pequena parcela dos hospitais privados, 71, estão vinculados à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), que, em 2015, tiveram uma receita bruta de R\$ 20,7 bilhões, que representam 27% dos hospitais acreditados por algum sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde no País, como pode-se confirmar na Figura 9.

Figura 9 - Hospitais com Acreditação no Brasil

	ANAHP	BRASIL	% ANAHP
Organização Nacional de Acreditação – ONA	44	222	19,8
Accreditation Canada International – ACI	10	25	40,0
Joint Comission International - JCI	17	27	63,0
National International Accreditation for Healthcare Organization - NIAHO	3	3	100,0

Fonte: ANAHP (2015, p. 3).

Conforme Observatório da ANAHP (2015), 39% das despesas hospitalares estão direcionadas à remuneração de pessoal. Na sequência, os insumos de materiais e medicamentos utilizados na assistência representam 24% da conta total. O contrato de técnicos terceiros, responsáveis pelo apoio operacional e logístico dos hospitais, consome 19% das despesas. E despesas com energia, água, comunicação, assistência técnica, entre outros, soma 18%. Um importante impacto nas contas hospitalares são as despesas com pessoal, que, de 2012 para 2013, aumentaram 7,4%, influenciadas principalmente pelo reajuste do salário médio pago aos funcionários dos hospitais, que têm demandado profissionais com maior nível de qualificação (ANAHP, 2014).

Ainda trazendo um panorama do foco operacional dos hospitais brasileiros privados, a publicação Observatório, da ANAHP (2015), menciona que a estrutura

diagnóstica dos hospitais é robusta, que 96% dos hospitais possuem tomógrafo e a grande maioria pertence a hospitais privados sem fins lucrativos. Ainda sob esta ótica, informa que 92% dos hospitais possuem equipamento de ressonância magnética. O número de transplantes de coração aumentou 200% de 2013 para 2014, e os de rim, 74%. O número de atendimentos em pronto-socorro cresceu 30% neste período, e a quantidade de exames de laboratório aumentou 42%.

Para apoio diagnóstico e terapêutico, 94% possuem serviços de hemodinâmica, 85% terapia renal substitutiva, 90% banco de sangue, 78% quimioterapia e 39% radioterapia. Cabe ressaltar que tais terapias têm crescido ano a ano, reforçando a importância destes serviços nos hospitais. O destaque fica para quimioterapia, que entre 2012 e 2013 passou de 925.626 para 1.930.874 – 109% a mais, de acordo com os últimos dados divulgados pela ANS. Ressalta-se que 53% dos hospitais têm hospital-dia para a realização de cirurgias ambulatoriais e procedimentos clínicos e oncológicos. Em 2014, foram realizados 159.574 atendimentos em regime de hospital-dia e 57.497 cirurgias neste tipo de unidade (...) Apesar de alguns hospitais (12%) não possuírem unidades de hospital-dia, realizaram 11.894 cirurgias ambulatoriais em 2014. (ANAHP, 2015, p.78)

Segundo a ANAHP (2014), as operadoras de planos de saúde representam 91% do faturamento de hospitais e clínicas privados. A assistência suplementar brasileira conta com 50,3 milhões de beneficiários cobertos pela assistência médica hospitalar, concentrados em 843 operadoras. Se comparados os anos 2000 e 2014, há um aumento de 62% no número de vidas, entretanto, em setembro de 2015, evidenciou-se uma redução de 0,3%, o que significou menos 400 mil beneficiários na saúde suplementar (ANS¹, 2015). Outro dado a considerar é a taxa de cobertura assistencial: hoje, 25% da população brasileira está vinculada a uma operadora de planos de saúde, sendo que o olhar isolado por região federativa demonstra que 38,3% da região Sudeste está inserido na saúde suplementar, com destaque para o Estado de São Paulo que tem 44,4% da população neste contexto, e 36,3% no Distrito Federal.

Além do aumento da demanda causado pelo crescimento da população coberta, o setor começa a sentir os efeitos do envelhecimento populacional. As múltiplas comorbidades, a elevada taxa de pacientes residentes (com permanência superior a 90 dias) e a redução de procedimentos cirúrgicos,

¹ Os dados da ANS não incluem auto-gestões de entidades de direito público que não estão sujeitas a Lei 9.656/98.

aliado ao agravamento do quadro clínico, impactam diretamente no crescimento da média de permanência dos pacientes nos hospitais. (ANAHP, 2015, p.6)

O ano de 2014 foi pouco próspero para o setor hospitalar, pois, segundo a ANAHP (2015), a receita líquida dos hospitais vinculados à instituição reduziu 7,3%, mantendo uma taxa de ocupação média, similar aos últimos três anos, de 79%. Apesar do aumento de usuários da saúde suplementar, a regulação realizada pela ANS sobre as operadoras de planos de saúde, limitando o reajuste dos planos e o aumento da cobertura mínima obrigatória, o movimento do setor suplementar tem sido a negociação com os hospitais para redução de suas despesas assistenciais.

Alguns dos maiores desafios dos hospitais vinculados à ANAHP (2015) está na informatização, na transmissão de dados e gestão das informações, principalmente no que tange à utilização de sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente e sistemas de gestão integrado, ou Enterprise Resource Planning, os ERPs. O sistema público conta com o Departamento de Informática do SUS, ou DATASUS, que divulga os dados sobre instituições de saúde e possibilita a busca e interpretação de informações armazenadas para apoio à gestão dos estabelecimentos, órgãos e secretarias do Ministério da Saúde.

Há também a preocupação de todos *stakeholders* do sistema de saúde brasileiro quanto à regulação do mercado de órteses, próteses e materiais especiais, as OPME, inclusive, com investigação da Câmara Legislativa através da Comissão Parlamentar de Inquérito, a CPI nº 07/2015, devido à cartelização na fixação de preços e distribuição, direcionamento de demanda por serviços médicos com interesses privados.

A obesidade, tabagismo, consumo abusivo de álcool, baixo consumo de frutas e verduras e o sedentarismo são fortemente associados ao crescimento expressivo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas. Embora as doenças infecciosas ainda sejam importantes, as DCNTs têm respondido por um número elevado de mortes antes dos 70 anos de idade, segundo a Pesquisa Nacional da Saúde, divulgada em 2013 pelo IBGE. (ANAHP, 2015, p. 49).

A expectativa de vida da população brasileira é de 74,6 anos (IBGE, 2013) e, junto com melhores condições de tratamentos, as doenças crônicas não transmissíveis estão entre os principais fatores da perda da qualidade de vida da

população, “gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e lazer” (ANAHP, 2015). Além disso, impactam nas taxas de permanência hospitalar “crescimento do número de pacientes residentes (com permanência maior que 90 dias) e aumento do consumo de materiais e medicamentos” (ANAHP, 2015).

2.3.2 Investimento de Capital Estrangeiro na Saúde Brasileira

O tema investimento de capital estrangeiro na saúde brasileira é polêmico e discutido há mais de uma década (MARTINS, 2002; DE OLIVEIRA, 2008). A diretriz inicial de restrição prevista na Constituição (FEDERAL, 1988), considerada a Lei Maior, no Art. 199, define que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, mas no § 3º diz que “É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei”. E as exceções são:

- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, esclarece:

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos e serviço de saúde sem finalidade lucrativa, mantido por empresa para atendimento dos seus empregados e dependentes.

- Lei nº 9.263, de 1996, que trata do planejamento familiar, no Art. 7º permite “a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde”.
- Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, no Art. 1º que esclarece quem deverá se submeter às disposições daquela lei, mais especificamente o § 3º, que

inclui a possibilidade de capital estrangeiro em operadoras de planos de saúde:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

Com uma leitura linear da legislação transcrita acima, pode-se entender que a Constituição proíbe a participação de capital estrangeiro no atendimento à saúde no Brasil, mas, em diversas situações, permite que o legislador ordinário abra exceções, principalmente se lembrar que o Art. 172 da Constituição diz que “a lei disciplinará, com base no interesse nacional, os investimentos de capital estrangeiro, incentivará os reinvestimentos e regulará a remessa de lucros”. (FEDERAL, 1988, p. 31). Talvez, sob esta ótica, é que existam as exceções nos serviços de saúde sem finalidade lucrativa, mantido por empresa para atendimento dos seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; em doações de organismos internacionais vinculados à ONU, entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; em indústria e distribuição de insumos médico-hospitalares, como medicamentos e equipamentos; e em operadoras de planos de saúde.

Em 2012, a Agência Nacional de Saúde “aprovou a transferência do controle societário das operadoras de planos de saúde controladas pela Amil Participações S/A para a operadora norte-americana UnitedHealthcare”, o que gerou polêmica na mídia nacional, mas também entre trabalhadores e legisladores da saúde, porque a Amil possuía 22 hospitais e, teoricamente, o controle de serviços de saúde não estava permitido. Entretanto, em uma brecha da legislação e apoiada no parecer da Advocacia Geral da União, entendeu-se que a compra era do grupo e não caracterizava investimento em hospital. Além disso, os hospitais seriam para atendimento exclusivo dos clientes da Amil/Unitedhealth (DE OLIVEIRA, 2008).

Em 2009, o projeto de lei nº 259, proposto pelo Senador Flexa Ribeiro, sugere alterar o artigo 23 da Lei nº 8.080/1990, para permitir a participação de empresa de

capital estrangeiro na assistência à saúde brasileira. O projeto solicitava a ampliação da possibilidade de participação do capital estrangeiro em hospital geral, inclusive os filantrópicos; laboratórios de análises clínicas, de anatomia patológica e de genética humana; serviço de fisioterapia e serviço de diagnóstico por imagem. Haveria apenas restrição aos serviços de cirurgia cardiovascular, terapia e propedêutica, hemodinâmica, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, transplantes, bem como bancos de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, considerando que são pontos estratégicos e de interesse nacional. Mas a participação de capital estrangeiro teria que ser de pessoa jurídica, sociedade anônima, com no mínimo 51% (cinquenta e um por cento) do capital votante pertencente a brasileiros natos ou naturalizados há mais de dez anos.

O projeto também criticava a cartelização dos preços cobrados pelos hospitais hoje no Brasil. Ou seja, tabelas impostas aos planos de saúde e pacientes particulares que eliminam a concorrência e geram um custo demasiadamente alto.

Estamos convictos de que a medida proposta possibilitará a entrada de recursos que contribuirão para que os preços da assistência à saúde tornem-se menos onerosos à população, ao SUS e aos planos privados. (RIBEIRO, 2009, p.4)

O Senado Federal solicitou avaliação da Comissão de Assuntos Econômicos, Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania e à Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional, cabendo à última a decisão terminativa quanto à proposta de alteração da lei.

Em 09 de dezembro de 2014, a Comissão de Assuntos Econômicos emitiu seu parecer favorável ao projeto de lei nº 259 e, em 10 de dezembro de 2014, a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania também aprovou o texto do projeto de lei.

No meio desta discussão, surge a Medida Provisória 656, que inicialmente pretendia reduzir a zero as alíquotas da contribuição para PIS/PASEP, da COFINS, da contribuição para o PIS/PASEP-Importação e da COFINS-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores, prorrogar benefícios e tratar da devolução ao exterior ou a destruição de mercadoria estrangeira cuja importação não seja autorizada. Ainda em 2014, foram incluídas

386 propostas de emenda no Congresso Nacional dos mais diversos assuntos, entre eles, a abertura de capital estrangeiro em serviços de saúde.

Em 17 de dezembro de 2014, a Medida Provisória 656/2014 foi votada e aprovada pela Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados Federais e pelo Senado Federal e, em 17 de janeiro de 2015, a presidenta Dilma Rousseff sancionou esta Medida Provisória, que posteriormente foi transformada na Lei federal 13.097/2015 e, em seu artigo 142, altera os dispositivos da Lei nº 8.080/1990, art. 23, permitindo a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, sem exceções.

Paralelo à movimentação do projeto de lei, entidades da área de saúde, como o Conselho Nacional de Saúde, Federação Nacional dos Farmacêuticos e Associação Brasileira de Saúde Coletiva, movimentaram-se contra a evolução desta mudança, alegando que não havia qualquer debate público e nem foram ouvidas as entidades que representam as classes sociais atingidas, considerando um tema de interesse público, pois o capital estrangeiro seria questão de segurança nacional e a abertura da lei poderá piorar a qualidade da assistência à saúde, considerando que só haveria investimento com fins lucrativos. Sugeriram, inclusive, que este movimento tinha a intenção de privatizar o Sistema Único de Saúde (CEBES, 2014; FENAFAR, 2014; ABRASCO, 2015). Por outro lado, hospitais privados fizeram lobby para acelerar a aprovação da lei e facilitar o recebimento destes investimentos.

O fato é que, neste momento, está autorizado o investimento de capital estrangeiro em hospitais no Brasil e é neste espaço de reflexão que esta pesquisa insere-se. Porter (2007), comentando sobre o sistema de saúde norte-americano, lembra que:

Em um mercado normal, a competição gera melhorias contínuas em qualidade e custo. Rápidas inovações levam à rápida difusão de novas tecnologias e de melhores formas de fazer as coisas. Concorrentes excelentes prosperam e crescem ao passo que os rivais mais fracos se reestruturam ou fecham as portas. Os preços ajustados à qualidade caem, o valor melhora e o mercado se expande para atender às necessidades de mais consumidores. Essa é a trajetória de todos os setores que funcionam bem – computadores, comunicação móvel, bancos de varejo, e muitos outros. (PORTER, 2007, p.21)

E esta é uma das dúvidas que permeia as discussões sobre a abertura de investimento de capital estrangeiro em hospitais brasileiros. Principalmente, se observar que o mesmo Porter (2007) explica que esta lógica não funciona na saúde:

A competição na assistência à saúde não poderia ser diferente. Os custos são altos e crescentes, apesar do intenso esforço para controlá-los. Os problemas de qualidade persistem. O fracasso da competição evidencia-se nas grandes e inexplicáveis diferenças em custo e qualidade, entre prestadores e entre áreas geográficas, para o mesmo tipo de tratamento. A competição não recompensa os melhores prestadores, e os piores não vão à falência. A inovação tecnológica se difunde lentamente e não gera melhorias de valor como deveria; ao contrário, é vista por alguns como parte do problema. (PORTER, 2007, p.21)

Outro dado que pode contribuir para alguns questionamentos é a pesquisa publicada pela Organização Mundial de Saúde em 2014, com base de dados de 2011, informando que o investimento de capital estrangeiro no Brasil representa 0,3% do total gasto com a saúde no País. Entretanto, nesta mesma publicação, é possível observar que apenas países em estado de extrema pobreza possuem índices muito superiores, como a República do Congo, 39,9%; Haiti, 76%; Moçambique, 72,6%. Países desenvolvidos não mencionam estes dados ou os valores são próximos a zero, a exemplo dos Estados Unidos, Japão, Alemanha e França, que não informaram; ou a Polônia, que é 0,1%.

O problema, me parece, não é a rede ser privada ou pública. O importante é que se consiga garantir o interesse público, sua prevalência sobre os interesses privados, o que se faz por meio da regulação, o que ainda hoje é bastante frágil, em decorrência do efeito de feedback. Na época alguns autores alegavam que isso era a privatização da saúde. Discordo dessa análise, porque a privatização via planos de saúde vinha desde os anos 1960. Não se tratou de privatizar o que era público; pelo contrário, configurou-se a intervenção do Estado num mercado que se desenvolvera à margem de qualquer regulação governamental; apenas autorregulado. Nesse sentido, a ANS e toda a legislação ampliam a intervenção do governo num mercado sem nenhuma regulação. (MENICUCCI, 2014, p.82)

Menicucci (2014) não trata especificamente quanto ao investimento de capital estrangeiro na saúde, mas todo movimento de privatização que ocorreu no mercado ao regulamentar a saúde suplementar em 1990, oriunda de um assunto em pauta desde 1960. A questão da regulação e da intervenção do Estado no mercado de saúde traz para discussão sobre o que deve ser público e privado, e o papel do governo na legislação vigente. Um assunto que volta à tona no momento de mudança de legislações e um novo ator surge no cenário da saúde brasileira.

2.4 Síntese Teórica

Esta seção apresenta a síntese dos conceitos que norteiam este estudo, relacionando os principais autores às teorias de maior relevância para compreensão do objetivo de pesquisa. Além disso, os tópicos abaixo apresentados auxiliaram no desenvolvimento do instrumento de coleta de dados e análise de conteúdo.

A partir das sínteses apresentadas nos Quadros 2, 3 e 4 foi possível formular o instrumento de coleta de dados utilizado nas entrevistas semiestruturadas do painel de *experts*, apresentado no APÊNDICE A.

O conhecimento adquirido até esta etapa da pesquisa possibilitou elaborar questões relativas às características do mercado hospitalar brasileiro, desafios e oportunidades relativas a regiões, especialidades médicas, financiamento, etc.

Além disso, permitiu uma abordagem mais detalhada quanto aos aspectos do ambiente institucional deste segmento para os próximos dez anos e a composição do instrumento de coleta de dados.

Um dos conceitos-chave é o **Investimento Externo Direto**, ou IED, que trata da motivação das empresas para investir em um mercado no exterior, considerando o nível de controle, o envolvimento de recursos e as vantagens competitivas (HYMER, 1976; BUCKLEY; CASSON, 1976).

Foi a partir da síntese teórica apresentada no Quadro 2 e detalhada nos parágrafos seguintes, que foram elaboradas perguntas abordando o interesse do investidor estrangeiro em relação ao mercado hospitalar brasileiro e o nível de controle que ele deveria ter da sua operação no Brasil.

Quadro 2 - Síntese Teórica Investimento Externo Direto

Elementos chaves		Conceitos centrais	Autores
Investimento Externo Direto	Processo de Internacionalização de uma empresa	O processo de internacionalização é um movimento incremental e baseia-se em dois conceitos para determinar sua evolução: o da cadeia de estabelecimento, que é a tendência de investir recursos conforme o grau de conhecimento sobre o mercado; e o da distância psíquica, que considera a percepção de diferenças culturais entre o país de origem e o de destino.	JOHANSON; VAHLNE, 1977

Elementos chaves		Conceitos centrais	Autores
	Decisão IED	Perspectivas teóricas que influenciam a decisão de IED: <ul style="list-style-type: none"> • Custos de transação; • Visão baseada em recursos; • Teoria institucional. 	WILLIAMSON, 1981 BARNEY, 1991 DIMAGGIO; POWELL, 1983 WILLIAMS; MARTINEZ, 2012
	Paradigma Eclético	O Paradigma Eclético, ou OLI, traz a base para análise do tipo de investimento que será feito no exterior, pois correlaciona as vantagens de Propriedade (O), Localização (L) e Internalização (I) de uma empresa, com os recursos e capacidades do país de destino.	DUNNING, 1988, 2000 e 2001 DUNNING; RUGMAN, 1985
	Modos de Entrada	Modos de entrada explicam a forma de atuação de uma empresa em um país que não é a sua origem e estão diretamente relacionados ao nível de controle da operação, pois cada opção influencia de diferentes formas o risco e o retorno do investimento.	ANDERSON; GATIGNON, 1986 ROOT, 1998 CHANG; ROSENZWEIG, 2001 ÁVILA, 2013 HOLTBRUGGE; BARON, 2013

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

As imperfeições de mercado são classificadas, no Paradigma Eclético, em estruturais, transacionais e cognitivas, e podem impactar na competição e no custo de transação, impulsionando a internalização, visto que impossibilitam a realização das atividades via mercado (DUNNING; RUGMAN, 1985). A partir destas leituras, foram introduzidas ao roteiro perguntas sobre a possibilidade de existir barreiras, ações protecionistas, risco de expropriação, transferência tecnológica e mesmo como proteger seus recursos de propriedade e intelectuais. Além disso, ainda amparado na Paradigma de OLI, havia a intenção de explorar os segmentos de atuação, região geográfica ou especialidade médica dos investidores.

Os modos de entrada podem ser separados em dois grupos. Um deles, que não envolve capital próprio e, por isso, tem menor risco e controle sobre a operação de todo investimento feito, como, por exemplo, as exportações. O outro envolve capital próprio, com maior risco na operação, considerando a transferência de recursos de tecnologia, capital e habilidades humanas para o país estrangeiro, a exemplo de construções e aquisições (ANDERSON; GATIGNON, 1986; ROOT, 1998; ÁVILA, 2013).

Optou-se por abordar apenas o segundo grupo, que engloba o objetivo específico desta pesquisa (a mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23, passou a

permitir a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, sem exceções).

Com relação ao **ambiente institucional**, o Quadro 3 detalha os conceitos-chave utilizados na elaboração de perguntas sobre a influência das instituições formais e informais na decisão de investimento de capital estrangeiro em hospitais brasileiros.

Ambiente Institucional são “as regras do jogo em uma sociedade”, impactam no tempo de resposta das ações, na performance histórica da empresa, no custo de transação e produção e, por isso, estão diretamente relacionadas à criação de vantagem competitiva e na decisão de investimento externo direto (NORTH, 1990; FRANCIS et al., 2009).

Quadro 3 - Síntese Teórica sobre Ambiente Institucional

Elementos chaves		Conceitos centrais	Autores
Ambiente Institucional	Ambiente Institucional	Formal: Constituição, leis e regulamentações; Informal: normas, convenções e códigos de conduta.	NORTH, 1990 FRANCIS et al., 2009
	Teoria Institucional	A teoria institucional compreende as relações de disputa por recursos e poder entre os diversos atores sociais, analisando o ambiente e as organizações, como empresas e sociedade. Sob esta ótica, o indivíduo não é uma vítima do ambiente, mas um agente ativo que influencia a criação e o funcionamento das instituições, beneficiando-se desta dinâmica.	DIMAGGIO; POWELL, 1983 WILLIAMSON, 1985 e 2000 LIOU et al., 2014
	Riscos envolvendo IED	O risco de investir em um país está relacionado às incertezas de continuidade de políticas econômicas, legislativas e governamentais, aspectos críticos para a subsistência e crescimento da operação de uma empresa em qualquer país.	AGARWALL, 1992 PENG et al., 2008 ALI et al., 2010 ESTRIN; PREVEZER, 2011 JENSEN et al., 2012 HOLTBUGGE, 2013

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Com uma busca na literatura disponível foi possível identificar possíveis instituições presentes no mercado hospitalar brasileiro e que, de alguma forma, poderiam influenciar a tomada de decisão do investidor estrangeiro:

- **Formais:** a Constituição, o Ministério da Saúde, Anvisa, ANS, AMB, ANAHP, Planos de Saúde, ONA, JointComission, legislação de

filantropia; fila de transplante, de leitos e cirurgias administradas pelo poder público; parcerias público-privadas; fornecedores e acionistas.

- **Informais:** *Lobby*/relacionamento com órgãos públicos; *Players* presentes em diversos ambientes (médico do corpo clínico, do conselho de administração do plano de saúde, funcionário da secretaria de saúde, etc); relações de poder entre prestadores-governo-operadoras-outras entidades; forma de pagamento *fees-for-service* que estimula a cobrança de insumos; corrupção/suborno; judicialização da saúde;

A complexidade do **Sistema de Saúde Brasileiro** fica evidente na abordagem do ambiente institucional. Entretanto, a síntese teórica apresentada no Quadro 4, que tem um olhar sobre suas características e constituição, pode ser considerado misto, ou híbrido, pois envolve a saúde pública, garantida na Constituição Federal a todos cidadãos brasileiros, mas que na prática prioriza os segmentos sociais menos capacitados financeiramente; e a saúde privada, ou suplementar, que atendem quem tem recursos financeiros para contratá-los ou estão incluídos em planos coletivos e empresariais. Por outro lado, esta relação não é tão clara, porque todo cidadão brasileiro pode acessar o sistema único de saúde, independentemente de ter recursos ou contrato com um plano de saúde (MENICUCCI, 2014; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

O Brasil possui hoje um modelo estimulado pela lógica de remuneração adotada pelo SUS e saúde suplementar, envolvendo "custo extremamente elevado", fundamentado no modelo de pagamento *fee-for-service* ou por serviço prestado, que estimula a utilização de tecnologias cada vez mais caras, novos materiais, medicamentos, equipamentos cirúrgicos e procedimentos diagnósticos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

Quadro 4 - Síntese Teórica sobre o Setor de Saúde Brasileiro

Elementos chaves		Conceitos centrais	Autores
de Setor Saúde Brasileiro	Financiamento	O financiamento do sistema de saúde brasileiro é 48,24% proveniente da iniciativa pública, envolvendo três esferas de governo: federal, estadual e municipal; e 51,76% oriundo da iniciativa privada, principalmente a saúde suplementar (91%).	LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008 RIBEIRO, 2006 ANAHP, 2014

Elementos chaves		Conceitos centrais	Autores
	Modelo Assistencial	Hoje o Brasil conta com um modelo assistencial baseado no atendimento hospitalar, nas prescrições de procedimentos, insumos e exames, desconsiderando questões relacionadas à prevenção.	LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008
	Hospitais	O Brasil possui mais de 7 mil hospitais, sendo que 62% é privado e 69% dos leitos são públicos. Quase 40% dos hospitais estão localizados na região Sudeste e 28% na região Nordeste do País. Além disso, 72% são hospitais gerais e 14% hospitais especializados.	WHO, 2013
	Saúde Suplementar	A assistência suplementar brasileira conta com 50,3 milhões de beneficiários cobertos pela assistência médica hospitalar, concentrados em 889 operadoras. Hoje, 25% da população brasileira está vinculada a uma operadora de planos de saúde.	ANS, 2014 e 2015
	Investimento de Capital Estrangeiro em Hospitais no Brasil	A mudança da lei nº 8.080, permitindo investimento de capital estrangeiro em serviços de saúde, muda o cenário hospitalar brasileiro. Investidores estrangeiros já estão se movimentando neste sentido, a exemplo da Rede D'or.	FEDERAL, 1988 ANS, 2011 MENICUCCI, 2014
	Investimento de Capital Estrangeiro em Hospitais em outros países	A China e a Índia já vivem esta realidade. A Índia apresenta uma realidade similar à brasileira, com dificuldades estruturais para receber os investidores. E a China utiliza-se desta estratégia para injetar recursos na oferta de saúde do país e atingir seu objetivo de reestruturação até 2020.	CHANDA, 2007 LIN; TSAI, 2010 ITUMALLA, 2012 WHO, 2010

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A situação do sistema de saúde brasileiro é complexa e, em alguns aspectos, parece crônica, por lidar há muitos anos com as mesmas situações. O Tribunal de Contas da União (2014) emitiu relatório em que considera as significativas desigualdades entre os estados brasileiros um dos pontos mais críticos, paralelamente à questão de falta de leitos e a superlotação das emergências do SUS. A população tem envelhecido cada vez mais, atualmente com uma expectativa de vida de 74,6 anos, o que traz consigo as doenças crônicas não transmissíveis, "incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes", além de impactar nas taxas de permanência hospitalar. Hoje, 326 hospitais possuem algum tipo de certificação de qualidade: ONA, ACI, JCI ou NIAHO (TCU, 2014; ANAHP, 2015).

A Associação Nacional de Hospitais Privados, teoricamente um dos grupos com maiores recursos neste mercado, informa que um dos maiores desafios dos hospitais é a informatização, na transmissão de dados e gestão das informações, principalmente dados de Prontuário Eletrônico do Paciente e gestão integrada. Além disso, o mercado tem se organizado em prol da regulação do mercado de órteses, próteses e materiais especiais, as OPME, devido aos direcionamentos de demanda por serviços médicos com interesses privados (ANAHP, 2013 e 2014.)

O conhecimento adquirido na análise do Quadro 4, propiciou a abordagem de questões sobre oportunidades e desafios no mercado hospitalar brasileiro, além de suportar a análise dos dados qualitativos, detalhados na etapa exploratória, presente na seção 3.3.

Por último, mas não menos importante, destaca-se que foi a partir destas informações que surgiram as primeiras categorias, ou a *priori*, da análise de dados qualitativos descritas no capítulo 3 – Método, que será apresentado a seguir.

3 MÉTODO

Este capítulo tem o objetivo de detalhar o método de pesquisa utilizado para a realização do presente estudo. O primeiro tópico é a concepção da pesquisa, com o detalhamento da natureza e a estratégia utilizada no estudo. Na sequência, são apresentados os critérios de seleção do campo de estudo e dos sujeitos da pesquisa. O segundo tópico apresenta a etapa exploratória, a técnica de análise de conteúdo utilizada, as categorias de análise, a metodologia do painel de *experts* e da construção de cenários prospectivos. O terceiro item detalha a etapa descritiva, com a preparação dos dados, a escolha e construção das escalas e o tratamento dos dados coletados durante a *survey*. Por último, apresentam-se as limitações do método inerentes à pesquisa realizada.

3.1 Delineamento da pesquisa

Em janeiro de 2015, foi alterada a legislação que permite o investimento de capital estrangeiro em hospitais brasileiros e poucas transações foram noticiadas no País, tampouco foram publicados estudos sobre este fenômeno, tanto no Brasil, quanto no exterior, o que impede comparações de métodos para este tipo de investigação.

Desta forma, para compreender os objetivos definidos neste estudo, foi realizada revisão bibliográfica quanto ao tema de pesquisa, mapeando o que já existe de conhecimento científico sobre o fenômeno, de forma a compreender mais profundamente os temas envolvidos no problema aqui apresentado.

A estratégia de pesquisa utilizada foi estudo de campo, pois possibilita aprofundar mais as questões do que as características da população. É a forma de compreender a estrutura social e as interações de poder local ou formas de associação entre os atores (GIL, 2008).

Esta dissertação teve duas etapas: uma qualitativa, exploratória que, conforme Malhotra (2012, p.110), “*proporciona melhor visão e compreensão do contexto do problema*”, que objetiva compreender os possíveis cenários mapeados a partir do painel de *experts*.

Na sequência, foi realizada uma etapa descritiva, quantitativa, com o objetivo de validar os cenários que emergiram na pesquisa exploratória, foi realizada uma *survey* respondida por uma amostra de atores da área hospitalar brasileira. Ramirez et al. (2015) sugere utilizar a metodologia do tipo *survey* de concepção descritiva e estudo transversal único, pois “*as hipóteses desenvolvidas por meio de pesquisa exploratória devem ser estatisticamente testadas mediante pesquisas descritivas ou causais*” (MALHOTRA, 2006, p.66).

A escolha por dividir a pesquisa em duas etapas dá-se pela necessidade de identificar a opinião dos profissionais atuante no mercado hospitalar brasileiro, de forma abrangente, comparando subgrupos para garantir que as hipóteses de cenários estão de acordo com a realidade que está por vir (Ramirez et al., 2015, PINSONNEAULT; KRAEMER, 1993).

3.1.1 Etapas do Estudo

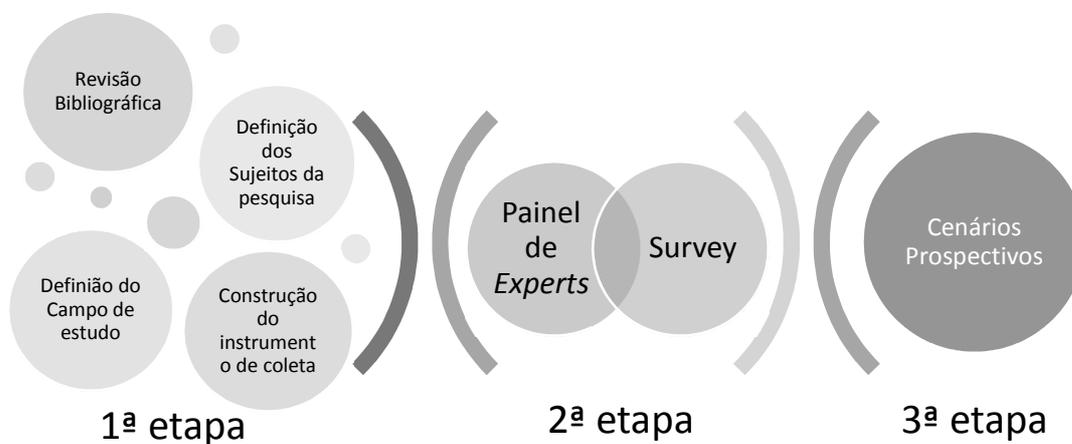
Esta pesquisa está organizada em três grandes etapas, como demonstra a figura 10. A primeira etapa foi composta de uma extensa revisão bibliográfica sobre a questão-problema, subdividida em cinco grandes assuntos, que são:

- Setor de Saúde no Brasil;
- Mercado Hospitalar Brasileiro;
- Investimento de Capital Estrangeiro em Hospitais;
- O papel do ambiente institucional da saúde brasileira;
- Decisão de Investimento externo direto.

A primeira etapa passou, ainda, pela definição do campo de estudo e dos sujeitos da pesquisa. Com estes dados em mãos, passou-se a construir o instrumento de coleta, utilizado como roteiro de entrevista semiestruturada, permitindo explorar os objetivos específicos da pesquisa, durante a abordagem dos especialistas que compuseram o painel de *experts*.

Antes de passar para a segunda etapa, foi feita a validação do instrumento de pesquisa com o júri acadêmico - dois professores notórios com conhecimento sobre o tema - e o júri profissional - através da aplicação da entrevista com dois especialistas conhecedores do mercado hospitalar.

Figura 10 - Desenho da coleta de dados



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A segunda macro etapa do estudo foi a pesquisa exploratória, inspirada na metodologia do painel de *experts*, em que foram realizadas as entrevistas semiestruturadas com especialistas no setor hospitalar. Todas entrevistas foram transcritas para melhor realização da análise de conteúdo, tendo como produto composição de cenários preliminares, com variáveis possíveis, pouco prováveis e improváveis. Estes cenários foram utilizados para construção do instrumento de pesquisa da *survey*, que passou por validação de júri acadêmico e júri profissional, para, então, ser realizado um pré-teste, confirmando a funcionalidade do instrumento e ausência de vieses.

O último estágio da segunda etapa foi a aplicação da questionário, de forma eletrônica, em que 124 profissionais atuantes no mercado de saúde brasileiro sinalizaram o grau de probabilidade que acreditam que cada constructo ocorrerá. Assim, foi feito o tratamento e análise dos dados coletados ao final da aplicação da *survey*.

A terceira macro etapa do estudo foi um compilado das etapas anteriores, com intuito de responder questão-problema da pesquisa. A partir do cruzamento dos dados quantitativos e qualitativos com a literatura revisada, indicando um ou mais cenários para o mercado hospitalar brasileiro nos próximos dez anos, considerando

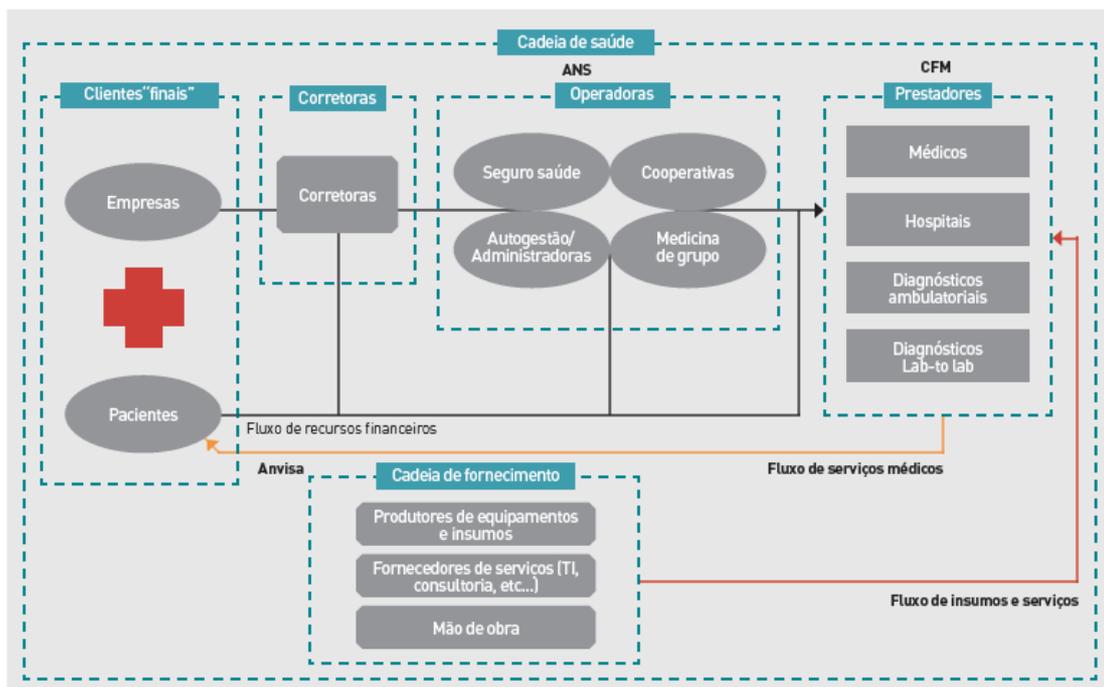
a mudança da lei 8.080/90 art. 23, que permite investimento de capital estrangeiro em serviços de assistência à saúde.

3.2 Campo de estudo da pesquisa

O campo de estudo explorado nesta pesquisa é o mercado hospitalar brasileiro. Entretanto, não existe um conceito oficial ou na literatura delimitando este campo, por este motivo, pesquisou-se a cadeia de valor do mercado hospitalar, entendendo que esta é a melhor forma de identificar os atores presentes nos espaços de interação com a rede hospitalar (PORTER, 1985 e 2007).

A figura 11 apresenta a cadeia de valor do setor de saúde privada, organizada pela publicação Valor Econômico (VALOR, 2015), na qual se pode identificar três grandes fluxos: de recursos financeiros, de serviços médicos e de insumos e serviços. A partir destas informações, considerando principalmente questões regulatórias, de financiamento e assistência à saúde, assuntos relacionados aos objetivos desta pesquisa, descartou-se os clientes finais, corretoras e a cadeia de fornecimento de equipamentos e serviços de apoio, definindo os agrupamentos abaixo, detalhados como campo de estudo foco desta pesquisa:

Figura 11 - Cadeia de valor do setor de saúde privada



Fonte: Valor Econômico, 2015.

- Serviços de assistência à saúde privados do Brasil, como hospitais, clínicas oncológicas, psiquiátricas, entre outras (7.157 unidades, conforme CNES, 2015);
- Operadoras de planos de saúde, como seguradoras, cooperativas, autogestão e Medicina de Grupo (843 com beneficiários, ANS, 2015);
- Órgãos vinculados ao governo, como Agência Nacional de Saúde – ANS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e Ministério da Saúde – MS;
- Representantes de médicos atuantes na área de saúde, como Conselhos e sindicatos de Medicina (420.984 profissionais em atividade no país, conforme CFM, 2016).

Por último, para responder à questão-problema desta dissertação, foram incluídas empresas de capital estrangeiro interessadas ou já atuantes no mercado hospitalar brasileiro.

3.3 Etapa exploratória

A etapa exploratória é recomendada por Creswell e Clark (2015) para tratar assuntos sem referências anteriores, como é o caso da pesquisa realizada. Gil (2008, p.27) explica que a pesquisa exploratória tem “*como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias*”, para problemas precisos ou hipóteses que possivelmente serão utilizadas em estudos posteriores, bem como o atingimento de objetivos específicos (GIL, 1999).

A pesquisa exploratória caracteriza-se por flexibilidade e versatilidade com respeito aos métodos, pois não são empregados protocolos e procedimentos formais de pesquisa. Questionários estruturados, grandes amostras e planos de amostragem probabilística raramente estão envolvidos; em vez disso, os pesquisadores estão sempre alerta para novas ideias e informações à medida que procedem com a pesquisa (MALHOTRA, 2012, p.60).

A autorização de investimento externo direto em hospitais brasileiros não possui vasta literatura, conforme descrito no item 1.3 Relevância do Estudo, e, por este motivo, foi utilizada a pesquisa exploratória, compreendendo a revisão da

literatura e as entrevistas com especialistas, painel de *experts*, conforme definição do campo de estudo e sujeitos da pesquisa, detalhados no item 3.2.

É comum utilizar, neste método, a entrevista com especialistas, levantamentos-piloto, estudos de caso, dados secundários analisados de forma qualitativa e mesmo pesquisa quantitativa (MALHOTRA, 2012) e, por este motivo, a metodologia do painel de *experts* foi escolhida para etapa de coleta de dados, sem pretender confirmar diagnósticos e hipótese, mas compreender diversos pontos de vista que “compõem o cenário complexo e múltiplo das representações do fenômeno investigado” (PINHEIRO et al., 2013, p.191).

Desta forma, foi possível descrever o ambiente institucional do mercado hospitalar brasileiro e identificar as principais estratégias de modos de entrada utilizada pelos investidores estrangeiros, itens “a” e “b” dos objetivos específicos desta dissertação. Além disso, a primeira parte do mapeamento de cenários para a próxima década, considerando a mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23, também foi resultado da etapa exploratória.

Os resultados da etapa exploratória são apresentados no capítulo 4, com análise e discussão de seu conteúdo.

3.3.1 Sujeitos do painel de *experts*

A seleção dos sujeitos da pesquisa foi baseada na afirmação de Pinheiro et al. (2013, p. 185), que explica a importância da especialidade dos integrantes do painel, que “*pode se referir aos ambientes ou situações de interesse para a pesquisa, às pessoas investigadas, ou mesmo aos fenômenos (ou conceitos) a serem tratados*”. Van der Heijden (2005) ainda explica que para construção de cenários úteis aos negócios é necessário ouvir os potenciais competidores pelo valor do negócio e não apenas ao custo, aqueles que fazem parte do jogo, inclusive, sugere fornecedores, empregados, pagadores e governo.

Desta forma, a definição dos nomes dos especialistas foi produto de uma ampla análise do campo de estudo através de documentos secundários, legislação, mídia especializada e artigos não científicos publicados sobre o tema, buscando compreender os atores expoentes, seus cargos e funções, com experiência de mais

de cinco anos na função, influência e/ou poder de decisão sobre a questão-problema desta pesquisa.

Além disso, conforme as entrevistas foram realizadas, outros nomes e entidades representativas indicadas pelos especialistas foram incluídas na lista de possíveis entrevistados, mantendo o foco inicial de buscar representantes nacionais dos principais atores dos campos de estudo mencionados na figura 11: governo, hospitais, investidor estrangeiro, operadoras de planos de saúde e trabalhadores da saúde.

Foram 38 pessoas ou instituições contatadas entre 14/09/2015 e 18/12/2015, através de e-mail, telefone, formulário de contato do website, chat de mensagens do Facebook e até presencialmente, conforme Quadro 5, realizado com sucesso 13 entrevistas.

Quadro 5 - Sujeitos da pesquisa exploratória

Grupo Representativo do Campo de Estudo	Pessoas / Instituições contatadas	nº contatos realizados	nº entrevistas com sucesso
Governo	6	32	3
Hospitais	6	19	3
Operadora de Planos de Saúde	7	22	2
Investidor Estrangeiro	14	34	3
Trabalhadores da Saúde	5	17	2
Total	38	124	13

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O número de entrevistados não estava delimitado no início da pesquisa e, por ser impossível chegar a um fechamento por exaustão, ou seja, abordando todos sujeitos elegíveis, a decisão de interromper a pesquisa de campo foi baseada na saturação teórica (Fontanella et al., 2011) constatando-se que as respostas tornavam-se redundantes entre todos entrevistados ou, pelo menos, dentro dos agrupamentos mencionados no início do capítulo. Fontanella et al. (2008, p.1) explicam que se utiliza este procedimento para “*estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes*”,

pois “as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido”.

Assim, chegou-se aos 13 especialistas entrevistados: nove através do telefone, com duração média de trinta minutos; e quatro presenciais, sendo dois do segmento de trabalhadores de saúde e dois com representantes de hospitais, estas entrevistas tiveram em média uma hora de duração. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para melhor análise de conteúdo.

No Quadro 6, há o detalhamento dos entrevistados que compõem o painel de *experts*, bem como a identificação das siglas que serão utilizadas no decorrer da análise de conteúdo, seção 3.7.1.

Quadro 6 - Sigla de identificação dos especialistas entrevistados

Grupo representativo	Descritivo do entrevistado	Sigla de identificação
Hospitais	Diretor de entidade representante de Hospitais Privados.	H1
	Conselheiro de Administração de Hospital Familiar.	H2
	Presidente de uma organização de Hospitais Filantrópicos.	H3
Investidores estrangeiros	Advogado que tem assessorado empresas estrangeiras que querem ingressar no País e participou de evento de projeção nacional sobre esta mudança de lei.	I1
	Sócio de consultoria na área de gestão e oportunidades emergentes, presta assessoria para empresas europeias interessadas no mercado de saúde brasileiro.	I2
	Representante de uma consultoria norte-americana, com projetos recentes em andamento na área de capital internacional em hospitais brasileiros.	I3
Governo	Profissional que atua na área de assessoria de investimento da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.	G1
	Profissional que atua no departamento de economia em saúde, investimentos e desenvolvimento, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.	G2
	Profissional que atua na diretoria de desenvolvimento setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar.	G3
Operadoras de Planos de Saúde	Representante da área de investimentos de uma das maiores operadoras do Brasil, atuante na modalidade de medicina de grupo.	O1
	Representante da diretoria de um órgão representativo das cooperativas de trabalho médico, um dos maiores grupos de operadoras de planos de saúde do Brasil.	O2
Trabalhadores da área de saúde	Médico, diretor de uma entidade representante nacionalmente de profissionais e pesquisadores das áreas de medicina social, saúde pública e saúde coletiva.	T1
	Médico cirurgião, presidente de uma cooperativa de especialistas atuantes na área assistencial.	T2

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O grupo de investidores não tem representante de classe organizado no Brasil e nenhuma das doze empresas atuantes no setor hospitalar do País responderam às tentativas de contato por e-mail e telefone realizada durante três meses, ou informaram que não irão se posicionar sobre o assunto. Desta forma, para não ficar sem o ponto de vista deste segmento, as três entrevistas realizadas foram com consultorias de investimento que atuam mapeando mercado e assessorando a entrada do capital estrangeiro no mercado hospitalar brasileiro.

Do grupo de trabalhadores da área de saúde, houve diversas tentativas de entrevista com entidades representativas de classe médica, com atuação nacional e não segmentada por especialidade, mas foram todas frustradas, porque informam não ter uma opinião corporativa sobre o assunto e, por este motivo, recusaram-se a participar do painel de *experts*.

3.3.2 Painel de *Experts*

O painel de *experts* tem a intenção de se apropriar do conhecimento de profissionais especialistas no assunto em pesquisa e é utilizado como uma primeira etapa de coleta de dados, para, posteriormente, partir para outros instrumentos que complementem esta etapa e auxiliem no cumprimento dos objetivos da pesquisa.

O painel de especialistas pode fazer parte de um projeto de pesquisa em dois momentos distintos: (1) como parte de uma fase preliminar, em que contribui para o estabelecimento de bases para a investigação; ou (2) como parte da coleta de dados propriamente dita, seja como estratégia única de investigação, ou, como é cada vez mais comum, combinada com outras. (PINHEIRO et al., 2013, p.185).

Um dos pontos mais importantes do painel de *experts* é a reunião de “várias pessoas consideradas capazes para o tratamento das questões envolvidas no objeto da pesquisa, geralmente implicando a análise de tema complexo e controverso” (PINHEIRO et al., 2013, p.185), através do qual a intenção é capturar a visão de cada especialista, sob suas perspectivas do assunto, integrando com as outras visões, mesmo que não se chegue a uma determinação final, mas que permita o mapeamento de cenários, metodologia indicada por Van Der Heijden (2005, 121)

como “uma forma que projeta essa base de conhecimento para o futuro de forma consistente internamente”.

O método de abordagem destes especialistas são entrevistas semiestruturadas, pois são flexíveis o suficiente para permitir que o pesquisador inclua perguntas relacionadas à resposta dos entrevistados, mesmo que não tenham sido previamente imaginadas ou façam parte da sequência predeterminada, proporcionando o “surgimento de informações inesperadas e esclarecedoras, melhorando as descobertas” (HAIR Jr. et al., 2005, p.163).

Dalkey e Helmer (1962) desenvolveram a técnica de Delphi, que consiste em várias rodadas de entrevistas e/ou questionários individuais com especialistas, evitando confronto pessoal entre os painelistas, cruzando de forma quantitativa os dados. É uma interação controlada e de identidade sigilosa para ser mais ágil e evitar que interesses pessoais, ou relações de poder, interfiram no julgamento da informação em pauta. Desta forma, “mesmo que as visões expressadas inicialmente sejam totalmente divergentes, a estimativa individual vai mostrar uma tendência para convergir conforme o andamento do experimento²” (DALKEY; HELMER, 1962, p.3). Entretanto, não há a garantia de que as respostas finais convergirão.

O principal objetivo do anonimato é a de evitar um domínio psicológico por parte de alguns especialistas, seja por razão de personalidade, por deferência à autoridade ou qualquer outro motivo, de forma a permitir que todos participem e ofereçam a sua contribuição. (KAYO; SECURATO, 1997, p.54)

Além disso, há críticas ao método Delphi (KAYO; SECURATO, 1997), devido à demora na resposta de questionários ou dificuldade de agendamento de entrevistas. Criticam, ainda, a seleção dos especialistas, por não haver uma forma concreta de avaliar o nível de expertise dos entrevistados, a possibilidade de ignorar e não explorar pontos de discordância, gerando consensos artificiais e pobre sumarização de resultados.

Outro aspecto a considerar é a possível desistência dos entrevistados, cansados de dar opinião e de serem questionados sobre pontos de divergência e,

¹ Texto original “The scenarios are a number of stories created in a way that projects this knowledge base into the future in an internally consistent way”, tradução da pesquisadora.

² Tradução livre da pesquisadora. Texto original “even if the views expressed initially are widely divergent, the individual estimates will show a tendency to converge as the experiment continues”. (DALKEY; HELMER, 1962, p.3)

em especial, porque não há como ter certeza do número de rodadas do painel de *experts* necessário para chegar a um cenário prospectivo que responda a questão central desta pesquisa.

Por este motivo, a intenção é se inspirar na técnica Delphi, mas seguir o estudo qualitativo, consistindo em dados apresentados pelos especialistas, validando através de uma *survey* com outros profissionais de mercado hospitalar brasileiro.

As questões apresentadas no APÊNDICE A foram utilizadas como roteiros para as entrevistas semiestruturadas com os especialistas que compõem o painel de *experts*. Elas foram elaboradas a partir da síntese teórica apresentada na sessão 2.4, orientadas pelos objetivos específicos da pesquisa, explorando especialmente o ambiente institucional do mercado hospitalar brasileiro, os desafios e oportunidades relacionadas às estratégias de entrada que serão adotadas pelo capital estrangeiro na próxima década, conforme quadro 7.

Quadro 7 – Relação entre objetivos específicos, roteiro das entrevista, e autores

OBJETIVO ESPECÍFICO	QUESTÕES	AUTORES
a) Descrever o ambiente institucional do mercado hospitalar brasileiro, considerando as dificuldades e oportunidades para o investimento de capital estrangeiro	<p>Qual a sua opinião sobre a abertura de capital estrangeiro em hospitais?</p> <p>Por quais razões um investidor estrangeiro se interessaria pelo mercado hospitalar brasileiro?</p> <p>Quais os desafios você acredita que um investidor estrangeiro encontrará no mercado hospitalar brasileiro?</p> <p>E quais as oportunidades?</p>	DUNNING, 1988, 2000 e 2001
	<p>Alguns segmentos hospitalar, especialidade médica ou mesmo região, deveria ser observado com maior foco pelo investidor? Por que?</p>	DUNNING, 1988 e 2000
	<p>Os procedimentos e normas que definem como ocorrem as relações no âmbito fiscal, legal, trabalhista, mercadológico e de propriedade, fazem parte do ambiente institucional de um país. As instituições podem ser formais, como a constituição e leis, ou informais como convenções e movimentos políticos.</p> <p>Qual o grau de influência que instituições formais pode ter na decisão de uma empresa investir no mercado hospitalar brasileiro?</p> <p>Quais instituições formais podem interferir no investimento estrangeiro em hospitais?</p> <p>De que forma estas instituições podem influenciar o investimento estrangeiro?</p> <p>Estas instituições influenciam da mesma forma investidores nacionais? Por que?</p> <p>E como um investidor estrangeiro pode lidar com essas instituições?</p>	NORTH, 1990 FRANCIS et al., 2009 DIMAGGIO; POWELL, 1983 WILLIAMSOM, 1985 e 2000 AGARWALL, 1992 PENG et al., 2008 ALI et al., 2010
	<p>Qual o grau de influência que instituições informais pode ter na decisão de uma empresa investir no mercado hospitalar brasileiro?</p> <p>Quais instituições informais podem interferir no investimento estrangeiro em hospitais?</p> <p>De que forma estas instituições podem influenciar o investimento estrangeiro?</p> <p>Estas instituições influenciam da mesma forma investidores nacionais? Por que?</p> <p>E como um investidor estrangeiro pode lidar com essas instituições?</p>	ESTRIN et al. 2011 JENSEN et al., 2012 HOLTBÜGGE, 2013 LIOU, 2014

<p>b) Identificar possíveis modos de entrada que poderão ser utilizados pelos investidores estrangeiros que atuam em hospitais brasileiros;</p>	<p>Considerando a distância geográfica, qual o nível de controle da operação da filial brasileira o investidor estrangeiro deve ter? (gerencia, estratégia, negociações, etc)</p> <p>Desta forma ele protegeria seus recursos de propriedade e intelectuais?</p> <p>Que tipo de risco ele deve se preocupar? Há algum risco de expropriação ou transferência tecnológica?</p> <p>Qual a sua opinião sobre Joint Ventures (fusão de duas empresas do mesmo segmento que consideram que unidas tornam-se mais robusta) no mercado hospitalar brasileiro? E faria diferença ser total ou parcial?</p> <p>E quanto a abertura de uma franquia de um hospital estrangeiro no Brasil?</p> <p>E estratégias como Greenfield (abrir um novo ativo no exterior, começando do zero)?</p> <p>Existem oportunidade para projetos de Bownfield no Brasil (aquisição de empresas já em operação, muitas vezes com dificuldades financeiras/gestão)?</p> <p>Algum outro modo de entrada seria relevante, como estratégia para um investidor estrangeiro interessado no mercado hospitalar brasileiro? De que forma?</p> <p>E qual o modelo você considera a estratégia ideal?</p>	<p>DUNNING, 1988, 2000 e 2001 DUNNING; RUGMAN, 1985 QUIAN et al, 2010</p> <p>ANDERSON; GATIGNON, 1986 ROOT, 1998 CHANG; ROSENZWEIG, 2001 ÁVILA, 2013 HOLTBRUGGE; BARON, 2013</p>
<p>c) Apresentar os prováveis cenários da próxima década, na opinião de atores da área de saúde no Brasil, considerando a mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23</p>	<p>Em 2015, como você vê o cenário da saúde, quanto ao investimento de capital estrangeiro em hospitais?</p>	<p>LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008 RIBEIRO, 2006 ANAHP, 2014</p> <p>CHANDA, 2007 LIN; TSAI, 2010 ITUMALLA, 2012 WHO, 2010 RAMIREZ et al., 2015</p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Antes de iniciar a pesquisa de campo, o instrumento de coleta foi validado com o júri acadêmico, sendo dois professores notórios com conhecimento sobre o tema, e o júri profissional, sendo um especialista com mais de vinte anos de atuação no mercado hospitalar brasileiro. Ainda, com objetivo de garantir que o instrumento seria útil para responder a problemática desta pesquisa, foi aplicada a entrevista em dois especialistas conhecedores do mercado hospitalar.

Vencidas as etapas de validação, iniciaram-se as entrevistas, que foram realizadas entre os dias 14/09/15 e 18/12/2015, sendo nove por telefone e quatro presenciais. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para melhor análise do seu conteúdo.

A seção 4 apresenta a análise de conteúdo das entrevistas com especialistas, à luz da metodologia de Bardin (2011). Foram utilizadas as categorias de análise apresentadas no item 3.3.4, correlacionando os resultados empíricos com a literatura base desta dissertação. Durante toda discussão dos achados, há sinalizações das contribuições do painel de *experts* para a construção de cenários prospectivos, divididos em duas seções, sob a ótica destes especialistas: uma para tratar do ambiente institucional do mercado hospitalar brasileiro; e outra sobre as estratégias de entrada que os investidores estrangeiros irão adotar ao ingressar na assistência à saúde brasileira.

3.3.3 Análise de dados da fase exploratória

Duarte (2002, p. 151) afirma que “métodos qualitativos fornecem dados muito significativos e densos, mas, também, muito difíceis de serem analisados”. O autor explica que é preciso organizar os registros, transcrição das entrevistas, conversas não gravadas, trocas de mensagens eletrônicas, notas de campo, material publicado sobre o tema para, então, categorizar conforme critérios previamente definidos, para corresponder aos objetivos da pesquisa.

A etapa seguinte é a interpretação do material e cruzamento de dados, através de padrões de análise que auxiliarão na construção de hipóteses. Duarte (2002, p.152) refere-se à esta fase por “mergulho na analítico profundo” e diz que:

(...) é preciso ter olhar e sensibilidade armados pela teoria, operando com conceitos e constructos do referencial teórico como se fosse um fio de

Ariadne, que orienta a entrada no labirinto e a saída dele, constituído pelos documentos gerados no trabalho de campo. (DUARTE, 2002, P. 152)

Dados qualitativos, muitas vezes, são complexos de estabelecer padrões, entretanto, GIL (2010) sugere vários delineamentos de análise de conteúdo, como o estudo descritivo, contando a frequência de características do texto; a análise normativa, comparando padrões; a análise transversal, envolvendo textos de diferentes contextos; e a análise longitudinal, com comparações em contextos semelhantes.

Assim, após a transcrição das entrevistas individuais e grupos focais e análise dos dados secundários, serão classificados, conforme categorias pré-definidas de análise do conteúdo, classificando todos os dados textuais coletados, para compreender seus significados e responder à questão-problema desta pesquisa, bem como os objetivos propostos (APPOLINÁRIO, 2009).

3.3.4 Categorias de análise

A categorização é um processo de separação dos dados coletados, a partir de informações similares, permitindo organizar em tópicos e responder o problema de pesquisa, perpassando pelos objetivos específicos (MORAES, 1999). Entretanto, este não é um processo simples e pode, inclusive, ser exaustivo, necessitando visitar os dados brutos, ainda sem qualquer análise de conteúdo, inúmeras vezes, pois será este refinamento que permitirá categorizá-los e discuti-los de forma objetiva. Além disso, Moraes (1999, p.7) lembra que “as categorias devem ser válidas, exaustivas e homogêneas”.

As primeiras categorias, chamadas de *a priori*, surgiram dos objetivos específicos, estão relacionadas e deram sustentação às questões do instrumento de coleta. Entretanto, elas, isoladamente, não dão conta da classificação de todo conteúdo, visto que foram entrevistas semiestruturadas, em que os entrevistados abordavam diversos aspectos não questionados diretamente.

O quadro 8 demonstra as categorias de análise de conteúdo *a priori*, baseada nos objetivos da pesquisa e na revisão da literatura:

Quadro 8 - Categorias de análise a priori

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORIAS A PRIORI
a) Descrever o mercado hospitalar brasileiro, considerando os argumentos pró e contra a abertura legal para o investimento de capital estrangeiro;	Mercado Hospitalar Brasileiro
b) Identificar o papel do ambiente institucional brasileiro na entrada de investimento estrangeiro em hospitais;	Ambiente institucional do sistema de saúde brasileiro
c) Apresentar os prováveis cenários da próxima década, na opinião de atores da área de saúde no Brasil, considerando a mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23.	Estratégias de entrada para investidores estrangeiros

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Em uma segunda etapa de categorização, preocupando-se em não engessar a análise em um olhar pré-determinado e permitir que novos conteúdos emerjam das respostas dos sujeitos da pesquisa, foram identificadas as subcategorias suplementares (BARDIN, 2011).

Esta busca por subcategorias *a posteriori* é de extrema importância, pois permite aprofundar o olhar no conteúdo de análise, inclusive, permitindo interpretações e inferências de significados, finalizando o agrupamento de conteúdo em comum obtido através da entrevista com os especialistas que compõem o painel de *experts*.

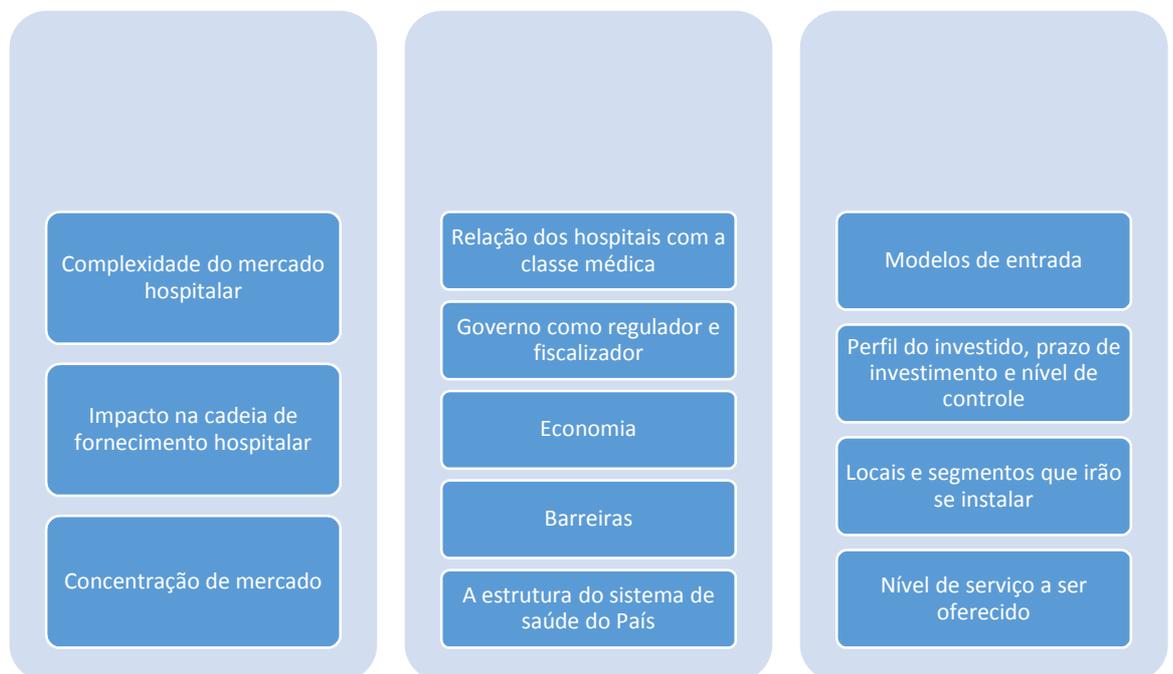
Desta forma, as seguintes subcategorias complementam a análise de conteúdo desta pesquisa:

- Complexidade do mercado hospitalar
- Impacto na cadeia de fornecimento hospitalar
- Concentração de mercado
- Classe médica
- Governo
- Economia
- Barreiras
- A estrutura do sistema de saúde do País
- Modelos de entrada
- Prazo de investimento
- Risco envolvido

- Perfil do investidor e nível de controle
- Locais e segmentos que irão se instalar
- Nível de serviço a ser oferecido

O quadro 9 permite visualizar as categorias *a posteriori*, elaboradas a partir da relação entre as subcategorias emergentes, que surgiram da análise do painel de *experts*, e as categorias *a priori*, considerando os objetivos a serem alcançados pela pesquisa.

Quadro 9 - Categorias de análise *a posteriori*



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

3.3.5 Construção de Cenários Prospectivos

O termo cenários tem diferentes significados e finalidades, conforme o campo de estudo e práticas. Nesta pesquisa, cenários são descrições narrativas sobre o contexto ou ambiente, desenvolvidas para um público e um propósito específico, utilizadas para compreender futuros possíveis. Muito utilizado por empresas que desejam maior segurança no planejamento de suas ações frente a um ambiente competitivo turbulento, repleto de riscos e incertezas (RAMIREZ et al., 2015).

Cenários não são previsões, prognósticos ou visões, “*scenarios are vivid descriptions of plausible futures*” (LINDGREN; BANDHOLD, 2003, p.22). O “scenario planning is an increasing important arrow in the quiver of developing strategy as the speed of change creates situations that are unpredictable and have no precedent” (WILBURN; WILBURN, 2011, p.165).

Van der Heijden (2005) explica que previsões são baseadas nos acontecimentos do passado estendidos ao futuro, o que pode ser feito de forma estatística e é útil para questões de curto prazo, quando se pode prever e as incertezas são relativamente pequenas. Por outro lado, quando há algo radicalmente novo, não há como identificar as incertezas ou prever muitas questões e precisa-se visualizar um período longo de tempo, esta técnica falha e exige algo metodologicamente mais elaborado, como o processo de planejamento de cenários.

O mapeamento de cenários respeita técnicas sistematizadas compostas de diversos procedimentos, que têm o objetivo de identificar incertezas e tendências para os próximos cinco, dez ou vinte anos, possibilitando que ajustes sejam feitos na tomada de decisão estratégica para enfrentar um futuro, inicialmente desconhecido (WILBURN; WILBURN, 2011).

Os cenários permitem que sejam exploradas possíveis consequências de uma decisão ao perguntar “E se?”. Auxiliam a tomada de decisão estratégica de hoje à luz do que pode acontecer no futuro, e não só pelo direcionamento que o instrumento permite, mas, principalmente, porque durante o processo de criação de cenários, os empresários têm a oportunidade de reconhecer as forças globais e locais mais significativas para o sucesso de seus negócios. Além disso, é possível identificar indicadores que auxiliem a inferir conexões entre variáveis e saber se está aumentando ou diminuindo a probabilidade de determinado cenário ocorrer (WILBURN; WILBURN, 2011; RAMIREZ et al., 2015).

Scenarios make sense of future events in the same way as historical accounts make sense of the past. Memories of (stories about) the future are in a way historical accounts seen from a future perspective. They explain how the world has ended up in a future end-state, by a causal train of events, linking back to the well-known present. While the present is always a

¹ Tradução da autora: “Cenários são descrição vivas de futuros plausíveis” (LINDGREN; BANDHOLD, 2003, p.23)

² Tradução da autora: “Planejamento de cenário é uma lupa para aumentar os temores do desenvolvimento da estratégia, como a velocidade da mudança que cria situações imprevisíveis e sem precedentes” (WILBURN; WILLBURN, 2011, p.165).

blur history that comes out of it is well ordered. Scenario building is a natural activity for the human mind. By putting yourself in the future, the present blur clears up; storytelling creates historical order out of chaos (VAN DER HEJDEN, 2005, p. 134).³

Cenários são histórias que permitam clarear a imaginação do leitor, com elementos de romance e surpresa na direção que a visão das organizações precisa estar direcionada, como Van der Heijden (2005) explica acima. Entretanto, precisa ser crível, considerando um tempo possível para que as ações descritas aconteçam. Além disso, Schwartz (1996) propõe que, para saber se um cenário é eficaz, sejam indagados os leitores se questões tabus ou não pensadas anteriormente, passem a ser uma possibilidade. Cada cenário deve ser internamente consistente, com detalhes suficientes para serem diferenciados uns dos outros, evidenciando caminhos alternativos para a organização. Além disso, devem ter indicadores que permitam controlar posteriormente a probabilidade de cada cenário se tornar realidade (WILBURN; WILBURN, 2011; VAN DER HEJDEN, 2005).

This is because scenarios involve processes of inquiry that can guide the research of complex issues involving long range dynamic processes in uncertain contexts by accommodating and comparing different perspectives; and can involve doing so in a number of iterations that makes it possible to revisit and revise assumptions and decisions and tentative findings, as required by the learning that each iteration supports (RAMIREZ et al., 2015, p. 72).

Indivíduos e organizações estão constantemente fazendo planos baseados em previsões, cenários, visões e projeções. Conforme o prazo disponível para o planejamento e a necessidade de redução do risco envolvido na tomada de decisão, previsões mais simples podem ser úteis. Entretanto, o envolvimento de sistemas complexos e o longo prazo exigem ferramentas de planejamento mais precisas, que garantam segurança na identificação dos potenciais riscos e oportunidades futuras. Por outro lado, é preciso foco para saber o que explorar de todas variáveis de futuro possível. E como Lindgren e Bandhold (2003, p.24) afirmam: “*That is where scenario*

³³ Tradução da autora: “Cenários fazem sentido para eventos futuros, da mesma forma que relatos históricos fazem sentido para passado. Memórias do (histórias sobre) futuro estão de uma maneira que relatos históricos são vistos de uma perspectiva de futuro. Eles explicam como o mundo se acabou em um futuro estado final, por um trem causal de eventos, ligando de volta para o presente conhecido. Enquanto o presente é sempre uma história desfoque que vem ser bem ordenada. Construção de cenários é uma atividade natural para a mente humana. Ao colocar-se no futuro, o presente obscuro torna-se mais claro; Contar histórias cria ordem histórica a partir do caos” (VAN DER HEJDEN, 2005, p. 134).³

writing comes in. Through skilfully crafted scenarios, we can reduce a large amount of uncertainty to a handful of plausible alternative directions that together contain the most relevant uncertainty dimensions⁴.

Wilburn e Wilburn (2011) explicam que diversas empresas globais utilizam a análise de cenários e que, para isto, é importante identificar as principais forças da instituição, como a economia, a população, algum recurso natural ou tecnológico; a partir desta visão, analisar como se estabelecem estas forças no tempo presente e no futuro, como, por exemplo:

If the music and film industries had developed scenarios, they surely would have paid attention to digitized sound and pictures, as well as the effective enforcement of copyright law in other countries that had the technology to copy music and movies. Building scenarios would have allowed those in the industry to be proactive rather than reactive about losing control over content, and a new business model could have been designed earlier⁵. (WILBURN; WILBURN, 2011, p.171).

Lindgren e Bandhold (2003) explicam que existem diversas formas para mapear cenários e os processos mais simples e utilizados podem ser feitos de forma individual ou participativa, baseando-se no conhecimento de *experts*. Ramizes et al. (2015) reforçam que a metodologia de cenários permite múltiplas interpretações para identificar múltiplas alternativas para possíveis futuros, pois não existe um modelo de negócio mais correto que outro. E reforça que o número de interações traz maior credibilidade e transparência aos cenários propostos.

Ramirez et al. (2015) apresentam três estudos com estratégias metodológicas diferentes de construção de cenários, em que os próprios pesquisadores são atuantes na primeira fase. Ao passo que buscavam problematizar as percepções existentes, contribuem com novos conhecimentos a partir de pesquisas científicas. Além disso, os três estudos envolveram grande variedade de partes interessadas e obedecem aos princípios de engajamento, procurando ser rigorosos e relevantes.

⁴ Tradução da autora: “É aí que a escrita de cenários entra. Através de cenários habilmente trabalhados, podemos reduzir uma grande quantidade de incerteza a um punhado de direções alternativas plausíveis, que juntos contêm as dimensões de incerteza mais relevantes” (LINDGREN; BANDHOLD, 2003, p.24)

⁵ Tradução da autora: “Se as indústrias da música e do cinema tivessem desenvolvido cenários, eles certamente teriam atentado aos sons e imagens digitalizados, bem como a aplicação efetiva da lei de direitos autorais em outros países que tinham a tecnologia para copiar músicas e filmes. A construção de cenários teria permitido que aquela indústria fosse proativa e não reativa com a perda de controle sobre o conteúdo, e um novo modelo de negócio poderia ter sido concebido antes”. (WILBURN; WILBURN, 2011, p.171).

Também foram mapeadas as interrogações e certezas, conectando fatores aparentemente não relacionados para buscar novas formas.

Os três estudos passaram por três etapas, sendo que a primeira passava pela abordagem de especialistas para identificação de pontos principais, depois seguia no cruzamento de dados e construção de cenários iniciais e, por último, a validação dos cenários com um maior número possível de envolvidos no tema. Sendo que uma das pesquisas ainda retornou a alguns especialistas para análise e feedback detalhado dos cenários finais (RAMIREZ et al., 2015).

Inspirado nas orientações de Wilburn e Wilburn (2011) e Ramirez et al. (2015), definiu-se os procedimentos de mapeamento de cenários utilizado nesta pesquisa, conforme descrito abaixo:

1. Etapa exploratória, busca de referencial teórico e dados secundários;
2. Painel com 13 *experts*;
3. Identificação e análise de 21 constructos chaves;
4. Mapeamento preliminar de 3 cenários;
5. *Survey* para validação da probabilidade de cada variável dos cenários;
6. Etapa descritiva, análise e teste dos dados quantitativos;
7. Construção descritiva dos cenários resultantes deste processo.

3.4 Etapa descritiva

A etapa descritiva da pesquisa consistiu na identificação do grau de probabilidade de cada variável mapeada nos cenários, oriundos da etapa exploratória, conforme descrito no item 3.1.1 – Etapas do Estudo. A seguir, serão apresentados o plano de amostragem dos participantes da *survey*, a coleta de dados e os procedimentos de tratamento e análise dos dados quantitativos na fase descritiva da pesquisa.

3.4.1 Plano de Amostragem

A população-alvo da pesquisa foi composta por profissionais atuantes no mercado hospitalar brasileiro, conforme descrito no item 3.2 – campo de estudo, que soma mais de 500 mil profissionais, distribuídos da seguinte forma:

- Serviços de assistência à saúde privados do Brasil, como hospitais, clínicas oncológicas, psiquiátricas, entre outras (7.157 unidades, conforme CNES, 2015 e mais de 100 mil empregados, conforme Observatório da Anahp, 2015);
- Operadoras de planos de saúde, como seguradoras, cooperativas, autogestão e Medicina de Grupo (843 com beneficiários, ANS, 2015);
- Órgãos vinculados ao governo, como Agência Nacional de Saúde – ANS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e Ministério da Saúde – MS;
- Representantes de médicos atuantes na área de saúde, como Conselhos e sindicatos de Medicina (420.984 profissionais em atividade no País, conforme CFM, 2016);
- Investidores estrangeiros com capital em hospitais brasileiros, consultorias especializadas em intermediar estas transações, bem como empresas não brasileiras interessados neste mercado.

A etapa seguinte consistiu em identificar a melhor forma de atingir uma população nestas proporções e que compusesse os grupos de atores-chaves desta pesquisa: investidores, hospitais, operadoras, governo e trabalhadores da área de saúde.

Desta forma, a partir de contatos por telefone e por e-mail, a revista Saúde Business disponibilizou o envio do link da pesquisa em seu mailing semanal, que possui em torno de 20 mil pessoas, todas com algum envolvimento no mercado hospitalar. Além disso, foi solicitado por e-mail que entidades representativas destes segmentos também compartilhassem o *hiperkink* entre seus contatos.

Entretanto, apesar de ter sido enviada uma “chamada” para a pesquisa no mailing acima especificado, por seis sextas-feiras seguidas, e terem sido encaminhados 39 e-mails para diversas entidades representativas do público-alvo, convidando-os a responder a pesquisa, o alcance total foi de 134 respostas, sendo que 30 não estavam integralmente respondidas. O que é considerado uma amostra não-probabilística, explicada por HAIR Jr. et al. (2005), não permitindo projetar estatisticamente os resultados obtidos para toda população, mas se o valor populacional tiver determinado grau de certeza, “permite ao pesquisador fazer

inferências ou projeções sobre a população-alvo da qual se extraiu a amostra” (MALHOTRA, 2012, p. 274).

3.4.2 Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário eletrônico, autoadministrado, respondido sem a presença do pesquisador, disponibilizado através do endereço eletrônico <https://pt.surveymonkey.com/r/capitalestrangeiroemhospitais>. Esta opção deu-se pela possibilidade de atingir um grande número de pessoas pertencentes ao público-alvo, permitindo que todos tenham “chance igual de ser incluído na amostra” (LEVIN, 2012, p. 155).

O instrumento de pesquisa, apresentado no APÊNDICE B, foi elaborado a partir da análise de conteúdo das entrevistas do painel de *experts*, etapa exploratória, sessões 4.1 e 4.2, no qual foram indicados cenários prováveis, pouco prováveis ou que raramente ocorrerá nos próximos dez anos.

A partir deste material, foi elaborado um questionário de 21 questões, mais 6 perguntas de caracterização do respondente. Cada questão continha, em média, três variáveis, em que era solicitado a indicação na escala contínua, de 1 a 6, a intensidade de probabilidade daquele item acontecer. Houve a preocupação de que todas as perguntas fossem mutuamente excludentes, pois “redação do questionário é muito importante para a exatidão das informações coletadas”, como recomendam Hair Jr. et al. (2005, p. 160).

O número de categorias da escala foi definido considerando as orientações de Hair Jr. et al. (2005, p.194), que “quanto maior o número de categorias, maior a exatidão da escala de mensuração”, por outro lado “o desejo de um maior nível de precisão deve ser equilibrado com as exigências feitas ao respondente”. Ainda recomenda-se utilizar uma escala de pelo menos cinco categorias, para oferecer opções aos respondentes que evitam os extremos.

Além disso, Hair Jr et al. (2005) ainda abordam a questão do número par ou ímpar de categorias, explicando que é um julgamento do pesquisador, considerando que “alguma porção da amostra tem a probabilidade de sentir-se neutra”, o que, no

caso da pesquisa, nenhuma pergunta era compulsória, exigindo daqueles que responderam uma escolha forçada.

Antes de divulgar a pesquisa para o grande público, o instrumento foi validado com um júri acadêmico, composto por um professor com experiência em pesquisas quantitativas e com conhecimento do mercado hospitalar brasileiro, e um júri profissional, composto por um especialista atuante no mercado hospitalar há mais de uma década. Além disso, foi realizado um teste com 20 respondentes, para garantir a confiabilidade do instrumento, garantindo que não havia viés nas questões propostas. Por fim, foi realizada a coleta de dados do dia 20/01/16 a 21/03/2016.

3.4.3 Tratamento dos dados

As técnicas de tratamento dos dados devem estar a serviço do problema que esta pesquisa propõe-se investigar e é através deste procedimento que passa a ser possível a análise e interpretação de resultados de forma sólida e consolidada (MALHOTRA, 2012; LEVIN, 2012). Os dados foram analisados com o uso do software estatístico IBM® SPSS® 22.0 (*Statistical Package for Social Sciences*).

Foram utilizados três testes não-paramétricos diferentes, para auxiliar na análise dos dados da *survey* e confirmar a probabilidade dos cenários para os próximos dez anos no mercado hospitalar brasileiro, considerando o ambiente institucional do País a partir da mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23, e as variáveis indicadas pelo painel de *experts*.

Figura 12 - Análise dos dados quantitativos



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Conforme apresentado na Figura 12, inicialmente foi realizada a **Estatística Descritiva** para cada uma das 21 questões, com intuito de analisar o número de

casos válidos e a pontuação média que indicava a probabilidade de cada variável ocorrer, considerando o desvio padrão e o intervalo de confiança de 95%.

Na sequência, foi realizado o **teste de Friedman**, recomendado por Pereira et al. (2015) para conferir se medidas repetidas ou grupos combinados provêm da mesma população ou de populações com a mesma mediana, em que a hipótese nula assume que a variável de resposta tem a mesma distribuição. Desta forma, a intenção com este teste é identificar se há diferença significativa entre as variáveis. Assim, foram verificados se os valores postos diferiam significativamente (Sig.), a partir da comparação de dependência entre as amostras de respostas. Nos casos em que a significância resultou em um valor maior que 0,05, a hipótese nula foi aceita, não permitindo inferir que há uma variável mais ou menos provável que as demais.

Foi realizado um teste **Kruskal-wallis** nos resultados de significância inferior a 0,05, com intuito de identificar qual das variáveis é diferente das demais, cruzando os grupos de sujeitos da pesquisa. E, como Marôco (2011, p. 301) explica, “alguns testes não paramétricos, como o de Kruskal-Wallis, foram desenvolvidos especificamente para variáveis ordinais (como por exemplo avaliações de júris) e não como alternativa a uma má colheita de dados”, exatamente como a pesquisa em questão, em que os respondentes atuam como “júri”, escolhendo a nota que indica a probabilidade de cada variável.

Por último, foi realizada uma nova **Estatística descritiva** por grupo daquela variável que destoava das restantes para poder inferir se há significativa diferença na análise da média de cada grupo de sujeitos da pesquisa.

Em geral, é conveniente traçar o perfil dos clusters em termos de variáveis que não foram utilizadas na aglomeração e que podem incluir variáveis demográficas, psicográficas, de consumo do produto, de utilização dos meios de comunicação ou outras. Por exemplo, os clusters podem ter sido estabelecidos com base em benefícios procurados. Pode-se fazer um desenho posterior do perfil em termos de variáveis demográficas e psicográficas para enfocar esforços de marketing para cada cluster. As variáveis que se diferenciam significativamente entre clusters podem ser identificadas via análise discriminante e análise da variância de um fator (MALHOTRA, 2006, p. 582).

Seguindo a orientação de Malhotra (2006), foi realizada a **análise de clusters**, para examinar a interdependência entre todo o conjunto de variáveis, com intuito de agrupar em categorias homogêneas, com a maior distinção possível entre

elas. O autor ainda explica que “a análise de *clusters* é o inverso da análise de fatores pelo fato de reduzir o número de objetos, e não o número de variáveis, concentrando-os em um número muito menor de clusters” (MALHOTRA, 2006, P. 571).

Análise de agrupamentos é o nome para um grupo de técnicas multivariadas, cuja finalidade primária é agregar objetos com base nas características que eles possuem. Os agrupamentos resultantes de objetos devem, então, exibir elevada homogeneidade interna, dentro dos agrupamentos, e elevada heterogeneidade externa, entre agrupamentos (HAIR et al., 2005).

Desta forma, foi utilizada a técnica de agrupamento hierárquica e o Método de Ward com distâncias euclidianas ao quadrado, pois permite agrupar os dados de modo que a variância intragrupos, ou seja, dentro dos clusters, seja minimizada. E, a partir do cruzamento dos cluster com característica de idade, gênero, escolaridade e grupo de sujeitos, procurou-se identificar comportamentos similares entre os clusters e os agrupamentos primários de respondentes (MALHOTRA, 2006).

3.4.4 Limitação do Método

Considerou-se como uma limitação do método utilizado o número de respondentes da *survey*, visto que se tratou de amostra não probabilística. Um possível viés pode ser a variável de controle do tamanho da população respondente por grupo de sujeitos da pesquisa. O ideal seria uma amostragem probabilística estratificada proporcional por grupo de sujeitos da pesquisa, representando igualmente a opinião coletiva de cada segmento estudado, permitindo, inclusive, melhores comparações estatísticas (HAIR, 2005). Além disso, como o instrumento foi divulgado de forma eletrônica, fica condicionado a leitura e interesse do público em responder a pesquisa, o que limita o alcance e seleção do público.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Esse capítulo apresenta os resultados obtidos através da análise dos dados coletados e propõe algumas reflexões, embasadas no referencial teórico estudado. Pretende, ainda, dar conta do problema de pesquisa, garantindo o atendimento dos objetivos específicos propostos.

A primeira seção traz os resultados da análise do painel de *experts* e permite conversar com as teorias de ambiente institucional, estratégias de entrada para investimento externo direto, conforme proposto nos objetivos específicos. O resultado destas conexões será o produto da segunda seção, ou seja, os cenários prospectivos, na qual será apresentada a organização das variáveis possíveis e não prováveis para os próximos dez anos, no mercado hospitalar brasileiro. A terceira seção é a validação dos cenários através da *survey*, compilando os dados coletados, cruzando com todo resultado da pesquisa e o referencial teórico.

Acredita-se que, desta forma, será possível atingir os objetivos específicos da pesquisa, conforme identificam as inter-relações apresentadas no quadro 10.

Quadro 10 - Relação dos Objetivos Específicos com as Seções de Análise

OBJETIVO GERAL: Mapear os prováveis cenários para os próximos dez anos no mercado hospitalar brasileiro, considerando o ambiente institucional do País a partir da mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23.	
OBJETIVO ESPECÍFICO	SEÇÃO
a) Descrever o ambiente institucional do mercado hospitalar brasileiro, considerando as dificuldades e oportunidades para o investimento de capital estrangeiro;	4.1
b) Identificar as principais estratégias de modos de entrada utilizadas pelos investidores estrangeiros que atuarão em hospitais brasileiros;	4.2
c) Apresentar os prováveis cenários da próxima década, na opinião de atores da área de saúde no Brasil, considerando a mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23.	4.3 e 4.4

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O Quadro 11 apresenta a sigla de identificação dos 13 especialistas entrevistados, para que o leitor possa acompanhar de forma mais clara as análises apresentadas nas próximas seções:

Quadro 11 - Siglas de identificação dos especialistas entrevistados

Grupo representativo	Descritivo do entrevistado	Sigla de identificação
Hospitais	Diretor de entidade representante de Hospitais Privados.	H1
	Conselheiro de Administração de Hospital Familiar.	H2
	Presidente de uma organização de Hospitais Filantrópicos.	H3
Investidores estrangeiros	Advogado que tem assessorado empresas estrangeiras que querem ingressar no País e participou de evento de projeção nacional sobre esta mudança de lei.	I1
	Sócio de consultoria na área de gestão e oportunidades emergentes, presta assessoria para empresas europeias interessadas no mercado de saúde brasileiro.	I2
	Representante de uma consultoria norte-americana, com projetos recentes em andamento na área de capital internacional em hospitais brasileiros.	I3
Governo	Profissional que atua na área de assessoria de investimento da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.	G1
	Profissional que atua no departamento de economia em saúde, investimentos e desenvolvimento, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.	G2
	Profissional que atua na diretoria de desenvolvimento setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar.	G3
Operadoras de Planos de Saúde	Representante da área de investimentos de uma das maiores operadoras do Brasil, atuante na modalidade de medicina de grupo.	O1
	Representante da diretoria de um órgão representativo das cooperativas de trabalho médico, um dos maiores grupos de operadoras de planos de saúde do Brasil.	O2
Trabalhadores da área de saúde	Médico, diretor de uma entidade representante nacionalmente de profissionais e pesquisadores das áreas de medicina social, saúde pública e saúde coletiva.	T1
	Médico cirurgião, presidente de uma cooperativa de especialistas atuantes na área assistencial.	T2

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

4.1 O ambiente institucional da saúde brasileira nos próximos dez anos

A fala dos especialistas entrevistados, durante a etapa do painel de *experts*, aborda diversas características do ambiente institucional do mercado hospitalar brasileiro. Como La Forgia e Couttolenc (2008), os especialistas discorrem sobre questões de financiamento, formas de remuneração, conflitos entre o público e o

privado e a dificuldade de acessar dados precisos da saúde dos pacientes e indicadores de qualidade assistencial.

Entre os treze entrevistados, nove trouxeram percepções sobre a complexidade do mercado hospitalar brasileiro, com a crença de que os investidores estrangeiros terão dificuldade de compreender a cultura de negócio envolvida no segmento e o processo de funcionamento das entidades em operação, como Cantwell et al. (2010) explicam, que a capacidade de absorção e adaptação das empresas é maior em elementos normativos e regulatórios, do que distâncias culturais e cognitivas do país de acolhimento.

O painel trouxe dúvidas sobre quais entidades devem ser consultadas e quais legislações precisam ser respeitadas por um hospital, pois a regulação brasileira não é clara, talvez, como aborda Menicucci (2014, p.82), porque o governo ainda “não desenvolveu sua capacidade de regulação do serviço privado”. Nas palavras de I2, “o processo de funcionamento das entidades que estão no Brasil é bastante burocrático, é um processo complexo (...) todos esses processos para poder operar em condições eficientes e normais dentro do País” e exemplifica:

Algumas das principais barreiras tem a ver, por exemplo, com a capacidade para certificar determinado tipo de equipamentos aqui. E lá a sensação que nós temos, e aquilo que podemos avaliar, é que existe abertura para isso. O que é que pode preocupar os investidores? São os ‘timings’. Existe uma sensação de que os processos de certificações e autorizações, eles não são possíveis no momento.

A regulação é um aspecto relevante quando se fala de ambiente institucional (KOSTOVA, 2008 e 2009; KOSTOVA; DACIN, 2009), pois interfere em aspectos sociais e cognitivos, o que pode ser comprovado empiricamente, pois está presente na fala de quase todos os especialistas entrevistados. Apenas três respondentes não mencionam qualquer palavra sobre o assunto e, de forma geral, a grande questão é a dúvida sobre o que será regulado quanto ao investimento de capital estrangeiro em hospitais. Um importante aspecto sobre a regulação surge da fala do entrevistado G2, um dos especialistas representantes do grupo de governo: é a discussão sobre o que, de fato, o País quer com o capital estrangeiro atuando na assistência à saúde:

O capital estrangeiro, ele, se ele tiver um nível de regulação adequado, e quando eu falo de ter um nível de regulação adequado, é você saber o que

se quer com a entrada desse capital estrangeiro. E parece que essa discussão ela não foi amadurecida. "olha, vamos permitir a entrada do capital estrangeiro". "OK, mas nós vamos permitir para quê? Porque, do jeito que está aqui, pode praticamente tudo". Então, deveria ter tido uma discussão, "olha, qual que é o objetivo da entrada do capital estrangeiro?", "É para isso, é para isso e para aquilo", 'A', 'B' ou 'C'. Então, se os objetivos são esses, então a gente vai montar um arcabouço regulatório normativo para que esse capital estrangeiro atinja, para que ajude a gente nisso aqui.

Existe a dificuldade de entender quem é o órgão governamental regulador do mercado hospitalar. Nas questões mais técnicas, é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), quando aborda o atendimento às operadoras de planos de saúde, é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas ainda existem obrigações federais, estaduais, municipais, questões trabalhistas, abordagens via judiciário e legislações diretas do Ministério da Saúde. O especialista G2 também exemplifica essa questão:

Hoje as operadoras de plano de saúde, elas são submetidas a uma regulação. Você tem uma agência inclusive para isso, que é a ANS, é a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Da forma como a nova lei trouxe, lá no artigo 142, que é o que permite o capital estrangeiro, eles eliminaram essa obrigatoriedade de que capital estrangeiro devia ser submetido a algum tipo de controle, de regulação.

O entrevistado T1 questiona a capacidade de fiscalização do governo:

A ideia de que baixando Portaria Ministerial ou criando agências como a ANS tu vai regular o mercado, é uma ilusão para mim ingênua. Na verdade, tu não regula mercado pela norma, regula o mercado pela própria lógica do mercado, que é a concorrência. O público concorrer com o setor privado. Nós temos condições de fazer isso hoje? Não. Não temos.

Todos os especialistas entrevistados acreditam que o governo não vai criar barreiras, taxas, impostos ou algo que impeça o investidor de vir para o Brasil. As discussões permeiam a possibilidade de mudanças repentinas de leis que impactem no resultado do negócio hospitalar, independentemente de ter capital nacional ou estrangeiro, pois a decisão de investimento considera estes aspectos para cálculo do tempo de retorno do investimento, assim como o risco de falhar a estratégia de implantação do negócio, como lembram Ali et al. (2010). O especialista H2 justifica, afirmando que existe "muito medo do governo", medo que "o governo troque a regra do jogo", e detalha:

Amanhã ele chega e diz o seguinte, “olha, vacinação agora é do setor privado”, como ele já fez, já fez com epidemias, por exemplo, com a dengue, isso é público, não tinha nada a ver com o setor privado, mas se tiver uma epidemia de dengue, o setor privado tem que bancar.

Outro aspecto que confirma a insegurança dos investidores quanto à legislação é a própria Lei 13.097/2015 que, no artigo 142, alterou a Lei 8.080/1990, permitindo a participação de capital estrangeiro em hospitais gerais ou especializados, incluindo a filantropia, em clínicas gerais, especializadas ou policlínicas e em ações de pesquisa e planejamento familiar; e agora está sendo analisada, pelo Superior Tribunal Federal, uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), nº 5239/2015. O que pode, de certa forma, ser considerado uma força coercitiva do ambiente regulatório, como descrevem Francis et al. (2009).

Por outro lado, o entrevistado T1 acredita que não isto não mudará a legislação porque “as decisões do Supremo com relação a outras questões significativas do ponto de vista da constitucionalidade têm sido ruins.” Mas o especialista G2 defende que:

Dentro do próprio governo não tem consenso, então não tem não, só aqui no ministério, mas também nos estados, nos municípios, você tem pessoas que são radicalmente contra essa medida, (...) mas existe um grupo significativo, que você não pode desprezar, de pessoas, de especialistas, que defendem.

Ainda houve manifestações sobre a dificuldade de entender quais são os reais problemas de saúde no Brasil e se são diferentes para a população que acessa os serviços públicos e privados. Os especialistas relatam que não há um modelo estabelecido que possa ser seguido, nem informações suficientes para a tomada de decisão. É preciso mapear dados de diversas fontes, que nem sempre são seguras e muito comumente são divergentes. O entrevistado I2 retoma alguns questionamentos:

Falamos de cuidados mais agudos, de cuidados crônicos, de áreas mais complexas, ou menos complexas. Que regiões é que existem mais lacunas? E se existem essas lacunas, são por que? Se são problemas de gestão ou de diretoria, são problemas de escassez de resposta ou do SUS, ou dos profissionais de saúde? E são esse tipo de questão que procuro entender. E, por outro lado, qual é que é a relação entre a prestação de cuidados públicos e cuidados privados? Formas de financiamento, há o financiamento do SUS? Qual é que é o financiamento das seguradoras? Como é que são as coparticipações?

Kostova (1997) explica que a ausência de informações objetivas e indicadores do país dificultam o mapeamento do ambiente institucional, pois os critérios sugeridos pela autora consideram ainda aspectos de dimensão cognitiva, dados normativos, regulatórios e sociais, o que parece não estar claro na fala dos especialistas que, inclusive, mencionam a ausência de uma fonte de pesquisa segura e oficial.

Cinco especialistas entrevistados consideram um possível obstáculo para os investidores estrangeiros a adaptação ao modelo assistencial utilizado atualmente no Brasil, devido à forma de remuneração dos serviços hospitalares, como o especialista O2 verbaliza:

O modelo praticado no nosso País, tanto assistencial, que atualmente é o que é o curativo-hospitalocêntrico, e o atual modelo de remuneração dos hospitais. Esses são dois dificultadores, dois obstáculos assim, duas dificuldades.

Inclusive, três entrevistados sugerem que os investidores estrangeiros contratarão administradores hospitalares brasileiros para treinar os seus executivos e, apenas em um segundo momento, quando estiverem seguros sobre as regras do sistema, as questões de regulação, legislação e todos os fatores acima mencionados, irão assumir as operações da unidade brasileira. Uma situação que pode ser comparada aos *guanxis*, na cultura chinesa, descrito por Peng et al. (2008) como uma rede interpessoal cultivada para dar suporte à gestão, visto dificuldades com as instituições formais ou as estratégias de parcerias com empresários locais. Holtbrügge (2013), complementa, explicando que esta estratégia tem o objetivo de redução de risco e incertezas.

A opinião geral dos especialistas é de que não haverá qualquer tipo de barreira ou incentivo com relação ao investimento de capital estrangeiro em hospitais. Entretanto, o entrevistado T1 menciona a existência de “financiamento de campanha de deputados, para alterar regras. Nós temos, por exemplo, um dos maiores financiadores da campanha deles são operadoras de planos de saúde”. Jensen et al. (2012) afirmam que os investidores utilizam o lobby como estratégia para influenciar alterações na legislação, o que pode afetar sua operação. Inclusive, eles explicam que os estrangeiros geralmente fazem alianças com investidores

locais ou políticos de atuação regional, pois entendem que eles têm melhor acesso aos responsáveis por criar e modificar leis. Por outro lado, o especialista G2 reforça:

Eu vejo movimento assim, existe hoje um movimento mercadológico na saúde forte, que está muito ligado à essa questão do capital estrangeiro, muito... e essa questão do lobby, indústria farmacêutica, enfim. A gente tem assim, uma política clara de se estabelecerem e se tornarem fortes dentro do País. Isso daí, eu vejo de uma maneira bem clara. Eles financiam, eles têm bancadas no Congresso e tal. Agora assim, um outro movimento, um movimento para fazer regulação, estabelecer regulação, eu de fato, eu não conheço. Eu desconheço.

A forma como a regulação de mercado ocorre hoje no Brasil é criticada pelo entrevistado T1:

A ideia de que tu baixando Portaria Ministerial ou criando agências como a ANS tu vai regular o mercado, é uma ilusão para mim, ingênua. Na verdade, tu não regula mercado pela norma, regula o mercado pela própria lógica do mercado, que é a concorrência.

Já o entrevistado O1 preocupa-se com concorrentes movimentando-se para provocar restrições:

Essas grandes redes de hospitais, como a Rede D'or ou algumas associações, entrar e fazer algum tipo de pressão no governo, pro governo ir restringindo novamente, não pra evitar o investimento estrangeiro, mas pra fazer uma série de restrições pra essas empresas estrangeiras, que têm investimento estrangeiro. Pode, a médio prazo, longo prazo, acontecer algum tipo de coisa aí nesse sentido... o governo aí, como liberou agora, depois ele regula aos poucos essa coisa aí de investimento estrangeiro, criando um pouco mais barreiras de custo.

O *expert* I1 exemplifica a opinião dos demais entrevistados que consideram tudo isso “pouco provável porque não vai ser tão fácil ter uma presença expressiva de investidor estrangeiro nesta área, porque são poucos bons ativos, ou ativos vendáveis à disposição”. O que pode ser explicado por Francis et al. (2009), que acreditam que coerção de um segmento de mercado é mais raro do que no ambiente regulatório.

Já o especialista G2 acredita que este assunto está no âmbito político e jurídico, e não tanto na gestão da saúde. Ele menciona que não há consenso dentro do Ministério da Saúde e nem em outros setores do governo sobre investimento de capital estrangeiro em hospitais, e acredita que:

Existe um arcabouço que, digamos assim, que delimita, que estabelece um conjunto de normas de funcionamento das unidades hospitalares, o que é que eles têm que observar, o que é que pode e não pode. Isso existe de fato, isso existe e vale, muitas dessas regras valem para todo mundo. Não importa se é hospital público ou privado. Mas assim, em se tratando de saúde suplementar, a ANS, ela tem um papel importantíssimo.

Por outro lado, o entrevistado G3 explica que a regulação da ANS para hospitais e clínicas é chamada de regulação indutora, “criando um ambiente regulatório que empurre os hospitais para se qualificarem, para elevarem os seus padrões de qualidade”. O que demonstra ser uma preocupação para o especialista T2, que tem a expectativa de uma regulação que garanta a qualidade básica da assistência, independentemente de qualquer interesse capitalista, como detalha:

A parte do paciente vai ter que ter uma fiscalização muito grande do governo ou da ANS, essas controladorias de saúde, para que o paciente seja beneficiado com o melhor tratamento para ele e não do mais caro, porque sabe, né, por muitas vezes tem dois tratamentos para escolher, tu pode escolher o mais barato e melhor, outro pode escolher o mais caro. E esse o mais caro beneficia mais o hospital, o médico, e é só uma complicação que eu acho que como operadoras visam o lucro, vai surgindo.

O especialista I3 considera toda essa discussão como algo intrínseco às “*burocracias brasileiras*”, que o investidor que decidir vir para o Brasil, está disposto a lidar com “*tantos entraves*”, ou apelam para a informalidade, como Estrin et al (2011) explicam.

Malta et al. (2004) discute essa questão ao afirmar que o Brasil possui um modelo centrado no “médico produtor de procedimentos” (MALTA et al., 2004, p.439), e La Forgia e Couttolenc (2008) creditam a existência deste modelo à lógica de remuneração. Entretanto, ambos autores afirmam a existência de pequenas iniciativas tentando mudar esta realidade, corroborando com a opinião do especialista I3, que considera a questão do modelo de remuneração algo que irá mudar independente do capital estrangeiro, pois trata-se de um impasse do próprio mercado hospitalar brasileiro:

O modelo de remuneração dos hospitais com as operadoras tem que mudar, está insustentável da forma como é hoje, os contratos já estão sendo renegociados. Agora, eu não vejo que essa mudança ocorra por causa dos investidores estrangeiros em si, mas é mais por uma questão da própria força aí da ANS, das operadoras, e os hospitais hoje são muito pequenos para ter o poder de barganha, então, estão sendo obrigados a mudar.

O entrevistado G3 ainda afirma que essa discussão é algo presente na maioria dos países e nenhum sistema de saúde do mundo tem um modelo ideal:

Na verdade, esses modelos estão em processo de mudança no mundo todo, porque existe um diagnóstico, e eu acho que é um diagnóstico muito caro a todos os países do mundo, não só ao Brasil, de que há um limite para esse crescimento do gasto de saúde em relação ao PIB. A gente não pode imaginar que os gastos com saúde vão crescer indefinidamente em relação ao PIB, isso tem que parar em algum momento. E aí qual é a forma se você parar? Você evitar essa progressão do gasto? A forma de você evitar essa progressão do gasto é você criando regras de funcionamento que evitem, obviamente, o desperdício, e que privilegiem aqueles que fazem melhor. E é exatamente isso que a gente está querendo levar em consideração.

Essa é uma questão que está no mundo todo, mudança do modelo assistencial. Isso aí, inclusive, é uma das pernas daquele triplo objetivo lá, estabelecido pelos EUA, já não é uma discussão que está acontecendo só no Brasil, ela está acontecendo no mundo de uma maneira geral. (...) Mesmo nos países onde se tem uma predominância muito grande do setor público, essa discussão já está em voga, já está presente, e no Brasil não tem sido diferente. A ANS, ela vem sim estimulando, até por dever institucional, como eu te falei, ela regula a relação entre operadoras e prestadores, e a gente entende que nessa relação, entre ambos, critérios de eficiência devam, de qualidade, devam estar sendo contemplados. Então, o objetivo da mudança do modelo de remuneração é a gente sair de um modelo conhecido como *fee-for-service*, que na verdade faz o repasse dos custos, para um modelo onde você consiga levar em consideração aspectos relacionados à qualidade oferecida.

Questões como corrupção, favorecimentos e toda discussão quanto ao pagamento de propinas para o uso de órteses e próteses não são relevantes do ponto de vista do capital estrangeiro, na opinião dos entrevistados. Alguns sinalizam que não entram neste detalhe quando analisam as oportunidades de negócio. Outros consideram que estas situações estão inseridas no “*risco Brasil*”, não sendo relevante na decisão específica de entrada do capital estrangeiro no País. Afirmações surpreendentes, talvez, mas se entendermos que aspectos do ambiente institucional informal são arbitrários apenas quando prejudicam os direitos das empresas, o que é amenizado porque o custo da corrupção e da ineficiência do negócio pode ser repassado ao preço final, conciliando “*objetivos conflitantes*” (ESTRIN et al., 2011, p. 60).

Ainda tratando de instituições informais, pode-se abordar a relação entre hospitais e classe médica. Quatro respondentes não mencionaram qualquer aspecto sobre este assunto. Porém, talvez algo que convide à reflexão é que três deles representam o grupo de sujeitos da pesquisa do governo. Entre os nove que

opinaram, só há unanimidade quanto a não impedir o investimento estrangeiro, algo pertinente, segundo Estrin et al. (2011).

Além disso, Williamsom (1985 e 2000), quando conceitua o ambiente institucional, afirma que o indivíduo não é uma vítima do ambiente, mas um agente ativo que influencia a criação e o funcionamento das instituições, beneficiando-se desta dinâmica, através da obtenção de apoio e/ou legitimidade, principalmente do ponto de vista organizacional, quando se utiliza de normas e regras, para se tornar mais competitivo, o que se pode verificar em algumas inferências extraídas do painel de *experts*:

“De uma forma geral, dentro das instituições, os médicos têm tido muita força. E isso é assim fora do Brasil. Não acho que seja um elemento restritivo”, afirma entrevistado I2.

O especialista I1 acredita que a classe médica outorga credibilidade ao hospital, “se um bom médico realiza procedimento no hospital, isto outorga credibilidade ao hospital”. Vê como “uma relação negocial” e afirma que “o cliente do hospital é o médico”.

Já o representante do grupo de hospitais H1 pensa que haverá mudança no modelo atual, porque o investidor estrangeiro irá impor seu modelo de gestão ao corpo clínico:

Em um hospital de dono, quem não iniciar a cirurgia no horário, quem não cumprir as regras do hospital, o dono chama ele e diz pra ele "olha amigo, aqui tu não vai trabalhar". Então eu diria que esse modelo de corpo clínico atual, ele vai ser bem revisitado nesse novo modelo.

O entrevistado I3 contrapõe que a mudança do modelo atual só ocorrerá se houver um rompimento com o modelo de remuneração:

A forma como os médicos são remunerados aqui no Brasil, ela influencia e estimula que o corpo clínico tenha poder no hospital. Enquanto não mudar esse modelo de remuneração, os médicos podem operar em cinco hospitais diferentes ou podem ser exclusivos, enfim, sem mudar o modo como eles são remunerados hoje vai ser difícil.

Já o expert T2 preocupa-se fortemente com a relação entre os hospitais de capital internacional e a classe médica. Ele acredita que “o *médico vai ter muito menos chance de opinar dentro do hospital*” e as decisões passem a ter “*mais*

ênfase ao retorno financeiro, do que à qualidade de serviço” e a tendência é que o corpo clínico seja assalariado, o que pode gerar diversos problemas, como explica:

A tendência é para medicina deixar de ser uma profissão liberal e passar a ser só por contratados, porque essas organizações, eles vão querer contratar o seu corpo clínico assalariado, talvez salários muito bons de início para atrair, mas o pessoal vai ser... vai tender a ser assalariado e aí nivelar o médico. Essa nivelção tem risco porque essa nivelção em geral não considera a qualidade do médico, sendo médico tendo diploma de médico para essas empresas é tudo igual. Então, prejudica a formação do médico, ele não vai se sentir estimulado a se qualificar, fazer curso, mestrado, doutorado, investir em novas tecnologias porque ele vai ser assalariado, vai ser tudo igual a outros médicos.

Por outro lado, o entrevistado O2 acredita que a classe médica está em busca de melhores condições clínicas para atuar e não entrará na discussão de ser a favor ou contra o investimento estrangeiro, principalmente *“que propiciem leitos dignos no nosso País”* e que *“estejam propícios a que o médico exerce uma boa prática médica”*.

Assim, considerando Williamsom (1985 e 2000) e as variadas opiniões de especialistas, é possível afirmar que a classe médica, independente do que ocorra a partir do investimento de capital estrangeiro em hospitais, será protagonista e terá forte atuação na mudança ou manutenção da relação entre médicos e hospitais.

Os representantes de hospitais preocupam-se com *“o poder das operadoras”*, relatam a dificuldade que os investidores estrangeiros podem ter para credenciarem-se, tanto pela lógica negocial, quanto política, além das divergências sobre regras de auditoria e pagamento. Algumas palavras do entrevistado H1 explicam que *“a barreira de operadoras é um risco importante para eles, que eles não conhecem”*, e detalha questões sobre o custeio da instituição e a forma de cobrança destes atendimentos:

O grande desafio vai ser entender o sistema de saúde brasileiro, entender as fragilidades regulatórias... que eles não estão acostumados com isso. Entender o modelo de remuneração que é caótico. Então, eles vão ter que entender um arcabouço mercadológico, político, concorrencial, que é diferente em qualquer lugar do mundo, né?! Na área hospitalar, o custo não gera o preço. O que gera o preço são as tabelas Brasíndice e Simpro, e diárias e taxas, que não necessariamente tem vinculação com custo.

O especialista T2 explica que o investidor estrangeiro utilizará seus recursos financeiros para enfrentar as operadoras de planos de saúde:

Eles vão ter mais cacife para pressionar a operadora em termos de remuneração. A operadora pode não querer credenciar aquele hospital, mas se o hospital for grande, importante, e tiver serviços de muita procura, vai acabar tendo que credenciar, talvez não tenha outro no mesmo nível para credenciar. E aí eles vão ter... a operadora vai ser pressionada para levantar a remuneração, certamente, e o embate vai ser mais difícil.

Barreiras como “*o poder das operadoras*”, assim como a lógica de concorrência e a complexidade do modelo de remuneração, caracterizam como imperfeições de mercado que impactam no custo de transação e na percepção de risco, abordadas no Paradigma Eclético, no que tange à internalização, dificultando o investimento externo direto (DUNNING; RUGMAN, 1985; CASSON, 2014).

Sete especialistas acreditam que a presença do investidor estrangeiro no mercado hospitalar brasileiro terá impacto na qualidade de toda cadeia de valor hospitalar. Entretanto, o entrevistado T1 considera que o aumento de serviço e acesso, as certificações de acreditação hospitalar e até os índices de qualidade baseados nas pesquisas de satisfação das pessoas, não representam de fato uma melhora na qualidade dos serviços de saúde.

Ele entende que há um problema no “*modelo de desenvolvimento e o modelo de produção de doença, que não foi alterado*”, e explica que o Brasil tem como premissa constitucional o acesso à saúde para todos, de forma gratuita e universal, e toda e qualquer qualidade que possa vir com o investimento estrangeiro não abordará a “*perspectiva de promover saúde, proteger os mais expostos, os mais vulneráveis, os mais expostos a danos, a... a desgastes no trabalho, do ambiente, erros e danos*”. O representante do grupo de trabalhadores da área de saúde T1 relata:

Os valores sociais estão agregados à produção de bens e serviços de saúde. Tu vai ficar só no valor de uso como se ele fosse uma mercadoria, como um software, um equipamento de informática. Então nesses termos não dá para ti simplesmente usar os mesmos critérios, está entendendo? (...)

Se tu tomar como referência, por exemplo, a ótica dos princípios da política pública, por exemplo, equidade, produção de equidade de acesso, universalidade, não cobertura universal, mas universalidade, atenção integral, e analisar e fazer a comparação pela ótica dos princípios da política pública e usando os indicadores da política pública, tu não vai encontrar essa qualidade de desempenho dos serviços agenciados ou dos serviços privados. (...)

Tu pode estar aumentando o serviço, aumentando o acesso e até aumentando a satisfação de pessoas, mas tu, no teu modelo tu continua enxugando gelo. Quer dizer, cada vez mais tu vai ter que aumentar e gastar e gastar e o modelo de desenvolvimento e o modelo de produção de doença não foi alterado.

Talvez a discussão que o *expert* T1 suscite seja a mesma abordada por Menicucci (2014), quando trata do incentivo ao crescimento da saúde privada e suplementar, desonerando a saúde pública, realizado pelo governo na década de 1980, e a publicação da lei 9.656/98, que define normas para proteger os consumidores que buscavam assistência nos planos de saúde, evitando que fossem enganados pela lógica de mercado capitalista, transformando o Brasil, pelo menos de forma não oficial, num País com sistema de saúde misto e não mais universal.

Considerando, então, conceitos universais de qualidade, na fala dos demais entrevistados há um reforço da ideia que haverá significativo aumento na qualidade dos serviços e produtos de toda cadeia hospitalar, pois o capital estrangeiro, injetando dinheiro no sistema de saúde brasileiro, estará alavancando um ciclo de crescimento, como o entrevistado I1 explica: “*você ter mais gente participando e mais dinheiro podendo financiar isto tanto melhor*”.

Também há a crença de que os investidores estrangeiros trarão modelos de avaliação e gestão de fornecedores, mas também pela possibilidade de que eles tragam seus parceiros em outros países que atuam. Mas isto só vai refletir em uma “*profissionalização do setor*”, como disse o especialista H1, e ele complementa:

Eles vão dar um choque de eficiência no mercado, e nós vamos ter que receber. Porque senão eles vão ser muito melhores, de menor custo, e mais eficientes do que nós. Aí todo este discurso nosso pela qualidade vai virar pó. Então nós vamos ter que ter hospitais de excelência com alta produtividade. Então eu acho que vai ter uma nova revolução no segmento hospitalar, na busca pela eficiência.

O Paradigma Eclético de Dunning (2001) considera este um dos padrões de estratégia adotados por empresas quando decidem explorar mercados internacionais, pois utilizam-se de suas vantagens competitivas para agregar valor ao negócio e tornarem-se mais competitivas que seus concorrentes locais. A utilização de parceria com empresas locais pode ser parte desta estratégia, mas, acima de tudo, há a utilização de todo seu conhecimento prévio do negócio para a coordenação e controle de toda rede de atividades do processo econômico que está

inserida, gerando uma maior qualidade de serviços e/ou produtos para o mercado consumidos do país hospedeiro.

Desta forma, pode-se afirmar que a entrada de capital estrangeiro no mercado hospitalar brasileiro beneficiará tanto o setor privado, quanto o público, através de impacto indireto com a mudança de toda a cadeia e mediante parcerias público-privadas de gestão dos serviços de saúde.

Toda a discussão quanto à qualidade e impacto na cadeia de valor hospitalar também conversa com o aumento da competição entre hospitais no Brasil. Cinco entrevistados falam sobre uma redução do número de hospitais pequenos e individuais, principalmente devido à concorrência e a necessidade de se organizar em redes para melhorar serviços e a profissionalização do setor.

Entretanto, o entrevistado H1 explica que a ANAHP tem um projeto de centralização de compras entre seus associados, nos mesmos moldes que o Sistema Unimed e o Bradesco estão organizados, e ainda explica porque haverá esta mudança:

Tem um dado no Brasil que é muito interessante... a média de leitos, se tu dividir por todos os leitos por hospitais nos Estados Unidos ou na Espanha, dá 170, 150... no Brasil é 71. Por que? Porque tem muito hospital no Brasil pequeno, a tendência é que haja... a mesma consolidação que houve com as operadoras de 1.400 para 800... vai haver nos próximos dez anos nos hospitais. Porque vai ser insustentável competir com estas instituições altamente capitalizadas.

O especialista G2 complementa, explicando que, com um maior investimento de recursos financeiros, mesmo que focado na área privada, a tendência é o aumento do número de leitos. Mas esta não é a única solução que o País precisa, pois a regulação deveria ser mais atuante, independentemente de ser investimento de capital nacional ou estrangeiro:

Mas assim, a gente tem assim, boa parte desse déficit de leitos que a gente tem no País, ele é fruto também da má gestão. Entendeu? É assim, a regulação nossa em muitas regiões de saúde, ela é de (uma regulação) deficiente. Ela está aberta de uma série de questões. Então assim, talvez se a gente tivesse uma regulação desse jeito, que é feito pelos estados, se a gente tivesse uma regulação mais eficiente, aí, assim, ela não é tão eficiente por uma série de questões. Por questão de pessoal, questão de equipamento, questão de logística, enfim, uma série de questões de precariedade até dos próprios hospitais e, se a gente tivesse já, digamos assim, uma gestão da regulação de leito mais eficiente, muito provavelmente esse nosso déficit não seria tão grande. Agora assim, de fato, quando você associa a entrada de mais recursos, de mais capital, e

associar isso, fazer a correlação de que a tendência é aumentar o número de leitos, faz sentido. Faz. Faz sentido.

Há um claro movimento de criação de redes, organização em oligopólios, para uma melhor captação de recursos públicos, para atuar em todo o País e atender às exigências de alguns convênios com governo, e para oferta de serviços especializados, como se estivesse fragmentado, mas farão parte de um mesmo grupo, ou estarão conectados por parcerias, como acredita o especialista T1:

Porque tu vai ter o mesmo serviço de vários operadores. Tu vai ter os terceirizados fazendo a manutenção, os terceirizados para fazer exame de diagnóstico, os terceirizados para a produção de serviços, os terceirizados para gestão, então tudo vai ter o mesmo serviço de saúde às vezes quatro ou cinco modalidades de gestão e de produção no mesmo espaço, numa lógica quanto mais fragmenta é mais fácil para controlar. Então esse fenômeno de um oligopólio e fragmentação de serviços é o que está acontecendo no mundo inteiro.

O entrevistado H2 considera que a concentração de mercado é um movimento presente em outros negócios dos investidores estrangeiros e, se os hospitais nacionais não se organizarem neste sentido, mesmo assim, a configuração do cenário nacional deve se alterar, pelo menos parcialmente:

Ele não vai chegar aqui e comprar um hospital. *“Eu compro um hospitalzinho ali de 60 milhões, 100 milhões e pronto”*. Isso para ele não é nada. O que entrar, quem tem recurso, investidor que nos EUA tem 280 hospitais, ou que na Índia tem 50, ou que na China tem 80, esses caras são acostumados com essas coisas.

O representante do governo, G3, acredita que a entrada do capital estrangeiro em hospitais será responsável por um aumento da competição e este movimento será positivo para todo segmento, inclusive, *“pode demonstrar até uma indicação de confiança nas regras, no ambiente institucional que o País oferece”*.

Porter (2007) afirma que, na maioria dos mercados, “concorrentes excelentes prosperam e crescem ao passo que os rivais mais fracos se reestruturam ou fecham as portas”. Mas, na área de saúde, é diferente e, muitas vezes, “a competição não recompensa os melhores prestadores, e os piores não vão à falência (PORTER, 2007, p.21), pois a lógica de consumo e o poder de decisão de compra não está na mão do consumidor final, mas do pagador, que, na maioria das vezes, é a operadora de planos de saúde ou o sistema público. Além disso, Malta et al. (2004, p.439)

também lembra que “muitas vezes o consumo em saúde é imposto por situações de emergência, quando até a escolha do serviço e do profissional torna-se muitas vezes imposta por outros determinantes, como, por exemplo, a proximidade e a disponibilidade”.

Entretanto, do ponto de vista empírico, ou da realidade específica do Brasil, parece que haverá um movimento de consolidação do setor, pelo menos de forma gradual e limitada, pois, como o entrevistado I3 explica, não existem hoje muitos ativos com o perfil que os investidores procuram e, por este motivo, “há um certo limite” para a concentração de mercado, mesmo com o aumento da competição.

Outro aspecto mencionado por dois entrevistados é um projeto de lei que está em tramitação para as empresas serem obrigadas a dar plano de saúde para todos seus funcionários. Hoje isto é um benefício, não compulsório. Assim, esta mudança aumentaria consideravelmente o número de pessoas acessando a saúde suplementar, hoje em 25% da população, e, conseqüentemente, aqueceria o mercado de hospitais privados.

Em contrapartida, também há rumores mencionados pelos entrevistados de que haverá um limite para dedução com gastos em saúde na declaração de imposto de renda anual, sendo que hoje é ilimitado. Um movimento que pode impactar negativamente no mercado de saúde suplementar e privado. O especialista H1 exemplifica a situação:

O que está para acontecer, que eu escutei isso de uma autoridade pública importante... é que hoje, o que que acontece com o nosso gasto com a Unimed... nós podemos no imposto de renda lançar tudo. Tem limite? Não, né?! Então, nós deixamos de pagar o imposto de renda porque lançamos a despesa com saúde suplementar, então nós temos o pagamento com convênio e nós podemos abater 100% do gasto com convênio no imposto de renda. E tu tem com isso um subsídio público, tu tem impostos que tu deixa de pagar, pra ti gastar com a saúde suplementar. E na educação como funciona? na educação tu tem um teto. Então, cada pessoa pode abater... tu pode ter gasto vinte mil, tu vai abater lá, sei lá... dois mil, dois mil e quinhentos. O que que eles estão estudando com a falência, a falência tributária do Brasil? Definir um limite pro gasto em saúde suplementar. Isso vai ser o que, vai ser uma forma de desestimular o crescimento da saúde suplementar.

Por outro lado, há uma discussão sobre o que, de fato, o governo reembolsa da saúde privada, pois, mesmo com a possibilidade de desconto no imposto de renda, não é toda a população que tem gastos com despesas médicas que declara imposto de renda. Aí, parte do que foi financiado à saúde privada ou suplementar,

sai exclusivamente do bolso do consumidor, sem qualquer benefício ou subsídio público, como o expert G2 reforça: “*você vai ver que o pagamento de procedimentos, ele é muito maior do que o gasto fiscal pela isenção que o governo deu*”.

O momento econômico que o País tem enfrentado, desde o início do ano de 2016, com o câmbio do dólar próximo de R\$ 4,00 (quatro reais), inflação em torno de 10% (dez por cento) anual e a retração de -3% (menos três por cento) do Produto Interno Bruto (PIB), foi comentado por todos os entrevistados. Entretanto, as falas convergem para um problema que é de “*ambiente macroeconômico e político*”, como explicou o especialista I1, e que, se for um fator de aversão para o investidor estrangeiro, será em qualquer segmento, não especificamente na saúde.

Todos veem a situação de forma positiva, principalmente quando se insere o mercado de saúde na discussão, como explica o entrevistado H2:

Nós não vamos viver eternamente assim. Recentemente, por exemplo, os Estados Unidos estavam em crise, a China está baixando a bola agora também, mas isso todo mundo sabe que saúde é um negócio que não tem o que substituir.

Ainda sobre o olhar do impacto de uma crise econômica no segmento de saúde suplementar e privada, o expert I1 acredita que:

Você tem ainda uma carência muito grande de leitos, né, não só no âmbito público, mas no privado também. Você pega aí os hospitais um pouco mais qualificados, eles estão lotados né, aí, mesmo com a crise. Mesmo com, apesar, da situação atual de desemprego crescente, uma parcela ainda pequena da população que tem plano de saúde, você tem espaço aí pra crescer nisso ainda, mesmo com este quadro de desemprego você ainda não tem uma cobertura total, ou expressiva, de pessoas que estão empregadas. Então, você tem carência, você tem escassez, você tem uma procura muito grande e oferta não suficiente pro serviço e possibilidade de crescimento por ser uma parcela pequena da população que tem plano de saúde.

O representante dos investidores, I2, ainda reforça que o investidor pode até considerar “*uma oportunidade em termos de momento econômico*” trazer o seu capital para o Brasil, pois o País fica mais barato com o câmbio da moeda estrangeira. O único impacto, considerado pelos especialistas entrevistados, é a velocidade de entrada, como o entrevistado G2 afirma: “*se ele tem um incentivo para vir do ponto de vista econômico, mas uma situação assim, de instabilidade*

econômica e política no Brasil, pode talvez até frear um pouquinho isso". Exatamente como Williams e Martinez (2012) explicam, situações como estas podem reduzir a velocidade dos investimentos externos diretos, mas não os cessar e, em alguns casos, podem, inclusive, ser consideradas como oportunidade de mercado pela empresa estrangeira sobre seus concorrentes do país hospedeiro.

Quatro entrevistados não mencionam nada sobre a estrutura do sistema de saúde do Brasil. Os outros nove *experts* acreditam que o investimento de capital estrangeiro em hospitais terá impacto em toda cadeia de saúde, influenciando, inclusive, a estrutura do sistema de saúde do Brasil, algo que pode ser confirmado por Cantwell et al (2010, p.570), quando mencionam que, se forem consideradas as mudanças no organismo que é o sistema institucional, haverá transformações para impor "*coesão no contexto das relações interpessoais*".

O *expert* H1 diz que "a gente só melhorou a indústria automobilística quando o Collor abriu... então eu acho que ela vai obrigar o sistema todo a ser mais eficiente", e ainda amplia a discussão, pois considera que o capital internacional trará um "novo conceito" e todos terão que aprender a "gerir populações com o melhor cuidado e o menor custo". O entrevistado H2 explica que um dos motivos desta mudança é que "*o Brasil é um País que tem envelhecimento aceleradíssimo da população*". E o especialista I2 diz que, além do tipo de hospital que os investidores estão procurando, "*existe uma preocupação transversal, que tem a ver com os doentes crônicos, e que é muito alavancado pelo envelhecimento da população*". O entrevistado H2 conclui que tudo isso:

Tem a ver com a epidemiologia de população envelhecida, é uma epidemiologia de doenças tardias, como o câncer, as doenças vasculares, então as pessoas vão envelhecer só que tem um detalhe no geral, elas não vão morrer. Pelo menos elas não vão morrer.

E o representante de hospitais, H2, complementa que os grupos de hospitais e investidores acreditam que "*o setor privado no Brasil tem tudo para crescer*". Ele também acredita que um dos propulsores deste crescimento são os "planos de saúde para classe 'C', 'D' e 'E'. Não é Mãe de Deus, não é Einstein, não, mas não é SUS, e ela cresce, e vai continuar crescendo".

O especialista T1 relata uma análise que fez sobre como estarão os serviços de saúde em 2030, utilizando-se da série histórica e dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Então, assim, a gente identifica claramente que, se nenhuma variável tiver sido alterada, em 2030 o segmento hegemônico é o segmento de saúde suplementar, subvencionado pelo Estado brasileiro, não só sob renúncia fiscal, mas por outro tipo de subvenção. Quer dizer, o cenário, ele vai ser um cenário de mais privatização subvencionada e mais agenciamento do que já tinha analisado como tendência. Então, eu acho assim, entrar o capital estrangeiro não vai ocasionar esse tipo de desenvolvimento, ele vai acelerar um processo que já está em andamento.

E o *expert* T1 demonstra sua preocupação quanto ao impacto no Sistema Único de Saúde nesta mudança de cenário, com crescimento da saúde suplementar e privada:

O SUS, ele vai ser, do meu ponto de vista, ele vai ter uma universalidade básica, ele vai ter um serviço de atenção básica bom para uma parte da população pobre, ele vai intermediar ou agenciar procedimentos de média complexidade e ele vai financiar os procedimentos de alto risco, que não interessam ao mercado exatamente porque dão prejuízo. Então, nesses termos, ele vai ser um acessório, ele vai ser um sistema acessório. E parte significativa desse serviço público, ainda assim, eu passo a encontrar administração direta, vão estar ou numa administração indireta sob a égide do direito privado, empresas públicas e fundações estatais, ou agenciado para OSs ou OCIPs importantes.

O representante do grupo de hospitais, H2, também menciona que “a saúde no Brasil é subfinanciada, tanto no setor privado, como no setor público”. E o especialista G2 considera que tudo isso vai “enfraquecer o SUS”:

Na medida de que a Constituição estabelece que a saúde é um dever do Estado. Portanto, ele tem a obrigação de prover a saúde naquelas diretrizes lá de universalidade, de integralidade, e também visando à promoção da saúde, à recuperação, à reabilitação, aquela coisa toda lá. Então veja, muita gente enxerga que a entrada do capital estrangeiro, ela vai enfraquecer o SUS na medida que vai descaracterizar essa obrigação do Estado em prover a saúde, ou seja, vai transformar a saúde não em um dever do Estado, mas em um direito do consumidor.

Eu já vi muitas pessoas colocando, defendendo que isso daí é uma tendência, é meio que é irreversível, não tem muito para onde correr, não. Aqui, o futuro do SUS, da saúde pública, é cuidar da parte preventiva e da atenção básica, ou seja, aquela que trabalha para não deixar a pessoa ficar doente ou então agravar. E a saúde privada se especializar na parte da assistência especializada, mais cara, mais tecnológica.

O entrevistado O2 corrobora com a opinião de que há um enfraquecimento do SUS, mas explica que é um movimento independente do investimento de capital estrangeiro em hospitais:

O atual êxodo de clientes do SUS é uma realidade. Quando houve a movimentação da pirâmide social no nosso País, já ocorreu, nós saímos de 2009 com 14 milhões de clientes para 21, quase 22 milhões de clientes na saúde suplementar. Isso é o que está ocorrendo. A insatisfação com serviço público, pelo sucateamento dos hospitais públicos, pela péssima qualidade dos serviços prestados, pela escassez do recurso, pela corrupção existente já nesses escassos recursos, pelos critérios políticos com quem faz a gestão, essa saída, já saiu. O Sistema Único de Saúde, o SUS, ele é lindo. No papel. Mas na prática ele não funciona, entendeu? Não tenho leito, não tem... tem filas e filas. Os hospitais públicos psiquiátricos no nosso País estão todos fechados por causa do prejuízo, da falta de investimentos. O que o SUS paga não sustenta os hospitais, as Santas Casas não se sustentam com as ofertas, com os pagamentos dos procedimentos do SUS. Então, a população quer buscar uma alternativa, e é justo que ela busque.

O entrevistado G3 concorda com o argumento de que o crescimento da saúde suplementar é algo evidente nos últimos dez anos, e utiliza como justificativa aos seus argumentos a *“taxa de crescimento de 4 a 5 por cento ao ano, dos planos de saúde. Hoje você já tem 25 por cento da população brasileira com planos médico-hospitalares”*. E complementa que *“é inegável que você tenha um crescimento da participação do setor privado”*. Por fim, manifesta sua opinião pessoal:

Eu não posso falar do ponto de vista institucional, aí eu tenho que falar no meu CPF, a minha interpretação muito particular, muito pessoal, é que esse crescimento se deu muito mais por um encolhimento do setor público, do que pela exuberância, ou pela ampliação de oferta do setor privado. Na verdade, eu acho que esse não é um fenômeno de oferta, eu creio que esse é um fenômeno de demanda, se houve realmente um aumento da demanda em função da precarização do serviço público.

Ainda que isso estivesse acontecendo, seja em função de uma expansão da oferta ou da demanda, e aí não importa, mas esse avanço do setor privado não significa, na minha opinião, na minha modesta opinião, um enfraquecimento do setor público. Não, eu acho que se você tiver um aumento do setor privado, regulado e bem regulado, a parte pública tende a ser mais eficiente no sentido que a demanda pelo serviço público diminui.

Enquanto o especialista T2 afirma que *“até aliviaria o gasto do SUS, em vez de simplesmente gastar no SUS, vai gastar no seu plano”*. Talvez na mesma direção, o ex-ministro da fazenda, Delfim Neto, em palestra realizada no dia 12 de novembro de 2015, durante a Cerimônia de premiação do V Prêmio de Produção Científica em Saúde Suplementar, promovido pelo Instituto de Estudos de Saúde

Suplementar (IESS), menciona que há um equívoco na interpretação da Constituição de 1988, quanto ao dever do Estado:

A constituição de 88, muito criticada porque propunha algumas coisas, uma das que estou me referindo de que o transporte e a saúde são um dever do Estado e um direito de todos. Ela não diz isso, ela diz algo um pouco diferente. Ela diz é que saúde e educação são universais, ou seja, para todos e paga por todos. A constituição não diz que tem nada gratuito.

Delfim Neto explica que a igualdade prevista na Constituição tem a ver com a igualdade de oportunidades:

O cidadão melhora não quando a sua situação melhora apenas, ele melhora quando a minha situação melhora, mas a sua também melhora junto comigo. Quando nós subimos juntos, quando nós permanecemos mais solidários. Ela quer não só a liberdade, mas uma certa liberdade, igualdade de oportunidade (NETO, 2015).

E, sob esta ótica, o crescimento da saúde privada e suplementar pode ser uma escolha daqueles que têm capacidade de financiamento, desonerando a máquina pública, permitindo que o Sistema Único de Saúde possa atender à parcela da população que necessita de assistência gratuita.

O Quadro 12 apresenta um resumo, com o indicativo de cenários mapeados a partir da fala do painel de *experts*, quanto ao ambiente institucional. Em síntese, pode-se afirmar que não há consenso entre os entrevistados sobre o ambiente institucional informal, principalmente questões relacionadas à influência do investimento estrangeiro na estrutura do sistema de saúde brasileiro, bem como na qualidade da cadeia de valor do mercado hospitalar. A maioria considera que os investidores terão dificuldade para compreender a forma de remuneração e negociação praticada entre hospitais, operadoras e o SUS. O ambiente institucional formal parece transmitir maior segurança aos *experts*, principalmente quanto a não criação de barreiras por parte do governo, existe apenas a insegurança quanto à estabilidade político-econômica do País e à possibilidade de mudanças bruscas na legislação que afete o custo de transação.

Quadro 12 – Como será o ambiente institucional da saúde brasileira sob a ótica do painel de experts

Nome do Cenário		Mais Provável	Possível	Pouco Provável
	Elementos-chave (Autores que fundamentam os cenários indicados pelos <i>experts</i>)	Cenários baseado em...		
		O que todos dizem	O que alguns afirmam	O que ninguém acha q vai acontecer
Ambiente Institucional INFORMAL	Complexidade do mercado Hospitalar (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008; MALTA et al., 2004; MENICUCCI, 2014; HOLTBRUGGE, 2013; PENG et al., 2008)	Os investidores estrangeiros terão dificuldade de entender o sistema de saúde do Brasil, as formas de remuneração e cobrança (tabelas Simpro e Brasíndice, ganho em materiais e não no serviço, etc), e a relação com as operadoras de planos de saúde.	Contratam gestores brasileiros para lidar com as questões específicas do mercado hospitalar brasileiro.	Procuram mudar as questões do mercado hospitalar brasileiro, conforme seu modelo de negócio e melhores práticas que trazem de seu know-how.
	Classe Médica (WILLIAMSON, 1985 e 2000)	Mantém as relações atuais entre hospitais e classe médica.	Criam modelos de gestão para gerenciar o corpo clínico e definir regras para as relações do hospital e classe médica.	Criam modelos de gestão para gerenciar o corpo clínico e definir regras para as relações do hospital e classe médica.
	Barreiras (MENICUCCI, 2014; FRANCIS et al., 2009; KOSTOVA, 2008 e 2009; KOSTOVA; DACIN, 2009)	Pressão de hospitais nacionais, ou algumas associações, para colocar barreiras, restrições e regulação ao investidor estrangeiro, que no fim não há impacto efetivo ao investidor.	Pressão de hospitais nacionais, ou algumas associações, para colocar barreiras, restrições e regulação ao investidor estrangeiro, que no fim impactam na regulação do investimento estrangeiro em hospitais brasileiros.	Não é visto nenhum movimento neste sentido.
	Qualidade (PORTER, 2007; CANTWELL et al., 2010; MALTA et al., 2004)	Maior eficiência em toda cadeia hospitalar privada, podendo influenciar no preço. Sem grande impacto na rede pública.	Mais fornecedores para cadeia hospitalar privada, aumentando a concorrência e baixando preços.	Maior eficiência em toda cadeia hospitalar pública e privada, podendo influenciar no preço.
	Modelo de remuneração (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008; MALTA et al., 2004)	Mudança gradual no formato de remuneração da assistência à saúde.	Serviços com menor custo e preços baixos.	Mudança no formato de remuneração da assistência à saúde.
	Concentração de mercado (PORTER, 2007; MALTA et al., 2004)	Maior concentração do mercado hospitalar, mais redes de hospitais espalhadas pelo País.	Maior concentração do mercado hospitalar, mais redes de hospitais espalhadas pelo País.	Mais hospitais de excelência no País, concorrendo com os que já existem hoje.

	Nome do Cenário	Mais Provável	Possível	Pouco Provável
	Elementos-chave (Autores que fundamentam os cenários indicados pelos <i>experts</i>)	Cenários baseado em...		
		O que todos dizem	O que alguns afirmam	O que ninguém acha q vai acontecer
	A estrutura do sistema de saúde do País (MENICUCCI, 2014; CANTWELL et al., 2010; DUNNING; RUGMAN, 1985; CASSON, 2014)	O modelo de saúde pública, privada e suplementar existentes hoje no Brasil se mantém.	Aumenta a oferta de planos de saúde de baixíssimo custo, crescendo o mercado de saúde suplementar, reduzindo o número de pessoas que procuram o SUS.	Complementar à saúde pública, com serviços que o governo não dispõe, mas necessita contratar da rede privada para atender à população brasileira. Também atende à saúde suplementar já existente, com serviços de qualidade.
Ambiente Institucional FORMAL	Economia (WILLIAMS; MARTINEZ, 2012)	Veem com muita cautela a frequência de ciclos econômicos negativos no Brasil.	Beneficiam-se das crises econômicas.	Não se preocupam com ciclos econômicos negativos, pois consideram que a longo prazo há crescimento.
	Governo (FRANCIS et al, 2009; MENICUCCI, 2014; KOSTOVA, 2008 e 2009; KOSTOVA; DACIN, 2009; ESTRIN et al, 2011)	Risco regulatório, judicialização e lei trabalhista são problemas a enfrentar.	Risco regulatório, judicialização e lei trabalhista são problemas a enfrentar. É criado limite para dedução com gastos em saúde na declaração de imposto de renda, o que assusta o mercado, mas não tem impacto no número de beneficiários de planos de saúde. Até porque também criam uma lei que obriga as empresas a subsidiarem plano de saúde para seus funcionários.	Conseguem melhorar algumas questões relacionadas a risco regulatório através da criação de áreas de relacionamento com governo.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Como síntese geral, a fala dos entrevistados demonstra que alguns aspectos do ambiente institucional do mercado hospitalar brasileiro será um desafio aos investidores estrangeiros. Entretanto, sob a luz da literatura, fica evidente que as incertezas presentes em diversos assuntos citados acima são barreiras para um investimento de longo prazo, com alto envolvimento de recursos intelectuais e financeiros.

4.2 Estratégias de entrada para investidores estrangeiros, sob a ótica de *experts*

Nesta seção, serão apresentadas as estratégias de entrada que os investidores estrangeiros adotarão nos próximos dez anos, sob a ótica dos *experts*. Um resumo da opinião dos especialistas, considerando que apenas os entrevistados T1 e G1 não opinaram sobre este assunto, é que o capital internacional aplicado em serviços de saúde entrará no País através da compra de entidades em operação, com estratégias de aumentar sua participação no mercado de forma gradual. O *expert* H1 explica que *“eles querem comprar um, dois, para ir testando, para depois comprar o terceiro, para criar sua rede também”*, e o especialista I2 reforça que eles irão *“adotar as formas de entrada prudentes, de redução de risco”*.

Holtbrugge e Baron (2013) explicam que a escolha por um modo de propriedade, apesar de envolver riscos de adaptação de toda operação, o alto comprometimento de recursos, pode ser uma estratégia para reduzir alguns riscos e pressões, oriundas de fraquezas institucionais de âmbito político, financeiro e econômico, confirmando a percepção do painel de *experts*, que sugerem que os investidores teriam um olhar focando nas empresas que *“têm procedimentos e processos perfeitamente já implantados no mercado, toda essa arrumação com as entidades locais”*, para reduzir os riscos envolvidos na operação, como sinaliza I2.

Um envolvimento seguro e gradual, confirmando o modelo de investimento proposto por Johanson e Vahlne (1997), descrito pelo especialista O1:

Imagino que eles entrariam aos poucos, comprariam um hospital, assim... no Rio, na região aí, de classe média. Imagino que eles iam entrando aos poucos pra ver como ia ser a reação da população, a reação do governo na prática, uma vez estando aqui uma empresa de fora, a reação dos concorrentes. Eu não acho que eles iam investir tudo direto, não.

Já o entrevistado T2 acredita que tem *“muito hospital quebrado no Brasil”*, o que facilitaria a compra e a estratégia de composição de redes:

Existe muito hospital quebrado no Brasil. Certamente eles vão querer formar redes e vão atuar aí e não vão ter muita dificuldade em formar uma rede grande de hospitais. Vão formar oligopólios, a tendência é formar oligopólios a muito longo prazo, e isso vai juntar e vai diminuir a concorrência, ou vai ser uma concorrência acirrada entre dois ou três oligopólios. Os hospitais individuais vão sair bastante prejudicados, eles, acho.

Entretanto, o especialista I3 acredita que “*é difícil formar uma rede hoje em dia, pelo menos no médio prazo, do tamanho da Rede D’Or*”, porque a administração hospitalar, a gestão do corpo clínico, a consolidação de uma cultura organizacional, além de aspectos de regulação, não são desafios simples. E “*tentar juntar dez hospitais diferentes uma hora só, isso é um trabalho que leva alguns anos*”.

Além disso, o *expert* G2 preocupa-se com o impacto deste movimento de compra de hospitais e construção de redes:

A aquisição de um grupo pelo outro, ou seja, que leva à concentração de mercado, a concentração de mercado é uma falha de mercado, no linguajar aí do economês, da economia. Então, veja, é uma distorção que é uma possibilidade, não vou dizer que é certo e que isso vai acontecer, mas é uma possibilidade que não pode ser de forma alguma ignorada. Então, esse movimento é um movimento que pode acontecer, de você ter grupos adquirindo outros, no sentido de aumentar ali o percentual de participação e aumentar o poder de mercado deles, entendeu? Eu não vou te dizer que é a única estratégia que eles vão usar essa – entendeu? – que eles de fato vão construir. Eu acredito que possa ter talvez algum tipo de estratégia no sentido de construir novas unidades, construir novos hospitais.

Por outro lado, a construção de um hospital, ou o investimento *greenfield*, oferece maior risco, pois envolve grande comprometimento de recursos tangíveis e intangíveis e um maior conhecimento do local onde estará estabelecido. Além disso, o retorno do investimento pode demorar um pouco mais, inclusive, devido a questões burocráticas, negociais e estruturação de toda operação (CHANG; ROSENZWEIG, 2001). Por este motivo, na visão de dez especialistas, a construção de um hospital só será opção em um segundo momento. “*Nos próximos dez anos eles não vão fazer isso*” afirma o entrevistado H2, pois acredita que “*para comprar um terreno e construir vai levar uns cinco anos, até ter um corpo clínico, mais ou menos uns cinco ou seis anos*”.

Exatamente como o especialista I2 explica, que “é um investimento muito grande, e eu penso que as próprias condições econômicas neste momento oferecem alguns riscos acrescidos para o investidor externo”. E o *expert* I1 complementa:

É muito complexo você iniciar uma operação do zero. Quanto mais difícil é a operação, menos provável fica a possibilidade de se começar o negócio do zero. Isso no caso de hospitais se agrava porque, no Brasil, e não só no Brasil mas em diversos hospitais do mundo, nos Estados Unidos especialmente, a maior fonte de receita dos hospitais são os planos de saúde. Pra você fazer este cadastramento junto aos planos de saúde é um

processo longo, complexo. Então, você começar uma operação do zero é muito complicado pra... até você conseguir estar operando plenamente, isso leva um longo período de tempo. Então, a preferência, isso é unânime, sempre vai ser por comprar algo que já esteja rodando.

Apenas o entrevistado H1 considera que a estratégia de *greenfield* poderia ser a primeira opção dos investidores, porque “a maioria dos nossos hospitais foram crescendo” e não estão adequados à algumas exigências legais. E este aspecto corrobora com a teoria apresentada por Holtbrugge e Baron (2013, p. 242) que afirmam que “*the restructuring may be so costly that the new operation resembles a greenfield investment*”.

O único ponto convergente, neste assunto, é a dificuldade que o investidor estrangeiro teria com o credenciamento junto aos planos de saúde, como o especialista H1 detalha:

Eles têm muito dinheiro, e eles não trabalham com a dimensão tempo... a dimensão tempo pra eles, esses fundos, é dez anos, vinte anos. Então existe... e tu tem um problema, porque a maioria dos hospitais não cumpre as RDCs... então, por exemplo, quantos hospitais em Porto Alegre têm alvará de incêndio liberado pelos bombeiros?! Um capital internacional não vai comprar um risco desses. Então, eu acho que o capital internacional pode sim, fazer investimentos. Mas em segmentos onde, aí, de volta a Unimed. A Unimed é uma barreira de entrada no Rio Grande do Sul... porque se tu entrar com um hospital aqui de um fundo internacional, um hospital bacana... ele vai ter que ser credenciado pela Unimed, se não, ele não tem 50% dos clientes.

Por outro lado, o entrevistado G2 explica que “não existe um movimento a priori direcionado para aquisição, ou para construção”, que tudo depende da estratégia do investidor, e esclarece que “você pode ter uma coisa ou outra, ou as duas”.

Quando questionados sobre trazerem suas marcas de fora para o Brasil, ou assumir a marca da empresa que adquirirem, apenas cinco entrevistados opinam, e três deles dizem que, em um primeiro momento, não haverá marcas estrangeiras no mercado hospitalar brasileiro. O *expert* H1 diz que “a gente tem muita dúvida na área da saúde pra essas marcas novas, porque a gente não sabe quem está por trás delas”, como explica o especialista I1:

¹ Tradução da autora: “a reestruturação pode ser tão cara que a nova operação se assemelha a um investimento greenfield ” (HOLTBRUGGE; BARON, 2013, p. 242).

Eu acho pouco provável, mas acho uma possibilidade. Na nossa cultura, do que eu observo, as pessoas têm uma associação muito próxima com relação ao hospital, querer saber quem é, quem são os donos, quem são os controladores, quem são os médicos, se este hospital atende autoridades... eu acho que uma marca estrangeira não atrairia o usuário pelo fato de ser aquela marca estrangeira.

Entretanto, o entrevistado I2 explica que alguns investidores, que têm a marca forte no exterior, que se consideram referência em determinado setor, estão cogitando trazer sua marca para o País, sim. Inclusive, como uma etapa de entrada, consideram a possibilidade de “*conjugação com a marca local*”, mas reforça que estes investidores são minoria.

Existem dois perfis de investidores entrando no Brasil, conforme oito dos entrevistados: o perfil **estratégico**, também chamado de player de mercado, e o **especulativo**. A principal diferença entre eles está relacionada ao nível de controle e ao prazo de seus investimentos, conseqüentemente, possuem estratégias de atuação e escolha do modo de entrada específicos (ANDERSON; GATIGNON, 1986), detalhados pelo especialista I1:

O investidor estratégico é um hospital, um grupo estrangeiro que já atua e investe aqui. Então, nesse a expectativa é de ficar e realizar ganhos e, aumentar, melhorar o resultado do grupo como um todo. Já o investidor especulativo, essencialmente aí fundos de investimento, o que eles buscam é comprar algo, melhorar a rentabilidade, aumentar o valor do negócio, pra dali depois de um ciclo de cinco anos ele realizar o ganho dele. Nesse caso, não necessariamente ele tem o controle. No outro, o que a gente vê no dia a dia, é, normalmente o investidor busca o controle, o estratégico busca o controle, o especulativo não necessariamente.

Anderson e Gatignon (1986) explicam que investidores que desejam maior controle, optam por com participação societária dominante e que envolva a gestão da operação com ações e comprometimento de recursos a longo prazo, o que se pode caracterizar, na palavra dos especialistas, como investidores estratégicos. Enquanto que, aqueles que desejam um médio controle, optam por participações societárias de menos de 50% e, muitas vezes, não pretendem ter o controle da gestão, o que parece ser o investidor financeiro, descrito pelo painel de *experts*. O entrevistado H2 detalha esses dois perfis de investidores que estarão presentes no mercado hospitalar brasileiro, esclarecendo o nível de controle que cada um terá da operação:

Em geral, quando é um investidor financeiro, ele nunca quer saber da gestão, “estou botando tanto e quero tirar tanto”. Em geral a exigência dele, é colocar um representante dele em conselhos, ou às vezes na diretoria financeira, ele tem que botar alguém que cuide do dinheiro dele, porque isso é o que interessa para ele. O estratégico não, ele gosta de se juntar com quem está fazendo a gestão porque precisa aprender e porque o cara estava fazendo a gestão para ele. Todo mundo ganha, são sócios.

Os investidores estratégicos têm “*a tendência de assumir o controle da gestão*”, como o especialista I2 explica:

Porque é uma forma de poder também, de algum modo reduzir o risco, e sentir que há um controle das operações e financeiro etc. Portanto, nós vamos ter uma... uma forma maioritária do controle do processo diretivo.

Entendendo o perfil do investidor, fica mais clara a explicação sobre o período de investimento citado pelo entrevistado H1, que, inicialmente, afirmou que “*eles não trabalham com a dimensão tempo... a dimensão tempo pra eles é de dez anos, vinte anos*”, mas depois explica:

E se tu olhar hoje, todos os segmentos de negócios industriais estão caindo vinte, trinta por cento da economia, e o segmento hospitalar o que que está acontecendo? Cresce ou se mantém. Hospital, ele é uma empresa que tem uma margem pequena, então no final sobra 5%, mas os fundos internacionais eles querem investir em hospital, porque o hospital daqui há cem anos vai continuar existindo.

O *expert* H1 também reforça que alguns investidores virão para o Brasil com “um projeto de cinco anos e em cinco anos eles vão vender o hospital”. Em consonância com o especialista H2, que exemplifica: “*ele já entra com um contrato, ele já faz um acordo de saída: vou sair daqui a cinco anos, dez anos; e as condições de saída*”. Já o entrevistado I2 acredita que “o objetivo é claramente do rendimento, mas criando uma perspectiva de continuidade, criando valor local”, e explica:

Embora tenham uma atitude e uma estratégia de entrada prudente, porque no fundo são mercados novos e com algum risco, mas não tem sentido que seja um investimento para posterior venda. Não tenho sentido isso.

Entretanto, o especialista H1 afirma que “as propostas que estão na mão dos donos dos grandes hospitais são de fundos, não são de corporações de saúde”, e o

expert O2 concorda que, neste primeiro momento, só está presente no País “capital especulativo”, e explica:

Está vindo só capital especulativo. Se estivesse o nosso País estabilizado, tudo certinho... você ver, PIB caindo, inflação voltando, quem que quer fazer investimento aqui? A credibilidade que você tem em um país que não cumpre regras? Eu acho que é assim”.

Por outro lado, o entrevistado H2 considera que terá um número menor de investidor financeiro, “*quem vai se interessar mais são os estratégicos*”:

Quem vai se interessar mais são os estratégicos. O estratégico, ele já chega no país, com os modelos que eles sabem, que ele consegue um resultado melhor, não só econômico, mas também assistencial.

Apenas o especialista G1 não teceu qualquer comentário sobre a região e segmento de atuação dos investidores estrangeiros que atuarão no mercado hospitalar brasileiro, nos próximos dez anos. E, dentre os especialistas que têm uma opinião sobre o assunto, é unânime que o capital estrangeiro concentrará suas operações na região Sudeste, especialmente na cidade de São Paulo.

Rugman (2005) explica que concentrar as atividades em determinada região permite um maior desempenho, mas confronta com Quian et al. (2010), que defendem a diversificação geográfica para capitalizar vantagens de localidade e adquirir conhecimento sobre o mercado, assim como explica o especialista I1, que, em um segundo momento, as regiões Sul e Centro-Oeste também devem ter investimentos:

Regiões do Brasil, as regiões mais ricas, né, ainda, Sudeste e Sul. Os investidores veem com bons olhos algumas localidades da região Centro-Oeste, como Goiânia, Distrito Federal. Algumas localidades do Nordeste, mas o mais relevante ainda, as mais relevantes são as regiões Sudeste e Sul.

Os principais critérios para esta decisão estão ancorados na vantagem de localização, descrita no Paradigma Eclético de Dunning (2000), pois perpassam pelo tamanho da cidade, população, riqueza medida pelo Produto Interno Bruto (PIB), número de beneficiários de planos de saúde, mas sem monopólio de uma operadora, e não existir um hospital ou rede com amplo *share* de mercado, como detalha o entrevistado H2:

Onde a operadora não tem monopólio. Por quê? Para não poderem discutir preço. Não tem em Porto Alegre e nem em Belo Horizonte, por exemplo. Ele tem em São Paulo, tem no Rio. Só compram hospitais que tem marca boa, assim, são hospitais cobiçados pela população, com possibilidade de discutir preço, e só em lugares onde há renda familiar, tem a partir de determinado teto, e só em cidades que tem no mínimo 300 mil habitantes.

O especialista G2 ainda afirma que os investidores concentrarão suas operações “em áreas que tenham uma densidade populacional de maior poder aquisitivo”. Da mesma forma que o entrevistado H1 acredita que “*pra atender saúde suplementar, pra atender os 58 milhões de brasileiros que estão na saúde suplementar*”. São Market Seeking, conforme descreve Dunning (1998 e 2002), quando se refere às empresas que têm a motivação do investimento estrangeiro para explorar oportunidades do mercado anfitrião.

A maioria dos entrevistados acredita que o capital estrangeiro vai atuar com produtos para classe média e alta. O entrevistado O1 esclarece que “*eles conhecem a oportunidade, sabem que até pouco a classe C vinha crescendo bastante, mas eles não têm conhecimento, no sentido de experiência mesmo, de como atuar com classe C e classe D*”.

Entretanto, o especialista T1 considera que terão oferta de produtos de baixo custo para “extratos de classe média remediada”, mas também sinaliza que “ele vai, também, concentrar a oferta de serviços mais resolutivos a quem tiver capacidade, condições de pagar mais planos e mais caros”, quando os investidores se utilizarão da vantagem de propriedade (Dunning, 2000), explorando seus recursos mais valiosos relacionados à gestão de custos, operação e governança.

Sobre os segmentos que irão atuar, o *expert* T1 acredita que será em “procedimentos de média complexidade, porque a atenção básica não dá lucro e alta complexidade dá prejuízo”. Também pensa que eles trarão “um modelo de atenção cada vez mais compartimentalizado, mais fragmentado, especializado e biomédico”. O entrevistado G2 corrobora com esta opinião:

A saúde privada, ela tende a ir para a assistência especializada. Que é a que dá mais retorno, dá mais dinheiro, que envolve uma tecnologia maior, que é aquela assistência mais voltada para a doença, que fica doente, ela gera um tratamento, ela gera uma quantidade ‘X’ de exames, de medicação, laboratório e por aí vai. Então, essa é a lógica que interessa para o mercado, o que interessa para a saúde privada, e assim, nós estamos falando, eu creio que ela continua até comum, o capital estrangeiro, e ele vem para ter lucro, ele não vem para suprir a deficiência do país.

Quatro entrevistados falam em segmentos como a oncologia e a cardiologia, e também mencionam assistência à pacientes crônicos. H1 esclarece:

Então, com toda perspectiva nossa, o envelhecimento populacional, que é o que apavora as operadoras, o envelhecimento populacional vai gerar um, um exército de pacientes crônicos que vão utilizar o segmento saúde, então, qualquer pessoa que fizer um planejamento no Brasil, vai ver que a saúde vai crescer. E vai crescer a taxas superiores ao crescimento do País, porque a população está envelhecendo, precisando de mais recursos de saúde... então, esse é um bom modelo do negócio.

O especialista H2 prevê que “daqui a dez anos, o conceito de saúde vai ser muito diferente do que é hoje: os hospitais vão ter assistência integral”, um conceito que os investidores estrangeiros vão trazer forte, é que “os próprios hospitais vão criar modelos de assistência fora do ambiente hospitalar”, focado no atendimento ambulatorial de doenças crônicas.

Entretanto, o painel de *experts* deixa claro que o ponto principal para decidir a estratégia de atuação e o modo de entrada é a localização geográfica. Mas, suprido este aspecto, o foco dos investidores estará em hospitais gerais, com mais de 200 leitos, com “*estratégia bem definida*”, como explica o entrevistado I3, e o especialista H2 complementa: “*eles querem quem já esteja formado em rede, preferencialmente, quem tem boa governança, bom modelo de gestão e documentação em dia*”.

Também surge a discussão quanto a não serem sem fins lucrativos, porque, apesar do Brasil contar com muitos hospitais filantrópicos, “*esta operação não é tão simples*”, como explica o entrevistado I1:

Em termos práticos isto não se revela tão simples porque, alguém que investe, né, com intuito de... vamos dizer assim, de fazer um investimento, são dois itens que normalmente se busca: retorno do investimento e distribuição de lucro, que o hospital filantrópico não pode fazer; ou depois ele alienar a participação para ter um ganho, o que também fica muito dificultado no caso de hospital filantrópico. A gente vê possibilidade de investimento é mais por afinidade cultural, religiosa, esse tipo de coisa, étnica... agora, o que a gente tem ouvido no mercado, são discussões de possíveis parcerias. Então... ou com hospitais já existentes, por exemplo, você pega aí um hospital filantrópico que tem três unidades. Então ele utiliza uma unidade para constituir uma sociedade com fins lucrativos, preservando ali a associação enquanto investidora, e essa sociedade com fins lucrativos, ela recebe um como sócio, como parceiro, um investidor estrangeiro. Então esta é uma possibilidade que nós temos ouvido no mercado, não vejo vedação para isto. A outra seria um hospital filantrópico vender uma unidade hospitalar sua, o que também é plenamente autorizado, né?! E a terceira, que é um pouco mais complexa, é a instituição filantrópica, ela própria se transformar, se converter em uma

instituição com fins lucrativos e fazer negócio como faz qualquer outra empresa.

Apesar de não ter sido verbalizada a palavra “joint venture” na fala do especialista I1, o exemplo citado “constituir uma sociedade com fins lucrativos, preservando ali a associação enquanto investidora, e essa sociedade com fins lucrativos, ela recebe um como sócio, como parceiro, um investidor estrangeiro”, descreve esse tipo de modo de entrada, possível de ser utilizado. Mas, como sinalizam Nielsen e Nielsen (2011), pode ser arriscado para ambas instituições, pois as empresas podem ter objetivos diferentes, valores divergentes, estilos de gestão, métodos e estratégias colidentes, impactando no resultado da operação.

Frente à dificuldade de compreender o mercado e todos os aspectos do ambiente institucional relatados na seção 4.1, a vantagem de internalizar (Dunning, 2000) passa a ser considerada por todos representantes de hospitais entrevistados. Eles afirmam que existirão parcerias com hospitais filantrópicos para realizar a gestão do hospital adquirido pelo capital estrangeiro, pois *“nós temos hospitais filantrópicos que são absolutamente estratégicos, são únicos na cidade, a cidade é rica, e aí, não dá para comprar? Dá”*, só que através de parcerias, como o entrevistado H2 explica:

Os filantrópicos por exemplo, tais como o Einstein, Mãe de Deus, Moinhos, o que vai acontecer, é de capital estrangeiro comprando hospitais que não tem condições de gestão e a gente sendo convidado para fazer gestão para eles. Então, se um investidor quiser comprar um hospital em São Paulo, privado, pode chegar lá para o Einstein, “eu quero que tu faça a gestão para mim lá, te dou tanto”. Se o Einstein quiser fazer, ele faz. Como filantropia ou não. É uma questão de negócios.

Além disso, doze especialistas mencionam a possibilidade de parcerias público-privadas em um segundo momento. Entretanto, o entrevistado I2 considera que, se for adquirido um hospital que atenda parcialmente o SUS, ajudaria a alavancar o volume de atendimentos para equilibrar o investimento:

No fundo também vai trazer volume às entidades... ao investidor. Funciona para as entidades conveniadas e para... e com convênios com o SUS. E isto traz o volume de produção.

O especialista G2 explica que “em muitos lugares, o governo paga pela utilização do leito do hospital privado”, mas também esclarece que “essa

disponibilização, ela não é uma coisa imediata. É uma coisa que é fruto de uma papelação, de um convênio como o SUS faz com hospital, você tem critérios, você tem regras, condições, preços”. Já o *expert* G1 esclarece que esse tipo de convênio depende de licitação e é competência dos municípios e estados, e não do Governo Federal:

Ele tem um risco. Ele pode construir um hospital e não ser selecionado na licitação pra receber um aporte, uma concessão, pra tentar conseguir um aporte em saúde, pra ser uma PPP, pra ele construir, operar, pra ter o custeio... mas esse arranjo nunca acontece com a União diretamente, sempre na forma que está organizado o SUS hoje, na minha avaliação bem rápida agora, toda a estrutura do SUS é a descentralização, o Ministério da Saúde dá a diretriz, mas a execução da assistência é competência dos municípios e dos estados. Então, a nível de parceria, possível parceria, é um arranjo discutido, construído pelos gestores estaduais e municipais, à luz da legislação federal, ou se tiver um aporte do recurso da União... e à luz da legislação local sobre, parceria público-privada em construção.

Dois representantes do grupo de hospitais mencionam a dificuldade de receber as verbas relativas a parcerias público-privadas, assim como um dos representantes do governo também menciona este risco. Por outro lado, o especialista H1 esclarece:

Todos que têm parceria estão com dificuldade de receber, e do modelo de governança do Estado. Então eu entendo que neste primeiro momento que nós estamos vivendo uma crise de financiamento público o capital internacional vai se aproximar de hospitais privados e filantrópicos que sejam lucrativos. Trabalhar com ente público, neste momento... porque o ente público se não tem dinheiro pra pagar... Mas, no futuro sim. No momento que o ente público adquirir confiança na relação contratual.

Em contrapartida, o entrevistado T1 aborda a questão da segurança deste tipo de acordo, pois são contratos de muitos anos e, algumas vezes, com indexadores econômicos interessantes para o investidor:

Se a parceria público-privada significa tu criar um monopólio, é isso. O retorno do investidor é tu criar um monopólio durante um determinado período de tempo. Na Inglaterra, esse período é de dez anos, tem contrato até de 20 anos. Termos contratuais muito claros e uma capacidade regulatória efetiva. E no nosso caso, no exemplo que nós temos hoje, são contratos de 30 anos. Hoje, inclusive, os indexadores que são utilizados para atualizar os valores que vão ser pagos no contrato pelo Estado para o parceiro privado, não são os indexadores reais da economia, são indexadores absurdamente progressivos, o que vai ter ao longo do contrato uma realidade de reajuste que não tem nada a ver com a realidade conjuntural da inflação, nesses termos.

Já o *expert* I3 acredita que “o governo tem outras prioridades no momento”, e esclarece:

As parcerias público-privado de medicamentos com empresas multinacionais estão totalmente paradas, em hospital tiveram pouquíssimas até hoje, então assim, não acho que de uma hora para outra isso vai mudar.

Por outro lado, o entrevistado T2 vislumbra oportunidade para gestão dos hospitais públicos:

O próprio governo já criou uma empresa pública para administrar os hospitais federais das universidades, e essa empresa está patinando muito, não se pode eventualmente ser seduzidos por uma administração mais profissional, mais eficiente, pode contratar uma empresa dessas para administrar.

Os três especialistas representantes do governo não comentaram sobre a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais com capital estrangeiro. Dentre os demais entrevistados, T1 e T2 consideram que o nível de serviço oferecido será ruim, principalmente porque questionam os critérios de avaliação:

Qual é a regra que vai ser usada para dizer “melhorou”? Porque só aumentar o serviço e acesso a serviço e acesso aos procedimentos, numa lógica onde produz doença muito maior, e junta o aumento de condições crônicas ou modelo de condições crônicas... Mas além da assistência, a reabilitação e a inclusão sobretudo. Então, para nós, a política de atenção integral é promover, proteger, assistir e reabilitar. E não é só produzir serviços ou dar acessos, garantir serviços e dar mais acesso a procedimentos biomédicos. Nós não queremos melhorar só nesse aspecto. Nós não queremos só garantir mais serviços e mais serviços e mais serviços. (T1)

T2 preocupa-se que o foco no resultado financeiro impacte na qualidade assistencial, apesar de acreditar que “os *princípios básicos de qualidade que eu acho que não abririam mão*”. Mas, talvez, a maior discussão que T2 identifica é que certificações de qualidade não significam bons níveis de serviços assistenciais:

A acreditação é baseada na limpeza, no sistema de esterilização, no tipo de lavanderia que tem, não é baseada na qualidade do atendimento médico. Tem que ter uma comissão de infecção, tem que ter uma comissão de óbito, tem que ter um monte de comissão, ter requisitos básicos, se tu tiver tudo isso e os médicos forem uns cabeça virada, está tudo bem, está tudo acreditado. É diferente da qualidade e da assistência.

Já o entrevistado I3 enxerga diversas variáveis, mas, principalmente, levanta uma discussão sobre o quanto uma gestão focada no resultado financeiro pode impactar na qualidade assistencial:

Eles querem tornar o negócio mais rentável, obviamente no caso de quem está comprando para revender depois quer deixar uma estrutura bem redonda para que possa ser vendido isso em alguns fatores pode ocasionar, enfim, corte de custos, uma reestruturação ali no hospital talvez pelo consumidor, não seja percebido como uma melhora da qualidade, vai ter um hospital melhor gerido.

Entretanto, o especialista H2 corrobora com o questionamento:

Como tu trabalha em um hospital e sabe que tu é avaliado pelo resultado, só pelo resultado, e que daqui há cinco anos tu vai ser vendido? E eu tenho dúvida, o quanto a boa medicina e a boa assistência, versus o negócio, nem sempre os objetivos são os mesmos.

Por outro lado, quando questionado se o *expert* H2 de fato acredita que os investidores terão serviços de má qualidade, a resposta é “*que esses hospitais vão ser hospitais bons*”.

Eles sabem que para ganhar dinheiro, eles vêm de países onde para ganhar dinheiro se faz um bom trabalho. E é isso que eles vão querer fazer. Não tenho nenhuma razão para acreditar que a Rede D'or vai baixar de padrão, porque ele foi comprado 24 por cento por um investidor estrangeiro, pelo contrário.

Similar à opinião anterior, o entrevistado I1 explica que a qualidade do serviço não pode cair, porque isto impactará também no resultado da empresa por “*uma seleção natural do mercado*”. O especialista O1 explica que “*se eles quiserem fazer uma classe A, vão conseguir fazer igual ou melhor*”. H3 também menciona a questão de que a qualidade faz parte de ter uma visão capitalista, pois acredita que “*tem que atender melhor para fidelizar o nosso paciente*”. Já o *expert* I2 vai mais além, fala de criação de valor local:

Eu acho que existe uma preocupação de diferenciação, e de criar o tal, valor local. Isso passa por investir, por fazer serviço com valor mais sustentável, por criar rendimento local. Não tem sentido, que exista exclusivamente uma preocupação de lucro. É claro que um investidor quer investir, vai colocar o seu dinheiro e vai querer um retorno. Agora, não tem sentido que seja essa a principal preocupação, ou o principal objetivo. Querer retorno sim, mas querer melhorar o serviço e um serviço de qualidade, e de levar a tecnologia para alavancar o processo, e para

trazer... poder buscar mais serviço. Isso tem sido uma preocupação. Porque também é uma forma de poder diferenciar no mercado, e não ser mais um, ou aliás ser um 'player' que tem que ser valorizado pelo mercado local.

Já o entrevistado O2 acredita que os investidores estrangeiros trarão referências de qualidade de seus países:

Eles vão trazer a realidade deles, buscando cada vez mais a qualidade, tendo em vista a exigência desses outros países de ter qualidade na gestão dos hospitais e na prestação de serviços.

Eles vão trazer a racionalização de custos já praticados em outros países nos modelos deles, combatendo o atual desperdício, que é um dos grandes problemas do nosso País hoje, é o desperdício. Eles vão trazer uma gestão mais profissional, vão trazer as incorporações tecnológicas e buscando exatamente a qualidade e a racionalização dos custos. Essa é a palavra mais moderna que tem hoje na Europa, é a racionalização de custos com qualidade. Não é cortar a qualidade, é cortar desperdício.

Ultrapassando o aspecto de qualidade assistencial, o *expert* H2 acredita que “*vai ter mais investimento, mais tecnologia, mais profissionalismo*”, que os novos recursos financeiros que serão injetados no mercado hospitalar representarão acesso à mais tecnologia:

Tecnologia do medicamento, do diagnóstico, especialmente, do medicamento, de novos métodos cirúrgicos, de aparelhos terapêuticos fantásticos que vão surgir, tudo isso é manter a vida.

Enquanto o especialista H1 condiciona estes acontecimentos, aos investidores estrangeiros trazerem o seu próprio sistema de informática, processo de compra, relacionamento fornecedores internacionais... “*então eles vão trazer um choque de eficiência para o setor*”.

Quadro 13 – Estratégias de entrada que podem ser adotadas pelos investidores estrangeiros nos próximos dez anos

	Nome do Cenário	Mais Provável	Possível	Pouco Provável
	Elementos-chave (Autores que fundamentam os cenários indicados pelos <i>experts</i>)	Cenários baseado em...		
		O que todos dizem	O que alguns afirmam	O que ninguém acha q vai acontecer

	Nome do Cenário	Mais Provável	Possível	Pouco Provável
	Elementos-chave (Autores que fundamentam os cenários indicados pelos <i>experts</i>)	Cenários baseado em...		
		O que todos dizem	O que alguns afirmam	O que ninguém acha q vai acontecer
ESTRATÉGIA DE ENTRADA	Modelos de Entrada (CHANG; ROSENZWEIG, 2001; HOLTBRUGGE; BARON, 2013)	Brownfield: comprar hospitais deficitários, com boa governança e possibilidade de ganho imediato, mas com crescimento gradual.	Brownfield: comprar redes de hospitais já existentes, com possibilidade de ganho imediato.	Greenfield: construir hospitais para garantir que legislação e estratégia estarão exatamente como o seu modelo de negócio.
		Joint Venture: com fusões e parcerias que permitam conhecer o mercado e ambiente.	Não.	Não.
	Prazo de Investimento	Médio e longo prazo (5 a 20a)	Curtíssimo prazo (2 a 5a)	Longo Prazo (20a)
	Risco Envolvido (HOLTBRUGGE; BARON, 2013; JOHANSON; VAHLNE, 1997)	Temem perder o investimento, devido ao risco do desconhecido e, por isso, têm um investimento gradual do seu capital financeiro e intelectual.	Não se preocupam com o risco do desconhecido porque já mapearam o mercado e definiram suas estratégias. Comprometem todo capital financeiro e intelectual que estão dispostos a investir no país, de uma só vez.	Não se preocupam com o risco do desconhecido porque já mapearam o mercado e definiram suas estratégias. Comprometem todo capital financeiro e intelectual que estão dispostos a investir no país, de uma só vez.
Perfil do investidor	Perfil do investidor: Estratégico (ANDERSON; GATIGNON, 1986)	Intenção de ficar e ter ganhos a longo prazo. Investe e controla integralmente a operação.	Não.	Intenção de ficar e ter ganhos a longo prazo. Investe e controla integralmente a operação.
	Perfil do investidor: Especulativo (ANDERSON; GATIGNON, 1986)	Entram já com data definida de saída (que pode ser cinco, dez, ou vinte anos), mas estabelecem meta de rentabilidade do investimento. Pode ter só uma parcela do negócio e não tem, obrigatoriamente, intenção de controlar a operação.	Entram já com data definida de saída (que pode ser cinco, dez, ou vinte anos), mas estabelecem meta de rentabilidade do investimento. Pode ter só uma parcela do negócio e não tem, obrigatoriamente, intenção de controlar a operação.	Não.
ATUAÇÃO	Regiões (DUNNING, 2000; RUGMAN, 2005; QUIAN et al., 2010)	Regiões com maior densidade populacional, mais ricas (>PIB) e que tenham plano de saúde: Sul e Sudeste.	Regiões com maior densidade populacional e que tenham plano de saúde: Sul e Sudeste com certeza, talvez Centro-Oeste e Distrito Federal.	Regiões com maior densidade populacional e que tenham plano de saúde: Sul e Sudeste com certeza, talvez Centro-Oeste, Distrito Federal e algumas capitais do Nordeste.
	Segmentos (DUNNING, 1988 e 2002)	Hospitais gerais com mais de 200 leitos e que estejam organizados em redes,	Hospitais gerais com mais de 200 leitos e que estejam organizados em redes; serviços de oncologia, cardiologia, imagem e outros com alta rentabilidade.	Hospitais gerais com mais de 200 leitos e que estejam organizados em redes; serviços de oncologia, cardiologia, imagem e outros que garantam sustentabilidade no

Nome do Cenário	Mais Provável	Possível	Pouco Provável	
Elementos-chave (Autores que fundamentam os cenários indicados pelos <i>experts</i>)	Cenários baseado em...			
	O que todos dizem	O que alguns afirmam	O que ninguém acha q vai acontecer	
			longo prazo.	
Classe econômica (DUNNING, 2000)	População com plano de saúde.	Classe alta, talvez classe média.	Classe C e D.	
Parcerias público-privadas (DUNNING, 2000)	Só no futuro.	Não.	Sim, imediata.	
Hospitais filantrópicos (DUNNING, 2000)	Contratarão o serviço de gestão, governança e estratégia dos hospitais filantrópicos de referência no País.	Só haverá se o hospital deixar de ser filantrópico, vendendo suas unidades integralmente ou parcialmente.	Não haverá.	
Hospitais familiares (DUNNING, 2000; HOLTBRUGGE; BARON, 2013)	Comprarão hospitais de famílias desestruturadas na gestão e governança.	Contratarão o serviço de gestão, governança e estratégia dos hospitais familiares de referência no País.	Não haverá nenhum tipo de negócio porque todas as gerações da família estão envolvidas na gestão e não teriam outra atividade para se envolver.	
NIVEL DE SERVIÇO	Qualidade	Alta qualidade.	Qualidade intermediária (nada pior ou melhor do que existe hoje).	Alta qualidade.
	Oferecem (DUNNING; RUGMAN, 1985; CASSON, 2014)	Serviços com foco na saúde integral do indivíduo e na população em que está inserido, entendendo que a tendência mundial é gerar lucro através da prevenção. Procuram uma remuneração por desfecho, qualidade assistencial e não mais fee-for-service, mas entendem que isto pode levar alguns anos para se concretizar.	Serviços individuais de tratamento e diagnóstico, com baixo custo e preços acessíveis, com pagamento fee-for-service em grande escala.	Serviços individuais de tratamento e diagnóstico. Procuram uma remuneração por desfecho, qualidade assistencial e não mais fee-for-serice.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

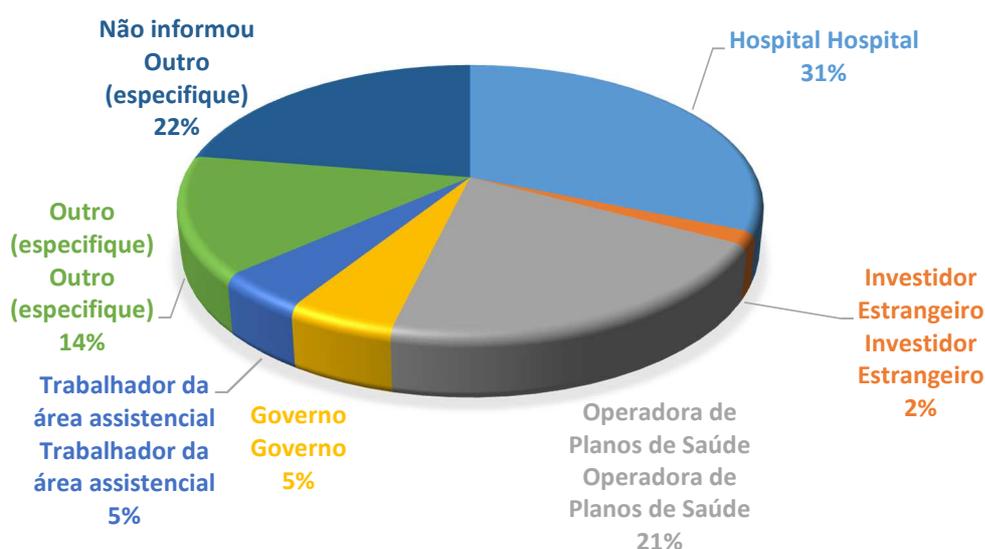
O Quadro 13 apresenta os principais pontos abordados pelos especialistas, relatados nesta seção. São conclusões que direcionam para a construção de cenários, tratam de um modo de entrada baseado em aquisições, com estratégia de comprometimento gradual para posterior construção de redes de hospitais. O foco destes investidores estrangeiros serão hospitais gerais com mais de 200 leitos, mas

também atuarão em segmentos como oncologia e cardiologia, por acreditarem que estão envolvidas com o tratamento de pacientes crônicos e o envelhecimento da população. A cidade de São Paulo receberá os primeiros investidores, principalmente por ter o PIB mais alto do País e uma ampla atuação da saúde suplementar. Acredita-se que a injeção de capital realizada pelos estrangeiros proporcionará um aumento de tecnologia e eficiência do setor, oferecendo uma boa assistência à saúde.

4.3 Análise de dados quantitativos

Nesta sessão, serão apresentados os resultados dos testes realizados com os dados extraídos da *survey*, que tem o objetivo de validar o grau de probabilidade dos cenários propostos pelos *experts*, conforme sugerem Ramirez et. Al (2015). O questionário eletrônico registrou 134 respostas, sendo que os dois maiores grupos de respondentes representam hospitais (42) e operadoras de planos de saúde (28). Ainda chama a atenção quem informou ter outro tipo de atividade (19), como a área acadêmica e indústria de materiais, medicamentos e equipamentos hospitalares. É importante observar que 30 pessoas não mencionaram a qual grupo estão relacionadas, conforme demonstra a figura 13.

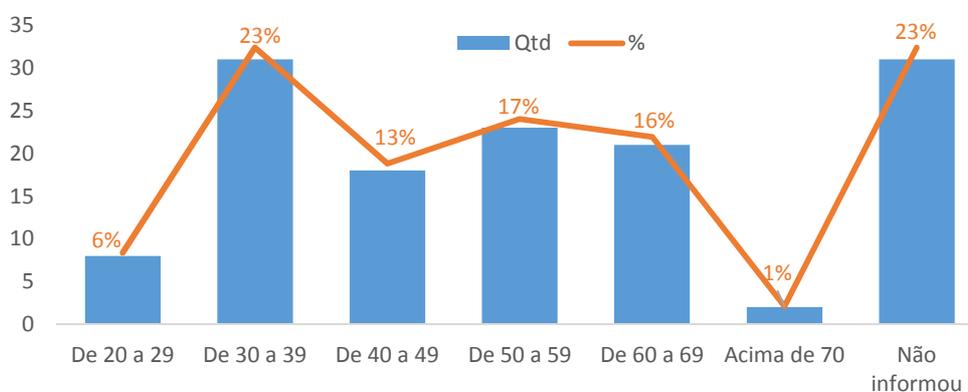
Figura 13 - Respondentes da Survey conforme Grupo de Sujeitos da Pesquisa



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Com relação à escolaridade, apenas 14 indicaram ter nível de graduação ou menos, 50 respondentes informaram ter pós-graduação, 21 mestrado e 12 doutorado. Os homens foram maioria, eles somam 61 respostas, 43 foram mulheres e 30 não informaram. Dois estrangeiros responderam o questionário, todos os demais informaram ser brasileiros. Os respondentes têm idade bem variada, 70% informou estar entre 30 e 69 anos, conforme demonstrado na Figura 14.

Figura 14 – Distribuição dos respondentes conforme idade



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Utilizando a recomendação de Malhotra (2006, p. 420), foi utilizada a **análise de cluster**, uma técnica estatística multivariada de interdependência, que procura “agrupar dados com base em uma semelhança subjacente”, permitindo identificar se existem conglomerados diferentes daqueles previamente planejados na pesquisa, como, por exemplo, os grupos de sujeitos.

O objetivo desta análise é agrupar os indivíduos de acordo com suas respostas às perguntas do questionário. Posteriormente, foi verificado se o agrupamento coincide com o perfil dos respondentes. A verificação foi feita através de testes qui-quadrado de associação para as variáveis qualitativas (*gênero, escolaridade, área de atuação e grupos de sujeito*) e ANOVA para a variável de perfil quantitativa (*idade*).

A amostra foi dividida em três grupos, conforme a Tabela 4, e, após, realizado o cruzamento entre gênero e cluster, apresentados na Tabela 5, que não teve associação significativa ($p\text{-valor} = 0,545$). Ou seja, o gênero de um indivíduo não influencia no seu padrão de respostas.

Tabela 4 - Distribuição de frequências dos agrupamentos

		Frequência	Percentual
Cluster	1	16	11.94%
	2	23	17.16%
	3	32	23.88%
	Missing	63	47.01%
	Total	134	100%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Tabela 5 - Cruzamento entre Gênero e Cluster

	Cluster			Total
	1	2	3	
Feminino	7	7	10	24
Masculino	8	16	21	45
Total	15	23	31	69

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A etapa seguinte foi realizar o teste de associação entre escolaridade e clusters, conforme Tabela 6, que também não foi significativo ($p\text{-valor} = 0,207$), o que permite inferir que o padrão de respostas não está associado com a escolaridade.

Tabela 6 - Cruzamento entre Escolaridade e Cluster

Escolaridade	Cluster			Total
	1	2	3	
Doutorado	1	4	2	7
Ensino Fundamental	1	0	0	1
Ensino Médio	2	0	0	2
Graduação	1	2	3	6
Mestrado	2	4	7	13
Pós-graduação (Especialização, MBA, etc.)	8	13	19	40
Total	15	23	31	69

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

As médias de idade foram comparadas segundo os agrupamentos através da Análise de Variância e constatou-se que não houve diferença significativa ($p\text{-valor} = 0.900$) na idade média entre os clusters, ou diferentes padrões de resposta conforme a idade, demonstrado na Tabela 7

Tabela 7 - Idade média e desvio padrão por Cluster

Cluster	Casos	Média	Desvio Padrão
1	14	43.07	15.65
2	23	45.48	14.63
3	31	44.74	10.13
Total	68	44.65	12.83

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Ao testar a associação entre área de atuação e cluster, demonstrado na Tabela 8 foi verificado que houve significância estatística ($p\text{-valor}=0,042$), na área de atuação Medicina, apresentando associação com o cluster 2, ou seja, pessoas desta área apresentaram um padrão de respostas similar.

Tabela 8 - Cruzamento entre Área de atuação e Cluster

Área de atuação	Cluster			Total
	1	2	3	
Economia / estatística / atuarial	0	1	0	1
Enfermagem	2	1	2	5
Gestão / Administração	10	16	22	48
Medicina	0	5*	1	6
Tecnologia da Informação	2	0	0	2
Total	14	23	25	62

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Nos testes de tabulação cruzada com os sujeitos da pesquisa, apresentado na Tabela 9, não houve associação entre os grupos (p -valor = 0,068). Sendo assim, conclui-se que o grupo não está associado com o cluster ou o teste não teve poder suficiente para detectar a associação, muito provável ao número de respondentes.

Tabela 9 - Associação entre o grupo de Sujeito e os clusters

Grupo de Sujeitos	Cluster			Total
	1	2	3	
Governo	1	0	0	1
Hospital	10	13	14	37
Investidor Estrangeiro	1	0	1	2
Operadora de Planos de Saúde	2	7	14	23
Trabalhador da área assistencial	0	2	0	2
Total	14	22	29	65

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Desta forma, considerando as análises citadas acima, pode-se afirmar que não há agrupamentos com diferentes padrões de respostas, permitindo inferir que há um posicionamento de consenso com heterogeneidade externa (HAIR et al., 2005).

Superada esta etapa, passou-se a realizar a estatística descritiva por questão, na qual foi possível identificar aquelas que apresentaram significância maior que 0,05 no teste de Friedman, quando a hipótese nula assume que a variável tem a mesma distribuição contínua subjacente, não permitindo inferir que há uma variável mais ou menos provável que as demais (PEREIRA et al., 2015).

O resultado da análise consta no Quadro 14, onde as questões nº 1, 9, 14 e 21 não demonstram diferenças significativas entre as médias, nas quais todas variáveis assumem a mesma probabilidade de acontecimentos futuro.

Quadro 14 - Estatística Descritiva e Testes de Friedman de questões sem diferenças probabilísticas

Questão / Variável:		
1. Considerando a complexidade do mercado hospitalar (as formas de remuneração praticadas atualmente; o lucro na venda de materiais e não no serviço prestado; e a relação com as operadoras), os investidores estrangeiros...	Média	Sig. (Friedman)
a) terão dificuldade, independente da estratégia que adotem;	3,89	0,1260
b) contratarão gestores brasileiros para minimizar as dificuldades enfrentadas;	4,22	0,1260
c) terão dificuldade a menos que utilizem o modelo de negócio e melhores práticas vivenciadas em outros países.	4,13	0,1260
9. Os investidores estrangeiros que estarão presentes nestes primeiros 10 (dez) anos da mudança da lei, terão um perfil:	Média	Sig. (Friedman)
a) estratégico: larga experiência na área de saúde. Investem e controlam integralmente a operação.	4,16	1,0000
b) financeiro: são principalmente fundos de investimento. Podem ter só uma parcela do negócio e não têm, obrigatoriamente, intenção de controlar a operação.	4,17	1,0000
14. Modelo assistencial no qual os investidores estrangeiros atuarão:	Média	Sig. (Friedman)
a) Foco na saúde integral do indivíduo e na população em que está inserido, entendendo que a tendência mundial é gerar lucro através da prevenção.	3,95	0,2060
b) Modelo hospitalocêntrico, serviços individuais, diagnósticos e terapêuticos.	4,32	0,2060
21. Impacto na estrutura do sistema de saúde do Brasil, após entrada de capital estrangeiro em hospitais:	Média	Sig. (Friedman)
a) Sem mudança significativa: o modelo de saúde pública, privada e suplementar existentes hoje no Brasil mantém-se.	2,85	0,0680
b) Aumentará a oferta de planos de saúde de baixíssimo custo, crescendo o mercado de saúde suplementar, reduzindo o número de pessoas que procuram o SUS.	3,34	0,0680
c) A saúde privada passa a ser oficialmente complementar à saúde pública: quem tiver plano de saúde não poderá ser atendido pelo SUS. O governo será responsável pela assistência apenas da população de baixa renda, mudando o conceito de universalidade.	3,43	0,0680

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A pergunta 1 questiona se, considerando a complexidade do mercado hospitalar (as formas de remuneração praticadas atualmente, o lucro na venda de materiais e não no serviço prestado e a relação com as operadoras), os investidores estrangeiros... a) terão dificuldade, independente da estratégia que adotarem; b)

contratarão gestores brasileiros para minimizar as dificuldades enfrentadas; c) terão dificuldade, a menos que utilizem o modelo de negócio e melhores práticas vivenciadas em outros países. As variáveis têm média de 3,86, 4,22 e 4,13, respectivamente, e, conforme os testes mencionados, são significativamente similares, permitindo inferir que possuem o mesmo grau de probabilidade de ocorrer, situação bem diferente do painel de *experts*, em que a maioria indica que o ambiente institucional informal do mercado hospitalar será um ponto de grande dificuldade para os investidores.

A pergunta 9 indaga os respondentes sobre o perfil que os investidores estrangeiros que estarão presentes nestes primeiros 10 (dez) anos da mudança da lei, terão: a) estratégico: larga experiência na área de saúde. Investem e controlam integralmente a operação; b) financeiro: são principalmente fundos de investimento. Podem ter só uma parcela do negócio e não têm, obrigatoriamente, intenção de controlar a operação. A média de probabilidade indicada na *survey* foi de 4,16 e 4,17, respectivamente. E, como o teste de Friedman indicou a significância maior de 0,05, entende-se que a diferença entre estes valores é mínima e a opinião dos respondentes indica que ambas variáveis configuram no mesmo cenário futuro. Informação que converge com os especialistas que mencionaram ambos modelos.

A questão 14 trata do modelo assistencial que os investidores estrangeiros atuarão: a) foco na saúde integral do indivíduo e na população em que está inserido, entendendo que a tendência mundial é gerar lucro através da prevenção; b) modelo hospitalocêntrico, serviços individuais, diagnósticos e terapêuticos. Têm média de probabilidade de 3,95 e 4,32, respectivamente e, conforme os testes mencionados, são significativamente similares, permitindo inferir que possuem o mesmo grau de probabilidade de ocorrer. Apresenta um resultado similar ao identificado no painel de *experts*, em que alguns acreditam que ainda existirá o modelo atual, indicado na variável “b”, mas que todo mercado hospitalar mundial está tentando construir algo mais próximo do que foi indicado na opção “a”, sendo também uma realidade nos próximos anos.

A indagação 21 questiona sobre o impacto na estrutura do sistema de saúde do Brasil, após a entrada de capital estrangeiro em hospitais: a) sem mudança significativa: o modelo de saúde pública, privada e suplementar existentes hoje no Brasil mantém-se; b) aumentará a oferta de planos de saúde de baixíssimo custo,

crecendo o mercado de saúde suplementar, reduzindo o número de pessoas que procuram o SUS; c) a saúde privada passa a ser oficialmente complementar à saúde pública: quem tiver plano de saúde não poderá ser atendido pelo SUS. O governo será responsável pela assistência apenas da população de baixa renda, mudando o conceito de universalidade. Neste item, as médias de probabilidade indicadas na *survey* são 2,85, 3.34 e 3.43, respectivamente. Números que, conforme o teste de Friedman, são significativamente similares, indicando que possuem a mesma probabilidade de ocorrer. Entretanto, são informações divergente e, conforme o painel de *experts*, trata-se de um assunto polêmico e sem um consenso.

O quadro 15 apresenta as médias calculadas na estatística descritiva e significância no teste de Friedman, restando as questões que possuem significância estatística entre as variáveis, identificadas em realce amarelo as de maior probabilidade, a partir da *survey*.

Quadro 15 – Variáveis com maior média, considerando cálculo de Estatística Descritiva e Testes de Friedman, nas questões com diferenças probabilísticas

Questão / Variável:	Média
2. Quanto à relação com a classe médica brasileira, os investidores estrangeiros...	
b) trarão modelos de gestão por resultado financeiro, formando parceria com o corpo clínico, beneficiando mais os médicos que trouxerem lucro para a instituição.	4,84
3. Nos próximos dez anos, o cenário regulatório (relações da ANS e outros órgãos, judicialização, lei trabalhista, benefícios fiscais, etc.) que impacta no mercado hospitalar:	
c) ocorrerão mudanças em favor dos investidores estrangeiros.	4,06
4. Quanto ao cenário macroeconômico brasileiro, os investidores estrangeiros...	
a) verão com muita cautela a frequência de ciclos econômicos negativos no Brasil.	4,63
5. Quanto a barreiras que possam intervir nos investimentos estrangeiros em hospitais, nos próximos dez anos...	
a) haverá pressão de instituições nacionais, sem impacto efetivo para o investidor.	3,86
6. Principais modos de entrada que os investidores estrangeiros adotarão para se estabelecer no Brasil, na próxima década, serão:	
b) fusões e parcerias que permitam conhecer o mercado e o ambiente.	4,96
7. Quanto ao tempo que os investidores ficarão no País, a maioria será:	
c) de médio a longo prazo (entre 5 e 20 anos), conforme o perfil do investidor.	4,63
8. Quanto ao risco que os investidores estrangeiros estarão dispostos a correr:	
a) comprometerão o capital financeiro e intelectual gradualmente, temendo perder o investimento devido ao risco do desconhecido.	4,33
10. Quais segmentos que os investidores estrangeiros irão atuar:	
c) Serviços de oncologia, cardiologia, imagem e outros com alta rentabilidade.	5,19
11. Público que os investidores estrangeiros irão focar:	
a) beneficiários de operadoras de planos de saúde (independente da classe social).	4,79
12. Regiões nas quais os estrangeiros irão concentrar seus investimentos:	
b) Sudeste.	5,56
13. Como será a qualidade dos serviços oferecido pelos hospitais com capital estrangeiro?	

a) Alta qualidade.	4,58
15. Qual será o principal modelo de remuneração utilizado pelos hospitais com capital estrangeiro?	
c) atuarão com modelos mistos: por desfecho focado na qualidade assistencial, por DRG (Diagnosis Related Group), pacotes e eventualmente fee-for-service.	4,74
16. Quanto à possibilidade de parcerias público-privadas, pelos hospitais com capital estrangeiro:	
a) Só em um futuro mais distante.	4,18
17. Quanto à possibilidade de negócio com hospitais filantrópicos:	
c) Contratarão o serviço de gestão, governança e estratégia dos hospitais filantrópicos de referência no País.	3,95
18. Quanto à possibilidade de negócio com hospitais familiares:	
a) Comprarão hospitais de famílias desestruturadas na gestão e governança.	4,19
19. Qual o reflexo da entrada de capital estrangeiro em hospitais brasileiros para a qualidade da rede hospitalar do País?	
a) Maior eficiência na cadeia hospitalar privada.	5,14
20. Concentração de mercado na próxima década, influenciada pelo investimento estrangeiro em hospitais:	
b) reduzirá o número de hospitais individuais. Haverá maior concentração do mercado hospitalar, com mais redes de hospitais espalhadas pelo País.	4,45

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Na sequência, foi realizado o teste Kruskal-wallis para cada uma das questões, com intuito de identificar as divergências de opinião por grupos de sujeitos da pesquisa, pois, conforme Malhotra (2006, p.482), “se as k populações são idênticas, os grupos devem ser semelhantes em termos de classificações dentro de cada grupo”. Após esta verificação, as variáveis 1.a, 9.a, 12.b, 15.c e 17.a foram destacadas com grupos de opinião divergente, nas quais se evidenciaram as combinações de sujeitos da pesquisa com significância inferior a 0,05, e, a partir destes achados, foi realizada uma análise de estatística descritiva por variável divergente para verificar a média de probabilidade sinalizada por cada um destes grupos, conforme apresentado nos Quadros 16, 17, 18, 19 e 20.

Tabela 10 - Kruskal-wallis com divergências

Variável	Sig. Kruskal-wallis
1.a	0,037
Operadora x Governo	0,036
Operadora x Outros	0,003
Não informado x Outros	0,010
Hospitais x Outros	0,009
9.a	0,025
Investidores x Operadora	0,031
Investidores x Outros	0,014
Investidores x Trabalhadores	0,012
Governo x Outros	0,040
Governo x Trabalhadores	0,033

Hospitais x Outros	0,049
Hospitais x Trabalhadores	0,042
12.b	0,042
Hospitais x Operadoras	0,008*
15.c	0,027
Hospitais x Operadoras	0,033*
17.a	0,012
Não informado x Operadoras	0,038
Não informado x Governo	0,046
Não informado x investidores	0,017
Hospitais x Operadoras	0,005
Hospitais x Governo	0,034
Hospitais x Investidores	0,017
Outros x Investidores	0,047

* *Sig. Ajustada*

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Entretanto, ao analisar o Quadro 16, é possível afirmar que a média geral da variável 1.a é verdadeira, visto que as divergências referem-se a grupos de pequena representatividade e aqueles de maior representatividade são similares, inclusive à média geral. Resta refletir porque os grupos de governo e outros, que têm pouca representatividade, têm mais certeza quanto à ocorrência deste item.

Quadro 16 - Variável 1.A¹: Comparação entre Kruskal-wallis divergente e Análise descritiva por grupo

Variável	Média	N	Variável	Média	N
1.a	3,89	121	1.a	3,89	121
Governo	5,00	5	Governo	5,00	5
Hospitais	3,88	48	Hospitais	3,88	48
Investidores	5,00	2	Investidores	5,00	2
Não Informado	3,72	25	Não Informado	3,72	25
Outros	5,25	8	Outros	5,25	8
Trabalhadores	4,20	5	Trabalhadores	4,20	5
Operadora	3,57	28	Operadora	3,57	28

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

¹ Variável 1. Considerando a complexidade do mercado hospitalar (as formas de remuneração praticadas atualmente; o lucro na venda de materiais e não no serviço prestado; e a relação com as operadoras), os investidores estrangeiros... Constructo a) terão dificuldade, independente da estratégia que adotem;

Similar ao caso acima, o Quadro 17 mostra que as divergências ocorrem entre o grupo de governo e de investidores, que demonstram ter certeza que este cenário não ocorrerá, em contrapartida, os demais grupos, com maior representatividade, têm visão oposta. Voltando ao indicativo para refletir sobre a opinião divergente dos grupos de pouca representatividade, será que eles de fato têm motivos para um olhar diferente dos demais ou a pequena amostra destas populações apresenta a visão particular dos respondentes?

Quadro 17 - Variável 9.A²: Comparação entre Kruskal-wallis divergente e Análise descritiva por grupo

Variável	Média	N	Variável	Média	N
9.a	4,16	109	9.a	4,16	109
Governo	3,29	7	Governo	3,29	7
Hospitais	4,02	48	Hospitais	4,02	48
Investidores	2,00	2	Investidores	2,00	2
Não Informado	3,88	8	Não Informado	3,88	8
Operadora	4,53	30	Operadora	4,53	30
Outros	5,00	8	Outros	5,00	8
Trabalhadores	5,17	6	Trabalhadores	5,17	6

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O Quadro 18 demonstra uma divergência entre dois grupos, hospitais e operadoras, mas ambos estão com médias de probabilidade entre 5 e 6, considerando cenários muito prováveis. Desta forma, não impacta na análise geral do item.

² Variável 9. Os investidores estrangeiros que estarão presentes nestes primeiros 10 (dez) anos da mudança da lei, terão um perfil:

Constructo b) financeiro: são principalmente fundos de investimento. Podem ter só uma parcela do negócio e não têm, obrigatoriamente, intenção de controlar a operação.

Quadro 18 - Variável 12.B³: Comparação entre Kruskal-wallis divergente e Análise descritiva por grupo

Variável	Média	N	Variável	Média	N
12.b	5,56	110	12.b	5,56	110
Governo	5,00	6	Governo	5,00	6
Hospitais	5,29	49	Hospitais	5,29	49
Investidores	5,50	2	Investidores	5,50	2
Não Informado	5,60	10	Não Informado	5,60	10
Operadora	5,93	29	Operadora	5,93	29
Outros	5,75	8	Outros	5,75	8
Trabalhadores	5,67	6	Trabalhadores	5,67	6

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O Quadro 19 demonstra uma divergência entre dois grupos, ambos com número significativo de respondentes, em que os hospitais consideram menos provável este cenário, com uma nota média de 4,36, enquanto os representantes de operadoras consideram mais provável, 5,29. O que pode ser interessante considerar é que a questão é diretamente ligada à forma de remuneração utilizada pelos hospitais e, indiretamente, pelas operadoras, que são fonte pagadora, podendo inferir que ambos sinalizam suas expectativas e desejos, não necessariamente uma visão de futuro.

Quadro 19 - Variável 15.C⁴: Comparação entre Kruskal-wallis divergente e Análise descritiva por grupo

Variável	Média	N	Variável	Média	N
15.C	4,47	111	15.C	4,47	111
Governo	4,00	5	Governo	4,00	5
Hospitais	4,36	50	Hospitais	4,36	50
Investidores	5,50	2	Investidores	5,50	2
Não Informado	4,56	9	Não Informado	4,56	9
Operadora	5,29	31	Operadora	5,29	31
Outros	5,00	8	Outros	5,00	8
Trabalhadores	5,33	6	Trabalhadores	5,33	6

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

³ Variável 12. Regiões nas quais os estrangeiros irão concentrar seus investimentos: Constructo b) Sudeste.

⁴ Variável 15. Qual será o principal modelo de remuneração utilizado pelos hospitais com capital estrangeiro?

Constructo c) Atuarão com modelos mistos: por desfecho focado na qualidade assistencial, por DRG (Diagnosis Related Group), pacotes e eventualmente fee-for-service.

O Quadro 20 demonstra uma divergência entre diversos grupos, entretanto, o que se pode verificar é que hospitais, não informado e outros somam 62 respondentes e têm notas abaixo de 2,50, enquanto que governo, investidores e operadora são 37 respondentes e têm pontuação acima de 3,40, demonstrando incerteza quanto a esta variável.

Quadro 20 - Variável 17.A⁵: Comparação entre Kruskal-wallis divergente e Análise descritiva por grupo

Variável	Média	N	Variável	Média	N
17.A	2,69	105	17.A	2,69	105
Governo	4,00	6	Governo	4,00	6
Hospitais	2,24	46	Hospitais	2,24	46
Investidores	5,50	2	Investidores	5,50	2
Não Informado	2,13	8	Não Informado	2,13	8
Operadora	3,41	29	Operadora	3,41	29
Outros	2,38	8	Outros	2,38	8
Trabalhadores	2,83	6	Trabalhadores	2,83	6

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A próxima sessão apresenta o compilado dos achados da etapa descritiva e o cruzamento com as descobertas da etapa exploratória, respondendo o problema de pesquisa, que é o mapeamento dos cenários para os próximos dez anos no mercado hospitalar brasileiro, considerando o ambiente institucional do País a partir da mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23

4.4 Os Cenários Prospectivos mapeados

Baseada na proposta metodológica de construção de cenários de Ramirez et al. (2015), o painel de *experts* foi utilizado para identificar os assuntos pertinentes, fatores e incertezas emergentes. Utilizando, ainda, dados secundários identificados na mídia, palestras e outros documentos fornecidos ou indicados pelos próprios especialistas entrevistados, foi mapeada a primeira versão do cenário do mercado hospitalar brasileiros nos próximos dez anos.

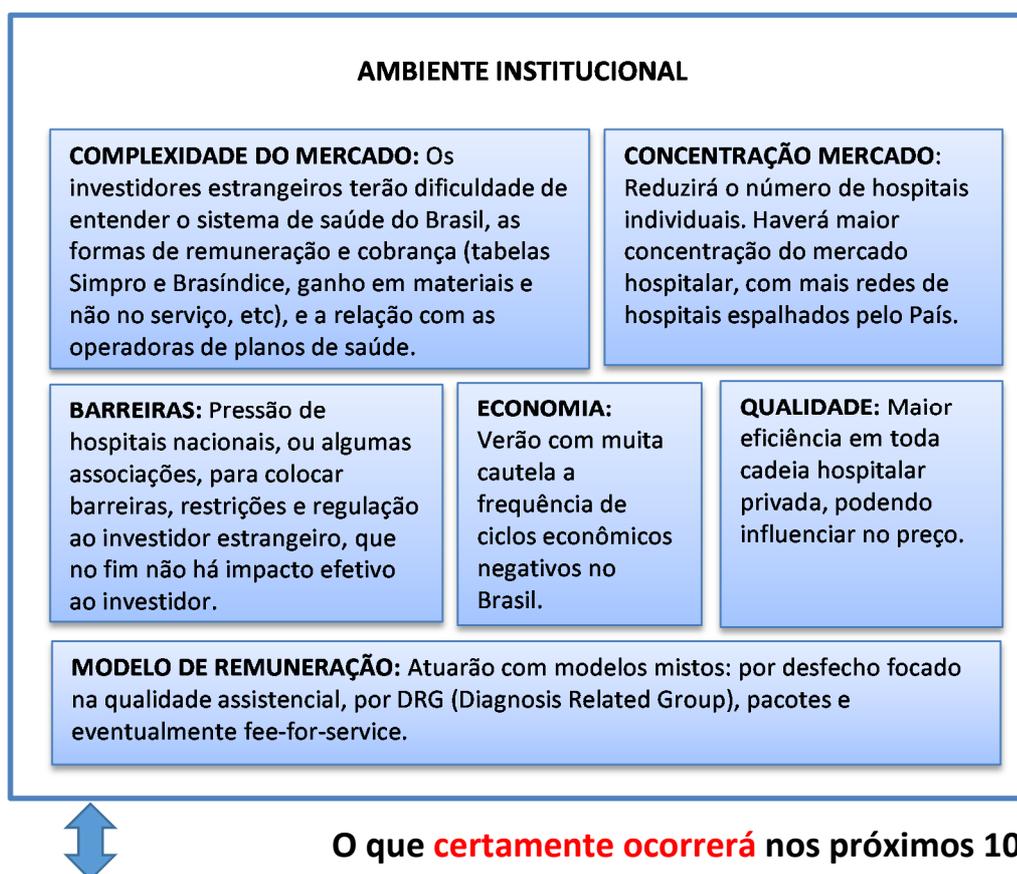
⁵ Variável 17. Quanto à possibilidade de negócio com hospitais filantrópicos: Constructo a) Não haverá.

Nesta primeira fase, após a análise de conteúdo das entrevistas com especialistas, foram identificados três cenários com vinte e uma variáveis: um mais provável (que a maioria afirma), um possível (que alguns afirmam) e um pouco provável (que ninguém acredita que vai acontecer), conforme descrito e detalhado no Quadro 1.

Na segunda etapa do mapeamento de cenários, foi realizada a pesquisa *survey* para identificar, junto ao grande público, o grau de probabilidade de todas variáveis que emergiram das entrevistas com *experts*.

E, por último, para concluir o problema de pesquisa desta dissertação, foram cruzados os dados mapeados no painel de *experts* com aqueles da *survey*, para indicar com maior precisão onde há consenso sobre quais são os cenários que certamente ocorrerão e quais serão improváveis nos próximos dez anos, considerando o ambiente institucional do mercado hospitalar brasileiro e a mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23. Assim, o quadro 21 resume o consenso para as variáveis do mapeamento de cenários que certamente ocorrerão:

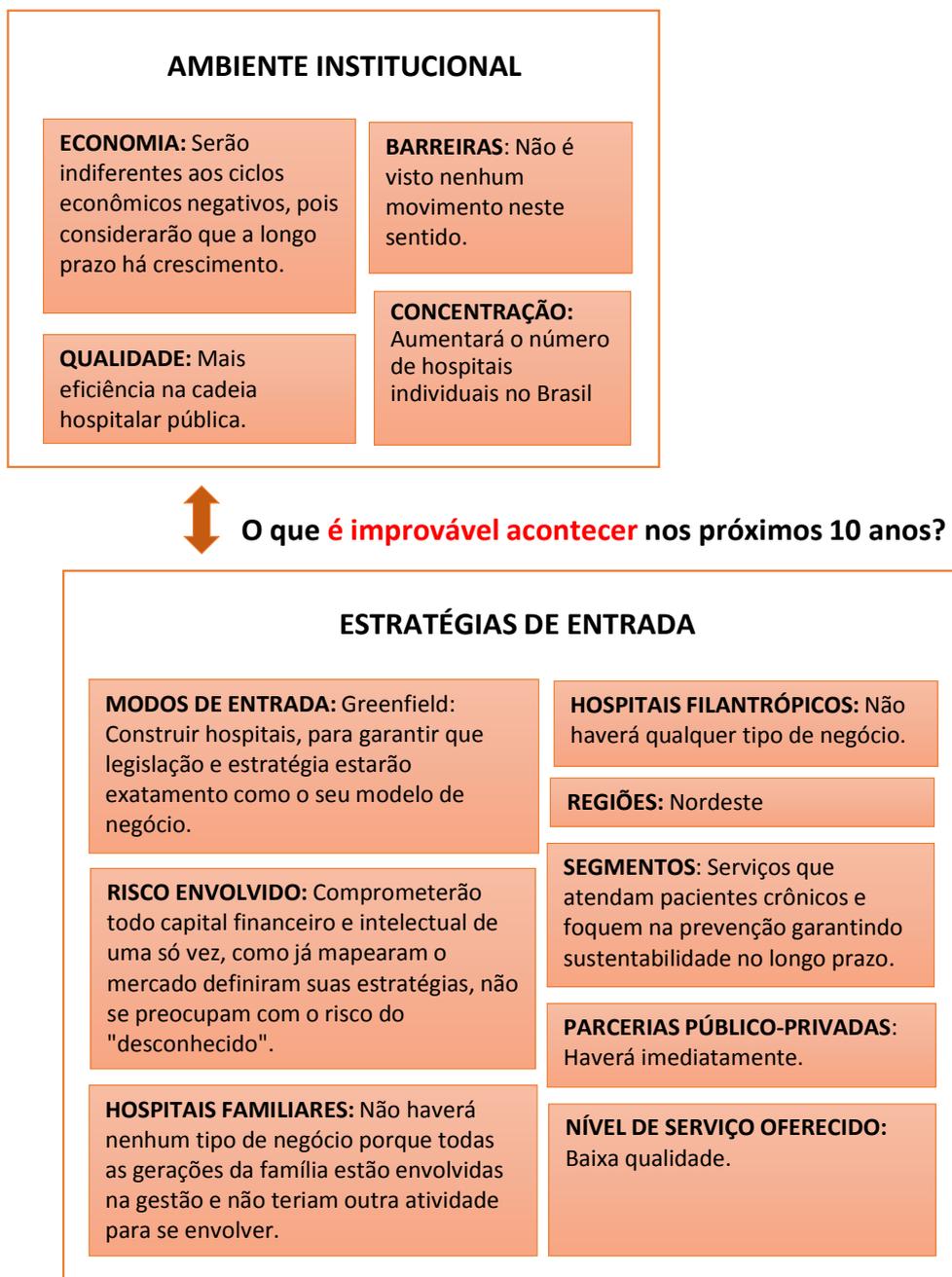
Quadro 21 - Cenários Prospectivos: consenso sobre o que **certamente ocorrerá**





Fonte: elaborado pela pesquisadora

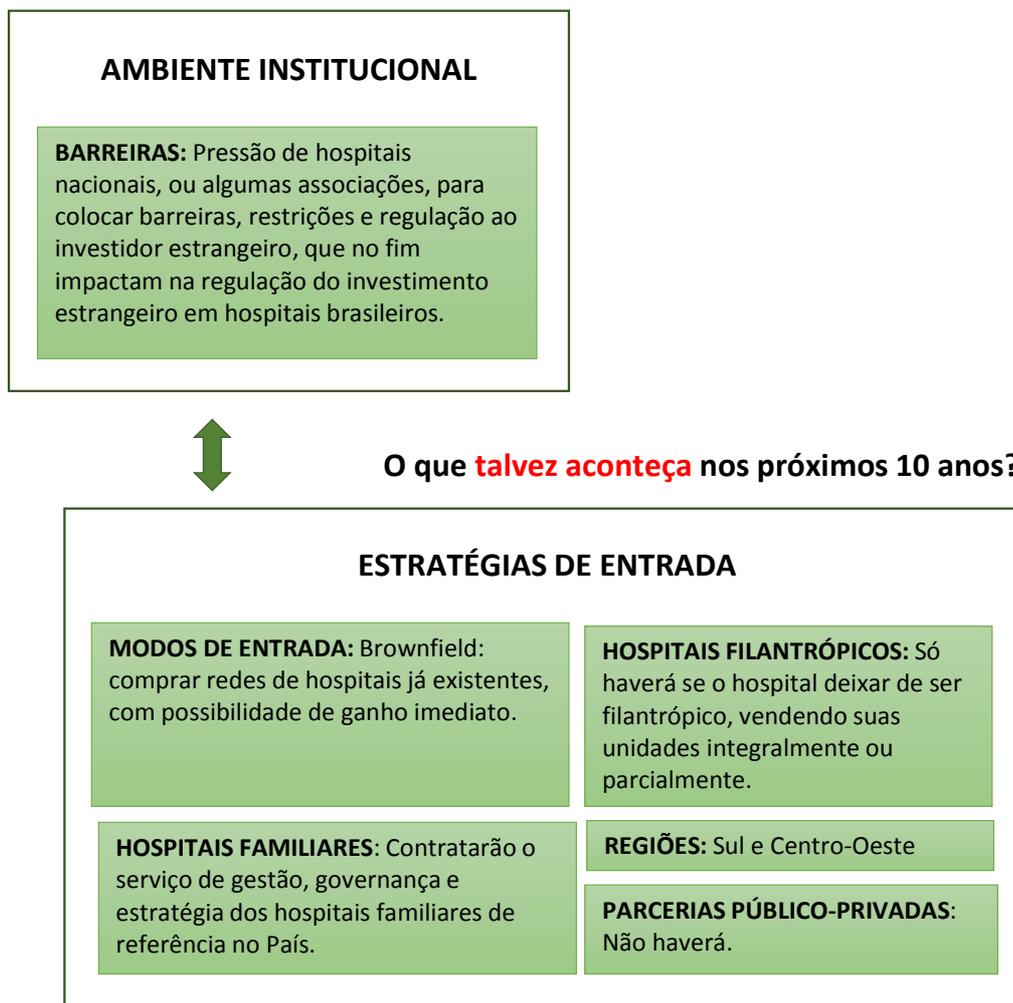
O quadro 22 resume as variáveis do mapeamento de cenários em que há consenso entre o painel de *experts* e a *survey*, sobre o que é improvável de acontecer.

Quadro 22 - Cenários Prospectivos: consenso sobre o que é **improvável acontecer**

Fonte: elaborado pela pesquisadora

O quadro 23 resume as variáveis do mapeamento de cenários em que há consenso entre o painel de *experts* e a *survey*, sobre o que é possível que aconteça, mas não tem grande probabilidade.

Quadro 23 - Cenários Prospectivos: consenso sobre o que **talvez aconteça**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Entretanto, ainda restaram algumas variáveis em que não há consenso sobre o grau de probabilidade que irá ocorrer, como a questão da **complexidade do mercado hospitalar brasileiro**. É consenso entre a opinião dos *experts* e a *survey* que os investidores terão dificuldade com o ambiente institucional informal do setor.

Contudo, os testes realizados nos dados extraídos da *survey*, apresentados na sessão 4.3, indicaram que as três variáveis têm significativamente o mesmo grau de probabilidade de ocorrer e, como a pontuação média foi de 4,14 enquadrada no terceiro quartil de uma escala de 1 a 6, em que 1(um) representa nenhuma probabilidade e 6 (seis) certamente acontecerá, entende-se que os respondentes da *survey* acreditam que todas as variáveis possuem alta probabilidade de acontecer.

Por outro lado, para os especialistas, há grande distanciamento entre a probabilidade de cada variável acontecer. A letra "a", da primeira questão, foi

indicada por 9 dos 13 *experts* entrevistados: os investidores estrangeiros terão dificuldade de entender o sistema de saúde do Brasil, as formas de remuneração e cobrança (tabelas Simpro e Brasíndice, ganho em materiais e não no serviço, etc), e a relação com as operadoras de planos de saúde. A letra “b” foi indicada por 3 *experts*: contratarão gestores brasileiros para minimizar as dificuldades enfrentadas no mercado hospitalar brasileiro. E a letra “c” foi indicada por apenas 1: procuram mudar as questões do mercado hospitalar brasileiro, conforme seu modelo de negócio e melhores práticas que trazem de seu *know-how*.

Outro aspecto divergente é a **relação entre os hospitais com capital estrangeiro e a classe médica**, apresentada na questão 2 da *survey*. Enquanto que 9 especialistas consideram que é mais provável que as relações atuais se manterão, a *survey* indicou que este item é o de menor probabilidade, com a pontuação de 3.09. Quatro *experts* indicam que os investidores trarão modelos de gestão por resultado financeiro, formando parceria com o corpo clínico, beneficiando mais os médicos que trouxerem lucro para a instituição, enquanto na *survey* este é o item de maior pontuação na questão, 4,85. Somente 2 especialistas comentam o fato de que os hospitais com capital estrangeiro trabalharão apenas com corpo clínico fechado, gerenciando resultados assistenciais, definindo regras para a relação do hospital e classe médica, ao passo que a pontuação da *survey* foi de 3,71.

Um assunto que foi amplamente discutido pelos *experts* é o impacto do investimento de capital estrangeiro em hospitais na **estrutura do sistema de saúde do Brasil**. Eles acreditam que não haverá mudança significativa no modelo de saúde existente hoje, inclusive, se mantendo os atuais conflitos entre saúde pública e suplementar. Curiosamente, a *survey* indicou este item como o de menor probabilidade, com a média 2,88. Por outro lado, os itens de menor probabilidade entre os especialistas têm notas médias de 3,5 na *survey*, como o crescimento da saúde suplementar, reduzindo o número de pessoas que procuram o SUS; e a saúde privada passa a ser oficialmente complementar à saúde pública, mudando conceito de universalidade.

A partir da metodologia adotada nesta pesquisa, não há como inferir qual destes cenários de fato ocorrerá. Entretanto, é possível observar que, nos três itens citados acima, a *survey* indicou como grande probabilidade que os investidores estrangeiros trarão seu modelo de negócio para implantar nos hospitais que

assumirem a operação e que influenciarão a mudança no sistema de saúde brasileiro. Já o painel de *experts* aponta para uma visão mais conservadora, sem grandes mudanças no cenário atual.

Seguindo na pontuação de divergências de probabilidade entre o painel de *experts* e a *survey*, o ambiente institucional formal é uma dúvida na fala dos especialistas, pois 10 dos 13 entrevistados não têm certeza sobre o que será regulado e qual órgão governamental assumirá esta responsabilidade. Entretanto, o painel de *expert* é unânime ao afirmar que o **risco regulatório**, a judicialização e as leis trabalhistas são problemas presentes e assim continuarão, conforme posto na alternativa “a” da questão 3. Por outro lado, a *survey* indica este item como menor probabilidade, com uma pontuação de 2,91. O segundo item mais citado pelos especialistas é a aprovação de leis que já estão em tramitação, como a imposição de limite de dedução dos gastos com saúde no imposto de renda e a criação de lei que obriga as empresas a subsidiarem plano de saúde para seus funcionários, o que teve uma pontuação de 4,03, significativamente similar à última alternativa dos especialistas e na *survey*, que indica mudanças em favor dos investidores estrangeiros.

Há consenso quanto à cautela que os investidores terão, devido à frequência de **ciclos econômicos** negativos no Brasil. Entretanto, a variável “b” da questão 4 foi indicada pelos *experts* como uma possível probabilidade de que os investidores estrangeiros irão se beneficiar das crises econômicas, comprando ativos por valores mais baixos, e na *survey* este é o item de pontuação tão alta quanto o primeiro, com uma média de 4,63.

Nestas duas questões relacionadas ao ambiente institucional formal, os especialistas mantêm uma posição mais conservadora, acreditando que é preciso cautela com a questão econômica e o ambiente regulatório, mas não indicam grandes mudanças, ao passo que a *survey* traz uma visão, de certa forma otimista, sinalizando benefícios com os ciclos econômicos negativos e a aprovação de leis que beneficiem os investidores.

O **tipo de investimento** que será foco do capital estrangeiro tem uma pequena divergência. Os especialistas acreditam, de forma unânime, que o principal investimento nos próximos dez anos será em hospitais gerais com mais de 200 leitos e que estejam organizados em rede, e que há uma probabilidade bem menor

de que haja investimentos prioritariamente em serviços de oncologia, cardiologia, imagem e outros com alta rentabilidade. Já a *survey* indicou médias contrárias, os hospitais com 4,81 e os serviços com 5,20. Entretanto, ambas notas estão no terceiro quartil da escala, permitindo afirmar que, para a *survey*, ambos têm alto grau de probabilidade de ocorrer.

O último ponto que não houve convergência entre os dois métodos utilizados nesta pesquisa é a questão do **tipo de assistência** que será prestada pelos hospitais dos investidores estrangeiros. Sendo que o painel de *experts* indica serviços com maior foco na saúde integral do indivíduo, oferecendo prevenção e formatos de remuneração por desfecho clínico e qualidade assistencial, enquanto na *survey* este item teve a média de 3,96 e o menos indicado pelos especialistas, o modelo hospitalocêntrico oferecido atualmente, teve pontuação 4,40

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa procurou mapear os prováveis cenários que se desenvolverão nos próximos dez anos no mercado hospitalar brasileiro, considerando o ambiente institucional do País a partir da mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23, que permitiu, em janeiro de 2015, investimento externo direto em serviços de assistência à saúde.

Para atender aos objetivos de descrever esse ambiente institucional, identificar os possíveis modos de entrada que serão adotados pelos investidores estrangeiros e, por fim, apresentar os prováveis cenários da próxima década, na opinião de atores da área de saúde no Brasil, foi realizado um painel com *experts* e uma *survey*.

A primeira etapa foi a realização de entrevistas semiestruturadas com especialistas de mercado, representantes de hospitais, operadoras, governo, trabalhadores da área de saúde e investidores estrangeiros. Todo conteúdo foi gravado, transcrito e analisado, do qual surgiram categorias dominantes, assuntos relevantes e suas variáveis, com o indicativo do grau de probabilidade que cada uma ocorrerá.

A segunda etapa foi a realização de uma *survey* eletrônica, composta dos cenários sugeridos pelos *experts*, na qual foi solicitada que os atores da área de saúde brasileira indicassem para cada variável se ela não iria ocorrer ou se certamente ocorreria.

Identificou-se que a crise estrutural do setor saúde e o esgotamento da forma de remunerar e prestar assistência médica são assuntos recorrentes nesta dissertação desde a introdução, passando pela revisão bibliográfica, verbalizado pelo painel de *experts* e confirmado pela *survey* (MALTA et al., 2004; TCU, 2014; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008). E foi a partir destas evidências que se desenhou o ambiente institucional do mercado hospitalar brasileiro, um dos objetivos específicos desta pesquisa.

As dificuldades enfrentadas por empresas nacionais, como o modelo de remuneração *fee-for-service*, a necessidade de uma assistência mais focada em prevenção, a dificuldade de relacionamento entre hospitais e operadoras, o poder e necessidade dos médicos no ambiente hospitalar, mas, especialmente, a incógnita da regulação foram amplamente mencionados. Fica claro que não há sinais de

barreiras que impeçam o investimento de estrangeiros em hospitais, entretanto, não se sabe se haverá algum tipo de regulação e qual órgão será responsável. Além disso, as próprias exigências legais do setor que existem hoje não são muito claras e mudam com frequência, resultando em um sentimento de instabilidade e risco ao custo de transação. Desta forma, fica claro que surgirão empecilhos específicos para os investidores estrangeiros, restando-lhes maior dificuldade pelo desconhecimento da lógica de mercado, o que poderá ser superado a partir de suas vantagens competitivas e capacidade de internalizar as oportunidades de localização e propriedade (DUNNING, 2000 e 2001; DUNNING; RUGMAN, 1985).

Os modos de entrada que serão utilizados pelo capital estrangeiro, apesar de ser investimento externo direto, procuram cautela para reduzir o risco de atuar em um mercado desconhecido e pela fragilidade política e econômica do Brasil. Assim, os primeiros movimentos serão através de *joint ventures*, nas quais empresas nacionais também terão a oportunidade de alavancar seus negócios com capital internacional. Em um segundo momento, a estratégia de *greenfield*, a compra de hospitais com mais de 200 leitos e serviços de cardiologia e oncologia, serão adotadas pelos investidores. Em ambos movimentos, há evidências de que a estratégia futura será a formação de redes, atuando, principalmente, na região Sudeste, estendendo-se para Sul e Centro-Oeste, em cidades com alto PIB per capita e com forte atuação da saúde suplementar.

Estará presente no mercado hospitalar brasileiro, nos próximos dez anos, dois perfis de investidores, um chamado financeiro, composto principalmente por fundos de investimento, e outro chamado de estratégico, empresas com larga experiência no ramo de saúde. Há indicativos de que haverá parcerias público-privadas e negócios com hospitais familiares e filantrópicos. Não há dúvida de que a qualidade da assistência prestada pelos hospitais com capital estrangeiro será excelente e que eles trarão seus modelos de gestão, provocando uma maior eficiência no sistema de saúde privado brasileiro.

Esteve presente a discussão sobre o impacto deste novo ator no mercado hospitalar e, conseqüentemente, todas as mudanças no sistema de saúde brasileiro, principalmente no que tange à universalidade prevista da Constituição Federal (1988), o papel do SUS, da saúde privada e suplementar. Entretanto, não foi possível identificar consenso sobre este tema.

Acredita-se que os achados desta pesquisa podem ser úteis para que donos de hospitais e serviços de saúde brasileiros se organizem, conforme seus interesses de vender ativos ou competir com os novos entrantes. Também surge na pesquisa a oportunidade de os órgãos governamentais posicionarem-se quanto ao interesse do País com a mudança da Lei nº 8.080/1990 e definir que tipo de regulação pode ser esperada. Para os investidores interessados em ingressar no mercado de saúde brasileiro oferecendo serviços assistenciais, ficam inúmeros apontamentos de oportunidade, mas, principalmente, de esclarecimento quanto à lógica deste ambiente institucional.

Este trabalho contribui, ainda, para o desenvolvimento acadêmico de exploração do tema de investimento de capital estrangeiro em hospitais, visto a recente mudança da legislação e a parca literatura disponível. Acredita-se que profissionais de gestão da saúde também poderão usufruir desta pesquisa, no sentido de expandir o conhecimento do mercado hospitalar, permitindo analisar os possíveis cenários que se apresentam em um futuro próximo e preparar suas instituições para enfrentá-lo.

5.1 Limitações do Estudo

Este trabalho esteve sujeito a várias limitações de investigação de caráter metodológico em geral. A primeira limitação a considerar foi a seleção dos especialistas que compuseram o painel. Houve grande esforço da pesquisadora para identificar os atores de maior relevância nacional frente ao campo de pesquisa e os agrupamentos de sujeitos mapeados, entretanto, o ideal seria entrevistar mais membros com as mesmas características de representatividade para isolar o máximo possível o fator de tendência por interesses próprios ou opinião.

A etapa qualitativa de análise de conteúdo do painel de *experts* tem base interpretativa e, mesmo com todos os cuidados metodológico aplicados, a presente preocupação da pesquisadora em evitar influenciar na análise, gerando erros de compreensão e interpretação dos dados, é possível haver fragilidade em alguns resultados.

Considerando a metodologia indicada por Ramirez et al. (2015) para mapeamento de cenários prospectivos, seria necessário retornar os “achados”

divergentes entre o painel de *experts* e a *survey* para um workshop presencial com os especialistas que compuseram o painel e conduzir a discussão para que se chegue a um consenso sobre a probabilidade de ocorrer cada variável. Entretanto, pela limitação de tempo para concluir a pesquisa, esta etapa não ocorrerá.

5.2 Indicações para estudos futuros

Esta pesquisa apresenta várias lacunas teóricas e práticas que podem ser aprofundadas. Existem poucos estudos sobre o assunto, pois a mudança da legislação que permite o investimento estrangeiro em hospitais foi autorizada em janeiro de 2015. Assim, considera-se o próprio campo de estudo uma oportunidade a ser explorada para os mais variados olhares aprofundados.

A partir das limitações do método, surgem oportunidades de estudos futuros, complementando o painel de *experts*, ampliando a amostragem da *survey* e realizando uma última etapa de consenso para validação final de cenários, através de uma última rodada com os *experts* para verificar onde há e não há o consenso. Depois, poderia ser ampliada a amostragem para outros atores interessados.

A pesquisadora ainda indica uma investigação sobre os casos de investimento de capital estrangeiro que já ocorreram no País, analisando se estão na direção dos cenários identificados e compreender a dinâmica do ambiente institucional. E, por último, uma comparação dos cenários mapeados para o Brasil com os descritos em outros países, como Índia e China, que são mercados emergentes e passaram pelo mesmo processo de abertura que o Brasil está vivenciando (CHANDA, 2007; LIN; TSAI, 2010).

REFERÊNCIAS

ABREU, Fabio de Souza. **Atenção básica à prevenção de doenças e manutenção da saúde**. Brasil Review Business. Publicado em 17/12/2014. Disponível em <http://www.businessreviewbrasil.com.br/l%C3%ADderesempresariais/1478/Aten%C3%A7%C3%A3o-b%C3%A1sica-%C3%A0-preven%C3%A7%C3%A3o-de-doen%C3%A7as-e-manuten%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde>. Acesso em: 14 mar. 2015.

AGARWAL, Sanjeev; RAMASWAMI, Sridhar N. **Choice of foreign market entry mode: Impact of ownership, location and internalization factors**. Journal of international business studies, p. 1-27, 1992.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Dezembro de 2014. Rio de Janeiro: ANS, 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Dezembro de 2015. Rio de Janeiro: ANS, 2015.

ALI, Fathi A.; FIESS, Norbert; MACDONALD, Ronald. **Do institutions matter for foreign direct investment?** Open Economies Review, v. 21, n. 2, p. 201-219, 2010.

ANDERSEN, Otto. **On the internationalization process of firms: A critical analysis**. Journal of international business studies, p. 209-231, 1993.

ANDERSON, Erin; GATIGNON, Hubert. **Modes of foreign entry: A transaction cost analysis and propositions**. Journal of international business studies, p. 1-26, 1986.

APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (Abrasco). **Idisa avalia abertura ao capital estrangeiro na área da saúde**. Publicado em 20/12/14. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/site/2014/12/idisa-avalia-abertura-ao-capital-estrangeiro-na-area-da-saude/>. Acesso em 02 jan. 2015.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Livro Branco: Brasil Saúde 2015: A sustentabilidade do Sistema de Saúde Brasileiro. São Paulo, 2015.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Observatório**. São Paulo, ed. 6, 2014.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Observatório**. São Paulo, ed. 7, 2015.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Observatório**. São Paulo, ed. 7, 2015. ÁVILA, Henrique de Azevedo. Fatores institucionais dos países hospedeiros e fatores da firma: influência nos investimentos diretos das multinacionais brasileiras. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto COPPEAD de Administração, 2013.

AVILA, Henrique de Azevedo. **Fatores institucionais dos países hospedeiros e fatores da firma: influência nos investimentos diretos das multinacionais brasileiras**. 2013. Tese de Doutorado. PhD dissertation, Instituto Coppead de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARNEY, Jay. **Firm resources and sustained competitive advantage**. Journal of management, v. 17, n. 1, p. 99-120, 1991.

BERRY, Heather; GUILLÉN, Mauro F.; ZHOU, Nan. **An institutional approach to cross-national distance**. Journal of International Business Studies, v. 41, n. 9, p. 1460-1480, 2010.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Pesquisa com as palavras-chave foreign investment hospitals**. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?q=foreign%20investment%20hospitals&where=&index=&lang=pt> . Acesso em: 15 fev 2015.

BROUGHTERS, Keith D. **Institutional, cultural and transaction cost influences on entry mode choice and performance**. Journal of international business studies, v. 33, n. 2, p. 203-221, 2002.

BROUGHTERS, Keith D. **The influence of international risk on entry mode strategy in the computer software industry**. MIR: Management International Review, p. 7-28, 1995.

BROUGHTERS, Keith D.; BROUGHTERS, Lance Eliot. Research notes and communications: **Acquisition or greenfield start-up? Institutional, cultural and transaction cost influences**. Strategic Management Journal, v. 21, p. 89-97, 2000.

BROUGHTERS, Keith D.; HENNART, Jean-Francois. **Boundaries of the firm: Insights from international entry mode research**. Journal of Management, v. 33, n. 3, p. 395-425, 2007.

BUCKLEY, Peter J. CASTRO, Francisco B. **The investment development path: the case of Portugal**. Transnational Corporations, vol. 7, no.1, 1998.

BUCKLEY, Peter J. **Forty years of internalisation theory and the multinational enterprise**. Multinational Business Review, v. 22, n. 3, p. 227-245, 2014.

BUCKLEY, Peter J. **Stephen Hymer: Three phases, one approach?**. International Business Review, v. 15, n. 2, p. 140-147, 2006.

BUCKLEY, Peter J.; CASSON, Mark. **Marketing and the multinational: extending internalisation theory**. Journal of the Academy of Marketing Science, v. 39, n. 4, p. 492-508, 2011.

BUCKLEY, Peter J.; CASSON, Mark. **The future of the multinational enterprise**. London: Macmillan, 1976.

CÂMARA LEGISLATIVA. **Comissão Parlamentar de Inquérito nº 07/2015**. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/55a-legislatura/cpi-mafia-das-orteses-e-proteses-no-brasil/documentos/roteiro-de-trabalho>. Acesso em: 04 jul. 2015.

CANABAL, Anne; WHITE, George O. **Entry mode research: Past and future**. International Business Review, v. 17, n. 3, p. 267-284, 2008.

CANTWELL, John; DUNNING, John H.; LUNDAN, Sarianna M. **An evolutionary approach to understanding international business activity: The co-evolution of MNEs and the institutional environment**. Journal of International Business Studies, v. 41, n. 4, p. 567-586, 2010.

CENTRO Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). **O capital estrangeiro na saúde brasileira e o risco ao direito à saúde – uma convocação de Grazielle Custódio David**. Publicado em 23/12/14. Disponível em <http://cebes.com.br/2014/12/grazielle-custodio-david-o-capital-estrangeiro-na-saude-brasileiro-e-o-risco-ao-direito-a-saude/>. Acesso em: 02 jan. 2015.

CHANDA, Rupa et al. **Foreign Investment in Hospitals in India: Status and Implications**. Rupa Chanda in collaboration with WHO India Country Office, New Delhi, and WTO Cell, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2007.

CHANDA, Rupa. **Constraints to foreign direct investment in Indian Hospitals**. Journal of International Commerce, Economics and Policy, v. 1, n. 01, p. 121-143, 2010.

CHANDA, Rupa. **Foreign Investment in Hospitals in India: Status and Implications**. Índia: World Health Organization (WHO), 2012, 72p. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/228549719_Foreign_Investment_in_Hospitals_in_India_Status_and_Implications. Acesso em: 15 jan. 2015.

CHANG, Sea-Jin; ROSENZWEIG, Philip M. **The choice of entry mode in sequential foreign direct investment**. Strategic management journal, v. 22, n. 8, p. 747-776, 2001.

COASE, Ronald H. **The nature of the firm**. Economica, v. 4, n. 16, p. 386-405, 1937.

COLLUCCI, Claudia. **Senado abre debate sobre permissão de capital estrangeiro em hospitais**. Jornal Folha de São Paulo. Publicado em 08/06/2013. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2013/06/1291815-senado-abre->

[debate-sobre-permissao-de-capital-estrangeiro-em-hospitais.shtml](#). Acesso em: 15/06/2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dados estatísticos 2016. Disponível em http://portal.cfm.org.br/?option=com_estatistica. Acesso em: 13 mar. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Nota contra a medida provisória 656/14**. Publicado em 18/1/14. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2014/12dez18_Nota_medida_prpvisoriana_656_2014_4cnstt.html. Acesso em: 02 jan. 15.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Debate com o tema **Capital estrangeiro em hospitais: sim ou não?**. Publicado na edição 64 – julho/Agosto/setembro de 2013, páginas 16 a 21. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=682>. Acesso em: 31 dez. 2014.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Pesquisa com as palavras-chave *foreign investment hospitals***. Disponível em <http://www-periodicos-capes-gov-br.ez101.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em 15 jan. 15

CUNHA, Bibiana Dutra Antunes da. **Análise de cenários na saúde suplementar: um estudo sobre a entrada de capital estrangeiro a partir da perspectiva de prestadores de saúde**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Unisinos, 2014.

DA ROCHA, Angela; ÁVILA, Henrique De Azevedo. **TEORIA INSTITUCIONAL E MODOS DE ENTRADA DE MULTINACIONAIS DE PAÍSES EMERGENTES**. *Revista de Administração de Empresas*, v. 55, n. 3, p. 246, 2015.

DALKEY, Norman; HELMER, Olaf. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management science*, v. 9, n. 3, p. 458-467, 1963.

DE OLIVEIRA, Maria Cecília Cordeiro. Informação 002/2008/PROGE/GECOS - Participação de capital estrangeiro em operadora de plano de saúde com rede própria de serviços de assistência à saúde e exegese do § 3º do art. 199 da Constituição Federal. Advocacia Geral da União. Emitido em 02/07/2008. Disponível em <http://www.agu.gov.br/page/download/index/id/1550906>. Acesso em: 22 mar. 15.

DIMAGGIO, P.; POWELL, W. **The institutionalism in organizational analysis**. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.

DIMAGGIO, P.; POWELL, W. **The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields**. *American sociological review*, v. 48, p. 147-160, 1983.

DO VALE, Renata William Santos. **Construindo a Corte: o Rio de Janeiro e a nova ordem urbana**. Disponível em <http://www.historiacolonial.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=861&sid=102>. Acesso em: 21 abr. 2015.

DUARTE, Rosália. **Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo.** Cadernos de pesquisa, v. 115, n. 1, p. 139-54, 2002.

DUNNING, J. H. **The investment development cycle and third world multinationals.** University of Reading, Department of Economics, 1986.

DUNNING, J. H.; NARULA, Rajneesh. **The Investment Development Path Revisited Some Emerging Issues.** Foreign Direct Investment and Governments: Catalysts for Economic Restructuring, Chapter I, London & New York: Routledge, 1996.

DUNNING, John H. **Determinants of foreign direct investment: globalization-induced changes and the role of policies.** Towards Pro Poor Policies, p. 279-90, 2002.

DUNNING, John H. **Explaining the international direct investment position of countries: Towards a dynamic or developmental approach.** Review of World Economics, v. 117, n. 1, p. 30-64, 1981.

DUNNING, John H. **The eclectic (OLI) paradigm of international production: past, present and future.** International journal of the economics of business, v. 8, n. 2, p. 173-190, 2001.

DUNNING, John H. **The eclectic paradigm as an envelope for economic and business theories of MNE activity.** International business review, v. 9, n. 2, p. 163-190, 2000.

DUNNING, John H. **The eclectic paradigm of international production: A restatement and some possible extensions.** Journal of international business studies, p. 1-31, 1988.

DUNNING, John H.; RUGMAN, Alan M. **The influence of Hymer's dissertation on the theory of foreign direct investment.** The American Economic Review, v. 75, n. 2, p. 228-232, 1985.

ESTRIN, Saul; PREVEZER, Martha. **The role of informal institutions in corporate governance: Brazil, Russia, India, and China compared.** Asia Pacific journal of management, v. 28, n. 1, p. 41-67, 2011.

FEDERAÇÃO Brasileira de Hospitais. **Hospitais no país – Brasil.** Disponível em http://fbh.com.br/health_indicators/hospitais-no-pais/. Acesso em 13 mar. 2015.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACEUTICOS (FENAFAR). **Medida Provisória 656/14 é desFigurada e permite capital estrangeiro na Saúde.** Disponível em <http://www.fenafar.org.br/fenafar/crf/item/7943-medida-provis%C3%B3ria-656-14-%C3%A9-desFigurada-e-permite-capital-estrangeiro-na-sa%C3%BAde>. Acesso em: 02 jan. 2015.

FEDERAL, Senado. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. **Amostragem em pesquisas qualitativas**: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Caderno de Saúde Pública, v. 27, p. 389-394, 2011.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Caderno de Saúde Pública, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRANCIS, Ass Prof John et al. **An institutional perspective on foreign direct investment**. Management International Review, v. 49, n. 5, p. 565-583, 2009.

FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/Saude_Brasil_2030.pdf. Acesso em 13 mar. 2015

GAUR, Ajai S.; KUMAR, Vikas. **International diversification, business group affiliation and firm performance**: Empirical evidence from India*. British Journal of Management, v. 20, n. 2, p. 172-186, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Ed. Atlas, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Ed. Atlas, 2008.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.

GOOGLE. Pesquisa com as palavras-chave *foreign investment hospitals*. Disponível em https://scholar.google.com.br/scholar?q=foreign+investment+hospitals&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5. Acesso em: 15 mar. 2015

GREENBAUM, Thomas L. **The handbook for focus Group Research**. Califórnia: SAGE Publ., 1994.

HAIR Jr., Joseph F. BABIN, Barry. MONEY, Artur. SAMOUEL, Phillip. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HEAD, K. **Elements of multinational strategy**. Berlin: Springer-Verlag, 2007.

HENNART, Jean-Francois; LARIMO, Jorma. **The impact of culture on the strategy of multinational enterprises**: does national origin affect ownership decisions?. Journal of International Business Studies, p. 515-538, 1998.

HILMERSSON, Mikael; JANSSON, Hans. **Reducing uncertainty in the emerging market entry process: on the relationship among international experiential knowledge, institutional distance, and uncertainty**. Journal of International Marketing, v. 20, n. 4, p. 96-110, 2012.

HOLMES, R. Michael et al. **The interrelationships among informal institutions, formal institutions, and inward foreign direct investment.** Journal of Management, v. 39, n. 2, p. 531-566, 2013.

HOLTBRÜGGE, Dirk; BARON, Anastasia. **Market entry strategies in emerging markets: an institutional study in the BRIC countries.** Thunderbird International Business Review, v. 55, n. 3, p. 237-252, 2013.

HYMER, Stephen Herbert. **The international operations of national firms: A study of direct foreign investment.** Cambridge, MA: MIT press, 1976.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores IBGE – Contas Nacionais Trimestrais: Indicadores de volume e valores correntes.** Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Contas_Nacionais/Contas_Nacionais_Trimestrais/Fasciculo_Indicadores_IBGE/pib-vol-val_201504caderno.pdf. Acesso em: 28 mar. 2016.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil.** Disponível em <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 03 mar. 2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tabela número unidades federativas.** Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores_sociais_municipais/tabela1a.shtm. Acesso em: 04 mar. 2015

IERVOLINO, SA.; PELICIONI, MCF. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde.** Rev Esc Enf USP, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001

INGRAM, Paul L.; SILVERMAN, Brian S. **The new institutionalism in strategic management.** Amsterdam: Elsevier, 2002.

International Monetary Fund (IMF). **Balance of Payments Manual: Fifth Edition (BPM5).** Publicado em 1993. Disponível em <https://www.imf.org/external/np/sta/bop/BOPman.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

ITUMALLA, Ramaiah. ACHARYULU, G.V.R.K. **Indian Healthcare and foreign direct investment: challenges & opportunities.** India: Asia Pacific Journal of Marketing & Management Review. Vol.1 No. 2, October 2012.

JENSEN, Nathan et al. **Politics and foreign direct investment.** University of Michigan Press, 2012.

JOHANSON, Jan; VAHLNE, Jan-Erik. **The internationalization process of the firm—a model of knowledge development and increasing foreign market commitments.** Journal of international business studies, p. 23-32, 1977.

JOHANSON, Jan; WIEDERSHEIM-PAUL, Finn. **The internationalization of the firm—four swedish cases.** Journal of management studies, v. 12, n. 3, p. 305-323, 1975.

KAYO, Eduardo Kazuo; SECURATO, José Roberto. **Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses**. Cadernos de pesquisa em administração, v. 1, n. 4, p. 51-61, 1997.

KOGUT, Bruce; ZANDER, Udo. Knowledge of the firm, combinative capabilities, and the replication of technology. Organization science, v. 3, n. 3, p. 383-397, 1992.

KOIKE, Beth. Revista Valor Econômico. **BTG critica limitação a capital estrangeiro em hospitais privados**. Publicado em 29/09/2011. Disponível em <http://www.valor.com.br/5089/1026944/btg-critica-limitacao-capital-estrangeiro-em-hospitais-privados>. Acesso em: 31 dez. 2014.

KOSTOVA, Tatiana. **Country Institutional Profiles: concept and measurement**. In: Academy of Management Proceedings. Academy of Management, 1997. p. 180-184.

LA FORGIA, Gerard M. COUTTOLENC, Bernard F. **Hospital Performance in Brazil_The Search for Excellence**. Washington: The World Bank, 2008.

LEVIN, Jack; Fox, James Alan. **Estatística para Ciências Humanas -11ª edição**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012.

LIN, Chin-Tsai; TSAI, Meng-Chuan. **Location choice for direct foreign investment in new hospitals in China by using ANP and TOPSIS**. Quality & Quantity, v. 44, n. 2, p. 375-390, 2010.

LINDGREN, Mats; BANDHOLD, Hans. **Scenario planning**. Palgrave, 2003.

LIOU, Ru-Shiun. LEE, Kevin. MILLER, Scott. **The Institutional Impact of Entry Mode Decisions by Emerging Market and Advanced Market MNCs**. Southwestern Finance Conference, mar., 2014.

LUO, Yadong; PENG, Mike W. **Learning to compete in a transition economy: Experience, environment, and performance**. Journal of International Business Studies, p. 269-295, 1999.

MALHOTRA, N. W. et al. **Pesquisa de marketing: uma orientação científica**. 2006.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing Uma Orientação Aplicada**. 6ª ed. Porto Alegre Bookman 2012.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais**. Ciênc Saúde Coletiva, v. 9, n. 2, p. 433-44, 2004.

MANDI, Carolina. ADACHI, Vanessa. **Debênture vira ponte para capital estrangeiro em hospitais**. Publicado em 15/06/2010 no Jornal Valor Econômico.

Disponível em <http://www.valor.com.br/arquivo/829945/debenture-vira-ponte-para-o-capital-estrangeiro-em-hospitais>. Acesso em 29 dez. 2014.

MARÔCO, João. **Análise estatística com o SPSS Statistics**. Pero Pereira: ReportNumber, 2011.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, Ives Granda da Silveira. **Capital estrangeiro-Assistência à saúde-Contribuição**. Revista de Direito Administrativo, v. 227, p. 427-435. São Paulo, 2002. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/download/47009/44569>. Acesso em: 22 mar. 2015.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MEYER, K. E., ESTRIN, S., BHAUMIK, S. K., & PENG, M. W.. **Institutions, resources, and entry strategies in emerging economies**. Strategic management journal, v. 30, n. 1, p. 61-80, 2009.

MILLER, Kent D. **Industry and country effects on managers' perceptions of environmental uncertainties**. Journal of International Business Studies, p. 693-714, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Cartilha para apresentação de propostas**. 2014. Disponível em <http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/cartilha.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Do sanitário à municipalização**. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>. Acesso em: 28 mar. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria nº 1101/GM de 12 de junho de 2002**. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>. Acesso em: 14 mar. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES**. Dados Maio de 2015. Acessado em 15/03/15. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estab>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Terminologia Básica em Saúde**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde: Brasília. 1985.

MORAES, Roque. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NIELSEN, Bo Bernhard; NIELSEN, Sabina. **The role of top management team international orientation in international strategic decision-making: The choice of foreign entry mode.** *Journal of World Business*, v. 46, n. 2, p. 185-193, 2011.

NORTH, Douglass C. **Institutions, institutional change and economic performance.** Cambridge university press, 1990.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Benchmark definition of foreign direct investment - BD3.** 3. ed. Paris: OECD, 1996.

OSLAND, Gregory E.; TAYLOR, Charles R.; ZOU, Shaoming. **Selecting international modes of entry and expansion.** *Marketing intelligence & planning*, v. 19, n. 3, p. 153-161, 2001.

PAIM, Jairnilson. **Políticas de descentralização e atenção primária à saúde**, pp. 489-503. In Rouquayrol & Almeida. *Epidemiologia e saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges.** Published Online: *The Lancet*, 2011; 377: 1778–97.

Pan American Health Organization (PAHO). **E.22.0.0-Hospital beds ratio [per 1,000 pop.]. Dados de 2013.** Disponível em <http://www1.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newsqITabulador.asp>. Acesso em 14 mar. 2014

PENG, Mike W. **Institutional transitions and strategic choices.** *Academy of management review*, v. 28, n. 2, p. 275-296, 2003.

PENG, Mike W.; WANG, D.; JIANG, Y. **An institution-based view of international business strategy: a focus on emerging economies.** *Journal of International Business Studies*, v.39, n.5, p.920-936, 2008.

PEREIRA, Dulce G.; AFONSO, Anabela; MEDEIROS, Fátima Melo. **Overview of Friedman's Test and Post-hoc Analysis.** *Communications in Statistics-Simulation and Computation*, v. 44, n. 10, p. 2636-2653, 2015.

PINHEIRO, José de Queiroz; FARIAS, Tadeu Mattos; ABE-LIMA, July Yukie. **Painel de especialistas e estratégia multimétodos: reflexões, exemplos, perspectivas.** *Psico*, v. 44, n. 2, 2013.

PINSONNEAULT, Alain; KRAEMER, Kenneth. **Survey research methodology in management information systems: an assessment.** *Journal of management information systems*, v. 10, n. 2, p. 75-105, 1993.

PORTER, M.E. **Competitive Advantage**, Free Press, New York, 1985.

PORTER, Michael E., TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRICE Water House Coopers Brasil Ltda. **O mercado de serviços de saúde no Brasil**. São Paulo, 2014. Disponível em http://www.pwc.com.br/pt_BR/br/publicacoes/setores-atividade/assets/saude/healthcare-port.pdf . Acesso em: 21 jun. 2015

QIAN, Gongming et al. **The performance implications of intra-and inter-regional geographic diversification**. Strategic management journal, v. 31, n. 9, p. 1018-1030, 2010.

RAMIREZ, Rafael et al. **Scenarios as a scholarly methodology to produce “interesting research”**. Futures, v. 71, p. 70-87, 2015.

RESSEL, Lúcia Beatriz et al. **O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa**. Texto and Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 779, 2008.

REVISTA VEJA. **Como curar o sistema público de saúde?**. Publicada em 23/08/2010. Disponível em <http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/como-curar-o-sistema-publico-de-saude>. Acesso em 14 mar. 2015.

RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck. **Eficiência, efetividade e eficácia do planejamento dos gastos em saúde**. HYGIEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Presidente Prudente: ed. 2, pag. 27-46, junho 2006. Disponível e m<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/16845/9270>. Acesso em: 04 abr. 2015.

RIBEIRO, Flexa. **Projeto de Lei do Senado 259/2009**. Disponível em http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=91666. Acesso em: 13 out. 2014.

RIORDAN, Michael H.; WILLIAMSON, Oliver E. **Asset specificity and economic organization**. International Journal of Industrial Organization, v. 3, n. 4, p. 365-378, 1985.

ROOT, F. R. **Entry Strategies for International Markets**. New York: Lexington Books, 1998.

ROTH, Aleda V.; JACKSON III, William E. **Strategic determinants of service quality and performance: Evidence from the banking industry**. Management Science, v. 41, n. 11, p. 1720-1733, 1995.

RUGMAN, Alan M.; VERBEKE, Alain; NGUYEN, PhD Cand Quyen TK. **Fifty years of international business theory and beyond**. Management International Review, v. 51, n. 6, p. 755-786, 2011.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos. **Ambiente Institucional e Interfaces Organizacionais na Gestão de Hospitais Públicos do Sistema Único de Saúde**.

Dissertação de Mestrado: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, 2005.

SCHWARTZ, Peter. **The art of the long view: paths to strategic insight for yourself and your company**. Crown Pub, 1996.

SCOTT, W. Richard. **Institutions and organizations**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

SHARMA, Varinder M.; ERRAMILI, M. Krishna. **Resource-based explanation of entry mode choice**. Journal of Marketing Theory and Practice, p. 1-18, 2004.

SHENKAR, Oded. **Cultural distance revisited: Towards a more rigorous conceptualization and measurement of cultural differences**. Journal of international business studies, p. 519-535, 2001.

SILVERMAN, David. **Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações**. Tradução Magda França Lopes. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

THE WORLD BANK. **World Development Indicators**. Disponível em <http://data.worldbank.org/country/brazil>. Acesso em: 07 mar. 2014.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde – FISCSAÚDE**. TC 032.624/2013-1. Publicado em 26/03/2014. Disponível em http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/032.624-2013-1%20Fisc%20Saude.pdf. Acesso em 14 mar. 2015.

UNITED Nations Conference on Trade and Development. **World Investment Prospects Survey 2012-2014**. Acessado em http://unctad.org/en/PublicationsLibrary/webdiaeia2012d21_en.pdf. Acesso em: 18 mar. 15.

VALOR ECONÔMICO. **Valor: Análise Setorial – Estrutura, perspectivas e perfis de hospitais privados**. São Paulo: Edição Setorial, 2015.

VAN DER HEIJDEN, Kees. **Scenarios: the art of strategic conversation**. John Wiley & Sons, 2011.

WILBURN, Kathleen M.; WILBURN, H. Ralph. Scenarios and strategic decision making. Journal of Management Policy and Practice, v. 12, n. 4, p. 164, 2011.

WILLIAMS, Christopher; MARTINEZ, Candace A. **Government effectiveness, the global financial crisis, and multinational enterprise internationalization**. Journal of International Marketing, v. 20, n. 3, p. 65-78, 2012.

WILLIAMSON, Oliver E. **The economics of organization: The transaction cost approach**. American journal of sociology, p. 548-577, 1981.

WILLIAMSON, Oliver E. The new institutional economics: taking stock, looking ahead. **Journal of economic literature**, v. 38, n. 3, p. 595-613, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **External resources for health as % of total expenditure on health, 2012**. Disponível em http://apps.who.int/nha/database/World_Map/Index/en?id=REPORT_4_WORLD_MAPS&mapType=3&ws=0. Acesso em: 10 mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report: Health Systems Financing – The path to universal coverage**. Geneva, 2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 18 mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Total expenditure on health as % of Gross domestic product, 2013**. Disponível em http://apps.who.int/nha/database/World_Map/Index/en?id=REPORT_4_WORLD_MAPS&mapType=3&ws=0. Acesso em: 11 abr. 2015.

APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA PAINEL EXPERTS

OBJETIVOS	Questões
a) Descrever o mercado hospitalar brasileiro, considerando os argumentos pró e contra à abertura legal para o investimento de capital estrangeiro;	Qual a sua opinião sobre a abertura de capital estrangeiro em hospitais?
	Por quais razões um investidor estrangeiro se interessaria pelo mercado hospitalar brasileiro?
	Quais os desafios você acredita que um investidor estrangeiro encontrará no mercado hospitalar brasileiro?
	E quais as oportunidades?
	Algum segmento hospitalar, especialidade médica ou mesmo região, deveria ser observado com maior foco pelo investidor? Por quê?
b) Identificar o papel do ambiente institucional brasileiro na entrada de investimento estrangeiro em hospitais;	<p>Os procedimentos e normas que definem como ocorrem as relações no âmbito fiscal, legal, trabalhista, mercadológico e de propriedade, fazem parte do ambiente institucional de um país. As instituições podem ser formais, como a constituição e leis, ou informais, como convenções e movimentos políticos.</p> <p>Qual o grau de influência que instituições formais podem ter na decisão de uma empresa investir no mercado hospitalar brasileiro?</p> <p>Quais instituições formais podem interferir no investimento estrangeiro em hospitais?</p> <p>De que forma estas instituições podem influenciar o investimento estrangeiro?</p> <p>Estas instituições influenciam da mesma forma investidores nacionais? Por quê?</p> <p>E como um investidor estrangeiro pode lidar com essas instituições?</p>

OBJETIVOS	Questões
	<p>Qual o grau de influência que instituições informais podem ter na decisão de uma empresa de investir no mercado hospitalar brasileiro?</p> <p>Quais instituições informais podem interferir no investimento estrangeiro em hospitais?</p> <p>De que forma estas instituições podem influenciar o investimento estrangeiro?</p> <p>Estas instituições influenciam da mesma forma investidores nacionais? Por quê?</p> <p>E como um investidor estrangeiro pode lidar com essas instituições?</p>
<p>c) Sugerir possíveis estratégias de entrada para investidores estrangeiros interessados no mercado hospitalar brasileiro, a partir da mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23;</p>	<p>Considerando a distância geográfica, qual o nível de controle da operação da filial brasileira o investidor estrangeiro deve ter (gerência, estratégia, negociações, etc)?</p> <p>Desta forma, ele protegeria seus recursos de propriedade e intelectuais?</p> <p>Com que tipo de risco ele deve se preocupar? Há algum risco de expropriação ou transferência tecnológica?</p> <p>Qual a sua opinião sobre Joint Ventures (fusão de duas empresas do mesmo segmento que consideram que unidas tornam-se mais robusta) no mercado hospitalar brasileiro? E faria diferença ser total ou parcial?</p> <p>E quanto à abertura de uma franquia de um hospital estrangeiro no Brasil?</p> <p>E estratégias como Greenfield (abrir um novo ativo no exterior, começando do zero)?</p> <p>Existem oportunidades para projetos de Brownfield no Brasil (aquisição de empresas já em operação, muitas vezes com dificuldades financeiras/gestão)?</p> <p>Algum outro modo de entrada seria relevante, como estratégia para um investidor estrangeiro interessado no</p>

OBJETIVOS	Questões
	<p>mercado hospitalar brasileiro? De que forma? E qual o modelo você considera a estratégia ideal?</p> <p>Seria mais interessante manter o nome do hospital investidor estrangeiro ou manter/criar um nome brasileiro para o investimento no País? Por quê?</p> <p>Há comentários na mídia que temem uma má qualidade na assistência à saúde oferecida por uma multinacional focada somente no lucro, mas, por outro lado, há opiniões de que isto seria impossível, visto o grande investimento neste tipo de negócio, as exigências já existentes no país de origem do investidor e toda a legislação existente hoje no Brasil, neste aspecto. Qual a sua opinião quanto ao nível de serviço que será oferecido no investimento estrangeiro em hospitais brasileiros?</p>

Fonte: elaborado pela pesquisadora

APÊNDICE B – SURVEY: INSTRUMENTO DE COLETA

Possíveis Cenários para Investimento de Capital Estrangeiro em Hospitais Brasileiros

Esta é uma pesquisa prospectiva que pretende mapear cenários possíveis nos próximos dez anos, considerando a mudança da Lei nº 8.080/1990, art. 23, que autoriza o investimento de capital estrangeiro em hospitais brasileiros.

O questionário que segue faz parte da dissertação do Mestrado Profissional em Gestão e Negócios, realizado pela Unisinos (Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre - RS) em parceria com a Universidade de Poitiers (França).

Diana Indiara Ferreira Jardim é a mestranda *responsável por esta pesquisa*.

E-mail indiara@yahoo.com / <http://lattes.cnpq.br/9313523636799086>

Prof. Dr. Marcelo André Machado é o orientador acadêmico desta pesquisa.

E-mail mmachado@unisinos.br / <http://lattes.cnpq.br/1254781114268208>

As variáveis que compõem esta pesquisa foram construídas a partir de entrevistas exploratórias com especialistas de representação nacional de investidores estrangeiros, hospitais, governo, operadoras de planos de saúde e trabalhadores da área de saúde.

A sua opinião irá ajudar a validar os cenários prováveis e os improváveis para os próximos 10 (dez) anos.

Ambiente Institucional

Marque 1 (um) para nenhuma probabilidade e 6 (seis) se certamente acontecerá.

1. Considerando a complexidade do mercado hospitalar (as formas de remuneração praticadas atualmente; o lucro na venda de materiais e não no serviço prestado; e a relação com as operadoras), **os investidores estrangeiros...**

	1	2	3	4	5	6
a) terão dificuldade , independente da estratégia que adotem;						
b) contratarão gestores brasileiros para minimizar						

as dificuldades enfrentadas;						
c) terão dificuldade a menos que utilizem o modelo de negócio e melhores práticas vivenciadas em outros países.						

2. Quanto à relação com a classe médica brasileira, os investidores estrangeiros...

a) manterão as atuais relações entre hospitais e classe médica.						
b) trarão modelos de gestão por resultado financeiro , formando parceria com o corpo clínico, beneficiando mais os médicos que trouxerem lucro para a instituição.						
c) trabalharão apenas com corpo clínico fechado , gerenciando resultados assistenciais, definindo regras para as relações do hospital e classe médica.						

3. Nos próximos dez anos, o cenário regulatório (relações da ANS e outros órgãos, judicialização, lei trabalhista, benefícios fiscais, etc.) **que impacta no mercado hospitalar:**

a) manter-se-á como atualmente;						
b) ocorrerão algumas mudanças como a imposição de limite de dedução dos gastos com saúde no imposto de renda e criação de lei que obriga as empresas a subsidiarem plano de saúde para seus funcionários.						
c) ocorrerão mudanças em favor dos investidores estrangeiros;						

4. Quanto ao cenário macroeconômico brasileiro, os investidores estrangeiros...

a) verão com muita cautela a frequência de ciclos econômicos negativos no Brasil;						
b) beneficiar-se-ão das crises econômicas, comprando ativos por valores mais baixos.						
c) serão indiferentes aos ciclos econômicos negativos , pois considerarão que a longo prazo há crescimento.						

5. Quanto a barreiras que interferem nos investimentos estrangeiros em hospitais, nos próximos dez anos...

a) haverá pressão de instituições nacionais, <u>sem impacto efetivo</u> para o investidor.						
b) haverá pressão de instituições nacionais, <u>com impacto negativo</u> ao investidor estrangeiro.						
c) não haverá qualquer movimento para criação de barreiras contra os investidores estrangeiros;						

O investidor estrangeiro

Marque 1 (um) para nenhuma probabilidade e 6 (seis) se certamente acontecerá.

6. Principais modos de entrada que os investidores estrangeiros adotarão para se estabelecer no Brasil, na próxima década, serão:

a) Compra de hospitais deficitários, com boa governança e possibilidade de ganho imediato, mas com crescimento gradual.						
b) Fusões e parcerias que permitam conhecer o mercado e o ambiente.						
c) Construção de novos hospitais , para garantir						

o cumprimento da legislação, modelo de negócio e localização estratégica.						
---	--	--	--	--	--	--

7. Quanto ao tempo que os investidores ficarão no País, a maioria será:

a) de curtíssimo prazo (entre zero e 2 anos)						
b) de curto a médio prazo (entre 2 e 5 anos).						
c) de médio a longo prazo (entre 5 e 20 anos), conforme o perfil do investidor.						
d) de longo prazo (20 anos ou mais).						

8. Quanto ao risco que os investidores estrangeiros estarão dispostos a correr:

a) comprometerão o capital financeiro e intelectual <u>gradualmente</u> , temendo perder o investimento devido ao risco do desconhecido.						
b) comprometerão todo capital financeiro e intelectual <u>de uma só vez</u> , como já mapearam o mercado e definiram suas estratégias.						

9. Os investidores estrangeiros que estarão presentes nestes primeiros 10 (dez) anos da mudança da lei, terão um perfil:

a) estratégico: larga experiência na área de saúde. Investem e controlam integralmente a operação.						
b) financeiro: são principalmente fundos de investimento. Podem ter só uma parcela do negócio e não têm, obrigatoriamente, intenção de controlar a operação.						

10. Quais segmentos que os investidores estrangeiros irão atuar:

a) hospitais individuais com menos de 200 leitos;						
b) hospitais gerais com mais de 200 leitos que possibilitem ou já estejam organizados em rede;						
c) Serviços de oncologia, cardiologia, imagem e outros com alta rentabilidade.						
d) Serviços que atendam pacientes crônicos e foquem na prevenção, garantindo sustentabilidade no longo prazo.						

11. Público que os investidores estrangeiros irão focar:

a) Beneficiários de operadoras de planos de saúde (independente da classe social).						
b) População de alta renda, e talvez média.						
c) População de baixa renda, por ser a maior parte da pirâmide populacional brasileira.						

12. Regiões nas quais os estrangeiros irão concentrar seus investimentos:

a) Sul;						
b) Sudeste;						
c) Centro-Oeste;						
d) Nordeste;						
e) Norte;						

13. Como será a qualidade dos serviços oferecido pelos hospitais com capital estrangeiro?

a) Alta qualidade.						
b) Qualidade intermediária, mas não inferior ao que se encontra no Brasil.						

c) Baixa qualidade.							
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--

14. Modelo assistencial no qual os investidores estrangeiros atuarão:

a) Foco na saúde integral do indivíduo e a população em que está inserido, entendendo que a tendência mundial é gerar lucro através da prevenção.							
b) Modelo hospitalocêntrico, serviços individuais, diagnósticos e terapêuticos.							

15. Qual será o principal modelo de remuneração utilizado pelos hospitais com capital estrangeiro?

a) será o atualmente praticado, o pagamento fee-for-service (pagamento por serviço prestado, aberto por insumos, procedimentos, diárias e taxas).							
b) Remuneração por desfecho, qualidade assistencial e DRG (Diagnosis Related Group).							
c) Atuação com modelos mistos: por desfecho focado na qualidade assistencial, por DRG (Diagnosis Related Group), pacotes e eventualmente fee-for-service.							

16. Quanto à possibilidade de parcerias público-privadas, pelos hospitais com capital estrangeiro:

a) Só em um futuro mais distante.							
b) Não haverá.							
c) Haverá imediatamente.							

17. Quanto à possibilidade de negócio com hospitais filantrópicos:

--	--	--	--	--	--	--	--

a) Não haverá.						
b) Só haverá se o hospital deixar de ser filantrópico , vendendo suas unidades integralmente ou parcialmente.						
c) Contratarão o serviço de gestão , governança e estratégia dos hospitais filantrópicos de referência no País.						

18. Quanto à possibilidade de negócio com hospitais familiares:

a) Comprarão hospitais de famílias desestruturadas na gestão e governança.						
b) Não haverá nenhum tipo de negócio, porque todas as gerações da família estão envolvidas na gestão e não teriam outra atividade para se envolver.						
c) Contratarão o serviço de gestão , governança e estratégia dos hospitais familiares de referência no País.						

Impacto no Mercado Hospitalar Brasileiro

Marque 1 (um) para pouca ou nenhuma probabilidade e 6 (seis) para muito provável.

19. Qual o reflexo da entrada de capital estrangeiro em hospitais brasileiros para a qualidade da rede hospitalar do País?

a) Maior eficiência na cadeia hospitalar <u>privada</u> .						
b) Maior eficiência na cadeia hospitalar <u>pública</u> .						

20. Concentração de mercado na próxima década, influenciada pelo investimento estrangeiro em hospitais:

--	--	--	--	--	--	--

a) não haverá impacto no número de hospitais do País.						
b) reduzirá o número de hospitais individuais. Haverá maior concentração do mercado hospitalar, com mais redes de hospitais espalhadas pelo País.						
c) aumentará o número de hospitais individuais no Brasil;						

21. Impacto na estrutura do Sistema de Saúde do Brasil, após entrada de capital estrangeiro em hospitais:

a) Sem mudança significativa: o modelo de saúde pública, privada e suplementar existentes hoje no Brasil se mantém.						
b) Aumentará a oferta de planos de saúde de baixíssimo custo, crescendo o mercado de saúde suplementar, reduzindo o número de pessoas que procuram o SUS.						
c) A saúde privada passa a ser oficialmente complementar à saúde pública: quem tiver plano de saúde não poderá ser atendido pelo SUS. O governo será responsável pela assistência apenas da população de baixa renda, mudando o conceito de universalidade.						

Caracterização do respondente:

a) Qual a sua nacionalidade?

Brasileiro

Estrangeiro: _____

b) Gênero:

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Feminino
<input type="checkbox"/>	Não responder

c) Informe sua Idade: ____ anos.

d) Qual a sua escolaridade?

<input type="checkbox"/>	Ensino Fundamental
<input type="checkbox"/>	Ensino Médio
<input type="checkbox"/>	Graduação
<input type="checkbox"/>	Pós-graduação (Especialização, MBA, etc.)
<input type="checkbox"/>	Mestrado
<input type="checkbox"/>	Doutorado

e) Suas atividades estão relacionadas em quais destes grupos?

<input type="checkbox"/>	Hospital
<input type="checkbox"/>	Investidor Estrangeiro
<input type="checkbox"/>	Operadora de Planos de Saúde
<input type="checkbox"/>	Governo
<input type="checkbox"/>	Trabalhador da área assistencial
<input type="checkbox"/>	Outro (indique qual): _____

f) Qual a sua área de atuação profissional?

<input type="checkbox"/>	Gestão / Administração
<input type="checkbox"/>	Medicina
<input type="checkbox"/>	Enfermagem
<input type="checkbox"/>	Economia / estatística / atuarial
<input type="checkbox"/>	Direito
<input type="checkbox"/>	Outro (indique qual): _____

g) E-mail: (se tiver interesse em receber o resultado da pesquisa a partir de abril de 2016)

skipped question	3
------------------	---

4. Quanto ao cenário macroeconômico brasileiro, os investidores estrangeiros...								
Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) verão com muita cautela a frequência de ciclos econômicos negativos no Brasil;	3	6	14	21	45	34	4,63	123
b) beneficiar-se-ão das crises econômicas, comprando ativos por valores mais baixos;	2	7	12	27	42	34	4,63	124
c) serão indiferentes aos ciclos econômicos negativos, pois considerarão que a longo prazo há crescimento.	24	37	19	16	12	10	2,87	118
answered question								133
skipped question								1

5. Quanto a barreiras que possam intervir nos investimentos estrangeiros em hospitais, nos próximos dez anos...								
Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) haverá pressão de instituições nacionais, sem impacto efetivo para o investidor;	6	20	17	30	38	11	3,88	122
b) haverá pressão de instituições nacionais, com impacto negativo ao investidor estrangeiro;	9	41	30	11	20	9	3,16	120
c) não haverá qualquer movimento para criação de barreiras contra os investidores estrangeiros.	32	27	18	9	21	13	2,99	120
answered question								133
skipped question								1

6. Principais modos de entrada que os investidores estrangeiros adotarão para se estabelecer no Brasil, na próxima década, serão:								
Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) compra de hospitais deficitários, com boa governança e possibilidade de ganho imediato, mas com crescimento gradual;	1	10	10	18	41	24	4,54	104
b) fusões e parcerias que permitam conhecer o mercado e o ambiente;	2	0	9	15	49	35	4,95	110
c) construção de novos hospitais, para garantir o cumprimento da legislação, modelo de negócio e localização estratégica.	8	25	20	19	17	12	3,48	101
answered question								114
skipped question								20

7. Quanto ao tempo que os investidores ficarão no País, a maioria será:								
Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) de curtíssimo prazo (entre zero e 2 anos);	43	41	9	4	2	0	1,80	99
b) de curto a médio prazo (entre 2 e 5 anos);	21	25	24	17	8	6	2,84	101
c) de médio a longo prazo (entre 5 e 20 anos), conforme o perfil do investidor;	3	2	4	34	46	20	4,63	109

d) de longo prazo (20 anos ou mais).	8	10	12	17	30	24	4,22	101
answered question								114
skipped question								20

8. Quanto ao risco que os investidores estrangeiros estarão dispostos a correr:								
Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) comprometerão o capital financeiro e intelectual gradualmente, temendo perder o investimento devido ao risco do desconhecido;	5	6	11	28	40	17	4,34	107
b) comprometerão todo capital financeiro e intelectual de uma só vez, como já mapearam o mercado e definiram suas estratégias.	29	33	17	6	12	6	2,58	103
answered question								112
skipped question								22

9. Os investidores estrangeiros que estarão presentes nestes primeiros 10 (dez) anos da mudança da lei, terão um perfil:								
Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) estratégico: larga experiência na área de saúde. Investem e controlam integralmente a operação;	4	8	24	20	32	21	4,20	109
b) financeiro: são principalmente fundos de investimento. Podem ter só uma parcela do negócio e não têm, obrigatoriamente, intenção de controlar a operação.	4	11	15	19	46	12	4,20	107
answered question								113
skipped question								21

10. Quais segmentos os investidores estrangeiros irão atuar:								
Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) hospitais individuais com menos de 200 leitos;	11	36	29	9	12	6	2,93	103
b) hospitais gerais com mais de 200 leitos, que possibilitem ou já estejam organizados em rede;	1	4	8	17	46	29	4,81	105
c) serviços de oncologia, cardiologia, imagem e outros com alta rentabilidade;	0	2	7	12	33	54	5,20	108
d) serviços que atendam pacientes crônicos e foquem na prevenção, garantindo sustentabilidade no longo prazo.	11	19	22	19	23	10	3,52	104
answered question								113
skipped question								21

11. Público que os investidores estrangeiros irão focar:								
Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) beneficiários de operadoras de planos de saúde (independente da classe social);	1	5	6	19	43	33	4,84	107
b) população de alta renda e talvez média;	0	7	10	23	34	31	4,69	105

c) população de baixa renda, por ser a maior parte da pirâmide populacional brasileira.	25	26	21	14	10	7	2,80	103
answered question								113
skipped question								21

12. Regiões nas quais os estrangeiros irão concentrar seus investimentos:								
Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) Sul;	1	7	10	15	46	29	4,71	108
b) Sudeste;	1	2	3	2	26	76	5,53	110
c) Centro-Oeste;	2	13	22	33	22	10	3,88	102
d) Nordeste;	7	18	25	30	18	4	3,45	102
e) Norte.	28	37	18	10	6	1	2,32	100
answered question								114
skipped question								20

13. Como será a qualidade dos serviços oferecido pelos hospitais com capital estrangeiro?								
Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) Alta qualidade;	4	5	9	21	39	26	4,58	104
b) Qualidade intermediária, mas não inferior ao que se encontra no Brasil;	3	10	14	25	30	24	4,33	106
c) Baixa qualidade.	54	30	10	0	4	2	1,76	100
answered question								112
skipped question								22

14. Modelo assistencial no qual os investidores estrangeiros atuarão:								
Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) foco na saúde integral do indivíduo e na população em que está inserido, entendendo que a tendência mundial é gerar lucro através da prevenção;	6	12	27	16	25	20	3,96	106
b) modelo hospitalocêntrico, serviços individuais, diagnósticos e terapêuticos.	7	8	11	14	45	23	4,40	108
answered question								113
skipped question								21

15. Qual será o principal modelo de remuneração utilizado pelos hospitais com capital estrangeiro?								
Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) será o atualmente praticado, o pagamento fee-for-service (pagamento por serviço prestado, aberto por insumos, procedimentos, diárias e taxas);	10	21	30	17	14	12	3,38	104
b) remuneração por desfecho, qualidade assistencial e DRG (Diagnosis Related Group);	5	14	18	28	25	11	3,86	101
c) atuação com modelos mistos: por desfecho focado na qualidade assistencial, por DRG (Diagnosis Related Group), pacotes e eventualmente fee-for-service.	5	3	8	24	31	40	4,74	111
answered question								113
skipped question								21

16. Quanto à possibilidade de parcerias público-privadas, pelos hospitais com capital estrangeiro:

Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count	
a) só em um futuro mais distante;	9	8	12	18	38	22	4,25	107	
b) não haverá;	37	24	16	7	9	5	2,41	98	
c) haverá imediatamente.	29	28	16	14	9	7	2,68	103	
answered question									112
skipped question									22

17. Quanto à possibilidade de negócio com hospitais filantrópicos:

Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count	
a) não haverá;	30	31	11	7	19	7	2,76	105	
b) só haverá se o hospital deixar de ser filantrópico, vendendo suas unidades integralmente ou parcialmente;	8	25	13	19	18	20	3,72	103	
c) contratarão o serviço de gestão, governança e estratégia dos hospitais filantrópicos de referência no País.	8	12	15	26	30	15	3,97	106	
answered question									113
skipped question									21

18. Quanto à possibilidade de negócio com hospitais familiares:

Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count	
a) comprarão hospitais de famílias desestruturadas na gestão e governança;	3	15	16	16	30	26	4,25	106	
b) não haverá nenhum tipo de negócio, porque todas as gerações da família estão envolvidas na gestão e não teriam outra atividade para se envolver;	43	26	18	8	5	3	2,17	103	
c) contratarão o serviço de gestão, governança e estratégia dos hospitais familiares de referência no País.	19	19	18	15	19	14	3,37	104	
answered question									112
skipped question									22

19. Qual o reflexo da entrada de capital estrangeiro em hospitais brasileiros para a qualidade da rede hospitalar do País?

Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count	
a) maior eficiência na cadeia hospitalar privada;	1	1	4	11	44	45	5,18	106	
b) maior eficiência na cadeia hospitalar pública.	21	24	22	14	11	5	2,85	97	
answered question									107
skipped question									27

20. Concentração de mercado na próxima década, influenciada pelo investimento estrangeiro em hospitais:

Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) não haverá impacto no número de hospitais do País;	31	26	14	16	5	7	2,59	99

b) reduzirá o número de hospitais individuais. Haverá maior concentração do mercado hospitalar, com mais redes de hospitais espalhadas pelo País;	5	5	10	14	40	28	4,60	102
c) aumentará o número de hospitais individuais no Brasil;	20	33	20	15	7	2	2,61	97
answered question								107
skipped question								27

21. Impacto na estrutura do sistema de saúde do Brasil, após entrada de capital estrangeiro em hospitais:								
Answer Options	1	2	3	4	5	6	Rating Average	Response Count
a) sem mudança significativa: o modelo de saúde pública, privada e suplementar existentes hoje no Brasil mantém-se;	27	23	12	13	14	8	2,88	97
b) aumentará a oferta de planos de saúde de baixíssimo custo, crescendo o mercado de saúde suplementar, reduzindo o número de pessoas que procuram o SUS;	11	21	21	17	21	9	3,43	100
c) a saúde privada passa a ser oficialmente complementar à saúde pública: quem tiver plano de saúde não poderá ser atendido pelo SUS. O governo será responsável pela assistência apenas da população de baixa renda, mudando o conceito de universalidade.	22	13	14	14	23	16	3,50	102
answered question								107
skipped question								27

22. Qual a sua nacionalidade?			
Answer Options	Answer Options	Response Percent	Response Count
Brasileiro		98,1%	102
Estrangeiro (especifique)		1,9%	2
answered question	answered question	104	104
skipped question	skipped question	30	30

Number	Response Date	Estrangeiro (especifique)
1	fev 25, 2016 2:15 AM	Û
2	jan 29, 2016 10:00 PM	Portuguesa

23. Gênero:		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Masculino.	58,7%	61
Feminino.	41,3%	43
Não Responder	0,0%	0
answered question	104	
skipped question	30	

24. Qual a sua idade (anos)?	
Answer Options	Response Count
De 20 a 29	8 6%

De 30 a 39	31	23%
De 40 a 49	18	13%
De 50 a 59	23	17%
De 60 a 69	21	16%
Acima de 70	2	1%
Não informou	31	23%
answered question	134	

25. Qual a sua escolaridade?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Ensino Fundamental	0,7%	1
Ensino Médio	3,0%	4
Graduação	6,7%	9
Pós-graduação (Especialização, MBA, etc.)	40,3%	54
Mestrado	17,2%	23
Doutorado	9,7%	13
Não Informado	22,4%	30
answered question		134

26. Suas atividades estão relacionadas em quais destes grupos?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Hospital	40,4%	42
Investidor Estrangeiro	1,9%	2
Operadora de Planos de Saúde	26,9%	28
Governo	6,7%	7
Trabalhador da área assistencial	5,8%	6
Outro (especifique)	18,3%	19
Não informado	22,4%	30
answered question		134

Number	Response Date	Outro (especifique)
1	mar 21, 2016 11:34 AM	Associação de hospitais filantrópicos
2	mar 19, 2016 11:28 AM	Economista
3	mar 16, 2016 6:54 PM	pesquisador e proprietário de consultório particular
4	mar 16, 2016 12:50 AM	Prestação de serviços em clínica particular sem convênios ou cooperativas
5	mar 10, 2016 10:53 PM	home care
6	mar 7, 2016 2:03 PM	Administradora de Benefícios de Saúde
7	fev 15, 2016 11:11 AM	Docente área de Saúde
8	fev 9, 2016 9:47 PM	ensino
9	fev 8, 2016 8:12 PM	CLÍNICA DE HEMODIÁLISE EM PORTO ALEGRE
10	fev 4, 2016 4:29 PM	Prestador de serviços na área da saúde
11	fev 4, 2016 9:01 AM	Industria Healthcare
12	fev 2, 2016 12:35 AM	Cooperativa médica com recursos próprios
13	fev 1, 2016 2:17 AM	Consultor de Operadora de Planos de saúde

14	jan 31, 2016 4:52 PM	Fornecedor Materiais médicos
15	jan 31, 2016 12:36 AM	Pesquisadora
16	jan 29, 2016 10:27 PM	consultoria financeira
17	jan 29, 2016 10:00 PM	Docência
18	jan 28, 2016 12:27 AM	Administrador Hospitalar
19	jan 28, 2016 12:03 AM	técnico em administração hospitalar

27. Qual a sua área de atuação profissional?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Gestão / Administração	65,7%	67
Medicina	10,8%	11
Enfermagem	8,8%	9
Economia / estatística / atuarial	2,0%	2
Direito	1,0%	1
Outro (especifique)	11,8%	12
answered question		102
skipped question		32

Number	Response Date	Outro (especifique)
1	mar 21, 2016 4:45 PM	Tecnologia da Informação (TI)
2	mar 16, 2016 12:50 AM	Fisioterapia
3	mar 7, 2016 7:03 PM	análises clínicas
4	mar 5, 2016 1:48 AM	Médico - Regulação da Saúde Suplementar
5	mar 5, 2016 12:33 AM	Nutrição
6	fev 26, 2016 2:37 AM	TI
7	fev 6, 2016 6:14 PM	E estudando tecnologia em gestão hospitalar
8	fev 6, 2016 7:09 AM	gestão e medicina
9	fev 4, 2016 9:24 AM	Tecnologia da Informação
10	jan 31, 2016 12:36 AM	pesquisa e ensino
11	jan 21, 2016 6:55 PM	RH
12	jan 21, 2016 2:41 PM	comercio de OPME