

A introdução do conceito e a aplicabilidade de inteligência competitiva em hospitais de Caxias do Sul

Adriano Reci Prestes

Professor da Faculdade Anglo-Americano de Caxias do Sul. Professor da Faculdade Anhanguera de Caxias do Sul. Gerente da Pró Saúde Serviços para a Saúde de Caxias do Sul. Mestre em Administração de Empresas pela Universidade de Caxias do Sul (UCS).

Email: adriprestes@yahoo.com.br

Pelayo Munhoz Olea

Professor Adjunto do Curso de Administração da Universidade de Caxias do Sul (UCS). Doutor em Administração de Empresas e Direção de Empresas pela Universitat Politècnica de Catalunya, Espanha.

Email: pelayo.olea@gmail.com

Cristine Hermann Nodari

Doutoranda em Administração na Universidade de Caxias Do Sul (UCS).

Email: cristine.nodari@gmail.com

Paula Patricia Ganzer

Mestranda em Administração pela Universidade de Caxias do Sul (RS).

Email: ganzer.paula@gmail.com

Julio Cesar Ferro de Guimarães

Professor da Faculdade da Serra Gaúcha (FSG). Doutorando em Administração pela Universidade de Caxias do Sul (UCS).

Email: juliocferguimaraes@yahoo.com.br

Eric Dorion

Professor Adjunto do Curso de Administração da Universidade de Caxias do Sul (UCS). Doutor em Administração de Empresas pelo Université de Sherbrooke, Canadá.

Email: echdorion@gmail.com

RESUMO: A pesquisa realizada teve por objetivo identificar como os principais executivos dos hospitais de Caxias do Sul compreendem o conceito de Inteligência Competitiva (IC) e de que forma vislumbram a utilidade de sua aplicação no segmento hospitalar; além disso, a pesquisa teve o intuito de determinar como os hospitais estudados se preocupam em avaliar o ambiente de negócios e de que forma esta preocupação se concretiza em coleta e análise de informações para a tomada de decisão, com vistas a verificar se podem ser encontradas práticas de Inteligência Competitiva (IC), mesmo que intuitivas, nos locais pesquisados. Para tanto, partiu-se da definição de Inteligência Competitiva (IC) e de alguns termos relacionados, como monitoramento ambiental e vigília. A pesquisa teve caráter qualitativo exploratório, baseando-se na aplicação de entrevistas individuais em profundidade com os principais executivos de seis dos sete hospitais da cidade.

PALAVRAS-CHAVES: Gestão hospitalar. Inteligência competitiva. Inovação em gestão.

The introduction and applicability of the concept of competitive intelligence in hospitals of Caxias do Sul

ABSTRACT: This study aimed to identify how the CEOs of the hospitals of Caxias do Sul, Brazil, understand the concept of Competitive Intelligence (CI) and how they perceive its utility in the hospital segment. In addition, the study focused on determining how concerned these hospitals are about evaluating business environment and how they collect and analyze information for decision-making, and determining whether CI related activities, even intuitive ones, can be found on these companies. Methodology to achieve proposed goals has been based on qualitative research, exploratory type, with the application of in-depth interviews with the CEOs of six out of seven local hospitals.

KEY-WORDS: Hospital management. Competitive intelligence. Management innovation.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo de sua história, o sistema de saúde brasileiro, inserido no contexto mundial, passou por diferentes etapas, gestadas no cenário da evolução do país e apoiadas pelos conhecimentos e estruturas que foram construídos em cada momento político-social. Dessa forma, para que se possa analisar a realidade existente, torna-se necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo.

É a partir principalmente da segunda metade da década de 50 do século XX que viabiliza-se o crescimento de um complexo médico-hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários. Finalmente, em 1960, foi promulgada a lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, a qual unificou o regime geral da previdência social e se destinava a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e os servidores públicos e de autarquias que tivessem regimes próprios de previdência (POLIGNANO, 2001). De qualquer forma, o processo de unificação só avançou com o movimento revolucionário de 1964, que neste mesmo ano promoveu uma intervenção generalizada nos IAPs, e consolidou-se com a reforma previdenciária de 1967. Até então, a população não coberta pelo sistema previdenciário dos institutos valia-se de hospitais públicos, filantrópicos e alguns poucos hospitais lucrativos (RIBEIRO, 1993).

O hospital tem sido considerado a estrutura fundamental para a preservação da saúde e a cura das doenças. Nele atuam os médicos e demais profissionais da saúde, numa aparente harmonia de ações, propósitos e princípios. "Hospitais e médicos são considerados a base que alicerça a confiança no sistema, no atendimento e nos resultados obtidos a partir da tecnologia farta e dos modernos recursos terapêuticos" (BRANDT, 2008, p. XXIV). Porém, para Glouberman e Mintzberg (2001), esta 'harmonia' pode mesmo ser apenas aparente. Um hospital tem, na ótica destes autores, muitos tomadores de decisão com objetivos muitas vezes diferentes, o que torna a eficiência de sua gestão virtualmente impossível.

No que diz respeito ao porte, os hospitais são categorizados em hospitais de pequeno porte, com até 49 leitos; de médio porte, com 50 até 199 leitos; de grande porte, com 200 a 499 leitos; e de porte especial ou extra-hospital com 500 ou mais leitos (MINOTTO, 2002). Da afirmação que a saúde é um direito humano fundamental, consagrada na Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, decorre o reconhecimento do direito de cada ser humano de receber assistência para prevenir e tratar doenças e do dever de organização da sociedade para prestar essa assistência (ONU, 2009). Conciliar esse objetivo humanístico e a complexidade característica da instituição hospitalar com as exigências de gerenciamento dos recursos econômico-financeiros, que precisam ser cada vez maiores, mas que são extremamente finitos face às necessidades de saúde e bem estar, é o grande desafio a ser enfrentado pela administração dos sistemas de saúde e, mais diretamente, pela administração de cada hospital.

A implantação do SUS determinou também a criação de outros órgãos necessários ao seu funcionamento, especialmente, para que a referida descentralização se efetivasse por meio da municipalização da saúde (MULLER NETO, 1991). A municipalização baseia-se na criação de um Sistema Local de Saúde (SLS), com o qual se busca concretizar a universalização da cobertura e do acesso à saúde de maneira regionalizada. Para Mendes (1993), a criação de um SLS representa um modo de atender as demandas da população e contribui para a solução dos problemas de saúde das pessoas de determinado espaço territorial. Por suas características, o hospital é considerado uma empresa de grande complexidade, pois enfrenta os mesmos problemas das demais atividades econômicas, exigindo planejamento e gestão eficientes. No Brasil, os estudos sobre este tema iniciaram por volta de 1980, quando pesquisadores como Jouclas et al. (1980 apud SANTOS; TEIXEIRA, 2002) mostraram que a administração de hospitais é um dos principais problemas da área da saúde, e que a preocupação com a competência e a responsabilidade do administrador vem crescendo em diversos países.

A partir do objetivo geral, a pesquisa se estruturou para alcançar os seguintes objetivos específicos: a) verificar a importância atribuída pelos entrevistados aos movimentos das demais instituições hospitalares para a gestão dos próprios negócios; b) identificar as fontes e as técnicas de coleta de informações do ambiente externo e descrever mecanismos de inteligência competitiva eventualmente utilizados pelos hospitais; c) classificar o segmento hospitalar pesquisado quanto ao nível de maturidade em inteligência competitiva, de acordo com modelos propostos por Goodrich (1987) e por Rodrigues e Riccardi (2007); d) apontar alternativas para a utilização dos conceitos de inteligência competitiva nos hospitais pesquisados.

A pesquisa teve por objetivo identificar a percepção que os administradores dos hospitais de Caxias do Sul têm do conceito de inteligência competitiva e dos benefícios de sua aplicação no ambiente hospitalar, bem como da importância que por eles é dada para a captação sistemática e a aplicação de informações provenientes do contexto externo para a tomada de decisões em suas instituições. De acordo com o que foi exposto, percebeu-se como problema de pesquisa a importância de identificar como os hospitais

do município de Caxias do Sul atentam para o ambiente de negócios e utilizam as informações dele proveniente. Nesse sentido, buscou-se, mais especificamente, identificar como os administradores destes hospitais percebem o monitoramento das possibilidades e restrições apresentadas pelo contexto externo, como delas extraem informações para a tomada de decisão, e como utilizam, mesmo que incipientemente, mecanismos de inteligência competitiva.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

3 A INFORMAÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA PARA A ORGANIZAÇÃO

Segundo Rai (2004), a organização deve estar atenta ao seu ambiente para a tomada de decisão estratégica, de forma a garantir sua sobrevivência. Nesse contexto, as organizações assistem a uma revolução ambiental na qual se somam fatores de ordem mundial, como a globalização, a inovação tecnológica, a definição de novos ciclos de vida dos produtos e que culmina na explosão do que ficou conhecido como a era da informação.

A informação torna-se, um ativo de grande valor para as organizações. Pode-se dizer que a informação tem a capacidade de modificar ambientes competitivos antes considerados estáveis pelas grandes potências empresariais, o papel da informação nesse novo contexto é o de sustentar as decisões e tornar mais flexível o comportamento empresarial (BEZERRA, 2008). O sigilo é fundamental para o desenvolvimento do ciclo da informação na área tecnológica; para protegê-lo, existe o sistema de patentes, que resguarda as informações mais relevantes, de forma a favorecer o proprietário da tecnologia.

Porter (1986) foi um dos primeiros a indicar as fontes de informação que podem gerar vantagem competitiva: clientes, concorrência, fornecedores e fontes de desenvolvimento tecnológico. Ao elencar algumas das principais fontes de informação, o autor estabeleceu uma importante diferenciação. Segundo ele, considerando-se a origem, há dois tipos de informação: a) formal, oriunda de publicações da imprensa, bases de dados, artigos científicos, patentes, documentos da empresa; e b) informal, obtida em seminários, congressos, visitas a clientes, exposições, agências de publicidade, ou até mesmo de boatos sobre produtos, clientes e fornecedores.

Ampliando as considerações de Porter, outros pesquisadores apontam que os principais fatores do ambiente externo que afetam a tomada de decisão são a tecnologia, as condições políticas e regulatórias, e a demanda proveniente do consumidor e da competição (ELENKOV, 1997; GIMENO, 1999; CHANG; SINGH, 2000; CHOU, 2003; NAMASIVAYAM, 2004 apud MILLINER, 2006).

4 O CONCEITO DE INTELIGÊNCIA HUMANA APLICADO À ORGANIZAÇÃO

Em um primeiro momento, é importante compreender como o termo inteligência pode ser aplicado às organizações no mundo empresarial. O atributo inteligência é, primordialmente, uma característica própria dos seres vivos (KAMII, 1996; PISANI ET al., 1985). Procurando explicar como se desenvolve a inteligência no ser humano alguns teóricos vieram, ao longo do tempo, pesquisando sobre o assunto. Para a corrente Inatista as capacidades básicas de cada ser humano – entre elas a inteligência – já se encontrariam praticamente prontas por ocasião do nascimento, sofrendo pouca diferenciação qualitativa e quase nenhuma transformação ao longo da existência. A concepção ambientalista – atribuíram um imenso poder ao ambiente no desenvolvimento humano. Nessa ótica, o ser humano teria suas características desenvolvidas unicamente em função das condições do meio em que se encontra.

Assim sendo, fica viável pensar que uma empresa pode ter inteligência, especialmente quando se aceita que, de forma análoga a um ser humano em desenvolvimento, a empresa pode apresentar a capacidade de aprender e de atuar eficientemente sobre o meio na busca de soluções para novos problemas (GREENE, 1987; PISANI et al., 1985), lidando de forma adequada com os desafios da vida (LOPES; MENDES; FARIA, 2005) e construindo continuamente sua interação com o ambiente (DAVIS; OLIVEIRA, 1990).

5 INTELIGÊNCIA COMPETITIVA COMO UMA INOVAÇÃO EM GESTÃO

A inovação, como diz Schumpeter (1997), é o resultado da aplicação de invenções e do conhecimento acessível às organizações, motivadas pela busca de vantagens competitivas com impacto econômico. De acordo com o Manual de Oslo (1997), a inovação pode ocorrer em todos os setores da economia, incluindo os setores governamentais como o da saúde. Entretanto, como é mais comum se abordar as

inovações associadas a empresas comerciais, a inovação no Sistema de Saúde ainda é pouco explorada pelos governos e pelas organizações.

De qualquer forma, observa-se que a inovação na área de serviços de saúde é influenciada pelas fontes de recursos dos atores envolvidos, podendo ser de quatro tipos: de produtos ou serviços, de processo, de marketing e de gestão (BESSANT; TIDD, 2007). Apesar de a estratégia de inovação depender de decisões complexas e arriscadas, ela tem importância fundamental para a sobrevivência das organizações, pois pode impulsionar resultados, acelerar crescimento, garantir vantagem sobre a concorrência e agregar valor aos stakeholders (PORTER, 1990; DRUCKER, 1998).

Para Canongia et al. (2004), a gestão da inovação busca reunir mecanismos que incrementem a capacidade de inovar das organizações e, conseqüentemente, a capacidade competitiva. Para esse fim, surgem novas metodologias como a Inteligência Competitiva (IC) que, de acordo com estudiosos como Rodrigues e Riccardi (2007), pode ser utilizada para apoiar o desenvolvimento da inovação nas empresas. A metodologia de IC pode permitir o entendimento das referidas correlações e a interpretação de volumosas massas de dados provenientes de diferentes fontes de informação, sejam elas internas ou externas, formais ou informais (CANONGIA et al., 2004).

Para Kahaner (1998), a beleza da IC está na simplicidade de seu processo, ou de seu 'ciclo'. Conforme apresenta a Figura 1, o ciclo da IC é composto por apenas quatro fases: planejamento, coleta, análise e disseminação. Na fase de **planejamento**, a alta direção da organização decide-se sobre qual inteligência é necessária ao negócio, enquanto que os executores de IC definem os rumos a seguir para atender esta necessidade. A **coleta**, por sua vez, consiste da reunião de dados brutos, em sua grande maioria de domínio público, seguida de sua armazenagem em meio eletrônico, de forma a permitir tratamento posterior. Já a **análise** é geralmente considerada a fase mais desafiadora do ciclo, pois requer grandes habilidades para possibilitar a avaliação do material coletado, em busca de padrões e do descortinamento de diferentes cenários. Apesar de a análise ser baseada na realização de atividades lógicas, seus executores devem, por vezes, ser capazes de realizar pressuposições sobre futuros prováveis. Por fim, a **disseminação** envolve a comunicação dos produtos da inteligência, de forma a atender às solicitações iniciais. Nessa fase, os analistas sugerem possíveis rumos baseados em argumentações lógicas. Apesar de ser considerada a última fase, a disseminação pode também ser considerada a primeira, dada a tendência circular do processo (KAHANER, 1998; SAAYMAN et al., 2008).

Saayman et al. (2008) constatam ainda que, para que o ciclo aconteça de forma bem sucedida, a IC depende de dois fatores organizacionais: a estrutura, representada por políticas, procedimentos e outros recursos formais ou informais para que os funcionários possam contribuir efetivamente para o processo e possam dele se beneficiar; e a cultura de competitividade e a sensibilização para a IC. Obviamente, a IC por si só não resolve todas as demandas e anseios da comunidade empresarial; no entanto, ao ser aplicada como facilitadora da gestão da inovação, contribui para dar mais competitividade a um setor, bem como possibilita a troca de conhecimentos entre os profissionais e a sociedade (CANONGIA et al., 2004). Entretanto ainda existem muitas dificuldades relacionadas ao entendimento e a utilização da IC, também é importante frisar que os sistemas de IC são exclusivos para cada empresa, pois, como seus projetos baseiam-se nas necessidades particulares de informação, não é possível aplicar modelos previamente definidos (BATTAGLIA, 1999).

Segundo Goodrich (1987), os quatro tipos de monitoramento apresentados podem ser caracterizados da seguinte forma; a) Panorâmico Informal: corresponde à observação passiva do ambiente; b) Panorâmico Formal: requer mais atenção ao ambiente e postura mais ativa da organização; c) Focalizado Informal: atividade de procura direta que se estende até a localização da informação desejada e d) Focalizado Formal: é o mais complexo tipo de monitoramento que pode ser empregado por uma organização; além de localizar e de acompanhar sinais de interesse, também exige sofisticada capacidade de análise para o estabelecimento de padrões de comportamento para os sinais seguidos.

6 MÉTODO DE PESQUISA

A pesquisa desenvolvida pode ser classificada como de natureza social, pois objetivou a geração de novos conhecimentos no campo da realidade social – nos múltiplos aspectos relativos ao homem e à sua interação com a sociedade. Conforme classificação proposta por Gil (1999), Silva e Menezes (2001) e Richardson et al. (2002), esta pesquisa também pode ser classificada como aplicada, pois procurou construir conhecimentos para o enfrentamento de problemas que ocorrem no ambiente de negócios das instituições do segmento pesquisado.

Em relação aos objetivos, a pesquisa teve caráter exploratório e descritivo (MALHOTRA, 2001). Exploratório porque buscou a compreensão da realidade referente à coleta e ao tratamento de informações estratégicas no segmento hospitalar de Caxias do Sul, tendo em vista preencher lacunas de conhecimento na área. Por sua vez, teve caráter descritivo porque buscou a descrição do fenômeno, isto é, buscou descrever como os hospitais pesquisados se comportam em relação às informações do ambiente externo, que papel elas têm na tomada de decisões estratégicas e que práticas de coleta e tratamento dessas informações estão em uso nos hospitais, situando essas práticas no corpo conceitual da Inteligência Competitiva.

Quanto à forma de abordagem do problema, a pesquisa envolveu aspectos qualitativos, caracterizando-se, além disso, como um estudo de caso. Para alcançar os objetivos desta pesquisa foi utilizada a técnica da entrevista individual em profundidade, semi-estruturada, a qual foi complementada pela aplicação de um questionário que buscava ampliar a compreensão da percepção dos entrevistados sobre o assunto objeto de pesquisa.

Para preservar a confidencialidade das informações específicas de cada hospital, a identificação dos seis entrevistados foi codificada utilizando-se uma ordem definida de acordo com a data da realização das entrevistas; conseqüentemente, o primeiro entrevistado será designado por E1, o segundo por E2, e assim sucessivamente. Todos os entrevistados são graduados, sendo que dois deles possuem diploma de graduação em dois cursos superiores. Os entrevistados são graduados em Administração de Empresas, Administração Hospitalar, Direito, Enfermagem, Farmácia e Medicina. Cinco dos entrevistados (83%) são pós-graduados em nível de especialização, e dois deles são Mestres em Administração de Empresas (33%). Os cursos de especialização dos entrevistados foram realizados em Administração Hospitalar, Auditoria em Saúde, Gestão Empresarial, Gestão de Negócios Imobiliários e Saúde Pública.

Cinco dos seis entrevistados ocupam seus cargos há mais de cinco anos, sendo que um deles está há 21 anos exercendo suas funções. O outro entrevistado está há apenas um ano no cargo. Três dos entrevistados são Superintendentes de suas instituições, enquanto dois são Diretores Administrativos e um é Diretor Geral. Depois da realização das entrevistas, houve mudanças em duas das instituições pesquisadas, sendo indicados novos gestores para os respectivos hospitais. De forma a propiciar que se obtivessem informações úteis aos propósitos da pesquisa, optou-se por entrevistar os principais gestores dos hospitais estudados. Considerando o perfil dos entrevistados, procurou-se elaborar questões que pudessem ser respondidas em no máximo uma hora de entrevista, tempo este sugerido por Wolcott (1994) como ideal para garantir o aproveitamento e a consistência dos dados verbalizados.

O roteiro da entrevista foi desenvolvido tendo por base um questionário estruturado desenvolvido por Saayman et al. (2008) e empregado como instrumento de pesquisa quantitativa para explorar e validar os construtos teóricos de Inteligência Competitiva em empresas de exportação da África do Sul e de Flandres (região da Bélgica). O roteiro da entrevista semidirigida desenvolvido com o apoio do questionário está exposto no Apêndice A. Como forma de complementação à entrevista, também foi aplicado aos sujeitos da pesquisa o questionário de Saayman et al. (2008), que já havia servido de base para a elaboração da entrevista. Contudo, os resultados obtidos não foram trabalhados estatisticamente em virtude do número de entrevistados.

O questionário constituiu-se de 38 proposições relativas à IC, a serem respondidas em uma escala Likert de cinco pontos. Assim, em cada uma delas, o respondente indica seu grau de concordância ou de discordância com as proposições. Adicionalmente, é formulado um número limitado de questões gerais destinadas a caracterizar a organização pesquisada.

As questões relativas à IC constantes desse questionário foram baseadas em construtos teóricos e em resultados preliminares de pesquisas anteriores realizadas por Calof e Dishman (2002 apud Saayman et al., 2008) e Viviers et al. (2002 apud Saayman et al., 2008). Além de apresentar questões sobre o processo de IC, o questionário tem também questões relacionadas ao contexto que envolve a IC, especialmente para identificar se há cultura de competitividade e sensibilização para IC na organização, o que foi de particular interesse para esta pesquisa com os hospitais de Caxias do Sul. O questionário foi traduzido da língua inglesa pelo pesquisador. Sua aplicação foi precedida pela apresentação de definições de IC e de TI, no intuito de reforçar os conceitos expostos aos respondentes.

As respostas obtidas nas entrevistas foram gravadas, mediante autorização dos entrevistados, e após foram transcritas literalmente pelo pesquisador, buscando criar condições para aprofundamento da análise. A partir disso, foram organizadas unidades de análise ou unidades de registro, que, conforme Moraes (1994), se constituem em fragmentos de conteúdo com unidades de significado a serem posteriormente categorizados. De posse das unidades de análise foi feita a categorização, utilizando-se um processo denominado "comparação constante das unidades" conforme sugerido por Lincoln e Guba (1985 apud MORAES, 1994), considerando que as categorias não estavam definidas a priori, mas emergiram da

própria análise do conteúdo das questões da entrevista, em confronto com a teoria adotada. Também tiveram importante papel na elaboração das categorias os construtos teóricos que haviam embasado a formulação das perguntas utilizadas no questionário elaborado por Saayman et al. (2008).

Considerando os objetivos desta pesquisa, foram organizadas as categorias explicitadas a seguir, e que, em síntese, buscaram identificar/descrever: se os entrevistados consideram que o segmento hospitalar é competitivo; que importância atribuem ao acompanhamento dos movimentos de outros hospitais; qual a compreensão que têm do conceito de IC; como aplicam os princípios de IC nos hospitais que administram; que fontes utilizam para coleta de informações do ambiente externo; como percebem a disponibilidade de TI nos hospitais; como lidam com as exigências de controle interno e com as necessidades de IC; e, finalmente, como percebem a gestão hospitalar e as possibilidades de inovação. Com o questionário foi entregue ainda uma carta de apresentação ressaltando o sigilo no tratamento e na divulgação das informações coletadas, a finalidade da pesquisa e os objetivos gerais do estudo. Posteriormente, o questionário também auxiliou a criação das unidades de análise de conteúdo.

7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para que se pudesse determinar a importância da utilização da IC para as instituições hospitalares, primeiramente foi necessário investigar se os entrevistados consideram que o segmento hospitalar é competitivo. Na análise da percepção que os entrevistados têm sobre a existência de competição entre hospitais, é importante separar os hospitais pesquisados em dois grupos: aqueles que prestam serviços exclusivamente ao SUS ou o têm como principal financiador dos seus serviços; e os que não são credenciados ao SUS ou não o têm como principal financiador de seus serviços.

Para os hospitais que prestam serviços exclusivamente ao SUS ou o têm como principal financiador dos seus serviços, o segmento hospitalar não foi reconhecido como competitivo, o que, portanto, não configuraria concorrência entre determinados hospitais. O E1 não considera competitivo, por causa da característica do hospital, por ser um hospital que atende 100% SUS não possui muita competitividade com os demais. O E6 considera que não trabalham com concorrência, pois possuem um contrato de prestação de serviço que a entidade é uma entidade privada que exerce uma função de prestadora para o SUS. A inexistência de competitividade foi também associada ao nível de desenvolvimento do município de Caxias do Sul, tido como capaz de atrair pacientes de outras partes do Estado do Rio Grande do Sul, favorecendo a ocupação dos hospitais locais credenciados ao SUS. O E1 diz que a competitividade não existe de forma alguma. O que existe é Caxias cada vez mais se salientando no estado. O que acaba, de certa forma, canalizando pacientes de todo estado para Caxias do Sul. Sendo assim Caxias e o Hospital está virando um pólo estadual de saúde.

Este depoimento vem em consonância ao destaque dado a Caxias do Sul em levantamentos como o do IDESE, realizado pela FEE (RIO GRANDE DO SUL, 2009). No referido indicador, conforme descrito anteriormente, o município é apontado como o mais desenvolvido do estado do Rio Grande do Sul nos seis últimos levantamentos. Nesse caso, a instituição hospitalar credenciada ao SUS não disputaria clientes com outras instituições do ramo, uma vez que receberia a clientela para atendimento, dentro de uma estratégia de direcionamento estabelecida pelos órgãos gestores da saúde pública para uma cidade que tem a gestão plena em saúde.

Ainda segundo o E1 esses hospitais não buscam cliente, o cliente vem até eles. O estado juntamente com o município, determina qual serviço vai para qual hospital, sendo assim não existe competição, existe um pensamento estratégico o hospital atende naquilo que é mais focado. O E6 fala que o hospital ficou estrategicamente dentro do estado num ponto que atende todos esses 270 municípios. O município manda tudo para eles e eles possuem um contrato específico, casos de Caxias vão direto para lá. Como pode ser percebido, a estratégia dos gestores da saúde pública foi citada nos dois depoimentos; no caso do hospital administrado por E6, pode-se até supor que desta estratégia derive a orientação estratégica do próprio hospital de manter o monopólio dos atendimentos na região.

Foi citado, ainda, que o estabelecimento de concorrência entre hospitais que prestam serviços ao SUS poderia prejudicá-los. E1 cita que vê frequentemente hospitais tentarem concorrência um com o outro e estes acabam sendo prejudicados. Ele dá o exemplo que algum tempo atrás, quando surgiu a tomografia, alguns hospitais de uma mesma cidade extremamente pequena colocavam dois tomógrafos, e acabavam brigando e concorrendo e muitas vezes acabavam os dois falindo.

Os hospitais credenciados ao SUS podem encontrar grandes dificuldades para obter resultados que permitam o reinvestimento no negócio. E1 cita que a missão é que o serviço se pague, que se sobrar

uma margenzinha para reinvestir tudo bem, porém no SUS quase não existem margens. Só os serviços de alta complexidade são remunerados de uma maneira um pouquinho diferente, mas em média, eles praticamente empatam ou perdem. É importante referir ainda que no caso do hospital psiquiátrico, uma determinação governamental vinculada ao movimento antimanicomial impede a existência de concorrência em Caxias do Sul. O E6 explica que o seu hospital não possui concorrência, saiu uma portaria proibindo a abertura de novos hospitais psiquiátricos. O objetivo do governo é ter um programa antimanicomial, que é o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos. Porém a necessidade apresentou outra realidade, não para trabalhar sem hospital.

Por outro lado, a redução de leitos destinados ao SUS ocorrida em 2004, fez com que o hospital psiquiátrico também buscasse credenciamento a convênios privados como fonte de receita. Isso implicou a disputa pelo mercado com clínicas do ramo. E6 explica que como não abriu mais hospitais, foram abertas algumas clínicas dentro de outros hospitais. Mas não com o intuito hospitalar. Então essas clínicas passam, perante não o SUS, mas convênios, a exercer uma concorrência, que o hospital também tem esse serviço para prestar perante os convênios.

Já para o grupo de hospitais que não são credenciados ao SUS ou que não o têm como o principal financiador, ficou evidenciada a percepção da existência de concorrência pelo mercado. Nesse sentido, estes hospitais podem ser parte de uma engrenagem movimentada primeiramente por operadoras de planos de assistência à saúde. Cria-se, assim, um 'raciocínio de empresa': o hospital acompanha os movimentos da operadora de planos de saúde de sua instituição, e a concorrência se estabelece entre as operadoras.

E5 explica que, para ele Caxias é atípico em relação à área da saúde, pois possui três hospitais que têm planos de saúde próprios, e são hospitais que têm as estratégias voltadas para o seu plano de saúde, ou seja, o marketing está muito mais voltado para o plano de saúde do que para o hospital, porque quem alimenta o hospital são os usuários dos planos. O plano de saúde do hospital do E3 aumentou o número de atendimentos no hospital, porém o melhor para a empresa era aumentar o número de empresas que contratassem o plano de saúde. Pois pensando pelo raciocínio econômico quanto mais empresas tiver e menos atendimentos melhor. O principal no raciocínio de empresa, de investimento, era trabalhar com um maior número de empresas. Então o Hospital fez um planejamento de crescimento, e inclusive abrangeram áreas como Flores da Cunha, São Marcos e Farroupilha.

Para o E4 como a instituição também tem um plano de saúde, precisa fazer com que o seu hospital trabalhe para ele prioritariamente. Para eles a relação do hospital com o plano é de fornecedor, cliente-fornecedor. E5 cita que eles são um hospital filantrópico, prestador de serviço para uma operadora privada, e que 98% da demanda do hospital vem dessa operadora. Sendo assim a estratégia maior é tomada em conjunto com quem mais alimenta esta instituição. O E3 cita que o seu hospital concorre com a "Operadora X", porque tem um hospital, e com os planos de saúde que têm acidente de trabalho. O Hospital dessa operadora é o maior tomador de serviços e preocupa como competição. O E4 explica que para a sua instituição pode-se falar em segmento competitivo principalmente com a "Operadora X" Então, na verdade, hoje o hospital encontra-se em um mercado competitivo, e seu principal concorrente é o Hospital da "Operadora X" E5 acredita que não dá pra trabalhar hospital isolado da operadora. Com certeza tem Hospitais, assim como são competitivos no plano de saúde. Então é uma competição pra se manter no mercado enquanto hospital e enquanto operadora. Para o E2 eles Competem com os outros hospitais da cidade de Caxias do Sul, e na região com o Hospital Tacchini [de Bento Gonçalves]. A disputa é pelo mercado em geral, uma vez que todos fazem a mesma coisa.

No depoimento de E5 identifica-se a percepção de que a busca de vantagens competitivas pode estar atrelada, inclusive, à permanência da instituição hospitalar no mercado ou, dito de outra forma, à sua sobrevivência. Isso vem ao encontro das opiniões de Cecotosti (2005), para o qual, como qualquer empresa, o hospital precisa de retorno para sobreviver em seu ambiente, e de Bittar (1996), que afirma que os hospitais privados é que, em geral, despertaram para a necessidade de atualizar conceitos de gestão e, com isso, têm avançado nas práticas para se manterem no mercado. Afinal de contas, Kotler e Fox (2000) são contundentes ao afirmar que, para sobreviver, as organizações não mais podem confiar em suas práticas antigas de gestão. Começa a se desenhar aqui a importância que as instituições deste segmento devem dar para o ambiente de negócios (RAI, 2004) e para a busca de inovações (KOTLER; FOX, 2000), busca essa que, mesmo envolvendo decisões complexas e arriscadas, é fundamental para a sobrevivência, conforme destacado anteriormente nas opiniões de Porter (1990) e Drucker (1998).

A observação de E2 reforça a importância de diferenciação entre os hospitais, "uma vez que todos fazem a mesma coisa". Isso confirma a percepção de Cecotosti (2005) de que é fundamental que uma

organização encontre seu nicho de atuação. Conforme Minotto (2002), a estratégia em um ambiente de competitividade é a busca deliberada de um plano de ação para desenvolver um diferencial e ajustar uma vantagem competitiva da empresa, que pode ser de preço, funções, utilização de tempo, localização, ou a própria percepção do cliente em relação ao produto ou serviço prestado. Como os hospitais dependem das operadoras de planos de saúde, eles precisam, inclusive, aliar-se à concorrência para ocupar seus leitos e viabilizar seus custos. Segundo E4 o hospital se relaciona com outros planos também, ele é livre-atorador, tem que ir buscar negócio.

Os itens referentes ao contexto de IC, determinado pela cultura da competitividade e pela sensibilização das organizações para o assunto, apresentaram quatro médias com valores iguais ou superiores a 1,00 e mais três médias com valor igual a 0,83. Essas médias referem-se a questões que buscam conhecer o grau de importância atribuída à IC e à criação de condições prévias para a instalação de um processo de IC, entre elas o envolvimento da alta direção, a organização de inventários de informações e de conhecimentos internos e o encorajamento ao compartilhamento dessas informações. Entretanto, à medida que as questões vão se encaminhando para aspectos operacionais destinados à sensibilização para o processo e à disseminação de uma cultura de IC, as médias vão baixando, até chegar a -0,33.

Já para as proposições sobre o processo de IC, apresentadas à direita do quadro, a maior média das respostas foi a do item 38, que se refere à utilização dos resultados das entrevistas de desligamento ou de seleção para um suposto sistema de IC, seguida da atingida pelo item 41, referente à avaliação de confiabilidade das fontes de informação utilizadas. O primeiro desses itens obteve peso médio 1,00 e o segundo 0,83, o que aponta para a concordância apenas parcial dos respondentes. As demais proposições obtiveram médias próximas a zero ou negativas, o que pode indicar que não há, ainda, ações na direção da implantação formal de um sistema de IC.

Nas duas dimensões analisadas, contexto de IC e processo de IC, as maiores discordâncias, representadas pelas médias negativas no quadro, estiveram relacionadas a proposições sobre os treinamentos para os funcionários (itens 16 e 37), a compreensão dos funcionários sobre IC (item 7) e a produção de relatórios sobre tecnologias de interesse (item 25). De qualquer forma, na média geral, o valor encontrado para os itens do contexto de IC foi ligeiramente superior ao valor dos itens referentes ao processo de IC. Isso pode indicar que, apesar da percepção da importância da IC por parte dos administradores, há ainda um espaço significativo a ser percorrido em direção à sensibilização e ao envolvimento de todos os integrantes dos hospitais por eles gerenciados em um processo de IC e, mais ainda, em direção à efetiva implantação desse processo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo presente o conjunto de categorias examinadas, e com base no modelo teórico proposto por Goodrich (1987) sobre quatro possíveis tipos de monitoramento do ambiente de negócios, selecionado para identificar o nível de maturidade em inteligência competitiva alcançado pelo segmento hospitalar pesquisado, pode-se afirmar que os hospitais estudados nesta pesquisa ainda permanecem em um monitoramento dito "Panorâmico Informal". Esse tipo de monitoramento se caracteriza pela observação passiva do ambiente, pouco esforço sistematizado e poucos critérios para selecionar fontes de informação, fazendo com que o sucesso da observação dependa, determinantemente, da capacidade das pessoas envolvidas, e não necessariamente de uma estrutura desenvolvida pela instituição.

Em relação ao modelo teórico proposto por Rodrigues e Riccardi (2007), que aponta cinco níveis possíveis de maturidade de IC em organizações, também selecionado para classificar o segmento hospitalar quanto ao nível de maturidade em IC, pode-se perceber que nos hospitais estudados não há elementos de IC definidos, exceto a infraestrutura de TI, a qual serve genericamente às necessidades das instituições. Mesmo assim, foi citado que este fator ainda apresenta lacunas, gerando dificuldades no processamento de informações. Assim, eventuais processos de IC são informais e mostram-se dispersos e independentes, podendo ser realizados de forma diferente por cada pessoa.

A atividade que mais se aproxima do conceito de IC no segmento estudado é a de benchmarking, realizada com frequência pelas instituições hospitalares na busca das melhores práticas. Mesmo assim, o enfoque nestes casos é sobre o que já está acontecendo no ambiente, e não sobre o que pode vir a acontecer, o que denotaria a característica estratégica e de inovação da IC. No que diz respeito às exigências de infraestrutura apresentadas por um sistema de IC e dificuldades de modernização das ferramentas de tecnologia de informação, esse fator precisa ser considerado pelas instituições que desejarem ampliar suas atividades de IC. O crescimento da IC está em muito associado ao desenvolvimento de ferramentas

eficazes de TI, uma vez que há necessidade de trabalhar com base em informações confiáveis, de forma, inclusive, a apoiar seus processos operacionais e gerenciais e de obter vantagem competitiva, conforme apontado por Borba et al. (2003). Essa preocupação foi identificada na análise das entrevistas e questionários respondidos pelos administradores dos hospitais pesquisados, especialmente no que diz respeito à melhoria e à integração dos sistemas de TI (em especial manifestada pelos entrevistados E1, E2, E3 e E4), tidas como fundamentais para o crescimento das instituições. Como a TI foi apontada como deficitária (em especial por E1), pode-se inferir que a IC também tenha dificuldades para se estabelecer no segmento.

Além disso, ficou evidenciado que nas organizações estudadas, frequentemente, a infraestrutura de TI não acompanha o desejo de inovação. O desalinhamento da estratégia de TI é, conforme referem Prahalad e Krishnan (1999), em geral, um empecilho para a implementação de mudanças no negócio. Entretanto, essa dificuldade não é exclusiva dos hospitais, pois atinge grande número de outras empresas que, conforme Rodrigues e Riccardi (2007), apesar dos investimentos feitos nos recursos de TI, ainda percebem grande necessidade de integrar sistemas e de caracterizar melhor o fator humano nas organizações. Isso vem ao encontro das manifestações dos entrevistados, ao referirem preocupação com as ferramentas que fazem com que os recursos internos dos hospitais possam ser mais conhecidos e aproveitados.

Finalmente, em relação às dificuldades de desenvolvimento de um processo continuado de IC diante do reduzido retorno financeiro de instituições que atuam na área da saúde, é importante que se busquem alternativas eficientes para esse problema. Tendo em vista que os hospitais estudados têm, por via de regra, dificuldades para interferir nos preços, e lembrando que, nesse cenário, conforme destaca com propriedade um dos entrevistados (E4), o controle dos custos é fator determinante para a obtenção de lucro, a aplicação dos mecanismos de IC também pode mostrar-se útil para esses hospitais. De acordo com Prescott (2002), um sistema de IC agrega valor por possibilitar que a instituição conheça as iniciativas da concorrência que podem afetar sua participação no mercado, os preços praticados e o lucro possível. Além disso, Fontana (2004) considera que um dos grandes benefícios da IC é que ela tem a capacidade de aprimorar o processo decisório da empresa, transformando-o de uma atividade intuitiva para um processo analítico.

O tema proposto para esta pesquisa é importante e oportuno, justificando-se pelas lacunas de conhecimento e de práticas que tenham por objeto a construção de sistemas de inteligência competitiva em instituições hospitalares. A realização da pesquisa permitiu ao seu autor, de um lado, a constatação da precariedade da literatura para fundamentar uma análise consistente, por se referir a uma área do conhecimento relativamente nova e pela limitação de estudos específicos sobre IC em instituições hospitalares; de outro lado, também possibilitou o contato com a riqueza do universo da gestão hospitalar em instituições de Caxias do Sul, de forma a perceber os grandes avanços nessa área, resultantes da profissionalização e da dedicação dos gestores. Dessa forma, o que se apresentava inicialmente como uma restrição, constituiu-se em oportunidade de definição de alguns princípios gerais a partir de dicotomias identificadas na gestão do processo.

Todos os administradores participantes da pesquisa manifestaram perceber a importância da inteligência competitiva, ficando evidenciada, contudo, por meio da análise das respostas dos entrevistados, a presença de condições bastante incipientes para a instalação de um processo de IC nos hospitais pesquisados. Ao longo da pesquisa apresentaram-se algumas limitações, destacando-se principalmente a não participação do Hospital da Unimed na população objeto; outra limitação foi a dificuldade na obtenção de dados de alguns hospitais, dificultando a caracterização dessas instituições e do conjunto de hospitais pesquisados. Com relação à possibilidade de desenvolvimento de pesquisas futuras, o escopo da investigação limitou-se ao Município de Caxias do Sul. No entanto, o mesmo estudo pode ser realizado com instituições de outros municípios e algumas conclusões ser generalizadas para outros hospitais, em vista das categorias de análise elaboradas, dos modelos de classificação do nível de maturidade para IC utilizados e dos princípios propostos para implantação de um processo de IC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATTAGLIA, M.G.B. A inteligência competitiva modelando o sistema de informação de clientes – Finep. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 29, n. 2, p. 200-214, mai./ago. 1999.
- BESSANT, J.; TIDD, J. *Innovation and entrepreneurship*. Chichester, West Sussex, Inglaterra: John Wiley & Sons, 2007.
- BEZERRA, F.A. *Variáveis que interferem na definição e na abrangência da controladoria*. Produção

- Científica Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.oswaldocruz.br/download/artigos/social7.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2008.
- BITTAR, O.J.N.V. Metodologia para avaliação da produtividade em hospitais. **Revista Mundo da Saúde**, São Paulo: Fundação Social Camiliana, v. 20, n. 7, p.238-242, ago. 1996.
- BORBA, G.S.; CUNHA, A.K.M.; SORDI, D.R.; BORGES, M.V. Saúde integrada? Um estudo exploratório obre o uso de sistemas integrados de gestão (ERP) nos hospitais gaúchos. **Anais do 27º ENANPAD**, Atibaia, São Paulo, set. 2003.
- BRANDT, R.A. Relações entre médico e Hospitais. In: SILVA, H. M. S.; KAEMMERER, A.; SCHOUT, R. A. **Gestão do Corpo Clínico: Experiências dos Hospitais da ANAHP**. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.
- CALOF, J. Increasing your CIQ: the competitive intelligence edge. *EcDevJournal*, ed.1998. Disponível em <<http://www.ecdevjournal.com/>>. Acesso em: 03 fev. 2009.
- CANONGIA, C; PEREIRA, M.N.F.; MENDES, C.S.; ANTUNES, A. Mapeamento de inteligência competitiva (IC) e de gestão do conhecimento (GC) no setor saúde. **Encontros Bibli: Revista Eletrônica Biblioteconomia e Ciência da Informação**, UFSC, ed. esp., 1º sem. 2004. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/293/344>. Acessado em: 02 jun. 2008.
- CHANG, S.J.; SINGH, H. Corporate and industry effects on business unit competitive position. **Strategic Management Journal**, v.21, p.739-752, 2000.
- CHOU, W. The growing role of IT in transportation. **IT Pro**, p.5-6, dez., 2003.
- DAVIS, C.; OLIVEIRA, Z. R. **Psicologia na Educação**. p.27-37. São Paulo: Cortez, 1990.
- DRUCKER, P. F. **Inovação e espírito empreendedor (entrepreneurship): prática e princípios**. 6.ed. São Paulo: Pioneira, 1998.
- ELENKOV, D.S. Strategic uncertainty and environmental scanning: the case for institutional influences on scanning behaviour. **Strategic Management Journal**, v.18, n.4, p.287-302, 1997.
- FONTANA, E.W. **Inteligência competitiva apoiando o processo de internacionalização de empresas brasileiras: contribuição para os pequenos negócios exportadores de madeira**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Sistemas de Gestão da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2004.
- FREITAS, H.; LESCA, H. Competitividade empresarial na era da informação. **Revista de Administração da USP**, v. 27, n. 3, p. 92-102, jul./set. 1992.
- GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- _____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GIMENO, J. Reciprocal threats in multi-market rivalry: staking out 'spheres of influence' in the U.S. airline industry. **Strategic Management Journal**, v.20, p.101-128, 1999.
- GLOUBERMAN, S.; MINTZBERG, H. Managing the care of health and the cure of disease. **Health Care Management Review**, n.26, p.56-84, 2001.
- GOODRICH, R.S. Monitoração do ambiente externo: uma necessidade para as organizações tecnológicas. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, v.27, n.1, p.5-10, jan./mar. 1987.
- GREENE, J. **Pensamento e linguagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- KAHANER, L. **Competitive intelligence: how to gather, analyze, and use information to move your business to the top**. New York: Touchstone Books, 1998.
- KAMII, C. **A teoria de Piaget e a educação pré-escolar**. 2.ed. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.
- KOTLER, P.; FOX, K.F.A. **Administração de marketing**. 10.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.
- LOPES, K.R.; MENDES, R.P.; FARIA, V.L.B. (Orgs.). **Livro de estudo: Módulo II**. Brasília: MEC. 72p. Coleção PROINFANTIL, Unidade 1. Secretaria de Educação Básica. Secretaria de Educação a Distância, 2005.
- MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de Marketing**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MANUAL DE OSLO. **Diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação**. 3.ed. OECD/Eurostat, 1997.
- MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.
- MILLINER, L.A. **Systems thinking and strategic decision-making: a consideration of chaos theory**. Master of Philosophy Thesis. Griffith Business School. Brisbane, 2006.
- MINOTTO, R. **A estratégia em organizações hospitalares**. 2.ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

- MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MORAES, R. Análise de Conteúdo. In: ENGENS, M. E. (org). **Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.
- MULLER NETO, J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Revista Saúde em Debate**, n. 31, p. 54-66, 1991.
- OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 1997.
- ONU. Organização das Nações Unidas. Nações Unidas no Brasil. **Declaração dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php>. Acesso em: 22 jul. 2009.
- PISANI, E.M.; BISI, P.G; RIZZON, L.A.; NICOLETTO, UGO. **Psicologia Geral**. 5.ed. Caxias do Sul/Porto Alegre: EDUCS/Vozes, 1985.
- POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Biblioteca Virtual. Internato Rural. Faculdade de Medicina da UFMG. 2001. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2009.
- PORTER, M.E. **The competitive advantage of nations**. London. p. 73-93. Mc Millan, 1990.
- _____. **Estratégia competitiva**: técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1986.
- _____. TEISBERG, E.O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- PRAHALAD, C. K. KRISHNAM, M.S. The new meaning of quality in the information age. **Harvard Business Review**, v. 77, n. 5, p. 109-118, set. 1999.
- PRESCOTT, J. E. **Inteligência competitiva na prática**: técnicas e práticas bem-sucedidas para conquistar mercados. Rio de Janeiro: Campus, 2002.
- RAI, N. **Environmental scanning in high velocity environment**, 2004. Disponível em: <<http://www.iimahd.ernet.in/publications/data/2004-05-04nrai.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2008.
- RIBEIRO, H. P. **O hospital**: história e crise. São Paulo: Cortez, 1993.
- RICHARDSON, R. J.; outros autores. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 2002.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Planejamento e Gestão. FEE – Fundação de Economia e Estatística. **Resumo Estatístico RS – Municípios**. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?municipio=Caxas+do+Sul>. Acesso em: 02 jun. 2008.
- _____. Secretaria do Planejamento e Gestão. FEE – Fundação de Economia e Estatística. **Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE)**. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_idese.php>. Acesso em: 20 jul. 2009.
- RODRIGUES, L.C.; FERNANDEZ, M.J. Alinhamento estratégico da tecnologia de informação e inteligência competitiva. **Revista Gestão Industrial**, Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, v. 2, n. 1, p. 131-146, jan.-mar. 2006.
- _____. RICCARDI, R. **Inteligência Competitiva**: nos negócios e nas organizações. Maringá: Unicorpore, 2007.
- SAAYMAN, A.; PIENAAR, J.; PELSMACKER, P.; VIVIERS, W.; CUYVERS, L.; MULLER, M.; JEGERS, M. Competitive intelligence: construct exploration, validation and equivalence. In: **Aslib Proceedings**: v.60, n.4, 2008, p.383-411.
- SANTOS, E.M.; TEIXEIRA, R.M. Gestão de recursos humanos em hospitais de Aracaju. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, v. 9, n. 4, out./dez. 2002.
- SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico**: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e ciclo econômico; tradução de Maria Sílvia Possas. São Paulo: Nova Cultural, 1997.
- SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.
- WOLCOTT, H.F. **Transforming qualitative data**: description, analysis, and interpretation. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.