



REPOSICIONAMENTO ESTRATÉGICO COM FOCO EM TURISMO EM SAÚDE¹

REPOSITIONING WITH STRATEGIC FOCUS ON HEALTH TOURISM

DESPLAZAMIENTO CON ENFOQUE ESTRATÉGICO DE TURISMO DE SALUD

DUSAN SCHREIBER
FEEVALE
dusan@feevale.br

KELINE LEÃO
FEEVALE
kelineleao@yahoo.com.br

RESUMO

O turismo em saúde, apesar de considerado um fenômeno recente no Brasil, representa uma oportunidade de expansão ímpar para as instituições de saúde que possuem instalações, recursos humanos e tecnologia de excelência. O presente trabalho visa desenvolver reflexão acerca deste novo nicho de mercado à luz de vertentes teóricas que versam acerca da concepção estratégica nas organizações. Com o propósito de subsidiar a referida análise foi conduzido o estudo multicaso em três instituições de saúde, de Porto Alegre, região sul do país. As evidências confirmaram o reposicionamento estratégico das organizações, decorrente da análise de variáveis ambientais internas e externas.

PALAVRAS-CHAVE: Reposicionamento estratégico; turismo em saúde; estudo multicaso.

ABSTRACT

Tourism in health, although considered a recent phenomenon in Brazil, represents a unique opportunity to expand into health care institutions which have facilities, human resources and technology excellence. This work aims to develop reflection of this new market niche in the light of theoretical perspectives that deal about the strategic design in organizations. For the purpose of this analysis support the multi case study was conducted in three health institutions in Porto Alegre, southern Brazil. The evidence confirmed the strategic repositioning of organizations, from the analysis of internal and external environmental variables.

KEYWORDS: Strategic repositioning; health tourism; multicase study.

RESUMEN

El turismo en la salud, aunque considerado un fenómeno reciente en Brasil, representa una oportunidad única para expandirse en las instituciones de salud que cuentan con instalaciones, recursos humanos y tecnología de excelencia. Este trabajo tiene como objetivo desarrollar la reflexión de este nuevo nicho de mercado a la luz de las perspectivas teóricas que tratan sobre el diseño estratégico en las organizaciones. A los efectos de este apoyo el análisis se llevó a cabo el estudio de casos múltiples en tres instituciones de salud de Porto Alegre, en el sur de Brasil. La evidencia confirmó el reposicionamiento estratégico de las organizaciones, a partir del análisis de las variables ambientales internos y externos. Palavras-chave:

¹ Submetido em 22 de dezembro de 2013. Aceito em 05 de maio de 2014. O artigo foi avaliado segundo o processo de duplo anonimato e avaliado pelos editores. Editores responsáveis: Márcio Augusto Gonçalves e Lucas Maia dos Santos. Reprodução parcial ou total e trabalhos derivativos permitidos com a citação apropriada da fonte.



PALABRAS-CLAVE: Reposicionamiento estratégico, el turismo de salud, el estudio multicaso.

INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas o mundo passou por diversas transformações, dentre as quais se destacaram as de cunho social, econômico e tecnológico. O fenômeno de globalização, que se consolidou como modelo predominante, a partir dos anos noventa do século passado, contribuiu para o rompimento de fronteiras entre os países, respaldando as mudanças nas estruturas sociais subjacentes à constituição da grande maioria dos países. A dicotomia de formas sociais foi acompanhada por níveis diferenciados de desenvolvimento econômico e tecnológico, decorrentes de fatores políticos e demográficos, entre outros, que contribuíram para o surgimento de oportunidades para os agentes econômicos, em nível global (ORTIZ, 2003).

Um dos segmentos econômicos mais recentes e, também, mais polêmicos, a ser submetido às regras de mercado, é o setor de saúde. Tradicionalmente equiparado ao sacerdócio, pelo caráter social, o segmento de saúde, em especial em instituições públicas, sempre foi refratário a quaisquer formas de monetarização dos serviços e, também ou conseqüentemente, à adoção de métodos e técnicas mais avançadas de gestão. Mesmo nas instituições privadas de saúde foi possível perceber que a resistência, mesmo que velada, sempre existia, notadamente por profissionais diretamente vinculados à área operacional, como médicos e enfermeiros (BORMAN, 2004; BURKETT, 2007; HEALY, 2009; OTLEY, 2007).

No entanto o fenômeno de globalização e a sucessão de crises econômicas e financeiras, que ao longo das últimas décadas marcaram e abalaram as estruturas sociais e econômicas, da maioria dos países, em especial dos mais desenvolvidos, contribuíram para a revisão de conceitos e formas de interpretar a realidade circundante. As organizações de diversos setores, e governos, entre outros, passaram a interpretar o contexto de forma diferente, visando desenvolver as competências e capacidades necessárias para se adaptar a esta nova realidade, respaldando o surgimento de novas oportunidades de negócios em saúde (SPASOJEVIĆ & ŠUŠIĆ, 2010; HOROWITZ; ROSENSWEIG & JONES, 2007). A introdução de novos métodos de gestão, que resultou em diferença de preços cobrados pelos serviços oferecidos entre os hospitais de diferentes países, mesmo com porte, estrutura e status similares (CORTEZ, 2008; DELOITTE, 2008; FREIRE, 2012) suscitou o surgimento do nicho de turismo em saúde (DELOITTE, 2008).

O destino da maioria dos pacientes foi principalmente a Índia, Tailândia, Hungria e África do Sul, onde diversas instituições de saúde, de capital privado, com instalações modernas e equipes altamente capacitadas se especializam em atendimento a estrangeiros. No entanto diversos outros países, como, por exemplo, o Brasil, tem manifestado interesse em participar deste novo trade turístico, estimulando as instituições de saúde a se adaptarem aos pré-requisitos exigidos por este público, que além do preço consideram, também, a qualidade das instalações, dos equipamentos e expertise da equipe médica (OTLEY, 2007).

Com o propósito de contribuir para o debate sobre o referido tema, foi conduzido o estudo multicaso, em três instituições de ensino de renome, de Porto Alegre, que estão engajadas no processo de constituição do cluster de turismo em saúde da região sul. O objetivo



norteador da pesquisa foi o de descrever o processo de adaptação e adequação do ambiente interno para o desafio do turismo em saúde, à luz de vertentes teóricas que versam sobre a concepção de estratégia organizacional. Apesar da complexidade do tema o processo de concepção estratégica denota algumas características comuns para grande maioria das organizações, com destaque para a identificação e análise de variáveis ambientais externas e internas e a definição da direção desejada pelos formadores de opinião na organização. Desta forma foi possível realizar a análise do processo de adaptação das quatro organizações estudadas, ao novo contexto, decorrente da decisão de ingressar no segmento de turismo em saúde.

Em alinhamento com os objetivos da pesquisa os autores optaram pela abordagem qualitativa, por meio de entrevistas em profundidade com os principais executivos das quatro instituições, responsáveis pela condução do projeto de turismo em saúde. Para a coleta de evidências, de natureza discursiva, os autores escolheram a análise de narrativas, pela aderência aos objetivos e a abordagem da pesquisa.

O trabalho inicia com a revisão teórica do turismo em saúde, com o propósito de verificar a produção literária sobre o tema em tela, até o presente momento, contribuindo, desta forma para a construção da lente teórica para interpretar a realidade deste mercado. Na sequência são apresentados os conceitos acerca da estratégia organizacional, com o intuito de completar o quadro teórico, que norteou o desenvolvimento da pesquisa.

A contextualização do fenômeno de Turismo em saúde no Brasil e no exterior

O desenvolvimento da indústria do turismo em saúde traz consigo uma série de impactos que dizem respeito ao país receptor do turista. Dentre os benefícios encontrados destacam-se incentivos em melhorias no sistema de saúde existente no país (principalmente relacionados ao desenvolvimento da infraestrutura) e a retenção dos profissionais da saúde qualificados no país onde a prática ocorre (YORK, 2008; REED, 2008; HOROWITZ; ROSENSWEIG & JONES, 2007). No entanto os países de origem dos turistas, normalmente desenvolvidos, também se beneficiam do trade turístico médico, mesmo que de forma indireta. Com o aumento da demanda de serviços especializados nos países emergentes, aumentou a demanda de medicamentos, que na sua maioria são produzidos pelos países desenvolvidos, oportunizando o aumento de exportação (LUNT & CARRERA, 2010; DELOITTE, 2008).

A principal consequência para os países receptores consiste no aumento de investimentos em tecnologia e pesquisa médica que impulsionam o mercado e encorajam pacientes que pretendem contratar o melhor e mais moderno serviço de saúde (CORTEZ, 2008; BURKETT, 2007). Portanto os avanços decorrentes dos investimentos realizados para criar a infraestrutura adequada para atender o turista acabam por beneficiar não somente pacientes estrangeiros, como também o mercado interno (GARCIA-ALTES, 2005).

O desenvolvimento e o investimento em atividades médicas, nos países receptores, ocorrem, normalmente, em determinadas especialidades, qualificando a oferta dos serviços tanto para os pacientes estrangeiros como nacionais (FREIRE, 2012). Por exemplo, a popularidade dos jogos na capital indiana ocasionou o desenvolvimento e crescimento da medicina esportiva na Índia como uma nova especialidade (GUPTA, 2008). Já Lunt e Carrera



(2010) constatam, a partir de um estudo realizado em Cuba, que a especialização de equipes médicas no tratamento de doenças dermatológicas resultou em receitas de cerca de US\$25 milhões decorrente dos serviços prestados a estrangeiros.

Segundo Healy (2009) outro motivo que impulsiona o paciente de buscar tratamento médico no exterior é a possibilidade de poder se submeter a procedimentos que ainda não estão disponíveis no seu país de origem. Dessa forma, turistas podem contar com especialização e conhecimento técnico específico bem como tecnologias avançadas (FREIRE, 2012). Várias pesquisas evidenciaram que nestes casos trata-se, na sua maioria, de pacientes com maior poder aquisitivo (REED, 2008; OTLEY, 2007).

No entanto, o fenômeno do turismo em saúde no país receptor pode provocar alguns efeitos indesejados, como a migração de profissionais capacitados, do setor público de saúde para a rede privada, tanto devido a melhor infraestrutura e disponibilidade de equipamentos tecnologicamente mais avançados, como pelos salários mais elevados (CROOKS et al, 2010; FREIRE, 2012). Além disso, o mercado do turismo em saúde é visto por vários segmentos da sociedade sob duras críticas por muitos ao permitir acesso ao sistema de saúde de ponta a estrangeiros em condições financeiras para pagar pelo tratamento, ao passo em que esse mesmo serviço de qualidade superior, equivalente ao oferecido nos países desenvolvidos, não esteja disponível para classes menos favorecidas e carentes de cuidados de qualidade (GUPTA, 2008; YORK, 2008).

Apesar da relevância da dimensão social e de toda a controvérsia que cerca o tema turismo em saúde, na medida em que cada vez mais países tem incentivado a adesão de instituições de saúde privadas, locais, para ingressar neste mercado, emerge e se torna relevante a questão econômica deste trade turístico. Conforme Deloitte (2008), o turismo em saúde representa novos riscos e competição, que induz uma nova fase do segmento, marcada pelo acirramento da competição, com novos padrões de exigência em relação à qualidade dos serviços prestados e controle de custos.

Com o objetivo de se adequar às exigências da comunidade internacional, várias instituições de saúde que priorizam o atendimento a pacientes através do modelo de turismo em saúde, têm buscado a certificação ISO, visando padronizar seus processos internos para atestar a qualidade e segurança dos serviços ofertados (CORTEZ, 2008; HENDERSON, 2004; GUPTA, 2008). A acreditação é outro importante fator na escolha do destino para o turismo em saúde, tendo em vista o aumento da competição entre o crescente número de países envolvidos com o este novo nicho de mercado em saúde (HOPKINS et al, 2010; REED, 2008). A acreditação é um processo voluntário no qual uma organização autorizada avalia e acredita os serviços de saúde de acordo com uma série de padrões de qualidade nos quais são avaliados quesitos como estrutura física e processos operacionais (BORMAN, 2004).

Uma das organizações credenciadoras mais importantes é a Joint Commission International (JCI), a qual segue padrões americanos de qualidade na avaliação de instituições de saúde, garantindo ao turista médico a segurança dos modelos americanos de saúde (BURKETT, 2007; FREIRE, 2012). Healy (2009) comenta que o número de instituições acreditadas pela JCI triplicou de 76 em 2005 para mais de 220 em 2008. Já Freire (2012) cita que até o ano de 2010 foram acreditados cerca de 300 hospitais e clínicas em 39 países no mundo. Segundo Lunt e Carrera (2010) a busca pela acreditação está se tornando cada vez mais relevante em virtude das decisões das maiores corretoras de seguros de aceitar cobertura apenas



em instituições de saúde credenciadas ou certificadas internacionalmente de forma a garantir qualidade e segurança ao cliente.

No entanto o turismo em saúde também é sujeito à regulação governamental, que no país de origem visa criar barreiras e obstáculos aos pacientes que buscam tratamento no exterior, por meio de trâmites burocráticos e consulares. Isso ocorre especialmente em casos de procedimentos experimentais ou não foram aprovados por autoridades do governo de origem do paciente, como, por exemplo, aborto ou tratamentos de reprodução e fertilidade para casais homossexuais (HOROWITZ, ROSENSWEIG & JONES, 2007). Já tratamentos mais comuns e difundidos pelo mundo, principalmente quando oferecidos por instituições de renome, não necessitam tal processo burocrático (YORK, 2008).

O aspecto que também tem merecido destaque e é objeto de interesse de pesquisadores, refere-se ao potencial do turismo em saúde em promover a imagem do país sob o ponto de vista turístico tradicional (FREIRE, 2012). Muitos pacientes aproveitam a viagem ao outro país para realizar o tratamento médico para conhecê-lo sem custos adicionais durante a recuperação pós-cirúrgica oportunidade, como um período de desfrutar a hospitalidade de um destino agradável e tranquilo, repleto, muitas vezes, de belezas naturais (SPASOJEVIĆ; ŠUŠIĆ, 2010). Esse é um lado bastante positivo a ser considerado em termos de oportunidades de negócios, estimulando o comércio local e aumentando as taxas de ocupação fora de época de estabelecimentos como restaurantes e hotéis, etc.

Por esse motivo, apesar do turismo em saúde envolver, essencialmente, as instituições de saúde de capital privado, os governos dos países receptores reconhecem o potencial de negócios decorrente do turismo em saúde, contribuindo para a sua promoção fora do país, visando consolidar o trade, principalmente em países desenvolvidos, como Europa e Estados Unidos. Henderson (2004) e Gupta (2008) detalham, em seu estudo, o caso da Índia, onde grupos hospitalares recebem auxílio para aumento da campanha de marketing, participação e organização de feiras e eventos voltados ao turismo em saúde, além de terem criado de uma modalidade específica de visto para pacientes submetidos a tratamentos na Índia. Este visto permite ao paciente a permanência legal no país por até um ano, podendo ser renovado, além de permitir múltiplas entradas no país para acompanhamento pós-cirúrgico.

Estratégia Organizacional

As primeiras contribuições ao tema de estratégia, desde a sua concepção até a sua implementação tiveram sua origem nos anos sessenta do século passado, vinculada inicialmente ao conceito de planejamento estratégico. Sloan e Chandler apud Chandler (1992) definiram como objetivo principal da estratégia o retorno do capital. Todas as ações empreendidas pela corporação deveriam focar este objetivo. Na década seguinte surgiram vários modelos de concepção de estratégias corporativas. Entre as mais destacadas vale citar as pesquisas da Harvard Business School, com destaque para Andrews (1971) que propôs o modelo de análise SWOT, baseado em observações empíricas, e os trabalhos das empresas de consultoria como a Boston Consulting Group e McKinsey & Company que se consagraram pelas ferramentas de apoio à gestão denominada como a “curva BCG”, o método de análise de portfólio e de unidades estratégicas de negócios.

Analisando as definições de planejamento estratégico Henry Mintzberg (1973) argumentou que o planejamento não é sinônimo de definição de estratégias. O modo de



estratégia deve, segundo autor, adequar-se à situação, o que está ligado mais a uma perspectiva contingencial e sugere que, em relação a isso, planos estratégicos deveriam especificar pontos finais (objetivos gerais) e rotas alternativas, mas deixar o gestor com a flexibilidade necessária para reagir a um ambiente dinâmico.

Em 1978 Henry Mintzberg realizou uma pesquisa empírica longitudinal, da qual emergiram três pontos importantes: (i) a formação da estratégia pode variar entre ambientes dinâmicos e momentos burocráticos, com mediações da liderança entre esses momentos; (ii) a formação da estratégia se compõe de períodos distintos regulares; (iii) o estudo das relações entre estratégias intencionais e realizadas levam à compreensão do ‘coração deste complexo processo organizacional’. Além disso, os estudos demonstraram dois tipos de estratégias: intencional e realizada, permitindo a combinação de três formas: a) estratégia deliberada = estratégia intencional que se realiza; b) estratégia não realizada = estratégia intencional que não se realiza devido a má interpretação do ambiente ou mudanças durante a implementação; c) estratégias emergente = estratégia não intencionada mas realizada.

Na prática, no entanto, o tipo de estratégia utilizado não é ‘puro’, ele compõe-se de estratégias em parte emergentes, em parte deliberadas. A formação da estratégia deve ser pensada por meio de uma composição de três forças básicas: o ambiente e suas mudanças, a burocracia e a influência da liderança entre essas forças. Assim, a estratégia pode ser vista como um conjunto de comportamentos consistentes estabelecidos pela organização por um determinado tempo e mudanças estratégicas como respostas a mudanças do ambiente limitadas pela burocracia e ação da liderança (MINTZBERG, 1978).

Quase onze anos depois Porter (1989) conseguiu reunir e sintetizar o conhecimento até então construído acerca de desenvolvimento de estratégias. Duas questões centrais embasam, segundo ele, a escolha da estratégia competitiva: (i) a atratividade das indústrias (ramos industriais) em termos de rentabilidade em longo prazo, e os fatores que determinam esta atratividade; (ii) os determinantes da posição competitiva dentro de uma indústria. A estratégia competitiva deve surgir de uma compreensão sofisticada das regras da concorrência que englobam as cinco forças competitivas: (1) Entrada de novos concorrentes, (2) Ameaça de substitutos, (3) Poder de negociação dos compradores, (4) Poder de negociação dos fornecedores e (5) Rivalidade entre os concorrentes existentes. Os dois tipos básicos de vantagem competitiva, combinados com o escopo de atividades para quais uma empresa procura obtê-los, levam a três estratégias genéricas para alcançar o desempenho acima da média em uma indústria: (i) Liderança de Custo, (ii) Diferenciação e (iii) Enfoque (no custo ou na diferenciação).

As diferenças organizacionais que caracterizam cada estratégia genérica trazem uma série de implicações. Da mesma forma que normalmente existem inconsistências econômicas para obtenção de mais de uma estratégia genérica, uma empresa não quer que sua estrutura organizacional seja sub-ótima por combinar práticas inconsistentes, como: padrão de investimento requerido pela empresa, perfil dos executivos a serem contratados e treinados, cultura organizacional da empresa e política organizacional (PORTER, 1989). Estas diferenças foram exploradas com maior profundidade por Whittington (2002) em abordagens teóricas diferenciadas em escolas de pensamento como a clássica, evolucionária, processual e sistêmica.

Outros pesquisadores do campo de estratégia perceberam a relação de dependência com uma das derivações da teoria mainstream de economia – a RBV (Resource Based View). Abordada inicialmente no campo econômico por Penrose (1959) o assunto foi retomado de



forma mais consistente por pesquisadores em administração apenas na década de oitenta (WERNERFLET, 1984) e noventa (MAHONEY, J.H.; PANDIAN, 1992). A propriedade de recursos escassos valiosos, monopólio advindo de proteções e barreiras para competidores e a partir de empreendimentos schumpeterianos associados ao empreendedorismo e riscos (que se perdem com a difusão do conhecimento) e de recursos específicos à firma, pode representar a vantagem competitiva.

Barney (1991) sugere que as firmas busquem obter as vantagens competitivas sustentáveis implementando estratégias que explorem os pontos fortes internos, por meio de respostas às oportunidades detectadas pelo ambiente externo, neutralizando as ameaças externas e minimizando as fraquezas internas. Quando a firma consegue implantar uma estratégia que cria valor adicionado antes de seus concorrentes obtém a vantagem competitiva que se torna sustentável. A vantagem competitiva sustentável se apóia em recursos heterogêneos e imóveis e deve possuir quatro atributos: (i) serem valiosos, (ii) serem raros, (iii) de difícil imitação e (iv) sem substitutos equivalentes. Segundo autor a tecnologia física complexa não pode ser incluída nesta categoria, por ser naturalmente imitável, mas a exploração desta tecnologia, por exigir a combinação de outros recursos como estruturas sociais complexas e conhecimentos específicos, poderá ser considerada como recurso gerador de vantagem competitiva sustentável.

Grant (1991) afirma que a estratégia de longo prazo se apóia sobre duas premissas: (i) recursos internos e as capacidades direcionam a estratégia da firma e (ii) os recursos e as capacidades são a fonte primária de lucros da firma. No entanto a criação de capacidades não se constitui de apenas agrupar os recursos disponíveis, porque o desenvolvimento de capacidades envolve complexos modelos de coordenação de colaboradores e de todos os demais recursos materiais. Para autor a capacidade é, em essência, a rotina, ou um número de rotinas em interação. A organização per se é constituída de um conjunto de rotinas que inclui desde a seqüência de rotinas para o recebimento de insumos até as rotinas de alta gestão no monitoramento do desempenho organizacional, orçamentação e estabelecimento de estratégias. Para autor o conceito de capacidade emerge da habilidade com a qual a organização combina os recursos disponíveis na obtenção de resultados e alcance de objetivos.

As capacidades, segundo Loasby (2001) podem ser entendidas como sub-produtos de atividades passadas podendo, assim, definir os recursos produtivos. Mas o que realmente importa é o resultado que estes recursos podem oferecer em aplicações futuras, em especial o que estes recursos podem proporcionar de resultados a partir de combinações com outros recursos. Lall (1992) concorda e argumenta que as capacidades tecnológicas podem ser classificadas em três categorias: (i) as capacidades de investimento como o planejamento, empreendedorismo e as habilidades de avaliação de oportunidades, importantes para o início de um novo projeto; (ii) as capacidades de produção que compreendem as habilidades de engenharia e produção para operar, manter e atualizar tecnologicamente uma planta fabril; (iii) as capacidades de rede ou de relacionamento voltadas para desenvolver redes de contato e manter os relacionamentos com os clientes e fornecedores.

Segundo Teece, Pisano e Shuen (1997) as corporações que atuam com sucesso em mercados de alta tecnologia demonstram a responsividade temporal, rápida e flexível inovação de produtos, juntamente com a capacidade gerencial de coordenar e explorar, com eficácia, as competências internas e externas. Os autores se referem a esta habilidade de alcançar novas formas de vantagem competitiva como “as capacidades dinâmicas”. O termo “dinâmico” se



refere à capacidade de renovar as competências assim como ser congruente com o ambiente empresarial em permanente transformação. O termo “capacidades” enfatiza o papel chave da gestão estratégica em adequadamente adaptar, integrar e reconfigurar as habilidades organizacionais internas e externas, recursos e as competências funcionais para atender as exigências do ambiente em mudança.

Em 2000 o livro intitulado “Safári de Estratégia” da autoria de Henry Mintzberg e de seu grupo de pesquisa apresenta dez escolas de pensamento estratégico: de Design (processo de concepção), de Planejamento (processo formal), de Posicionamento (processo analítico), Empreendedora (processo visionário), Cognitiva (processo mental), do Aprendizado (processo emergente), do Poder (processo de negociação), Cultural (processo coletivo), Ambiental (processo reativo) e de Configuração (processo de transformação). O livro apresenta pontos fortes e fracos de cada uma das escolas e de suas características destacando a importância contextual e contingencial.

A abordagem sistêmica pesquisada por Whittington (2002) explica as diferenças entre as empresas com base em sistemas sociais e econômicos em que estão inseridas. Identifica, também, a influência de estruturas internas na definição de estratégias e políticas, incluindo as micropolíticas de indivíduos e departamentos, os grupos sociais, interesses e recursos do contexto circundante. As variáveis da perspectiva sistêmica incluem classe e profissões, nações e estados, famílias e gêneros. São importantes, portanto, para a teoria sistêmica, as diferenças entre os sistemas sociais de países e as mudanças dentro dos sistemas sociais de países.

A abordagem sistêmica, mas com foco intra-organizacional, de Robert Kaplan e David Norton (2004) evidencia que nenhuma área da organização trabalha sozinha, uma vez que cada ação feita por uma área, impacta em cada uma das outras, sendo essa ação refletida nos resultados financeiros da organização. Prevalece a visão do processo estratégico como um processo de formulação e implementação, sendo a formulação feita em conjunto, para obter o comprometimento da organização. Os autores destacam a importância dos ativos intangíveis e as suas relações e conseqüências para a execução da estratégia corporativa.

Método

O método de pesquisa escolhido foi o estudo de caso, por se entender que apresenta melhor aderência ao objetivo e às questões que nortearam o estudo. Tull e Hawkins (1976, p. 323) afirmam que "um estudo de caso refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular". De acordo com Yin (2005), a preferência pelo uso do estudo de caso deve ser no estudo de eventos contemporâneos, em situações onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas. O estudo foi realizado com uma visão externa dos pesquisadores, sem envolvimento nem manipulação de quaisquer informações e os fatos levantados pelo estudo são contemporâneos. Dentre as aplicações para o estudo de caso citado por Yin (2005), nesse trabalho procurou-se descrever o contexto da vida real e realizar uma avaliação descritiva.

O estudo de caso é útil, segundo Bonoma (1985, p. 207), "... quando um fenômeno é amplo e complexo, onde o corpo de conhecimentos existente é insuficiente para permitir a proposição de questões causais e quando um fenômeno não pode ser estudado fora do contexto no qual ele naturalmente ocorre". Os objetivos do Método do Estudo de Caso não são a quantificação ou a enumeração, "... mas, ao invés disto: (1) descrição; (2) classificação



(desenvolvimento de tipologia); (3) desenvolvimento teórico; e (4) o teste limitado da teoria. Em uma palavra, o objetivo é compreensão" (p. 206). Na parte empírica deste estudo descrevem-se situações que ocorreram, confrontando-as com a teoria de forma restrita às organizações pesquisadas.

Esta descrição baseia-se na análise de narrativa, construídas a partir da entrevista em profundidade realizada com o presidente e fundador da organização pesquisada. Após a sua transcrição, a entrevista, que, devido ao seu formato, resulta, normalmente, num texto não linear e até confuso, é interpretada e reescrita na forma de um texto coeso, fluido, na primeira pessoa, em formato de narrativa. Na sequência o mesmo foi submetido à apreciação do entrevistado, para conferência, ajustes ou contribuições. Apesar do método não ser considerado recente, ainda é tratado como inovador.

A narrativa pode ser interpretada como uma fala organizada acerca de um determinado evento, situação, assunto ou tema. Detalhando, trata-se da forma pela qual as pessoas contam suas experiências, o que elas enfatizam ou omitem, se elas se posicionam como protagonistas ou como vítimas. De certa forma, é possível afirmar que a pesquisa por meio de narrativas escritas consiste de estudo de histórias que se originam de depoimentos das pessoas sobre suas próprias histórias e sobre outras pessoas, fazendo parte de conversas cotidianas (RIESSMAN, 1993). Somados a estes depoimentos espontâneos se faz necessário que os pesquisadores de narrativas fomentem histórias orais sobre temas específicos com o objetivo de serem transcritas e analisadas. A pesquisa das narrativas é considerada como uma das abordagens de pesquisa social (POLKINGHORNE, 2007).

A narrativa faz parte do processo cultural onde os sistemas simbólicos criam e são criados através do discurso e é empregada em contextos diferentes para comunicar diferentes pontos de vista. Fragmentos de narrativas maiores e versões diferentes de narrativas fazem parte do discurso cotidiano das pessoas, que são, afinal de contas, seres constituídos na linguagem baseada em significados construídos para dar sentido ao mundo em que vivem. São estes significados que fazem parte da rede de conversações, constituindo conjunto de valores, símbolos, representações, enfim, a cultura à qual acabam se integrando (BOJE, 1995; MOEN, 2006).

Segundo Czarniawska (2000) o método de análise de narrativas julga-se adequada para desvelar ao pesquisador os processos adotados pelo narrador para interpretar coisas, particularmente indicada para avaliar a interpretação do indivíduo de temas subjetivos, como, por exemplo, a cultura organizacional. Cabe ao pesquisador interpretar as interpretações do narrador. No entanto é importante lembrar que o pesquisador não tem acesso direto à experiência do outro e por esse motivo o pesquisador lida e sempre vai lidar com formas diferentes e ambíguas de representação da experiência que o outro relatará por meio de fala, texto, interação e, é claro, a interpretação. Por essa razão torna-se impossível ao pesquisador manter se neutro ou objetivo na representação da realidade.

Análise de Resultados

No ano 2009, um vereador de Porto Alegre, a partir de uma experiência pessoal, de acesso a um serviço de saúde de uma instituição inserida no contexto do turismo em saúde, no exterior, encaminhou um projeto para a Secretaria de Turismo, sugerindo análise de viabilidade



de um projeto similar na cidade. O secretário solicitou à sua equipe aprofundar o projeto proposto, detalhando melhor a sugestão, com o objetivo de apresentá-lo à direção de quatro hospitais privados, localizados na cidade, que apresentavam, a priori, condições de infraestrutura, equipe médica e de suporte, bem como tecnologia de ponta, habilitando-os para participar.

Aproximadamente três meses após a conclusão deste estudo preliminar foram contatados os diretores dos quatro hospitais da capital gaúcha e convidados para participar da reunião com o secretário de turismo. Ao final da apresentação do projeto, o secretário, com base na experiência do governo de fomentar a formação de redes de empresas, ofereceu, para os diretores dos quatro hospitais, o apoio da prefeitura para a constituição do cluster com foco em turismo em saúde. Comprometeu-se, também, de conseguir o apoio da FEDERASUL – Federação das Associações Comerciais e de Serviços do Rio Grande do Sul, com o objetivo de tornar o cluster mais representativo politicamente, viabilizando encaminhamento de solicitações de providências, que se fizerem necessário, até em nível nacional.

Tratava-se do primeiro passo na direção da constituição do cluster do turismo em saúde em Porto Alegre, visando a formalização da referida iniciativa, no âmbito local, nacional e, também, internacional, facultando seu reconhecimento junto a maiores seguradoras mundiais em saúde. Com este respaldo político seria possibilitado às organizações participantes do cluster encaminhar projetos e solicitar providências junto a órgãos públicos, para promover condições favoráveis de acesso de pacientes estrangeiros aos serviços de saúde ofertados, com destaque à mediação da relação com a cadeia de turismo e hospitalidade da capital.

Uma vez obtido o apoio formal do governo municipal e da entidade representativa de empresas comerciais e serviços, os dirigentes das quatro instituições de saúde precisavam, *pari passu*, refletir sobre forma de cooperar, na medida em que continuariam competindo no mesmo mercado. Além disso, em se tratando de um projeto de longo prazo, precisavam elaborar um planejamento estratégico detalhado, com especificação de ações de curto, médio e longo prazo, definindo e atribuindo as responsabilidades de execução, a cada um dos integrantes, com prazos e indicadores de monitoramento de realização.

No entanto os entrevistados das quatro organizações perceberam que a revisão do planejamento estratégico tinha de ser precedido de uma reflexão interna mais profunda acerca do posicionamento organizacional frente ao novo mercado em tela. As características do público-alvo deste novo nicho de mercado implicavam investimentos, alterações de processos e até remodelagem de serviços ofertados. Desta forma o processo de adesão ao projeto de turismo em saúde ocorreu de forma deliberada, subsidiando a revisão do planejamento estratégico, com suas respectivas definições estruturantes (ANDREWS, 1980; MINTZBERG, 1973, 1978; PORTER, 1989; LOASBY, 2001).

Este processo, de construção do vínculo entre as quatro instituições de saúde, formalmente concorrentes entre si, por competirem pelo mesmo mercado e público, que representa a base para a constituição e funcionamento do cluster, ocorreu ao longo de quase doze meses. Para regular as relações entre as quatro organizações foi construído o estatuto, que contém as regras que devem ser observadas pelas empresas participantes, bem como estabelece os critérios de admissão e desligamento destes do grupo. Além disso, o estatuto prevê medidas disciplinares para o participante que vier a desprezar alguma das cláusulas estatutárias.

Foi possível perceber que a aproximação das quatro organizações representa um processo altamente complexo, pois envolve quebra de paradigmas de competição pelo mesmo



mercado, abordado por autores como Teece; Pisano e Shuen (1997) e Whittington (2002). Trata-se de uma migração de conceito clássico de organização de mercado, para mais atual, contemporâneo, que prevê a possibilidade de colaboração entre os agentes para competir, com auto regulação das relações subjacentes à formação de alianças estratégicas (MINTZBERG; AHLSTRAND & LAMPEL, 2000; MAHONEY & PANDIAN, 1992). Este novo modelo de organização de agentes econômicos é mais indicado em condições de complexidade contextual, caracterizado, principalmente, pelo alto custo de ingresso e retirada do mercado e desconhecimento do seu funcionamento (PORTER, 1989; GRANT, 1991; BARNEY, 1991).

A partir da formalização do cluster as quatro instituições iniciaram o processo de adequação e adaptação do ambiente interno, visando o atendimento às regras estabelecidas em comum acordo, com o objetivo de padronizar itens como sinalização interna em outros idiomas (placas de identificação de salas e ambulatórios) e capacitação de equipes. O referido processo exigiu das quatro organizações investimentos iniciais na contratação de mais profissionais, vinculados, normalmente à área de marketing ou planejamento estratégico, além de revisão de definições estratégicas estruturantes, tais como missão, visão, princípios, objetivos e metas, entre outros (ANDREWS, 1980; KAPLAN & NORTON, 2004).

A deliberação da decisão de ingressar no novo estrato mercadológico, turismo em saúde, implicou na reconfiguração do conjunto de recursos e competências de cada uma das organizações envolvidas no projeto. Além disso, cada um dos hospitais foi obrigado a reavaliar suas capacidades, ou seja, adaptar, integrar e reconfigurar as habilidades organizacionais internas e externas, recursos e as competências funcionais para atender as exigências do ambiente em mudança (BARNEY, 1991; CHANDLER, 1992; GRANT, 1991). No caso específico dos quatro hospitais foi possível perceber a análise de algumas das idiosincrasias setoriais e organizacionais, à luz da RBV, como, por exemplo, os especialistas e equipes de suporte, centros de pesquisa e equipamentos (LOASBY, 2001; TEECE; PISANO & SHUEN, 1997).

Uma vez definidas as diretrizes que norteariam a relação entre as quatro instituições, de responsabilidade da direção, que iniciou a aproximação, pela iniciativa do governo do estado, o processo passou para a etapa de operacionalização e aos cuidados dos profissionais alocados em nível executivo. Coube a eles a tarefa de dar continuidade aos trabalhos de construção do projeto de turismo em saúde, tanto no âmbito interno, como externo, em nível interorganizacional, responsabilizando-se pela agenda de reuniões, proposição de planos de ação e até gestão orçamentária do projeto. Esta etapa do processo considera-se essencial para ao sucesso do projeto, pois depende de condições adequadas internas, para facultar o acesso às informações e dados, implicando abordagem sistêmica (WERNERFELT, 1984; KAPLAN, NORTON, 2004) e dependência de variáveis políticas e sociais que caracterizam o ambiente da organizacional.

Dentre alguns dos resultados do trabalho, tanto da equipe responsável pela operacionalização do projeto, como dos representantes institucionais, que acompanharam o processo, por meio de indicadores, tomando decisões e orientando a condução dos trabalhos, destacam-se, principalmente, as participações conjuntas em eventos com foco no tema, no Brasil e no exterior. Os custos destas viagens foram reduzidos, tanto com base no compartilhamento de valores de passagens, hospedagens e inscrições, como pelo subsídio proporcionado pelo poder público, interessado em apoiar a referida iniciativa.



As participações dos diretores e colaboradores nos eventos relativos ao turismo em saúde são consideradas relevantes em virtude da presença de representantes de maiores seguradores em saúde, de atuação no exterior, facultando a aproximação inicial e estabelecimento de network, com vistas ao futuro credenciamento das instituições do cluster. Além disso, os referidos eventos possibilitam o contato com outras organizações que já operam dentro do turismo de eventos, facultando o compartilhamento do conhecimento acerca da operacionalização tanto no ambiente interno como externo, com destaque para a preparação das equipes e cuidados exigidos pelos organismos credenciadores (BARNEY, 1991; LOASBY, 2001).

Ficou perceptível para os quatro entrevistados de que o mercado de turismo em saúde depende não apenas do conjunto de recursos, competências e capacidades internalizadas pelas organizações, como, também, sujeita-se a regras rígidas decorrentes da certificação internacional que atesta a padronização de processos e a qualidade de sua execução. Esta situação foi prevista pelo Porter (1989) e definida como determinantes da posição competitiva dentro de uma indústria, quando a estratégia competitiva deve surgir de uma compreensão sofisticada das regras da concorrência que englobam as cinco forças competitivas.

O credenciamento dos hospitais, atestando o padrão internacional de qualidade na prestação de serviços em saúde, é considerado um dos pontos chave dentro do processo de adequação interna, de cada organização, para a sua habilitação à rede internacional de hospitais acreditados por seguradoras de atuação global. A certificação internacional mais importante e que habilita o hospital para atender pacientes da grande maioria das seguradoras internacionais, é emitida pela JCI – *Joint Comission International*, cujo rigor no processo de auditoria, segundo o entendimento das seguradoras, assegura o cumprimento das práticas previstas para o setor.

Pela relevância para a celebração de convênios com as seguradoras internacionais, a exigência da certificação pela JCI foi incluída no estatuto do cluster, constando também entre os critérios de admissão e desligamento dos hospitais do grupo. Atualmente, apesar de ainda estarem na etapa inicial do projeto de turismo em saúde, três hospitais associados já possuem o certificado e um deles está em fase final de certificação, assegurando para as organizações do cluster a necessária visibilidade, tanto em nível nacional como internacional. A referida certificação constituiu uma relevante barreira de entrada para novos agentes, tornando-se um ativo escasso e contribuindo para a construção do diferencial competitivo (WERNERFELT, 1984; PORTER, 1989; MAHONEY & PANDIAN, 1992).

Cabe destacar que para a obtenção da certificação os hospitais são auditados em aspectos que abrangem desde as instalações físicas, como a parte arquitetônica, estrutural e de engenharia das unidades hospitalares, até o processo de recepção, acondicionamento e manutenção de ferramentas, equipamentos, bem como as práticas internas e conhecimentos da equipe. Em termos de relevância destaca-se a auditoria do processo de administração de medicamentos, com inspeção de padrões de verificação de rotina.

Os hospitais do cluster certificados já conseguiram fechar contratos com algumas das mais importantes seguradoras internacionais e realizar atendimentos. Vale destacar que os custos do credenciamento foram compartilhados, sendo, ainda, subsidiados, parcialmente, pelo governo municipal. Vale ressaltar que apesar da iniciativa comum para trazer os avaliadores das seguradoras para o Brasil, os contratos firmados são de caráter individual, em virtude das especificidades de cada um dos hospitais, como, por exemplo, tabela de preços (cada hospital tem custos diferentes, que resultam na variação de preços cobrados).



Desta forma cada uma das organizações continua competindo no mercado, preservando os acordos de cooperação (TEECE; PISANO & SHUEN, 1997), pois as referidas diferenças nos preços, que os hospitais apresentam, baseiam-se em diferentes ênfases ou especialidades, onde cada hospital possui maior expertise, contribuindo para respaldar o seu diferencial competitivo. Enquanto um dos hospitais possui uma equipe médica, apoiada pelo centro de pesquisa, em cirurgia bariátrica e tratamento de epilepsia, outro hospital apresenta a estrutura similar para tratamento de pele e pneumologia e tisiologia. Portanto os hospitais associados evitam a competição direta, podendo, enquanto cluster, oferecer um leque interessante de tratamentos, por vezes complementares, contribuindo para a divulgação do lócus de turismo em saúde.

Realizando a análise com base no texto de Wernerfelt (1984), Porter (1989) e Barney (1991) é possível afirmar que as especializações que diferem em cada instituição e respaldam a construção do diferencial competitivo no turismo em saúde, se constitui de fonte primária de lucro para a organização. O conjunto de recursos e a capacidade, nesta ótica, apoiam-se na rotina, ou um número de rotinas em interação. Desta forma, a organização seria percebida como um conjunto de rotinas que inclui as rotinas desde o recebimento de insumos até as rotinas de alta gestão no monitoramento do desempenho organizacional, orçamentação e estabelecimento de estratégias.

A organização dos hospitais e de especialidades oferecidas já chamou a atenção em nível internacional, de tal forma que já iniciou o fluxo de pacientes internacionais, sendo mais intenso, naturalmente, nos três hospitais já certificados pela JCI. Prevendo a expansão do movimento de pacientes internacionais, um dos hospitais pretende, inclusive, investir no ano corrente - 2013, na construção de uma ala ao atendimento prioritário a este público. Os outros hospitais também têm projetos de ampliação de suas unidades de atendimento, mas sem priorizá-los para os pacientes internacionais, por entender que o fluxo ainda não justificaria este aporte de recursos, além de não ser politicamente correta, considerada a demanda não atendida da população local.

A partir das quatro narrativas foi possível constatar que dentre os pontos-chave do projeto de turismo em saúde, destaca-se o estabelecimento de relações dos médicos especialistas locais com a comunidade médica internacional, o que ocorre, principalmente, por meio de publicações científicas e participações em congressos. O reconhecimento do alto nível de especialização da equipe médica local propicia o fluxo de pacientes, em decorrência de indicações dos médicos estrangeiros, que, além de oferecer a seus pacientes alternativas de tratamentos com custos reduzidos, têm a oportunidade de aprender a partir da interação com especialistas brasileiros. Por esse motivo os hospitais têm subsidiado a participação dos médicos dos congressos nacionais e internacionais, além de estimulá-los a produzir artigos científicos, visando consolidar seu reconhecimento em nível internacional.

Os entrevistados convergem no reconhecimento da reduzida influência do cluster em tornar o contexto externo mais adequado para a recepção do paciente estrangeiro, ao menos em curto prazo, implicando, portanto, em iniciativas que possam amenizar as dificuldades apontadas. Trata-se de oferecer para o paciente e seus familiares, toda a assistência necessária para o atendimento das necessidades básicas, tais como o deslocamento, hospedagem, alimentação, acesso ao hospital, dentre outros. O hospital também fornece, quando solicitado, indicações de tradutores, motoristas bilíngues de táxi e orientam nos trâmites relativos a relações internacionais, como solicitação de vistos de permanência no país.



No âmbito interno os hospitais promovem tanto a capacitação em idiomas principais como inglês e espanhol, como, também, em características culturais que são mais proeminentes e destacadas em cada país e que, se desrespeitadas, poderiam representar ofensa grave para o paciente. A maior ênfase nos aspectos culturais consiste nos hábitos de alimentação, regras sociais, como cumprimento, utilização de determinados acessórios ou cores, que possuem algum tipo de conotação ou simbolismo no país de origem do paciente estrangeiro. Além disso, com o objetivo de atender de forma mais adequada tanto o médico do exterior como seu paciente, as *webpages* dos quatro hospitais, além de tradução para outros idiomas, passaram também pela reformulação do lay-out, que ficou mais enxuto, para facilitar a localização de informações mais relevantes, para ambos.

Considerações Finais

As diferenças estruturais que caracterizam os cenários econômico e social de cada um dos países, subjacentes à configuração de recursos, organizados e coordenados pelos agentes econômicos, resultam em relevante variação de custos de operação, mesmo em casos de similaridade de ativos, competências e capacidades. Esta diferenciação oferece, para os agentes econômicos algumas oportunidades de negócio, no mercado cada vez mais globalizado e interligado. Apesar de restrições, fundamentadas em paradigmas de cunho social, cultural e ético, o setor de saúde também passou a integrar a pauta de possibilidades de negócios, por meio de turismo em saúde.

Estimulado por significativas diferenças de preços praticados para os tratamentos de saúde por hospitais localizados em diferentes países, devido a considerável redução de custos operacionais decorrentes de fatores econômicos, tais como variação cambial, políticas públicas, oferta de mão-de-obra especializada, entre outros, o turismo em saúde se consolidou como uma tendência global. Os pacientes, com base em informações disponibilizadas pelos hospitais, por meio de páginas na internet e confirmadas pelos médicos do seu país de origem, optam por tratamentos de saúde em instituições de saúde localizadas em outros países.

Por outro lado, os hospitais, independente de sua localização e especialidades oferecidas, na sua maioria de capital privado, perceberam em turismo em saúde uma oportunidade de negócios a ser explorada. Em países como Índia, Tailândia, África do Sul, Hungria e Cuba, entre outros, os hospitais de capital privado têm se focado para atender os pacientes estrangeiros. Trata-se de uma quebra de paradigma e pode ser interpretado como reposicionamento estratégico.

Com o objetivo de analisar a referida tendência de mercado em saúde, foi realizado o estudo de caso múltiplo, visando identificar as características deste processo, à luz das vertentes teóricas que versam sobre a concepção estratégica organizacional. O objeto do estudo foram quatro instituições de saúde, de grande porte e renome no seu segmento de atuação, localizadas em Porto Alegre, região sul do país, que no ano 2009 constituíram um cluster com foco em turismo em saúde, com incentivos do governo municipal e entidade representativa de empresas em serviços.

Os resultados da pesquisa facultaram interpretar a decisão de aderir ao projeto de turismo em saúde, proposto pelo governo municipal, como uma estratégia deliberada, fundamentada na análise de dados e informações coletadas acerca do referido segmento, à luz



de variáveis ambientais internas e externas. Dentro do processo decisório destaca-se a avaliação do conjunto de recursos, competências e capacidades apresentado por cada uma das instituições de saúde associada ao cluster, constituído com a finalidade de reduzir os custos de entrada no segmento novo, além de compartilhar experiências e obter representatividade política e social.

No entanto foi possível perceber que ao longo da operacionalização do projeto de turismo em saúde as quatro organizações receberam influência de grupos de interesse (stakeholders) que resultou em diferentes configurações de ativos, com base nas características idiossincráticas de cada instituição de saúde. Destacaram-se, nesse sentido, as diferentes especializações médicas, suportadas por centros de pesquisa e produção científica, equipe interna e seu conjunto de competências, que facultaram aos hospitais continuar competindo no mercado interno, mas cooperando no projeto de turismo em saúde.

A adesão ao projeto de turismo em saúde exigiu das organizações reposicionamento estratégico, para alocar recursos para obras civis de adequação interna estrutural e sinalização, bem como à capacitação de colaboradores para atender o paciente estrangeiro, visando ensino de idiomas, aspectos culturais e até preparo de alimentos. Objetivos, metas, processos internos e práticas operacionais foram revistas, visando a acreditação pelo organismo internacional, responsável pela concessão da certificação, exigida por seguradoras internacionais.

Em nível estratégico das quatro organizações foi também possível perceber mudanças no processo de concepção de estratégias, que a partir da associação em cluster, com o propósito de cooperar com outras organizações concorrentes, para competir no mercado internacional, exigiu dos gestores a desenvolver a competência de negociar dentro do relacionamento interorganizacional. Nesta perspectiva a defesa de interesses organizacional é cerceada, ao menos em parte, pelos interesses coletivos e exige a capacidade de adaptação às condições contextuais, além do reconhecimento da possibilidade de minimizar os pontos fracos da organização, por meio da associação com outras empresas, para ingressar num mercado altamente complexo.

Apesar de limitações decorrentes do número de casos abordados e opção metodológica, de entrevista em profundidade e análise de narrativas, os autores entendem que os resultados oferecem importante contribuição para o debate sobre a estratégia e reposicionamento estratégico das organizações que operam no segmento de saúde.

Referências

ANDREWS, Kenneth R. **The concept of corporate strategy**. Rev. ed. Homewood: Richard D. Irwin, 1980.

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

BOJE, David M. Stories of the storytelling organization: A postmodern analysis of Disney as “Tamara-Land”. **Academy of Management Journal**, August 1995, v. 35, p. 997-1035.

BONOMA, T. V. Case research in marketing: opportunities, problems, and process. **Journal of Marketing Research**, v.22, n.2, p.199-208, 1985.



- BORMAN E. Health tourism. **British Medical Journal**, 328(7431), pp. 60-83.2004.
- BURKETT, L. Medical tourism. Concerns, benefits, and the American legal perspective. **Journal of Legal Medicine** 28(2): 223–245. 2007
- CHANDLER, Alfred D. Organizational Capabilities and the Economic History of the Industrial Enterprise. **The Journal of Economic Perspectives** (1986-1998); Summer 1992; 6, 3; . pg. 79-100
- CORTEZ, N. Patients without borders: The emerging global market for patients and the evolution of modern health care. **Indiana Law Journal** 83: 71–132. 2008
- CZARNIAWSKA, Barbara. Anthropology and Organizational Learning, cap. 5, p. 118-136. Do Handbook : DIERKES, Meinolf ; ANTAL Ariane. B.; CHILD, John; NONAKA, Ikujiro (Orgs.). **Organizational Learning and Knowledge**, New York: Oxford, 2001.
- DELOITTE. **Medical tourism**: Consumers in search of value. Deloitte Center for Health Solutions. 2008.
- FREIRE, Naide Anido. The Emergent Medical Tourism: Advantages and Disadvantages of the Medical Treatments Abroad. **International Business Research**. Vol.5, Nº2; February. 2012
- GARCIA-ALTES M. The development of health tourism services. **Annals of Tourism Research**, vol.32, no.1, pp.222-266. 2005
- GRANT, Robert M. The Resource-Based Theory of Competitive Advantage: Implications for Strategy Formulation. **California Management Review**; Spring 1991; p.114-133, v.33, n. 3.
- GUPTA, Sen A. Medical tourism in India: Winners and losers. **Indian Journal of Medical Ethics** 5(1): 4–5. 2008
- HEALY, C. Surgical tourism and the globalisation of healthcare. **Irish Journal of Medical Science** 178(2): 125–127. 2009
- HENDERSON J.C. Healthcare tourism in Southeast Asia. **Tourism Review International**, vol.7, pp.111-121. 2004
- HOPKINS, Laura; LABONTE, Ronald; RUNNELS, Vivien; PACKER, Corinne. Medical tourism today: What is the state of existing knowledge? **Journal of Public Health Policy** Vol. 31, 2, 185–198. 2010.
- HOROWITZ, M.D., ROSENSWEIG, J.A.; JONES, C.A. Medical Tourism: Globalization of the healthcare marketplace. **Medscape General Medicine** (The Medscape Journal of Medicine) 9(4): 24–30. 2007



KAPLAN, Robert e NORTON, David. (2004). **Mapas estratégicos**: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. Rio de Janeiro : Elsevier, 2004.

LOASBY, B. J. Forum 'Knowledge, Evolution and the Theory of the Firm' – Introduction. **Journal of Management & Governance**; v. 5, n. 3-4, p.275-285, 2001.

LUNT, N.; CARRERA P. Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. **Maturitas**, 66 (1), 27e32. 2010.

MAHONEY, Joseph T.; PANDIAN, Pajendran J. The resource-based view within the conversation of strategic management. **Strategic Management Journal**, v. 13, n. 5, June, 1992.

MINTZBERG, H. Strategy-making in three modes. **California Management Review**, v. 26, n. 2, p. 44-53, 1973.

MINTZBERG, Henry. Patterns in strategy formation. **Management Science**, 1978, v.24, n.9.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safári de Estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MOEN, Torill. Reflections on the Narrative Research Approach. **International Journal of Qualitative Methods**. c5 (4) December 2006.

ORTIZ, Renato. **Mundialização e cultura**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2003. p.147-182

OTLEY, T. Patients without borders. **Business Traveller** 11 November: 36–37. 2007

POLKINGHORNE, Donald e. Validity issues in narrative research. **Qualitative Inquiry**, v.13, n.4, p.471-486, 2007.

PORTER, Michael E. **Vantagem Competitiva** – Criando e Sustentando um Desempenho Superior. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

REED, C.M. Medical tourism. **Medical Clinics of North America** 92(6):1433–1446. 2008

RIESSMAN, Catherine Kohler. **Narrative analysis**. London: SAGE, 1993.

SPASOJEVIĆ, Milan; ŠUŠIĆ, Vukašin. Modern medical tourism as a market niche of health tourism. **Economics and Organization** Vol. 7, No 2, pp. 201 – 208, 2010.

TEECE, David J; PISANO, Gary; SHUEN, Amy. Dynamic Capabilities And Strategic Management. **Strategic Management Journal** (1986-1998); Aug 1997; 18, 7; pg. 509

TULL, D. S. & HAWKINS, D. I. **Marketing Research, Meaning, Measurement and Method**. Macmillan Publishing Co., Inc., London, 1976



WERNERFELT, B. A resource-based view of the firm. **Strategic Management Journal**, v.5, n.2, p. 171-180, 1984.

WHITTINGTON, Richard. **O que é Estratégia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. Capítulo 2 – Teorias sobre estratégia, p.11-48.

YIN, Robert. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YORK, D. Medical tourism: The trend towards outsourcing medical procedures to foreign countries. **The Journal of Continuing Education in the Health Professions** 28(2): 99–102. 2008