

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

CAROLINA VITTORIA FRIZZO

**ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE MARCA:  
O CASO DO HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS**

**Porto Alegre**

**2018**

CAROLINA VITTORIA FRIZZO

ESTRATÉGIAS DE POSICIONAMENTO DE MARCA:  
O CASO DO HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2018

### CIP - Catalogação na Publicação

Frizzo, Carolina  
Estratégias de Posicionamento de Marca: O Caso do  
Hospital Sírio-Libanês / Carolina Frizzo. -- 2018.  
107 f.  
Orientador: Ronaldo Bordin.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa  
de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre,  
BR-RS, 2018.

1. Administração e Planejamento em Saúde. 2.  
Políticas públicas. 3. Hospitais. 4. Estudos  
Organizacionais. 5. Marketing. I. Bordin, Ronaldo,  
orient. II. Título.

## RESUMO

Este estudo analisa a estratégia de gestão de marca do Hospital Sírio-Libanês e tem como objetivo identificar de que forma a organização articula seu posicionamento de marca junto ao sistema privado de atenção à saúde com as ações de responsabilidade social e apoio ao Sistema Único de Saúde, que sustentam seu *status* de hospital filantrópico. Para tanto, vale-se de uma pesquisa de caráter exploratório e vertente qualitativa, coletando dados através de pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas em profundidade. A unidade de estudo contempla gestores envolvidos com o planejamento e execução de ações relacionadas à marca do hospital. Desta forma, verificou-se que a organização emprega seus esforços na gestão de sua marca de forma intencional e planejada, com o objetivo de comunicar o propósito definido como cerne do negócio e da identidade da marca: o compromisso social. Apesar de os gestores enfatizarem a legitimidade do propósito, destacam que a recente definição desse posicionamento compreende desafios para que a marca seja reconhecida por sua contribuição com a sociedade. Os desafios contemplam a superação da atual imagem da marca, a promoção do conhecimento e conscientização sobre o impacto positivo no Sistema Único de Saúde gerado pelos projetos realizados pela instituição – considerando-se principalmente sua sustentabilidade e escalabilidade, e a comunicação efetiva com a sociedade sobre os resultados dos projetos, de forma a agregar o compromisso social à imagem e reputação da organização.

**Palavras-chave:** Administração e Planejamento em Saúde. Políticas públicas. Hospitais. Estudos Organizacionais. Marketing.

## ABSTRACT

This study analyses the Hospital Sírio-Libanês' strategy of brand management and aims to identify how the organization manages its brand positioning with the private healthcare system and the social responsibility actions to support the Brazil's Unified Public Health System (SUS), which maintains their philanthropic hospital status. To reach such purpose, an exploratory research has been done, covering qualitative aspects, collecting data through literature, in-depth interviews and documentary research. The survey unit embraces managers involved with the planning and execution of actions related to the hospital brand. The study highlights that the organization uses its efforts in the management of its brand in an intentional and planned way, with the goal of communicating the purpose defined as core of the business and the brand identity: the social commitment. Although the managers emphasize the legitimacy of this purpose, they emphasize that the recent definition of this position includes challenges for the brand to be recognized for its contribution to society. The challenges include overcoming the current brand image; promoting knowledge and awareness about the positive impact on the SUS generated by the projects developed by the institution - mainly considering its sustainability and scalability; and effective communication with society about the results of this projects, in order to add the social commitment to the image and reputation of the organization.

**Keywords:** Health Administration and Planning. Public policies. Hospital. Organizational Studies. Marketing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1 - Indicadores de Qualidade Hospital Sírio-Libanês.....</b>	<b>44</b>
<b>Quadro 2 - Áreas de atuação dos projetos de apoio ao SUS desenvolvidos pelo Hospital Sírio-Libanês.....</b>	<b>48</b>
<b>Quadro 3 - Elementos da Identidade Expandida da marca HSL.....</b>	<b>61</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABH - Associação Brasileira de Hospitais  
ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo  
AMB - Associação Médica Brasileira  
AMS - Assistência Médico-Sanitária  
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar  
CEBAS-Saúde - Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde  
CEPE - Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Sírio-Libanês  
CF 88 - Constituição Federal de 1988  
CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas  
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações  
HE - Hospitais de Excelência  
HSL - Hospital Sírio-Libanês  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IEP - Instituto de Ensino e Pesquisa  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social  
IRSSL - Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês  
MAC - Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar  
MS - Ministério da Saúde  
OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde  
OSS - Organização Social de Saúde  
OS - Organizações Sociais  
PIB - Produto Interno Bruto  
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PROADESS - Sistema de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro  
PROADI-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde  
SADT - Serviços De Apoio Diagnóstico E Terapêutico  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UPA - Unidade de Pronto Atendimento  
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>13</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
3.1 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO .....	18
3.1.1 Sistema de Saúde Suplementar .....	21
3.1.2 Público <i>versus</i> Privado na Assistência à Saúde no Brasil .....	25
<b>3.2 HOSPITAIS FILANTRÓPICOS</b> .....	<b>29</b>
<b>4 MARCA, IDENTIDADE E POSICIONAMENTO</b> .....	<b>32</b>
<b>5 ESTRATÉGIA</b> .....	<b>37</b>
<b>6 ESTUDO DE CASO: HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS</b> .....	<b>40</b>
<b>7 OBJETIVOS</b> .....	<b>52</b>
7.1 OBJETIVO GERAL .....	52
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	52
<b>8 MÉTODOS</b> .....	<b>53</b>
<b>9 APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS</b> .....	<b>57</b>
9.1 CARACTERÍSTICAS DA MARCA HSL .....	57
9.2 PÚBLICOS, MENSAGENS E OBJETIVOS .....	64
9.3 MODELO DE ATUAÇÃO: FILANTROPIA .....	66
9.4 ESTRATÉGIA <i>VERSUS</i> GESTÃO DA COMUNICAÇÃO .....	70
9.5 PAPEL DA COMUNICAÇÃO NA MANUTENÇÃO DO MODELO .....	75
<b>10 CONCLUSÃO</b> .....	<b>82</b>
<b>11 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>90</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>98</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em meio à efervescência de mudanças econômicas, políticas e institucionais, materializado na Constituição Federal de 1988 (CF 88) e na Lei Orgânica da Saúde (1990). Em ambas, nota-se o reconhecimento da saúde como direito da população e dever do Estado (MARINHO, 2005), pressupostos do que se convencionou chamar de movimento sanitário, posteriormente, de movimento da reforma sanitária brasileira.

O capítulo “Ordem Social” da Constituição Federal de 1988 abrange um grupo de ações destinadas a assegurar os direitos em uma concepção de seguridade social, incluindo saúde, previdência e assistência social, como expresso no art. 194. Neste contexto, a seguridade social tem como objetivos:

(i) universalidade da cobertura e do atendimento; (ii) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; (iii) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; (iv) irredutibilidade do valor dos benefícios; (v) equidade [*sic*] na forma de participação no custeio; (vi) diversidade da base de financiamento; e (vii) caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados. (FIOCRUZ, 2012, p. 57)

Apesar desses princípios, o Relatório de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (FIOCRUZ, 2011, p. 10) aponta, no capítulo “O sistema de saúde brasileiro: desafios persistentes”, que a reforma, em muitos casos, provocou o aumento do peso das desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde. Em publicação do *The Lancet* (GLOBAL BURDEN, 2017), nota-se uma participação do gasto público em saúde no Brasil de 45,9% - valor este alinhado com países caracterizados pela iniquidade (tanto em condições de saúde quanto no acesso e uso dos serviços), como Estados Unidos e México (FIOCRUZ, 2012).

Para Paim e colaboradores (2011), o sistema de saúde brasileiro é composto por uma rede de organizações públicas e privadas, articuladas em subsetores, quais sejam:

- a) Setor Público: serviços financiados e fornecidos pelo governo, abrangendo os níveis federal, estaduais e municipais;
- b) Setor Privado: constituído por prestadores de serviços com ou sem fins lucrativos, funcionando através de financiamento privado e público;
- c) Setor Suplementar: composto por uma variedade de planos e seguros de saúde privados.

O artigo 199 da CF 88 cita que a assistência à saúde é livre para a iniciativa privada. O setor privado é constituído por prestadores de serviço (principalmente hospitais e laboratórios),

além de seguradoras e operadoras de planos de saúde, e tem sua magnitude – paradoxalmente – atrelada a mecanismos do próprio Estado.

Já na década de 1970, o parque hospitalar privado foi ampliado com recursos públicos e financiamento subsidiado via o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em detrimento da construção de hospitais públicos; pela opção de compra de serviços pelo governo via credenciamento de instituições privadas; e pelo surgimento do “convênio-empresa”, em que o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) subsidiava os empregadores para a contratação de empresas de medicina de grupo (FIOCRUZ, 2011). Atrelamento que, devidamente contextualizado à década dos anos 2010, persiste.

Para Almeida (1998, p. 32), os subsetores público e privado do sistema de saúde brasileiro “compõem uma rede desarticulada e não hierarquizada, que atende, de forma diferenciada, aos distintos grupos populacionais”. Santos, Ugá e Porto (2007, p. 1433) complementam, afirmando que

a construção do sistema nacional de saúde brasileiro a partir de uma base fortemente privatizada – existente em 1988 – resultou em um modelo absolutamente peculiar, no qual há uma imbricação do estatal e do privado nos principais elementos estruturantes do sistema.

Nesse contexto, as empresas de assistência médica suplementar constituem um mercado relevante no cenário da saúde no país. Em 1998, os dados apontavam para a existência de mais de 1.000 empresas no setor, movimentando cerca de US\$14,8 bilhões por ano – o que representava em torno de 2,6% do produto interno bruto (PIB) – para cobrir 26,8% da população da época, cerca de 42 milhões de pessoas (ALMEIDA, 1998).

Em série histórica elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período 1955-1992, pode ser observado um movimento de priorização dos serviços prestados pelo setor público e privado (IBGE, 2006a, p. 128-9). Após os anos 1970, é possível notar uma maior frequência de estabelecimentos públicos na esfera ambulatorial, oposto do que acontece com o número de hospitais, em que o setor privado foi preponderante durante todo o período analisado.

Vinte e cinco anos após esta série histórica, em junho de 2017, o número de estabelecimentos de saúde segundo tipo de atendimento e de convênio (público e privado) revela uma situação distinta (CNES, 2017). Passa a existir uma concentração dos serviços privados na área de atendimento ambulatorial (194.369 *versus* 77.460) e de serviços de apoio à diagnose e terapia (33.306 *versus* 23.674), enquanto o SUS apresenta maior concentração de serviços de internação hospitalar (5.816 *versus* 3.800) e atendimentos de urgência (10.134 *versus* 3.657).

Em janeiro de 2018, os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) indicavam um total de 6.820 hospitais no país. De acordo com a Federação Brasileira de Hospitais (FBH, 2018), na ocasião existiam 4.397 hospitais privados no Brasil – o que representa quase 65% do total de estabelecimentos do tipo. Os hospitais privados têm como principais compradores de seus serviços o SUS, as operadoras de planos de saúde e as pessoas físicas (MARINHO, 2005), conformando a situação de que “os hospitais privados se constituem em um instrumento de descentralização e operação do sistema público” (MARINHO, 2005, p. 41).

Especificamente quanto à propriedade, os estabelecimentos hospitalares podem ser classificados em público, privado, privado com fins lucrativos e privado sem fins lucrativos (beneficentes ou filantrópicos).

O grupo dos hospitais privados sem fins lucrativos é formado normalmente por associações civis filantrópicas. A titulação de filantropia na área da saúde implica uma série de obrigações, entre as quais: parte do atendimento destinado ao SUS, a não distribuição de lucros ou dividendos aos acionistas, o investimento da receita na própria instituição e o destino de parte desta em projetos sociais; em contrapartida, existe a imunidade ou isenção fiscal (CASTRO, 2004).

É neste grupo que se insere o Hospital Sírio-Libanês (HSL), um dos seis hospitais privados sem fins lucrativos reconhecidos pelo Ministério da Saúde (MS) como instituições de excelência e integrante do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Este Programa foi criado em 2008 pela Lei n.º 12.101 e permite que os hospitais portadores do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-Saúde) apliquem um valor igual ao total de suas isenções tributárias em projetos para a melhoria do SUS.

Desde a sua concepção, em 1921, o HSL desenvolve atividades que agregam questões de subsídio cruzado em sua essência. De acordo com Violeta Jafet, presidente honorária da Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês, “*a ideia era formar um hospital que tivesse pobres e ricos, gratuitos e pagantes, para que os pagantes pudessem também pagar as despesas dos menos favorecidos*” (SÍRIO-LIBANÊS, 2017). Entretanto, em seu *site* (SÍRIO-LIBANÊS, 2017), o hospital cita como princípios que levaram a fundação do hospital “humanismo, pioneirismo e excelência”, e como sua visão “ser reconhecido internacionalmente pela excelência, liderança e pioneirismo em assistência a saúde”.

A estratégia de uma organização engloba também a forma como pretende ser percebida por todos os atores que, de alguma maneira, influenciam o desenvolver de sua atividade – clientes, fornecedores, comunidade, governo, etc. Nesse sentido, Aaker (1996) cita a marca

como o principal elo de uma instituição com os indivíduos, sendo capazes de criar emoções, além de ser veículo pelo qual as pessoas identificam a organização e seus valores. Semprini (2006) considera as marcas entidades complexas, abstratas e multiformes, que estão inseridas em um contexto pós-moderno. Perez (2004, p. 47) complementa:

Uma marca existe em um espaço psicológico, na mente das pessoas, dos consumidores. Consiste em uma entidade perceptual, com um conteúdo psíquico previamente definido, mas que é absolutamente dinâmico, orgânico e flexível. [...] Dentro desse espaço perceptual da marca podemos criar mundos imaginários sedutores, fábulas, sonhos e personagens míticos.

Nesse sentido, é possível afirmar que o conjunto de associações relacionadas ao HSL, que representam aquilo que a organização pretende realizar e implicam em uma promessa aos indivíduos (AAKER, 1996), está relacionado ao conjunto de atividades que desempenha para a gestão de sua marca e a comunicação com a comunidade. A busca – ou não – de um lugar único e de destaque na mente do público passa pela administração da marca do hospital, de forma a perseguir um posicionamento<sup>1</sup> estabelecido.

Neste sentido, é objetivo deste estudo identificar de que forma o Hospital Sírio-Libanês (HSL) articula seu posicionamento de marca junto ao sistema privado de atenção à saúde com as ações de responsabilidade social e apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS), que sustentam seu *status* de hospital filantrópico.

---

<sup>1</sup> Segundo Tavares (2008, p. 160), “o posicionamento refere-se ao elo mental que se pretende com o mercado, principalmente o consumidor. É a posição que se pretende ocupar, na mente do consumidor e demais públicos”.

## 2 JUSTIFICATIVA

As ações em saúde vão além de proporcionar bem-estar à população. No campo econômico, contemplam uma gama de atividades industriais e de serviços baseadas no conhecimento e na inovação. O setor é responsável por um mercado que movimenta mais de R\$ 160 bilhões por ano no país, além de 14 milhões de empregos diretos e 5 milhões de empregos indiretos. Assim, o processo dinâmico estabelecido entre a saúde e o desenvolvimento contemplam desenvolvimento econômico, mudanças na estrutura produtiva e melhorias na vida da população (GADELHA; COSTA, 2012).

O Brasil vem passando por uma transição epidemiológica e demográfica, com alterações significativas em sua estrutura demográfica e necessidade de novas intervenções na área do adoecer. São exemplos (IBGE, 2017)<sup>2</sup>:

- a) a redução do número de filhos por mulher: de uma taxa de fecundidade de 4,12 filhos/mulher em 1980, passou a 1,72 em 2015, estimando-se 1,51 em 2030;
- b) a redução do número de óbitos por mil nascidos vivos: a taxa de mortalidade infantil passou de 30 óbitos/mil nascidos vivos em 1990 a 13,82 em 2015, com uma projeção de 7,1 em 2030;
- c) o aumento da expectativa de vida: de 45,5, em 1940, a 75,5 anos em 2015.

O envelhecimento da população, junto com o aumento da urbanização, a mudança nos padrões de consumo e a alteração do perfil epidemiológico, criou a necessidade de serviços médicos específicos, não acompanhada pela rede de atenção à saúde brasileira, tampouco por um incremento nos gastos em saúde. Em 2013, o gasto em saúde no Brasil em relação ao PIB foi de 8%, com o setor público sendo responsável por 3,6%, em um gasto *per capita* total de 970 dólares estadunidenses.

Caso pertencesse à Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Brasil se posicionaria em 22º no que respeita aos gastos totais em saúde, mas seria o antepenúltimo nos investimentos públicos, item no qual superaria apenas o Chile e o México. Já nos gastos *per capita*, só ficaria acima da Turquia. Os dados brasileiros são do IBGE e se referem à Conta Satélite de Saúde, que assinala um gasto total de R\$ 421 milhões em saúde no ano de 2013, sendo R\$ 231 milhões (4,4% do PIB) das famílias e do setor privado em geral e R\$ 190 milhões do setor público (3,6% do PIB)<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Disponível em <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao.html>>. Acesso em: [01 de julho de 2017].

<sup>3</sup> Disponível em: <<http://mundoseculoxxi.com.br/2016/02/13/gastos-em-saude-e-o-pib-em-35-paises/>>. Acesso em: [01 de julho de 2017].

Assumindo-se que a infraestrutura hospitalar se manteve deficitária, e que as condições existentes não corresponderiam às necessidades da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), uma série de propostas foram gestadas, como os contratos de gestão estabelecido entre o Estado e as Organizações Sociais (OS) e, mais recentemente, as parcerias público-privadas<sup>4</sup>. No caso do setor hospitalar, os contratos do serviço público com organizações filantrópicas (BARBOSA; MALIK, 2015).

Os hospitais filantrópicos representam uma parte essencial do atual funcionamento do sistema de saúde do país, visto que parcela dos atendimentos de alta complexidade dos pacientes do SUS são realizados em instituições privadas contratadas pelo governo, notadamente por sua capilaridade em território nacional, com hospitais distribuídos em cidades do interior e em regiões metropolitanas (LIMA *et. al.*, 2007). Em junho de 2017, havia um total de 438.818 leitos de internação registrados no CNES, dos quais, segundo sua natureza jurídica, 168.076 (38,3%) seriam de administração pública, 108.760 vinculados a entidades empresariais e 161.982 a entidades sem fins lucrativos (86,9% desses em associação privada). Destes totais, 303.855 (69,2%) seriam leitos vinculados ao SUS, sendo 163.152 de administração pública, 27.672 de entidades empresariais e 113.030 de entidades sem fins lucrativos (85,7% desses em associação privada).

Ou seja, do total de leitos registrados em junho de 2017, 61,7% estão vinculados a entidades empresariais e a entidades sem fins lucrativos, de natureza privada. Caso se considerem apenas os leitos vinculados ao SUS, o setor privado, com ou sem fins lucrativos, reduziria sua participação para 43,6%.

Entre as entidades sem fins lucrativos, enquanto natureza jurídica, predominam as associações privadas, caso do Hospital Sírio-Libanês (HSL). Estas, através do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, recebem diversos subsídios do Estado em troca da garantia de prestação de serviços ao SUS. Para se ter uma ideia do montante dessa desoneração de contribuição ao Regime Geral da Previdência Social, dados de 2003<sup>5</sup> destacam que, a cada ano, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) deixava de recolher R\$ 2,18 bilhões de entidades beneficentes – sem considerar as isenções com a Receita Federal (FILANTROPIA, 2003). Em 2016, este valor subiu para R\$ 10,7 bilhões. O valor contemplava 30% do total de renúncias para o INSS e 7% do déficit da Previdência do ano (que foi de R\$ 151,9 bilhões).

Há hoje no país 4.082 entidades filantrópicas com direito a esse benefício tributário, divididas em três áreas. Segundo a Receita, são 126 empresas de educação, que devem

---

<sup>4</sup> No Brasil, a concepção de parceria público-privada (PPP) envolve o estabelecimento de relação contratual entre poder público e parceiro privado num âmbito diferente daquele utilizado nos contratos administrativos previstos pela Lei no 8.666 (BRASIL, 1993 *apud* BARBOSA; MALIK, 2015, p. 1150).

<sup>5</sup> Disponível em: <<http://www.istoedinheiro.com.br/noticias/financas/20030618/filantropia-luxo/21346>>. Acesso em: [01 de julho de 2017].

ter um benefício total de R\$ 4 bilhões. Na saúde, há 2.606 empresas habilitadas, para uma isenção de R\$ 6 bilhões. Cerca de R\$ 1 bilhão da renúncia se refere a 1.350 entidades de assistência social<sup>6</sup>.

Especificamente em relação ao HSL, sem o título de filantropia, 15% da sua receita anual seria destinada à contribuição social junto ao INSS. De acordo com as receitas operacionais declaradas no Relatório de Sustentabilidade da instituição de 2016, este percentual representaria quase 278 milhões de reais (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

Desde a renovação do seu corpo administrativo, ocorrida em 2004, a organização definiu como uma de suas prioridades o pioneirismo em relação à tecnologia na área da saúde. São exemplos desta afirmação, entre outros (SÍRIO-LIBANÊS, 2015):

- a) seis elevadores à prova de fogo, com antecâmaras que impedem a entrada de fumaça em caso de incêndio e permitem a remoção de 20 pessoas por vez;
- b) uma usina de três geradores de energia movidos a diesel, que mantém toda a estrutura durante 60 horas em caso de blecaute, particularmente importante durante a realização de cirurgias e para os leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- c) 12 quartos adaptados (camas, portas, banheiros e sistema de transporte com guinchos e trilhos) para pacientes com obesidade mórbida;
- d) um sistema de transporte de resíduos a vácuo, em que o descarte acontece sem precisar passar por dentro das instalações do hospital;
- e) um sistema de transporte pneumático com dutos para retirada de roupas sujas; e,
- f) o primeiro Centro Internacional de Referência em Imagem Cardiovascular da América.

Quanto ao futuro do Hospital Sírio-Libanês,

O futuro da instituição continuará atrelado às parcerias com o estado e à contribuição com o SUS. Nossa meta é continuar ampliando as plataformas de ensino à distância e consolidar as parcerias público-privadas, entregando nossas expertises em gestão e em conhecimento e cumprindo nossa missão de ajudar a sociedade a ter acesso a cuidados médicos de qualidade. (SÍRIO-LIBANÊS, 2016)

O hospital é responsável pelo Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês (IRSSL), organização social focada em parcerias público-privadas no setor da saúde. Atualmente, abrange a manutenção e a gestão de três hospitais públicos, um ambulatório e um serviço de reabilitação, vinculados ao município e ao estado de São Paulo. A intenção é transferir conhecimentos em gestão e saúde através da administração de hospitais públicos, contribuindo para uma saúde pública de mais qualidade, mais ágil e eficiente.

---

<sup>6</sup> Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2016/07/1790137-isencao-previdenciaria-com-filantropia-gera-perda-de-r-11-bi.shtml>>. Acesso em: [01 de julho de 2017].

Os resultados da parceria com o Hospital Menino Jesus podem ser observados através da sua atual referência em más-formações congênicas pediátricas e na reforma de sua UTI, quando houve a instalação de equipamentos de tecnologia avançada. Quanto ao Serviço de Reabilitação Lucy Monteiro, é oferecido tratamento de ponta a pacientes com deficiência física e restrições de mobilidade. O Hospital Geral do Grajaú teve o pronto-socorro reformado, 14 novos leitos na UTI e uma nova sala de hemodiálise. O Hospital Regional de Jundiaí é uma unidade de média complexidade e perfil cirúrgico, com o objetivo de consolidar um modelo de cuidado em cirurgia elevada para as ações de média complexidade do SUS. Por fim, na unidade ambulatorial Dra. Maria Cristina Cury, foi instalada uma plataforma elevatória, garantindo maior acessibilidade e segurança.

Questionado sobre seu papel à frente da instituição, considerando a responsabilidade social como uma frente importante para o hospital, seu CEO afirma que

Do ponto de vista pessoal, vejo como uma oportunidade diminuir a desigualdade no acesso a uma saúde de excelência e cumprir com um dos meus papéis de cidadão. Do ponto de vista profissional, assumo o desafio de dar continuidade ao crescimento sustentado do hospital, uma instituição que une excelência médica, assistencial e tecnológica, focada em conhecer cada vez mais seus pacientes para cuidar cada vez melhor. Desde sua fundação, o HSL investe continuamente na valorização do corpo clínico, no treinamento de seus profissionais e na modernização de sua estrutura, a fim de beneficiar nossos pacientes. O Hospital Sírio-libanês nasceu para acolher a todos, sem distinção de classe social. Esse sentimento ainda nos norteia. (CHAPCHAP *apud* SÍRIO-LIBANÊS, 2016, p. 32)

A coexistência de mais de um viés em uma organização não é algo simples de ser administrado. As fontes pesquisadas sobre o HSL acabam, na maioria das vezes, por ressaltar sua excelência, pioneirismo, infraestrutura e tecnologia de ponta, ao mesmo tempo que propagam sua vocação para o trabalho social e a filantropia. São questões paradoxais: uma instituição sem fins lucrativos atende aos planos e seguros de saúde mais caros do país, cobra expressivos valores de clientes que a contrata para atendimento, realização de tratamentos, procedimentos e cirurgias, com um corpo clínico composto por profissionais altamente qualificados; ao mesmo tempo, é responsável pela administração de estabelecimentos nos quais a população vinculada ao sistema público de saúde é atendida de forma gratuita para os usuários (visto que a instituição é remunerada através de isenção fiscal).

Considera-se relevante um estudo que esclareça de que forma uma organização da proporção do hospital escolhido como objeto administra seus esforços para não apenas atuar nesses dois contextos, mas ser referência em ambos. Ainda, visto as múltiplas possibilidades de análise da questão, a opção em aprofundar o ponto de vista da marca, posicionamento e comunicação abrange – ao menos hipoteticamente – ações conscientes e intencionais de transmitir mensagens a diferentes públicos, de acordo com seus interesses, a fim de construir

uma imagem<sup>7</sup> multifacetada na comunidade. Ou seja, um estudo sobre o posicionamento de uma organização complexa que presta serviços de alta complexidade de forma privada, mas que sustenta uma posição de filantropia de forma sólida.

---

<sup>7</sup> Imagem associa-se ao conceito de recepção; considerando-se uma empresa, uma marca ou uma celebridade, um estudo de imagem trata de como o público decodifica os símbolos provenientes desses emissores e da comunicação por eles emitida. Em contrapartida, identidade é um conceito de emissão. Cabe à identidade especificar “o sentido, o projeto, a concepção que a marca tem de si mesma” (KAPFERER, 2003, p. 86).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Contextualizar o sistema de saúde brasileiro impõe retomar uma série de momentos históricos que constituíram o cenário atual através da articulação de diversas organizações, tanto públicas quanto privadas. Para um entendimento desde a colonização do país até a Reforma Sanitária, que precedeu a instalação do modelo vigente, PAIM *et. al.* (2011) organizaram uma linha do tempo através de um quadro-resumo (ANEXO A).

Na década de 1970, a Reforma Sanitária buscava a garantia da saúde como direito do indivíduo através da equidade e do acesso universal a um sistema público de saúde. Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde teve como finalidade transformar a parte jurídica-institucional do setor de forma a assegurar a saúde como direito do cidadão brasileiro. Dois anos depois, a Constituição Federal de 1988 trouxe a seguridade social como direitos sociais de cidadania, contemplando saúde, previdência e assistência (PAIM *et. al.*, 2011). Eram sistematizadas as ações e serviços de saúde em um Sistema Único (SUS), através da universalidade de acesso, equidade, integralidade da assistência e participação social (DESLANDES *et. al.*, 2009).

A universalidade, primeiro princípio ético-doutrinário do SUS, expande legalmente o direito à saúde a todos cidadãos. A integralidade diz respeito ao conjunto de ações contínuas preventivas e curativas, de acordo com cada caso e em todos os níveis do sistema. Ou seja, todos devem ter acesso aos serviços de saúde em todos os níveis, de acordo com a necessidade. A equidade assegura um olhar diferenciado às necessidades específicas dos cidadãos e das comunidades, de forma a equalizar os recursos (físicos, tecnológicos, terapêuticos) para que possa existir atendimento em todo nível de atenção necessário. Para tal, a epidemiologia é utilizada para estabelecer prioridades e alocação de recursos (SILVA *et. al.*, 2016).

A participação social tange ao controle social do Sistema através da participação dos usuários, sendo estes setores organizados na sociedade civil e outros segmentos, como gestores públicos, filantrópicos, privados e trabalhadores da saúde. Esse princípio visa à democratização na proposição de diretrizes para as políticas de saúde nas esferas federal, estadual e municipal (SILVA *et. al.*, 2016).

A CF de 1988 estabeleceu

os direitos dos usuários, os deveres do Estado e as diretrizes da organização do sistema; como será financiado esse sistema; a participação da iniciativa privada e de

empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde; as atribuições do sistema; e a admissão de agentes comunitários de saúde e de combate às endemias. (CONASS, 2015, p. 17)

O artigo 198 da CF define que o SUS constitui-se das ações e serviços de saúde executados de forma regionalizada e hierarquizada. A Lei 8.080/1990 estabelece que as Comissões Intergestoras são responsáveis pela definição das diretrizes nacionais, regionais e intermunicipais sobre a organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente sobre a sua governança institucional e à sua integração. Essas comissões também devem delimitar diretrizes sobre as Regiões de Saúde, distrito sanitário, integração, referência e contrarreferência<sup>8</sup> (CONASS, 2015).

As Regiões de Saúde são espaços geográficos formados por municípios que fazem limite, definidos através de sua economia, aspectos sociais, identidade cultural, além de redes de comunicação e infraestrutura de transportes integradas. Elas são instituídas pelos estados, juntamente com os municípios (CONASS, 2015).

Para Paim e colaboradores (2011), o sistema de saúde brasileiro constitui-se de uma rede de organizações públicas e privadas, articuladas em 3 subsetores, quais sejam: setor público, setor privado e setor suplementar (planos e seguros de saúde privados). Apesar das divisões existentes, os cidadãos podem fazer uso de todos os subsetores – considerando-se a capacidade de arcar com os custos, nos casos privados. A vinculação de um indivíduo a um tipo de setor não o desqualifica em utilizar outro concomitantemente. Os recursos públicos para a atenção à saúde previstos quando o sistema foi criado – com o intuito de ser universal e equitativo – são maiores do que os existentes atualmente.

A organização da oferta dos serviços no sistema de saúde brasileiro, segundo complexidade crescente de meios de atenção, pode ser dividida em atenção básica, atenção secundária e atenção terciária. A primeira (também chamada de atenção primária) objetiva oferecer acesso e serviços abrangentes, coordenar a expansão da cobertura para cuidados mais complexos, além de implementar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Esse tipo de atenção recebe consideração especial do SUS, que faz uso de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por exemplo.

---

<sup>8</sup> “O sistema de referência e contrarreferência na saúde consiste no encaminhamento de usuários de acordo com o nível de complexidade requerido para resolver seus problemas de saúde. Referência refere-se ao ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade, e Contrarreferência refere-se ao ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. [...] O Sistema de Referência e Contrarreferência diz respeito a uma rede hierarquizada e integrada de cuidados e serviços que começa na unidade de saúde da família, porta de entrada do sistema, e estende-se até às estruturas de alta complexidade e que proporciona o fluxo orientado dos pacientes nos dois sentidos” (DIAS, 2010, p.35).

A atenção primária é também responsável por ordenar o acesso universal e igualitário à saúde, visto que deve avaliar a gravidade do risco individual e coletivo, o critério cronológico e as especificidades de cada caso. Considera-se este o nível fundamental de um sistema de saúde, sendo responsável pelo primeiro contato dos indivíduos com o sistema. Assim, o primeiro elemento do processo contínuo de atenção carece estar o mais próximo possível das casas e trabalho das pessoas, e integrar, assim, de forma vertical, os demais serviços ofertados. A atenção básica deve ser o eixo orientador do SUS e não uma barreira limitante, dado que emprega tecnologia de baixa densidade (procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade).

A atenção secundária diz respeito aos serviços especializados (recursos humanos e serviços de diagnose e terapia). De acordo com o MS,

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (CONASS, 2015, p. 17)

É um dos gargalos atuais quando se discute a integralidade da atenção à saúde. Porém, alguns avanços vêm sendo realizados neste sentido, como a criação das unidades de pronto-atendimento (UPA), com a intenção de desafogar as emergências hospitalares.

Quanto à atenção terciária e hospitalar, a Portaria SAS/MS nº 968 de 2002 define uma gama de procedimentos considerados de alta complexidade. Dentre estes, estão a assistência ao paciente oncológico; ao portador de doença renal crônica (por meio de diálise); cirurgia cardiovascular e vascular; procedimentos de neurocirurgia; implante coclear; procedimentos em fissuras lábio-palatais; assistência a portadores de queimaduras; distrofia muscular progressiva; fibrose cística; entre outros. O MS cita que alguns procedimentos de alta complexidade até podem ser ambulatoriais, como diálise, quimioterapia e radioterapia, porém, têm impacto financeiro alto (CONASS, 201).

Historicamente, a atenção de alta complexidade é contratada/conveniada com serviços de saúde através de prestadores privados com fins lucrativos, filantrópicos ou universitários. O financiamento das ações e serviços de média e alta complexidade é feito pelo Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC), de acordo com a Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017, além de alguns outros incentivos financeiros pagos fundo a fundo.

Em relação às ações e serviços de média e alta complexidade, observa-se que a produção e as transferências dos recursos federais para o financiamento das ações e serviços de média e alta complexidade mantêm o mesmo padrão adotado até 2011. Em 2014, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representaram R\$ 41,9 bilhões, valor 2,9 vezes maior que os recursos transferidos para atenção primária (R\$ 14,7 bilhões), mantendo-se, proporcionalmente, a mesma relação apresentada em 2011 – Ministério da Saúde

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS, situação da base de dados nacional em 23/01/2015). (CONASS, 2015, p. 7)

Algumas áreas de alta complexidade têm um aumento de gastos, dada a falta de assistência anterior ao SUS. O aumento da cobertura na atenção primária pode acarretar em um crescimento da necessidade de procedimentos desse tipo; o aumento do diagnóstico de câncer culmina em um aumento de procedimentos de quimioterapia, por exemplo.

Os desafios da assistência hospitalar no Brasil abrangem questões comuns ao setor, como gerenciamento de custos, eficiência, qualidade na atenção, segurança do paciente e acessibilidade.

A legislação estabelece que o planejamento e o orçamento do SUS aconteçam de forma ascendente; ou seja, do local até o federal. São consultados órgãos deliberativos para que as necessidades e a disponibilidade de recursos sejam equilibradas para as cidades, estados e país. Considerando a complexidade da gestão da saúde, é importante considerar, para o processo de planejamento, os recursos financeiros para a manutenção do sistema de forma sustentável. Deve ser considerado também no planejamento os serviços e ações prestados pela iniciativa privada, complementares ou não ao SUS, para se compor as estruturas de saúde regionais, estaduais e nacionais (CONASS, 2015).

### **3.1.1 Sistema de Saúde Suplementar**

A política de saúde no Brasil remonta à soma de esforços públicos e privados. Em 1904, foi implantada a legislação sanitária, que trouxe às autoridades do país os aparatos legais e institucionais para fiscalizar condições de salubridade. Com o passar do tempo, as doenças transmissíveis passaram a ser um problema político. Surgiram, então, espaços chamados centros de saúde, que se ocupavam da difusão de uma consciência sanitária (GUIMARÃES; PESSOTO; RIBEIRO, 2014).

Somente entre os anos de 1930 e 1931, foi criado o Ministério de Educação e Saúde, e seus departamentos coordenavam serviços de prevenção e tratamento, hospitais, laboratórios, centros e postos de saúde. Na década de 1930, também se percebe a oportunidade de exploração econômica da assistência à saúde. No fim dos anos 1950, dada a industrialização do Brasil, as instituições privadas eram as principais prestadoras de serviços de saúde, principalmente para a nascente classe média. Na época, corporações contratavam assistência privada para seus empregados, com interesse na produtividade (VILARINHO, 2004).

O Decreto-lei nº 200, estabelecido pelo governo militar na década de 1960, apontava como problemas a serem resolvidos a centralização excessiva da Administração e a ausência de coordenação nas ações do governo, instituindo os princípios do planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competência e controle. Contemplado pelo princípio da descentralização, um dos pontos abrangidos pelo decreto foi o da terceirização, que tornou viável a realização de projetos do Estado através da contratação de empresas médicas. Assim, foi fomentado – com recursos públicos – o crescimento privado na prestação de serviços de saúde. A consolidação financeira e estrutural dessas empresas tornou possível que, com a recessão econômica (segunda crise do petróleo de 1979) e a diminuição de pagamentos dos convênios, pudessem passar a fornecer serviços diretamente para empresas e indivíduos (VILARINHO, 2004).

Na década de 1980, visto a abertura política do país, diversos atores sociais formaram um movimento político ao redor da remodelação do sistema de atenção à saúde (MALTA, 2001). As reivindicações e críticas formaram as diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Nesse período, a CF 88 (em que se legitima a saúde como um direito de cidadania) e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 explicitam o arcabouço jurídico-político de sustentação do SUS, amparado pelas diretrizes de universalidade, integridade e equidade (BRASIL, 1990).

Entretanto, a criação do SUS aconteceu em um momento caracterizado por um viés ideológico neoliberal, sugerindo maiores relações comerciais na prestação de serviços e consequente menor papel do Estado (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013). Esse projeto neoliberal solidificou práticas de exclusão social e redução de verbas públicas, e, nesse contexto, percebe-se um caminho dicotômico para a política de saúde no Brasil (MALTA, 2001).

Surge, então, a denominação “assistência suplementar em saúde”, indicando o setor privado que operava de maneira à parte ao SUS. A ideia da saúde como direito de cidadania foi ajustada à dinâmica dos planos e seguros de saúde vendidos. “Suplementar” acabou referindo-se a algo convergente: o modelo articulado entre as empresas privadas e a rede do SUS é de duplicidade e superposição das ofertas. Para Sestelo, Souza e Bahia (2013, p. 862), este modelo é

uma relação de complementaridade invertida, em que o sistema público funciona como um suporte assemelhado a um resseguro para as lacunas na assistência oferecida pelos planos de saúde, subvertendo o sentido original do termo “complementar” utilizado pelo texto constitucional.

De acordo com Bahia (1997 *apud* ALMEIDA, 1998, p. 5), assistência médica suplementar significa a opção existente de se contratar (através de pagamento) um seguro

privado que garanta assistência médica, apesar da manutenção da contribuição obrigatória para a seguridade social, que resulta no acesso ao SUS. Ou seja:

O mercado de serviços privados de saúde é a natureza mercantil-contratual das relações entre atores, que, por sua vez, confere à demanda caráter seletivo. Nessa perspectiva, o mercado de serviços privados de saúde é composto pelas formas de produção e gestão da assistência médico-hospitalar que têm por objetivo atender a determinada demanda ou clientela restrita. (ALMEIDA, 1998, p. 6)

Sobre o mercado privado de serviços de saúde no Brasil, Filho (2012) nota que a evolução aconteceu a partir da demanda direcionada pelo Estado (Setor Privado contratado pelo Setor Público), até o momento em que o setor criou condições necessárias para se autonomizar. A oferta direta para compradores privados leva ao surgimento dos primeiros planos particulares.

Surgem na década de 1970 as primeiras empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas. Os planos de saúde como negócio começam a ser concebidos por empresários, no formato de autogestão, e por clínicas que passaram a oferecer serviços de assistência médica para empresas e funcionários.

Na década de 2010, os planos privados contemplam as medicinas de grupo, seguradoras especializadas em saúde (operadoras), cooperativas médicas e instituições de autogestão. As medicinas de grupo utilizam serviços próprios e credenciados, além de comprarem serviços de terceiros. As seguradoras especializadas em saúde operam à prestação de serviços através de tabelas de reembolso. Dessas, as que operam o seguro saúde não têm rede própria – o usuário tem livre escolha e reembolsa o valor posteriormente. As cooperativas médicas são geridas e têm, como sócios, médicos cooperados. As instituições de autogestão operam através de serviços de terceiros, com administração própria (FILHO, 2012).

Almeida (1998) ressalta que a atenção ambulatorial tem regras menos rígidas quanto à escolha (de estabelecimento/profissional) e ao reembolso, diferentemente da assistência hospitalar. Ainda, observa que o que distingue um plano/seguro do outro é justamente as questões relativas à possibilidade de livre escolha – delimitando os preços e a segmentação interna de clientes. Os planos podem impor restrições quanto à atenção hospitalar de alta complexidade, internações de longo prazo e doenças crônicas, e, nesse caso, a assistência acaba sendo prestada pelo setor público (no caso de o paciente não poder arcar com o custo adicional não coberto pelo plano/seguro).

Para entender as dimensões do setor, utilizam-se dados produzidos por ele próprio (empresas, entidades representativas ou consultoria contratadas), visto que fontes oficiais são escassas. De acordo com dados da Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE, 2017), houve uma redução de 2,8% nos planos médicos no país de dezembro de 2015 para dezembro de 2016, quando o número era de 47,9 milhões de beneficiários de plano de saúde.

O mercado completou, em dezembro de 2016, dois anos de quedas consecutivas no número de usuários, somando 2,5 milhões de pessoas que perderam acesso aos planos. Neste ano, a cobertura dos planos de saúde foi de 24,7% da população brasileira, uma redução de 1,3% se comparada ao ano anterior. Essa retração trouxe o índice para níveis similares aos de 2012. A previsão para o ano de 2017 é de uma tímida recuperação, com o índice ficando em torno de 0,1% positivo.

Analisando as receitas de contraprestações e as despesas assistenciais de 2015 e 2016, comparativamente, nota-se que ambas aumentaram (12,7% e 14,1%, respectivamente), o que culmina em um resultado operacional de contração, de R\$ 0,9 bilhões para R\$ 0,4 bilhões (ABRAMGE, 2017).

O índice de sinistralidade mede a relação entre os gastos com assistência médico-hospitalar e a receita de contraprestações da operadora. Em 2016, esse índice foi de 84,9%, o que significa que a “cada R\$100,00 recebidos pela operadora, a título de mensalidade, R\$84,90 são utilizados para custear despesas com atendimentos médico-hospitalares dos clientes de planos de saúde” (ABRAMGE, 2017, p. 12).

O *ticket* médio do setor aumentou 15,7% de janeiro a setembro de 2016, se comparado ao mesmo período de 2015, ficando em R\$ 272,10. Esse aumento foi diferente em cada modalidade, sendo o maior nas autogestões e o menor nas cooperativas médicas.

Nota-se uma diferença substancial entre os preços praticados pelas modalidades das operadoras. Os menores preços são relativos às modalidades de filantropia (R\$198,05) e medicina de grupo (R\$223,85), enquanto o maior valor é o das seguradoras (R\$435,19), mais de duas vezes o valor médio das operadoras de filantropia (ABRAMGE, 2017).

Ressalta-se a correlação do mercado de planos de saúde no país com o mercado de trabalho, visto que mais de 66% dos usuários possuem contratos coletivos empresariais. Então, para entender o desempenho do mercado, cabe analisar os setores da economia que mais contratam esse tipo de plano, além da sensibilidade dos usuários destes setores a flutuações (ABRAMGE, 2017).

O setor que mais contrata planos coletivos empresariais é a indústria, com 26,9%, o que significa cerca de 8,5 milhões de usuários. Entretanto, foi o setor mais afetado pela crise econômica – foram perdidos quase 1,8 milhão de empregos entre 2015 e 2016, o que impactou diretamente nos beneficiários de planos (ABRAMGE, 2017).

Mais de 75% da população brasileira depende do SUS para ter atendimento médico. Mas, vale lembrar que o atendimento público também acaba sendo utilizado por aqueles que possuem algum tipo de plano de saúde, dadas suas características restritivas, como em casos de

procedimentos de alto custo não abrangidos pelos contratos<sup>9</sup>. Por outro lado, aqueles que não possuem cobertura também acabam consumindo serviços médicos privados em ocasiões específicas e eventuais (como quando a fila de espera é muito extensa, por exemplo) (ALMEIDA, 1998).

Almeida (1998) destaca o otimismo das empresas de assistência médica suplementar quanto ao crescimento do setor. Na época, cogitava-se a criação de estratégias voltadas para as classes C e D da população – o que demonstra a aposta em uma constante diminuição da capacidade do setor público de atender à demanda.

Entretanto, a tendência do setor é a de aumento de custos, dada a cada vez maior sofisticação de capacidade diagnóstica e de intervenção, bem como o avanço tecnológico constante. A inflação na assistência médica é, em média, 40% maior que os índices gerais da inflação. Existe também uma inclinação para o aumento do uso dos serviços desse mercado, considerando o envelhecimento da população<sup>10</sup>, a epidemiologia (doenças infectocontagiosas emergentes, crônico-degenerativas, câncer, etc.) e o *marketing* da tecnologia médica (ALMEIDA, 1998).

### 3.1.2 Público *versus* Privado na Assistência à Saúde no Brasil

Para uma melhor compreensão da complexa questão que envolve a participação dos setores público e privado no sistema de saúde brasileiro, cabe elucidar o marco conceitual desenvolvido pela OECD, em 2004, no que tange à configuração da inserção do seguro privado em um sistema de saúde. O seguro privado se inseriria de quatro formas: suplementar, substitutivo, complementar ou primário (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2007), quais sejam:

- a) Suplementar: os serviços oferecidos pelo seguro privado constam no sistema público universal (ou no seguro social de compulsório). Ou seja, a categoria abrange uma cobertura duplicada dos serviços. Observa-se que pode o seguro suplementar dispor de fatores adicionais ao sistema público, mas que não são essenciais para a

---

<sup>9</sup> De acordo com dados extraídos da ANS Tabnet, em 2015, foram realizados um total de 348.614 atendimentos de beneficiários de algum tipo de plano de saúde pelo SUS – representando um valor total de R\$ 525.900.455,00.

<sup>10</sup> Miranda, Mendes e Silva (2016, p. 507) observam que “em 2010, existiam 39 idosos para cada grupo de 100 jovens, em 2040, estima-se 153 idosos para cada 100 jovens. [...] O crescimento do número de idosos, seu perfil de morbidade e mortalidade agrava o heterogêneo quadro epidemiológico com doenças, incapacidades e sequelas que exigem do sistema de saúde uma organização contínua e multidisciplinar”.

saúde – como hotelaria, escolha de prestador, agilidade no acesso e cirurgias estéticas;

- b) Substitutivo: existe a escolha individual entre o seguro privado ou o sistema público;
- c) Complementar: nesse caso, o seguro complementar cobre serviços que não constam ou constam parcialmente no sistema público, como exemplo, a cobertura de copagamentos;
- d) Primário: o sistema de saúde principal é o seguro privado.

Os autores citam os problemas de desigualdade no acesso à saúde gerados pela duplicação da cobertura – como no caso dos sistemas suplementares (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2007). De acordo com dados da OECD, o gasto público (em termos de percentual do PIB) não é menor que nos países onde não existe seguro privado.

Santos, Ugá e Porto (2007) acreditam que o dado está relacionado a duas questões: o serviço público de saúde é utilizado também por aqueles que possuem seguro privado; e a despesa em saúde aumenta com os seguros privados – ao invés de substituir o financiamento do Estado. Nesse sentido, o setor recebe subsídios (como dedução do gasto em seguro saúde do imposto de renda) na maioria dos países, incluindo o Brasil.

A regulação do campo se deu pela Lei nº 9.656, em que o setor de saúde suplementar foi dotado de sustentação legal para ser regulamentado (SILVA, 2003). Contudo, a Lei nº 9.961, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), alarga a possibilidade de regulamentação, dada a responsabilidade da autarquia – vinculada ao Ministério da Saúde – na regulação, normatização e fiscalização das atividades. De acordo com a legislação, a ANS tem por finalidade institucional “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País” (BRASIL, 2000).

Apesar da legislação, autores observam que a tônica e a lógica da ação regulatória aplicada pela ANS esbarra em uma precariedade de dados, o que acaba por limitar iniciativas de ampliação da intervenção governamental. Observar o contexto como uma articulação entre público e privado no sistema de serviços de saúde permite distingui-los qualitativamente – o que é coerente com os fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira nos processos econômicos e sociais do campo. Caso não fossem diferenciados, se sujeitariam “os aspectos da vida social à lógica da acumulação do capital” (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013, p. 862).

Essa composição que resultou no sistema de saúde no país acarretou um modelo característico de *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro. A base privatizada formou uma teia complexa entre os elementos que estruturam o sistema como um todo.

A maior parte da oferta de serviços hospitalares é de propriedade privada: 62% dos estabelecimentos com internação e 68% dos leitos do país. Uma concentração ainda maior observa-se em relação às unidades prestadoras de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT (92%). Contrariamente, a maior parte das unidades ambulatoriais (78%) é de propriedade estatal. Cabe lembrar que não foram contabilizados os consultórios médicos privados. Esses dados se referem apenas à distribuição da oferta segundo a natureza jurídica do prestador, mas não refletem a distribuição entre a oferta disponibilizada para usuários do SUS e os beneficiários dos planos e seguros de saúde. Como na maioria dos países onde a maior parte da oferta é de propriedade privada, o setor público contrata parte desses serviços privados. Segundo a AMS/IBGE de 2005, no Brasil, 69% dos estabelecimentos privados que contam com internação e 65% dos leitos privados são contratados pelo SUS. Entretanto, como foi mencionado, esses estabelecimentos também estão contratados pelos planos e seguros privados de saúde. (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2007, p. 1434)

Os dados trazidos pelos autores são referentes à Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), realizada pelo IBGE e divulgada através da publicação “Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005”. É possível comparar os dados analisados com os dados da pesquisa mais recente, de 2009.

Em 2009, houve uma diminuição pouco expressiva na quantidade de estabelecimentos com internação privados, somando 58,7%, comparados aos 62% de 2005. Segundo o documento, desde 1999, existe essa tendência, dada a desativação de estabelecimentos privados com internação: de 2005 a 2009, o setor privado perdeu 392 estabelecimentos do tipo, enquanto o setor público ganhou 112. Ou seja, houve um aumento da participação relativa do setor público na oferta de serviços de internação (IBGE, 2010).

Sobre os leitos disponíveis no sistema de saúde brasileiro em 2009, 64,6% eram privados e 35,4% públicos. Os números acompanham a tendência de redução apontada nos estabelecimentos com internação. Entretanto, a diminuição ocorreu devido aos leitos do setor privado, visto que os leitos públicos aumentaram 0,6% (IBGE, 2010).

A oferta de leitos privados disponíveis para o SUS diminuiu ainda mais significativamente, com uma redução de 12,2% de 2005 a 2009. O indicador de leitos por 1.000 habitantes no Brasil era de 1,6 na época da pesquisa, não sendo compatível com o preconizado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002, de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 2002). A salientar, a diminuição do indicador especialmente nas regiões Nordeste e Centro-Oeste.

Essa Portaria foi revogada em 2015, sendo substituída pela Portaria MS/GM nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que define parâmetros para leitos e internações combinando diferentes enfoques (evidências científicas, protocolos clínicos e terapêuticos, estrutura e rendimento,

capacidade instalada de hospitais e leitos, situações ideais<sup>11</sup> consolidadas, reconhecidas ou desejadas, aplicação de modelo de simulação). Os novos parâmetros são calculados através de um método que analisa a oferta e a demanda por serviços por meio de expressões matemáticas que calculam separadamente a quantidade dos tipos de leito-especialidade com base nas estimativas de número de internações anuais esperadas para o tipo de leito-especialidade; população de referência para aquele tipo de leito-especialidade; taxa de internação esperada para aquele tipo de leito-especialidade; fator de ajuste para a taxa de recusa esperada para aquele tipo de leito-especialidade; tempo médio de permanência (dias) esperado para aquele tipo de leito-especialidade; taxa de ocupação esperada para aquele tipo de leito; fator de ajuste para incorporação de internações de não residentes (BRASIL, 2015).

Sobre a distribuição dos estabelecimentos com internação por esfera administrativa (pública ou privada), os dados das pesquisas AMS/IBGE 2005 e 2009 demonstram a prevalência da esfera privada em todos os serviços e equipamentos pesquisados. Observam-se as maiores diferenças no que diz respeito a serviços e equipamentos de média e alta complexidade, como quimioterapia, UTI/CTI, UTI neonatal, cirurgia cardíaca, transplantes, hemodiálise, mamógrafo, tomógrafo e aparelhos para videolaparoscopia, sendo que todos os serviços/equipamentos citados chegam a 70% ou mais na rede privada (IBGE, 2010). Segundo Santos, Ugá e Porto (2007, p. 1435), “no sistema de cobertura duplicada existente no nosso país, o segmento suplementar disponibiliza uma oferta de serviços hospitalares e, principalmente, de equipamentos de alta e média complexidade muito maior do que a observada no SUS”.

Nota-se a discrepância entre estrutura existente *versus* demanda real nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2014), na seção sobre internação em hospitais. Das modalidades analisadas, apenas “Cirurgia” e “Parto Cesáreo” apresentam percentuais maiores em estabelecimentos privados. Ou seja, apesar de a maior parte da estrutura em saúde do país fazer parte do parque privado, grande parte do atendimento acontece em estabelecimentos públicos.

Ainda, Santos, Ugá e Porto (2007, p. 1436-1437) utilizam dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE de 2003 para inferir que:

Existem fortes interseções na utilização de serviços entre o SUS e o segmento da população com planos de saúde. Assim, entre as pessoas que tinham plano, 6,6% foram internadas pelo próprio plano, 1,3% foram internadas pelo SUS e 0,3%, mediante gasto privado direto. Considerados exclusivamente os pacientes possuidores de plano de saúde que foram internados em 2003, verificou-se que apenas 79,3% tiveram a internação financiada pelo próprio plano, sendo o restante internado pelo SUS (15,4%) ou por meio de pagamento direto (3,5%). [...] Da mesma forma que para

---

<sup>11</sup> Nota-se que o documento cita, como padrões considerados como ideais, os atendimentos nas cidades de Curitiba, São Paulo e Belo Horizonte (BRASIL, 2015, p. 78).

as internações, também em relação aos atendimentos, se observa importantes interseções entre o SUS e o segmento da saúde suplementar: 2,3% das pessoas que possuíam plano de saúde em 2003 foram atendidas pelo SUS, o que corresponde ao fato de que 11,8% das pessoas com plano atendidas o foram pelo SUS.

Outro ponto de análise é sobre os subsídios dados ao sistema privado pelo Estado. O principal é a não arrecadação, por meio de desonerações fiscais bilaterais: por um lado, existem incentivos fiscais aos prestadores e operadoras de plano de saúde filantrópicos; por outro, o gasto com esse tipo de serviço é deduzido da base de cálculo do Imposto de Renda, tanto de pessoas físicas quanto jurídicas (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2007).

Bahia (2005) afirma ser o sistema de saúde brasileiro diferente tanto daqueles orientados para o mercado, quanto daqueles distinguidos pelo financiamento público (sendo os serviços prestados ou comprados pelo Estado). Nota que o modelo vigente abre margem para interpretações antagônicas no que diz respeito às proporções Estado/mercado – podendo justificar tanto a intervenção estatal quanto a prioridade do mercado.

O sistema de saúde brasileiro, quando apresentado pelos integrantes da gestão pública, é visto como emblema de um processo exitoso de extensão de cidadania. Mas para os representantes dos serviços e empresas privadas de comercialização de planos de saúde, o mesmo sistema é o locus de um poderoso mercado privado, movido pela dinâmica da estratificação de benefícios. (BAHIA, 2005, p. 13)

### 3.2 HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

No Brasil, é possível observar uma diversidade de diferentes aspectos nos prestadores de serviço de saúde. Nesse contexto, os hospitais<sup>12</sup> podem se caracterizar no que diz respeito à sua propriedade, sua natureza, sua capacidade de atendimento, dentre outras perspectivas.

Os hospitais filantrópicos têm sua história vinculada à história da assistência hospitalar brasileira desde a colonização. De acordo com a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), as primeiras Santas Casas foram criadas logo após a chegada dos europeus/portugueses, antes mesmo de haver uma organização jurídica do Estado brasileiro – o que aconteceu na Constituição Imperial de 1824. Até então, já existiam dez diferentes instituições em diferentes localidades.

Destas derivaram entidades similares, como as Beneficências Portuguesas, Hospitais Filantrópicos das comunidades Judaica, Japonesa, Sírio-Libanesa, ou mesmo ligadas a movimentos da igreja Católica, Protestante, Evangélica, Espírita, entre outras,

---

<sup>12</sup> De acordo com Castro *et. al.* (2004, p.3), um hospital “diferencia-se dos demais estabelecimentos de saúde, pela possibilidade de oferecer leitos para internação de pacientes”. Os autores ainda citam a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) (*apud* CASTRO *et. al.*, 2004, p. 3): “parte integrante de uma organização médica e social, cuja missão consiste em proporcionar às populações uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar é também um centro de formação de pessoal, médico-sanitário e de investigação biossocial”.

totalizando, até os dias atuais, cerca de 2.100 estabelecimentos de saúde espalhados por todo o território brasileiro. (CMB, 2017)

A CMB (2017) aponta também que, em grande parte (em diferentes países), esse tipo de organização antecedeu o Estado na assistência social e à saúde. No caso do Brasil, criaram alguns dos primeiros cursos da área (Medicina e Enfermagem), como em São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Porto Alegre e Vitória.

A história da filantropia no país foi antecedida por uma atuação de natureza caritativa, que ocorreu até 1837. Para a CMB (2017), diferencia-se a caridade da filantropia pelos seus objetivos: os filantropos preocupam-se com o destino e a utilidade à sociedade dos indivíduos que ajudam, de forma a auxiliar não apenas com cuidados, mas com orientações que promovam seu reerguimento.

Os contratos e convênios com o setor público iniciaram principalmente na década de 1930, com a regulamentação das relações trabalhistas, surgindo, assim, um modelo econômico nas relações – até então, esse tipo de instituição era mantido por doações das comunidades. Na década de 1960, o setor filantrópico passou a atender e participar de políticas públicas. Ainda, durante o regime militar, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com o propósito de se atender com serviços médicos os contribuintes da previdência social; entretanto, os estabelecimentos próprios do INAMPS não eram suficientes para a demanda da época, e os atendimentos, em sua maioria, eram realizados em hospitais sem fins lucrativos (CMB, 2017).

A partir da criação e instituição do SUS, o setor filantrópico passou a fazer parte do modelo de assistência de forma determinante, sendo parte essencial do sistema e, na maioria das vezes, responsável pelos atendimentos de média e alta complexidade. Contudo, isso passou a ser um problema, visto o financiamento deficitário (CMB, 2017).

De acordo com Portela *et. al.* (2004, p. 812), a regulamentação atual considera filantrópica a entidade portadora do “Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social”, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão colegiado subordinado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O certificado só pode ser obtido através de uma série de condições. Entre algumas específicas para os hospitais, constam:

- a) Oferta e prestação de 60% ou mais em internações do SUS;
- b) Caso seja declarada impossibilidade de contratação de 60% de internações pelo SUS, aplicação de uma porcentagem da receita bruta em gratuidade;
- c) Aplicação de suas rendas, seus recursos e eventual superávit integralmente no território nacional, na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos institucionais;

- d) Não distribuição de resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, sob qualquer forma ou pretexto.

Através da concessão do certificado, o hospital passa a obter isenções fiscais e tributárias do governo (CUNHA, 2011).

As instituições que atenderem aos requisitos em face do Certificado de Entidades de Fins Filantrópicos ficam isentas da contribuição a cargo da empresa, destinadas à Seguridade Social, de 20% sobre o total das remunerações pagas ou creditadas, qualquer título, aos segurados empregados e aos demais que prestam serviços à instituição. Esse benefício se dá, desde que comprovadamente promovam, em caráter exclusivo e gratuito, assistência social beneficente às pessoas carentes. Estão isentas também da contribuição ao Cofins/Finsocial, em percentual de 2%. Assim, a carga tributária incidente sobre as atividades das instituições hospitalares filantrópicas resume-se ao Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI, Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS, Imposto sobre Serviço - ISS, fornecimento de água, energia elétrica, etc. Referentes aos produtos, materiais e serviços por elas utilizados. (CASTRO, 2004, p. 35)

Esse tipo de estabelecimento representa certa de 1/3 dos leitos existentes no Brasil (DATASUS, 2010 *apud* CUNHA, 2011).

Possuem cerca de um terço dos leitos existentes no País; apresenta uma rede capilarizada por todo território nacional, com grande número de pequenos hospitais de baixa complexidade distribuídos em municípios do interior do País, incluindo alguns hospitais de elevada complexidade, geralmente localizados em regiões metropolitanas; e metade do seu parque constitui-se nos únicos hospitais dos seus municípios. (LIMA *et. al.*, 2007, p. 117)

Cunha (2011) ressalta que, por esse tipo de organização não ter fins lucrativos – e não perseguir ganhos financeiros – a eficiência pode não ser tão visada, dada a falta de competitividade de mercado; nota-se que hospitais privados não-filantrópicos teriam um incentivo à geração de lucro e acabariam por controlar sua gestão de melhor forma. O autor percebe a importância das organizações de saúde que não possuem como foco o acúmulo financeiro em executar avaliações de desempenho e controles gerenciais.

Levando-se em conta todos os aspectos citados, é possível afirmar que hospitais são organizações complexas<sup>13</sup> e que não caberia analisar esse tipo de instituição sob uma única dimensão (PINK *et. al.*, 2001 *apud* CUNHA, 2011).

---

<sup>13</sup> Cunha (2011, p. 96) acrescenta que “essa complexidade é tão grande que é impraticável estabelecer exatamente todos os indicadores e mensurar todas as dimensões possíveis existentes que influem direta ou indiretamente na avaliação de desempenho desse tipo de organização”.

#### 4 MARCA, IDENTIDADE E POSICIONAMENTO

O surgimento das marcas remonta à Antiguidade, de inscrições que levavam o observador a um processo de associação; artesãos assinalavam suas criações para atestar originalidade, oleiros identificavam tijolos no antigo Egito, ânforas de barro de origem grega e romana tinham marcas explícitas. A prática tinha relação com a identificação da procedência e do responsável pelas mercadorias que circulavam (NORBERTO, 2004; CHEVALIER; MAZZALOVO, 2007; BATEY, 2010; COSTA J, 2008). Ou seja, o histórico das marcas vincula-se ao ato físico de marcar superfícies como pedra, barro ou pele de animais (COSTA J, 2008). A palavra “*brand*”, correspondente à “marca” em português, origina-se do verbo nórdico “*brandr*”, cujo significado é “queimar” animais para identificar a sua procedência. Entretanto, a autora ressalta que, apesar de as marcas identificarem a origem das mercadorias, não tinham a função atual das embalagens, que é atrair e conquistar clientes, além de conquistar sua fidelidade.

Com o tempo, as marcas migraram de intercâmbios primitivos (gado, pesca e agricultura) para atividades como artesanato e manufaturas, na Idade Média, ao que Costa J (2008) denomina de “o segundo nascimento da marca”. Naquela época, a produção se dava por um sistema corporativo, através das corporações de ofício. Caracterizavam-se por um agrupamento de artesãos que trabalhavam em um regime de normas rígido, em que a marca do fabricante era obrigatória (COSTA J, 2008). Os produtos fabricados pelos artesãos eram marcados com assinaturas ou selos de identidade, a fim de verificar a qualidade das mercadorias, cabendo castigos aos infratores.

A Revolução Industrial assinalou o surgimento do fenômeno tal como é entendido até hoje, passando a ser uma forma de atrair e conservar os clientes – e, conseqüentemente, um ativo para o produtor. De acordo com Semprini (2006), as marcas se desenvolveram através da conformidade social (por vezes implícita) que segue o consumo de massa.

Entretanto, mais do que signos relacionados ao consumo e ao comércio, as marcas se tornaram um fenômeno social, e “para compreender realmente a lógica das marcas contemporâneas é preciso analisar não só a evolução dos mercados, mas a evolução das sociedades” (SEMPRINI, 2006, p. 26). Para a compreensão do seu papel atual, cita-se a queda do Muro de Berlim, que legitimou a economia de mercado e os valores referentes ao consumo.

O modelo liberal ocidental, com seu bem-estar econômico, seus gigantescos centros comerciais, seus produtos reluzentes e sempre renovados, parece se impor sem possibilidade de confronto como o modelo vencedor, o único modelo a ser seguido por todos. (SEMPRINI, 2006, p. 32)

Apesar de ter seguido uma trajetória não linear, a consolidação da importância das marcas pode ser observada através do volume dos negócios envolvidos, da expansão dos papéis desempenhados e da sua influência na sociedade como um todo. Aaker (1996) explica que a marca pode ser analisada como o principal vínculo entre uma organização e os indivíduos, sendo veículo pelo qual seus valores são identificados.

Batey (2010) observa que a marca representa, para uma instituição, uma promessa de entrega para a sociedade, que busca segurança e qualidade. Essa promessa é expressa através de um conjunto de signos como o nome, o logotipo, os produtos, o *slogan*, as cores – suas partes visíveis. Ainda, o contexto organizacional em que a marca está inserida também faz parte desta realidade complexa.

O relacionamento estabelecido entre as pessoas e as marcas não é apenas econômico, e envolve vínculos emocionais. Perez (2004) descreve a marca como uma conexão simbólica entre uma instituição, sua oferta e a sociedade. As experiências comerciais e comunicacionais do indivíduo com as marcas criam associações, que, em sua grande parte, refletem os valores dos seus consumidores (ou consumidores em potencial). Dessa forma, as marcas existem em espaços psicológicos, sendo entidades perceptuais com conteúdos dinâmicos, orgânicos e flexíveis.

Considerando a marca uma entidade complexa e abstrata, a intenção das organizações é que seja reconhecida de forma simples e clara. Para tal, cabe a construção e definição de sua identidade. Semprini (2006) afirma que a identidade delimita a missão e a promessa da marca. Kapferer (2003) cita que questões como a visão, o projeto, a diferença, os valores e os sinais para o reconhecimento estão contidos na identidade de uma marca.

Aaker (1996) ressalta que o conceito de identidade é essencial para a estratégia de uma marca, dado que acomoda sentido, significado e finalidade. Os responsáveis pela sua gestão ambicionam criar ou manter esse conjunto de associações que representam aquilo que a marca pretende realizar. De acordo com o autor, a identidade é central para a visão estratégica da marca, compondo o “coração e o espírito” da marca (AAKER, 2007).

A identidade tange às raízes profundas das marcas, e, nesse sentido, o autor traz os conceitos de identidade nuclear e expandida. Enquanto a primeira relaciona-se com um cerne da marca que não muda com o tempo – relacionados à sua “alma”, crenças e valores fundamentais –, a segunda pode modificar-se quando mudam as estratégias da organização.

A identidade nuclear (ou essencial) diz respeito ao cerne da marca que não muda com o tempo e deveria responder às seguintes perguntas: “Qual é a alma da marca? Quais são as crenças e os valores fundamentais que impulsionam a marca? Qual é a capacidade de organização por trás da marca? O que a organização por trás da marca representa?” (AAKER,

1996, p. 100). O autor afirma que as associações contidas na identidade nuclear são aquelas com a maior possibilidade de permanecerem no caso de a marca se deslocar para novos mercados e produtos.

Já a identidade expandida pode se modificar ao passo que a posição e as estratégias de comunicação da marca se modificam. A identidade expandida “inclui elementos que proporcionam textura e integridade à marca. Ela completa o quadro, acrescentando detalhes que ajudam a imaginar o que a marca representa” (AAKER, 1996, p. 101), visto que a identidade essencial normalmente não possui nuances suficientes que possam desempenhar todas as funções da identidade. Cada componente da identidade expandida desempenha um papel de impulsionador da identidade, mas nenhum de um alicerce tão estrutural como a identidade central (AAKER, 2007).

O autor exemplifica os conceitos através do McDonald's, organização que possui uma das marcas globais mais bem-sucedidas. A identidade nuclear da marca McDonald's estaria embasada nos princípios da sua oferta de valor – o cliente conhece os valores dos produtos e das ofertas especiais; na qualidade dos produtos – em qualquer McDonald's do mundo, o público encontra um padrão esperado; e no serviço rápido, correto e amigável. Por mais que passe o tempo, esses pilares ainda não se modificaram, e são parte da identidade central da organização. Nota-se que, apesar de a análise ter sido elaborada por Aaker através de relatórios anuais da McDonald's de 1990 a 1994, os elementos da identidade nuclear da marca ainda são válidos para a organização.

A identidade expandida da McDonald's agregaria uma série de elementos, como a conveniência – atendimento rápido, alimentos de fácil consumo; refeições rápidas; entretenimento infantil; personalidade 100% americana, orientada para famílias, alegre e divertida; responsabilidade social, através da Ronald McDonald House; referência em hambúrgueres e frituras. Apesar de grande parte das características listadas por Aaker (2007) ainda serem associadas à marca, nota-se que, por exemplo, a organização realizou um movimento nos anos 2000 e buscou agregar questões ligadas à alimentação saudável. Ou seja, a identidade nuclear se manteve inalterada, apesar de alguns elementos da identidade expandida terem sido adicionados ou substituídos.

Aaker (1996) ressalta que o conceito de identidade é essencial para a estratégia de uma marca, dado que acomoda sentido, significado e finalidade. Os responsáveis pela sua gestão ambicionam criar ou manter esse conjunto de associações que representam aquilo que a marca pretende realizar. A identidade tange às raízes profundas das marcas, e, nesse sentido, o autor traz os conceitos de identidade nuclear e expandida. Enquanto a primeira relaciona-se com um

cerne da marca que não muda com o tempo – relacionados a sua “alma”, crenças e valores fundamentais – a segunda pode se modificar quando mudam as estratégias da organização.

Desta forma, as instituições têm o desafio de criar e gerenciar marcas que agreguem percepções e sentimentos que sejam do seu interesse. Tybout e Calkins (2006) elencam três principais desafios da atividade: o fato de – na maioria das vezes – os administradores precisarem de resultados financeiros em um prazo curto, ao mesmo tempo que a marca deve ser construída a longo prazo; a capacidade de uma organização inteira acreditar e tomar posse, de fato, da sua mensagem<sup>14</sup>; e a saturação da sociedade por milhares de instituições comunicando-se com o público<sup>15</sup> a todo momento. Para Cardoso

A comunicação é um fato nas organizações, ou seja, não existe nenhuma organização sem uma prática comunicativa, ainda que os processos comunicativos não sejam institucionalizados. Eles são essenciais para a operação da entidade e estão intimamente vinculados às formas de significar, valorar e expressar uma organização, isto é, ao processo comunicacional e constitutivo da cultura da organização, e de sua identidade, configurando imagens reconhecidas por seus diversos públicos internos e externos. A comunicação pode ser entendida, então, como um alicerce que dá forma à organização, fazendo-a ser aquilo que ela é. Porém, isso não significa que a comunicação seja algo autônomo, porque ela será sempre correspondente à forma de ser daquilo que a engendra, neste caso, a empresa ou instituição (CARDOSO, p. 1132, 2006).

A dificuldade de uma marca conquistar um lugar exclusivo de destaque e formar associações significativas é relacionada ao seu posicionamento. Para Tavares (2008), o posicionamento é o ato de vincular a marca a alguma referência valorizada pelo consumidor, que seja capaz de satisfazer suas expectativas. É necessário que existam estímulos que envolvam outros produtos/serviços da categoria, além daqueles que conferem sua distinção.

---

<sup>14</sup> Cardoso (p. 1129, 2006) define que, de acordo com a teoria sobre a transmissão de mensagens, de Shannon e Weaver (1949 *apud* CARDOSO, 2006) “existe uma fonte de informação, a partir da qual é emitido um sinal, por meio de um aparelho transmissor; esse sinal viaja por um canal, ao longo do qual pode ser perturbado por um ruído; quando sai do canal, o sinal é captado por um receptor que o converte em mensagem que, como tal, é compreendida pelo receptor”. O autor ainda cita Genelot (2001 *apud* CARDOSO, p. 1131, 2006): “o receptor analisa uma mensagem de acordo com três componentes: literal, situacional e interpretativo. O componente literal é a propriedade das palavras em evocar uma significação. A comunicação supõe a esse nível o uso de um mesmo sistema de codificação. Já o componente situacional recupera os lugares, o tempo e as pessoas que estão envolvidas na situação. Não há correspondência automática entre as palavras e a sensação. As condições nas quais as palavras são expressas ou nas quais são ouvidas condicionam a sua sensação. O componente interpretativo, por sua vez, requer uma confrontação com as estruturas de representações de intenções, de esquemas cognitivos para poder liberar uma significação. Constata-se, por meio dessa análise que a elaboração do sentido em processo de comunicação não é, ao contrário do que se supõe, algo simples e direto. É um processo complexo, cheio de imprevistos, sutilezas e recursividade entre o emissor e o receptor”.

<sup>15</sup> Os. Públicos “antes eram descritos apenas como alvo nas práticas convencionais das empresas, passaram a ter importância estratégica para ajudar a organização a competir num ambiente em constante mutação (Castells, 1997; Davenport, 1998; Shapiro e Varian, 1999 *apud* CARDOSO, p. 1133, 2006). Genelot (2001 *apud* CARDOSO, p. 1141, 2006) “nos sugere que a estratégia de comunicação organizacional agrega valores, possibilita a integração de grupos e pessoas e produz mediações significativas das organizações com seus diferentes públicos (mercado, opinião pública e sociedade em geral)”.

Aaker (1996) ainda cita que o posicionamento é a parte da identidade e da proposta de valor de uma marca que deve ser comunicada ativamente ao seu público, e apresente alguma vantagem em relação a outras marcas do mesmo setor. A definição do posicionamento acontece após a definição da identidade, para, então, ser implementado.

## 5 ESTRATÉGIA

Estratégia é um termo para o qual não existe uma definição única e aceita de forma universal. Autores sugerem diferentes descrições para o que é contemplado ou não pela estratégia. Para o contexto deste trabalho, busca-se o conceito através de Porter e Mintzberg.

Para Porter (1996), a estratégia competitiva significa optar de forma racional por um conjunto de atividades que proporcionem a entrega de um *mix* de valor único para o público. O autor cita posições estratégicas como formas de as organizações terem um posicionamento – e o que determinaria a transposição do conceito de *marketing* em posicionamento estratégico seria o conjunto de atividades que o fariam funcionar.

Para escolher uma posição única, no entanto, Porter (1996) avalia que exista a necessidade de escolhas por atividades que são ou não compatíveis com o que se deseja. Ou seja, uma posição estratégica não é sustentável a não ser que existam *trade-offs* com outras posições. Os *trade-offs* criam a necessidade de escolha por parte das instituições por três motivos (PORTER, 1996):

- a) Inconsistência em imagem ou reputação: uma organização que é tida por distribuir um tipo de valor pode perder credibilidade, confundir o público ou enfraquecer sua reputação caso apresente outro tipo de valor ou tente distribuir algo que não seja consistente, ao mesmo tempo.
- b) Exigência das atividades: diferentes posições carecem de atividades diferentes, que envolvem pessoas, equipamentos, produtos, sistemas gerenciais, etc.
- c) Limites de coordenação e controles internos: posições definidas propiciam prioridades organizacionais claras.

Porter (1996) nota que o posicionamento dos *trade-offs* é essencial para a estratégia, e faz com que a organização faça escolhas e limite o que oferece.

O autor também cita que a estratégia competitiva de uma organização tem como finalidade estabelecer uma posição lucrativa e sustentável, visto as forças que orbitam a sua posição no mercado (PORTER, 2005). Porter cita cinco forças competitivas essenciais: entrada de novos concorrentes (identidade de marca, exigência de capital, política governamental, etc.), ameaça de substitutos (custo de mudança, propensão de o público substituir o produto/serviço), poder de negociação dos compradores (concentração de compradores *versus* de empresas, volume do comprador, informações do comprador, etc.), poder de negociação dos fornecedores (custo de mudança de fornecedor, insumos substitutos, diferenciação dos insumos, etc.) e

rivalidade entre os concorrentes existentes (crescimento do mercado existente, custos fixos, identidade de marca, custos de mudança, etc.).

As forças descritas por Porter (2005) permitem que as organizações avaliem e apontem fatores críticos no mercado em que atuam, além de identificarem inovações estratégicas que possam alavancar sua rentabilidade.

Mintzberg (2006), por sua vez, traz algumas definições para estratégia e considera a existência de interrelações entre elas. A primeira definição é a de estratégia como plano, o que, de acordo com o autor, significa um caminho de ação conscientemente pretendido para lidar com alguma situação. Dessa forma, a estratégia carrega duas características essenciais: é criada antes das ações às quais se aplica e desenvolvida de forma consciente e proposital. Como plano, a estratégia cabe a como os líderes tentam instituir a direção das organizações através de caminhos predeterminados.

Outra definição é a estratégia como pretexto; ou seja, a estratégia pode ser um plano específico para superar algum obstáculo. A própria estratégia em si é apenas uma manobra para alguma barganha. Mintzberg (2006) cita que autores como Porter e Chelling dedicam parte de seus estudos ao tópico dos pretextos em situações competitivas. Tratada como um pretexto, a estratégia localiza-se na esfera da competição, onde se busca estabelecer vantagem.

A estratégia como padrão em uma corrente de ações é outra definição trazida pelo autor. Nesse caso, a estratégia é a consistência no comportamento, pretendida ou não. Nota-se que, quando se infere que um comportamento padrão é uma estratégia, é possível que se atribua intenção à consistência, assumindo-se existir um plano que rege o padrão. Porém, essa atribuição é apenas uma suposição, que pode ou não ser verdadeira (MINTZBERG, 2006). Na estratégia como um padrão, cabe o conceito de convergência para se obter um comportamento consistente em uma organização. O autor questiona de onde viria e como se formaria essa consistência de comportamento.

Assim, cabem os termos estratégia pretendida, realizada e emergente. A primeira relaciona-se à definição de estratégia como plano; a segunda, à definição de estratégia como padrão. A última consiste em modelos que se desenvolveram sem intenções, mas que tomam o mesmo rumo da realizada. “A estratégia percebida, quando considerada junto com a pretendida, nos encoraja a considerar a noção de que estratégias podem surgir ou ser deliberadamente impostas” (MINTZBERG, 2006, p. 28).

A quarta definição de Mintzberg (2006) é a de estratégia como posição. A estratégia seria uma forma de localizar uma organização em um ambiente, sendo assim a combinação entre o contexto interno e externo de uma organização. Essa definição pode ser compatível com as outras já citadas: ao definir-se uma posição, é possível rumar a ela através de um plano ou um

pretexto, ou essa posição pode ser encontrada através de um padrão comportamental. Pensar a estratégia como posição nos leva a olhar para as organizações em seus ambientes competitivos e como encontram as suas posições.

Por fim, o autor define a estratégia como perspectiva. Isso significa que a organização define um ponto de vista para o mundo, e não apenas uma posição. Assim, organizações podem voltar seu olhar para o *marketing*, para a cultura de engenharia, para a qualidade, para o desenvolvimento humano, etc. Mintzberg (2006) afirma que autores já usaram termos como o “caráter” de uma organização, e que conceitos de outros campos, como “cultura” (de uma sociedade, da Antropologia), também refletem essa noção. Na definição de estratégia como perspectiva, é importante considerar que a perspectiva deve ser compartilhada pelos membros da organização, dadas suas intenções e/ou ações. O autor traz também o termo mente coletiva “para entender como as intenções se espalham pelo sistema chamado organização para se tornarem compartilhadas e que ações devem ser praticadas em bases coletivas e consistentes” (MINTZBERG, 2006, p. 27).

A estratégia como perspectiva leva a reflexões sobre as organizações como uma ação coletiva que busca cumprir uma missão comum. Nesse sentido, questiona-se como as intenções se tornam compartilhadas em um grupo de indivíduos a ponto de se tornarem normas, valores e padrões de comportamento.

Mintzberg (2006, p. 28-29) cita que, dessa forma,

a estratégia não é apenas a noção de como lidar com um inimigo ou um grupo de concorrentes ou um mercado, como é mencionado em grande parte da literatura. Ela também nos leva a algumas questões mais fundamentais sobre organizações como instrumentos para percepção e ação coletiva.

## 6 ESTUDO DE CASO: HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

A história do Hospital Sírio-Libanês sucede a fundação da Sociedade Beneficente de Senhoras, em 1921. Na ocasião, um grupo de mulheres da colônia sírio-libanesa da cidade de São Paulo decidiu ir em busca de voluntários, doações de empresários e organização de eventos beneficentes para a construção de um hospital filantrópico “à altura de São Paulo”. Com o dinheiro de um grupo de doadores, foram iniciadas as obras do primeiro prédio do hospital em 1931, na região da Bela Vista (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

Os primeiros equipamentos chegaram por volta de 1937 e, em 1941, era marcada a inauguração do hospital. Contudo, o governo do estado requisitou o prédio antes de sua abertura para a instalação de uma escola preparatória de cadetes. A Segunda Guerra Mundial motivou o Exército brasileiro a criar esse tipo de instituição, e, através de um decreto, o prédio abrigou um centro militar por quase duas décadas (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

A retomada do edifício aconteceu em 1959, depois de contatos com diversas autoridades e várias tentativas, com o governo comprometendo-se com a construção de uma nova instalação para os fins militares em Campinas (SP). Entretanto, a ocupação militar deixou o prédio em estado precário, tornando necessária uma reforma e adaptações do que havia sido alterado (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

Assim, o hospital só foi inaugurado em agosto de 1965 com 35 leitos, quando já havia sido instalado o Pronto Socorro Infantil e iniciada a construção de um novo prédio. A presidente da Sociedade na época, Violeta Jafet, havia convocado empresários e médicos para seu aconselhamento. Dentre eles, o Dr. Daher Elias Cutait se tornaria diretor clínico do hospital e buscaria profissionais colegas do Hospital de Clínicas e professores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) para integrar o corpo clínico (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

Em 1971, a organização instalou a primeira UTI do Brasil e, no mesmo ano, iniciou também o Serviço de Radioterapia. No fim da década de 1970, foi fundado o Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Sírio-Libanês (Cepe). Ou seja, passou, então, a abranger educação e pesquisa científica. Seguindo esse caminho, em 1993, o Ministério da Educação e Cultura concedeu o certificado de Hospital Escola, iniciando-se, então, o Programa de Residência Médica; e, em 2005, recebeu certificação apto a ministrar cursos de pós-graduação *stricto e lato sensu* na área da saúde (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

É possível citar outros marcos, no histórico da organização, que demonstram seu direcionamento pelo pioneirismo, excelência e avanço tecnológico:

- 1980: criação do Serviço de Voluntários do Sírio-Libanês, que foca na humanização do atendimento;
- 1992: inauguração de um novo prédio com 20 andares e 40 mil m<sup>2</sup>;
- 1995: fundação da Unidade de Transplante de Órgãos e Tecidos;
- 1997: instauradas parcerias internacionais de cooperação científica com *Harvard Medical International* (EUA) e com o *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* (EUA).
- 1998: criação de um centro de Oncologia;
- 2000: realização da primeira telecirurgia guiada por robô no Hemisfério Sul, em que um cirurgião em Baltimore (EUA) participou da operação de um paciente do hospital de forma remota;
- 2002: instituída parceria com a Prefeitura da cidade de São Paulo, tendo como responsabilidade apoiar as Unidades Básicas de Saúde do distrito da Sé;
- 2003: implantação da realização de exames com PET/CT (Tomografia por Emissão de Pósitrons), sendo pioneiro na América Latina;
- 2003: inauguração de um prédio dedicado ao Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP), antigo Cepe;
- 2004: inicia-se o Programa de Medicina Preventiva, com unidades de *check-up*, prevenção do câncer e Núcleo de Mastologia;
- 2005: instalação do primeiro equipamento do tipo tomógrafo 64C do Brasil;
- 2007: certificado pela *Joint Commission International*, considerada o órgão mais importante do mundo em controle de qualidade hospitalar;
- 2008: criação do Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês, que trabalha na gestão de serviços públicos de saúde;
- 2008: realiza a primeira cirurgia com o robô Da Vinci S;
- 2008: estabelece parceria com o Ministério da Saúde, abrangendo 19 projetos de filantropia;
- 2010: inaugura Banco de Sangue de Cordão Umbilical;
- 2011: inaugura o Centro de Oncologia em Brasília (DF);
- 2012: passa a fazer parte do Centro de Cardiologia a Unidade Avançada de Insuficiência Cardíaca (UAIC), que beneficia também pacientes do SUS;
- 2015: recebe a certificação de qualidade da CARF Internacional.

Atualmente, o hospital atua como filantrópico e é centro de referência internacional em saúde, sustentando sua atuação através de quatro pilares: assistência à saúde, ensino, pesquisa e responsabilidade social.

Sobre a filantropia, o MS determinou, através da Lei nº 12.101<sup>16</sup> de 2009, que as entidades hospitalares filantrópicas destinem 60% dos serviços e leitos para pacientes SUS, ou apliquem um percentual da receita bruta em gratuidade, caso não seja possível a primeira opção. O Art. 4º e o Art. 8º determinam que

Para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a entidade de saúde deverá, nos termos do regulamento: I - celebrar contrato, convênio ou instrumento congêneres com o gestor do SUS; II - ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento); III - comprovar, anualmente, da forma regulamentada pelo Ministério da Saúde, a prestação dos serviços de que trata o inciso II, com base nas internações e nos atendimentos ambulatoriais realizados. Art. 8º Não havendo interesse do gestor local do SUS na contratação dos serviços de saúde ofertados pela entidade de saúde ou de contratação abaixo do percentual mínimo a que se refere o inciso II do art. 4º, a entidade deverá comprovar a aplicação de percentual da sua receita em gratuidade na área da saúde, da seguinte forma: I - 20% (vinte por cento), quando não houver interesse de contratação pelo gestor local do SUS ou se o percentual de prestação de serviços ao SUS for inferior a 30% (trinta por cento); II - 10% (dez por cento), se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 30% (trinta por cento) e inferior a 50% (cinquenta por cento); ou III - 5% (cinco por cento), se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 50% (cinquenta por cento). (BRASIL, 2009)

Contudo, o Art. 11 adiciona que

A entidade de saúde de reconhecida excelência poderá, alternativamente, para dar cumprimento ao requisito previsto no art. 4º, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação: I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; II - capacitação de recursos humanos; III - pesquisas de interesse público em saúde; ou IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. § 1º O Ministério da Saúde definirá os requisitos técnicos essenciais para o reconhecimento de excelência referente a cada uma das áreas de atuação previstas neste artigo. § 2º O recurso despendido pela entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruída. § 3º O projeto de apoio será aprovado pelo Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias do SUS, segundo procedimento definido em ato do Ministro de Estado. § 4º As entidades de saúde que venham a se beneficiar da condição prevista neste artigo poderão complementar as atividades relativas aos projetos de apoio com a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS não remunerados, mediante pacto com o gestor local do SUS. (BRASIL, 2009)

Vide o cumprimento das exigências do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), a organização recebeu o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social<sup>17</sup> (CEAS), o que concedeu isenções fiscais e tributárias frente ao governo. Ainda, o Ministério da Saúde (2014) estabeleceu a denominação “Hospitais de Excelência” (HE), de forma a reconhecer a habilitação das instituições que estão de acordo com os requisitos para a proposição de projetos em troca de isenção de contribuição fiscal. O termo demonstra que esses hospitais “passam a integrar as ações estratégicas do SUS de maneira mais intensa por conta do uso otimizado de

<sup>16</sup> Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social (BRASIL, 2009).

<sup>17</sup> Art. 1º A certificação das entidades beneficentes de assistência social e a isenção de contribuições para a seguridade social serão concedidas às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação (BRASIL, 2009).

sua capacidade técnica e conhecimento”. As instituições que receberam esse reconhecimento foram: Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP); Hospital do Coração (SP); Hospital Israelita Albert Einstein (SP); Hospital Moinhos de Vento (RS); Hospital Samaritano (SP); e Hospital Sírio Libanês (SP).

Dr. Antônio Carlos Onofre de Lira, diretor do Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês, explica como são cumpridas as determinações na instituição:

Os recursos obtidos com a isenção fiscal podem ser aplicados em assistência médica, ensino e pesquisa voltados à rede pública. A regra do Ministério da Saúde é a de que 70% da renúncia fiscal sejam aplicadas em processos de formação de profissionais do SUS e 30% podem ser destinados a programas assistenciais, inclusive com o gestor municipal ou estadual, mas a anuência e o recurso pertencem ao Ministério da Saúde. (SÍRIO-LIBANÊS, 2016)

O HSL oferece serviços de internação hospitalar, procedimentos cirúrgicos, exames diagnósticos, consultas ambulatoriais, urgência e emergência. Atende através de três unidades na cidade de São Paulo (SP) – só o complexo hospitalar da Bela Vista possui 155 mil m<sup>2</sup> de área construída – e três unidades em Brasília (DF), sendo que, em 2016, contava com 464 leitos operacionais (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

De acordo com o Relatório de Sustentabilidade 2016, a organização conta com 6.064 funcionários empregados no regime CLT e 4.009 médicos cadastrados no corpo clínico, atendendo a mais de 60 especialidades. Acumulou, no ano de 2016, receitas operacionais na ordem de R\$1,85 bilhões.

O Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP) faz parte dos pilares da instituição, visto que é responsável pela geração e disseminação de conhecimentos em saúde. Atua através de programas de residência, pós-graduação (*lato e stricto sensu*), projetos de pesquisa, cursos e congressos. O hospital cita, como objetivo do trabalho que desenvolve, a qualidade na atenção à saúde, procurando trabalhar com as melhores práticas de segurança e constante aperfeiçoamento dos processos, de forma a diminuir a probabilidade de erros (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

Sobre a administração do hospital, atualmente, existem quatro órgãos diretivos, cujos integrantes participam de forma não remunerada: Conselho Deliberativo, Diretoria de Senhoras, Conselho de Administração e Conselho Fiscal. O conselho de Administração possui 12 integrantes (sendo quatro da Diretoria de Senhoras, quatro empresários com *expertise* em administração empresarial e/ou gestão hospitalar e quatro médicos do corpo clínico), e se caracteriza por ser o órgão executivo de governança, indica o Diretor Geral e toma decisões sobre a composição gerencial da instituição. A Diretoria de Senhoras possui 16 integrantes, e visa à aplicação dos valores da instituição (que são: calor humano; excelência; pioneirismo;

conhecimento; filantropia), além de participarem do planejamento estratégico, do orçamento, entre outras atividades (ANEXO E) (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

Conforme aponta o Relatório de Sustentabilidade 2016, os órgãos responsáveis reavaliaram os cenários e atualizaram suas estratégias para se adequar à delicada situação econômica do Brasil no período. Entretanto, cabe colocar que essa não foi uma ação isolada, visto que, na época, já fazia três anos que a instituição reavaliava seu planejamento estratégico a cada semestre, através do Fórum de Inteligência Estratégica (formado por membros do Comitê Executivo, Diretoria de Senhoras, Conselho de Administração, além de convidados externos). Elencam-se as seguintes perspectivas para nortear o crescimento com qualidade: pessoas, processos internos, clientes e sustentabilidade. No mesmo ano, foi intensificado o programa de ganho de eficiência dos processos assistenciais e administrativos, realizando-se a revisão e renegociação de serviços pertencentes à cadeia de fornecedores – resultando em uma economia de aproximadamente R\$13,3 milhões (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

A qualidade, um dos valores da organização, é gerenciada de forma constante e contínua através de indicadores de desempenho. A cada três meses, o hospital publica, em seu *site*, a mensuração destes indicadores, baseados em metas relacionadas a padrões internacionais, e, depois de análise e discussão interna, os dados são auditados por consultoria externa. Desta forma, no ano de 2016, todas as certificações previamente conquistadas foram mantidas:

- Joint Commission International (JCI);
- Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF);
- ISO 14001;
- OHSAS 18001;
- HIMSS Analytics – Stage 6;
- Selo Amigo do Idoso (categoria Pleno);
- Acreditação Canadense
- LEED Gold (U.S. Green Building Council) – certificação conquistada em 2016;
- Distinção de Prevenção de TEV (IQG Health Services Accreditation) – certificação conquistada em 2016.

No Quadro 1, estão listados os indicadores avaliados periodicamente pelo hospital, a fim de avaliar suas metas de qualidade (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

#### Quadro 1 - Indicadores de Qualidade Hospital Sírio-Libanês

Indicador	Descrição
Identificação correta do paciente	Nome completo e número de prontuário/atendimento, inserido em código de barras, utilizado pelo profissional antes de cada ação assistencial. Desta

	forma, monitora-se a tripla checagem: verificação por leitura eletrônica do medicamento, conforme a prescrição médica, do paciente, conforme a sua identificação, e da identificação do profissional que realiza o cuidado. A média de 2016 foi de 91,89%, acima da meta estabelecida.
Comunicação efetiva	Comunicação objetiva entre as equipes, principalmente em situações como trocas de plantão, na transferência do paciente entre unidades, em situações de emergência.
Uso seguro de medicamentos	Feito de forma eletrônica, para assegurar a qualidade desde a prescrição até a administração. Torna essencial a identificação do paciente por pulseira com código de barras. É monitorado indicador de falha no processo. Em 2016, a densidade de falhas (por 1.000 pacientes/dia) foi de 1,73, abaixo do Hospital Geral de Washington (EUA), visto estudo realizado em 2013.
Cirurgia segura	São realizadas ações como a verificação da disponibilidade dos itens e equipamentos necessários para a realização do procedimento, o correto posicionamento do paciente e a demarcação da lateralidade <sup>18</sup> (lado a ser operado) – sendo o último realizado em 100% em 2016.
Prevenção do risco de infecções	O hospital segue as recomendações da OMS e estimula a correta higienização das mãos entre os funcionários, corpo clínico, pacientes e acompanhantes. Existe um monitoramento contínuo e sistemático das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
Prevenção do risco de quedas	Identificam-se os pacientes com maior risco de quedas e adotam-se medidas preventivas. O ambiente hospitalar é projetado para diminuir o número de quedas relacionadas à estrutura física e ao mobiliário.

Fonte: Relatório de Sustentabilidade Hospital Sírio-Libanês, 2016.

Outro ponto relativo à qualidade dos serviços prestados pelo hospital é a valorização da condição clínica do paciente. Desta forma, em 2016, a Diretoria Técnica Hospitalar mudou o nome para Diretoria de Governança Clínica, além do estabelecimento de ações, como o aumento da participação dos médicos na governança clínica (criação de comissões institucionais), atuação do médico como líder do processo assistencial e o fortalecimento do cuidado centrado no paciente. A instituição cita que esta Diretoria está intimamente ligada a alguns pilares da filosofia do hospital, como:

- Aperfeiçoamento dos profissionais através da educação continuada;
- Auditoria clínica, para revisar continuamente o desempenho dos médicos;
- Implantação, desenvolvimento e apoio às melhores práticas;
- Criação de processos inovadores através de evidências científicas;

<sup>18</sup> “Até 70% dos erros que ocorrem em hospitais brasileiros, como medicações trocadas ou operação de membros errados, seriam evitados se as instituições seguissem protocolos já estabelecidos”. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2015/05/1628532-so-5-dos-hospitais-do-brasil-tem-selo-de-qualidade-40-deles-estao-em-sp.shtml>>. Acesso em: [01 de jun.2017].

- Transparência ao paciente quanto às informações sobre sua saúde e os riscos envolvidos nos procedimentos, além do gerenciamento desses riscos;
- Elevar sempre mais a segurança do processo assistencial através do desenvolvimento de ações específicas para tal;
- Desenvolvimento de protocolos e diretrizes clínicas;
- Melhoria da comunicação e do relacionamento com o corpo clínico.

Em 2016, foi definido como um dos principais objetivos e estratégias do hospital a melhora na experiência do cliente, sendo criado um escritório de gestão específico para a função. Foi reforçado o compromisso da instituição em elevar o nível de satisfação dos clientes através de projetos para a melhoria da experiência e redução das percepções negativas, que utilizaram os índices de satisfação dos pacientes e familiares como subsídio. Como resultado, a Ouvidoria registrou 28% menos manifestações negativas e 64% mais manifestações positivas em 2016, se comparado ao ano anterior. Ainda, o índice de recomendação dos pacientes foi de 88%. Para o ano de 2017, está prevista a criação dos Conselhos Consultivos de Pacientes, para a cocriação e discussão dos projetos (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

O IEP é parte fundamental da missão da organização, que considera as ações de ensino e pesquisa uma forma de contribuir no desenvolvimento socioeconômico do país. Para tal, desenvolve pesquisas com foco na sua aplicabilidade e avalia indicadores de quantidade de recursos investidos e qualidade do conhecimento gerado. No ano de 2016, o hospital tinha 335 residentes, 37 alunos de Mestrado, 41 alunos de Doutorado e 46 alunos de Mestrado Profissional; foram publicados 170 artigos científicos. Ainda, são mantidas parcerias com o setor privado de forma a contribuir para o desenvolvimento da indústria nacional de saúde, com projetos de desenvolvimento, validação e incorporação de novas tecnologias. Através do laboratório de usabilidade, são desenvolvidos produtos e processos que tragam segurança aos pacientes. Esse tipo de ação contribui para o pioneirismo e para a sustentabilidade da organização. Ainda, ressalta-se que a maioria do corpo clínico possui vínculos com a academia, fazendo com que as atividades docentes sejam parte da rotina (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

Outra função exercida pelo IEP é a execução dos projetos filantrópicos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) – através da aplicação dos recursos provenientes de sua isenção fiscal.

Novas regras do governo tornam os hospitais de excelência parte do PROADI-SUS com a missão de desenvolver projetos educacionais para a rede pública de saúde, visto as necessidades do país e as competências da organização. O Portal da Saúde<sup>19</sup> assinala que o

---

<sup>19</sup> Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/proadi-sus>>. Acesso em: [01 de jun.2017].

programa coopera com o desenvolvimento institucional do SUS através de intervenções tecnológicas, gerenciais e capacitação profissional.

A contribuição se dá por meio do desenvolvimento, incorporação e transferência de novas tecnologias e experiências em gestão, gerando novos conhecimentos e práticas, a partir de parceria entre as entidades de saúde de reconhecida excelência e os gestores do SUS, com atuação em conjunto na superação de desafios, melhoria e qualificação de áreas estratégicas na gestão e prestação do serviço público de saúde no país. (MS, 2014)

Atualmente, as ações do HSL se enquadram no PROADI-SUS – dada sua classificação como HE – e são aprovadas e monitoradas pelo MS. Os projetos são desenvolvidos desde 2009 e são focados em assistência, ensino e pesquisa, abrangendo pesquisas de avaliação, incorporação de tecnologias e capacitação de pessoas.

O diretor responsável pelo PROADI-SUS na instituição, Rogério Caiuby, nota que o diferencial é a busca pela transformação do SUS através da aplicação dos recursos do programa: “O que diferencia a responsabilidade social no Sírio-Libanês é atuar com protagonismo e efetividade, estar sempre à frente nas ações que apoiam e impactam a saúde pública e manter uma gestão que assegure que cada centavo aplicado no SUS seja de fato usado para mais resultados” (SÍRIO-LIBANÊS, 2016). A organização afirma que “muito mais do que um compromisso, a filantropia está presente no Sírio-Libanês como nossa razão de ser” (SÍRIO-LIBANÊS, 2017).

Entre 2015 e 2017, foram realizados cursos de especialização em diferentes áreas de atenção e gestão em saúde (contemplando cerca de 8 mil alunos em 2016). A pesquisa realizada no Instituto também contribuiu para o desenvolvimento do SUS, através da melhora de práticas assistenciais; em 2016, três projetos levaram ao SUS novas estratégias de tratamento (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

Um total de 27 projetos<sup>20</sup> acordados com o Ministério da Saúde (para o triênio 2015-2017) é uma forma de a instituição buscar protagonismo na melhoria do SUS. Até 2016, já haviam sido incorporadas técnicas assistenciais, como o tratamento para reabilitação intestinal e o transplante multivisceral, o uso de células do dente de leite, a realização de cirurgias menos invasivas para o tratamento de crianças com fissura labiopalatina (no Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, onde foram reformados 30 leitos de terapia intensiva e semi-intensiva), além do tratamento de radioterapia de pacientes oncológicos do SUS na unidade de Brasília (DF) (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

---

<sup>20</sup> Os projetos do Pronadi-SUS são aprovados da seguinte forma: o Ministério da Saúde (MS) publica portaria com temas prioritários para desenvolvimento de projetos de apoio ao SUS para o triênio; hospitais de excelência recebem as propostas de projetos demandados pelo MS ou propõem projetos, sempre em sintonia com os temas aprovados; a proposta é avaliada e aprovada pelos Comitês (de Avaliação e Gestor) do MS para elaboração da versão do projeto; os projetos são aprovados e acompanhados ao longo do triênio pelas áreas técnicas (SÍRIO-LIBANÊS, 2017, p. 11)

As áreas de atuação dos projetos de apoio ao SUS estão apresentados no Quadro 2.

**Quadro 2 - Áreas de atuação dos projetos de apoio ao SUS desenvolvidos pelo Hospital Sírio-Libanês**

<b>Área de atuação</b>	<b>Descrição</b>
Capacitação de recursos humanos	Contribuição para a formação de profissionais do SUS por meio de estratégias de treinamento e atualização
Estudos de avaliação e incorporação de tecnologia	Apoio à análise sobre a incorporação de novas tecnologias em saúde que podem vir a melhorar a qualidade de vida da população
Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão serviços de saúde	Construção de técnicas e/ou operações de gestão e organização de dados que subsidiem a pesquisa e a gestão
Parceria com o gestor local (município de São Paulo e Distrito Federal)	Contribuição para o atendimento de pacientes da rede pública e promoção da integração entre as linhas de assistência, ensino e pesquisa

Fonte: Relatório de Sustentabilidade Hospital Sírio-Libanês, 2016.

Em 2015, foi criado o Ambulatório de Filantropia para cuidar dos pacientes encaminhados pelo SUS em três especialidades de alta complexidade: transplante pediátrico de fígado (em 2016, foram realizadas 4.008 consultas e 77 procedimentos), de coração (em 2016, foram realizadas 561 consultas e 12 procedimentos) e câncer de mama (em 2016, foram realizadas 1.105 atendimentos e 19.699 consultas para pacientes em tratamento). A Unidade de Ultrassonografia, que é vinculada ao Ambulatório, oferta exames para pacientes do SUS desde 2015. Em 2016, foram realizados 28.705 exames, contando com a estrutura de apoio do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus. O Ambulatório de Especialidades em Pediatria, criado em 1990, também é conveniado ao SUS, e realizou 4.405 consultas nas áreas de dificuldade de aprendizado, obesidade, otorrinolaringologia, ortodontia e odontologia, sendo os pacientes encaminhados pela rede municipal de saúde de São Paulo (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

O Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês (IRSSL) é uma organização social de saúde (OSS) “que realiza a gestão de serviços de saúde estaduais e municipais” (SÍRIO-LIBANÊS, 2016, p. 41), com objetivo de aperfeiçoar a assistência aos pacientes do SUS. Em 2016, buscou integrar as instituições (Hospital e Instituto) de forma a alinhar os processos, compartilhar boas práticas assistenciais e administrativas e realizar negociações conjuntas, resultando em economia de recursos.

As parcerias com o estado e o município de São Paulo envolvem os seguintes serviços:

- a) Hospital Geral do Grajaú Prof. Liberato John Alphonse: unidade de referência em urgência e emergência de média e alta complexidade, assistindo cirurgia geral, cirurgia pediátrica, clínica médica, medicina intensiva, ginecologia, neurologia clínica, obstetrícia, ortopedia e pediatria. É também hospital de ensino.
- b) Hospital Regional de Jundiaí: referência para atendimentos de média complexidade, especializado em cuidados cirúrgicos. Assiste as regiões de Bragança Paulista e Jundiaí. Conta com as especialidades de anestesiologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia.
- c) Serviço de Reabilitação Lucy<sup>1</sup> Montoro de Mogi Mirim: possui tecnologia de ponta para o tratamento de reabilitação de pessoas com deficiências físicas e incapacitantes, além de restrições de mobilidade. Oferece atendimento ambulatorial, prescrição e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Dispõe de um laboratório de robótica que facilita o movimento do cotovelo e do ombro na reabilitação dos pacientes.
- d) Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Maria Cristina Cury: centro ambulatorial de diagnóstico e orientação terapêutica de alta resolutividade. Assiste de forma regionalizada, referenciada e programada, realizando consultas ambulatoriais, exames diagnósticos, procedimentos terapêuticos e cirurgias ambulatoriais.
- e) Hospital Municipal Infantil Menino Jesus: referência na cidade de São Paulo para atendimento pediátrico, voltado para média e alta complexidade e especializado em malformações congênitas (fissuras labiopalatais, hipospádia, displasia congênita do quadril, pé torto congênito, megacólon e atresia de esôfago). Sua UTI foi ampliada e modernizada – se tornando uma das mais avançadas do país – através de investimentos do Hospital Sírio-Libanês em 2016.

A abrangência dos serviços oferecidos pelos estabelecimentos citados encontra-se em anexo (ANEXOS F, G, H).

A organização considera o capital humano o seu principal ativo. Em 2016, contava com 6.221 funcionários atuando nas suas cinco unidades. Para acompanhar a evolução de cada funcionário, é mantido um modelo de gestão de competências, e realizada anualmente uma avaliação de desempenho e um plano de desenvolvimento individual (PDI). Ainda, apoia o desenvolvimento profissional dos funcionários através de subsídio integral para a realização de cursos de aperfeiçoamento, sendo concedidas 37 bolsas de estudo em 2016 (SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

Entretanto, o hospital também conta com outra vertente em seus serviços: o foco no segmento de alto-padrão dos cuidados em saúde. O portal G1 cita em reportagem<sup>21</sup> de 2010 que instituições como o Sírio-Libanês estão investindo em cuidados especiais aos pacientes considerados “*vips*”<sup>22</sup>, como enxoval sofisticado, quadros de pintores renomados, manicure, massagista, etc., como forma de atrair um público de alta renda e prestígio. A revista Veja São Paulo<sup>23</sup> (BERGAMASCO, 2015) descreve que os serviços de hotelaria são tendência entre os hospitais da capital paulista, oferecendo instalações de qualidade e atendimento personalizado. Quanto ao HSL, de 2005 até 2016, o número de *concierges* (profissionais que trabalham no serviço de hospitalidade) subiu de três para 18.

Ainda, a organização investe de forma maciça na expansão e modernização da sua estrutura. Em 2017, inaugurou três prédios, passando o número de leitos de 372 para 650 – um acréscimo de 75%. Aumentaram o número de vagas para adultos em UTI (de 30 para 54), na semi-intensiva (de 48 para 96), de salas cirúrgicas (de 19 para 33), e estima-se que o número de internações anuais chegue a 40.000. Os apartamentos convencionais passaram de 19 para 47 m<sup>2</sup>, sendo criados espaços com antessalas e varandas de até 70 m<sup>2</sup>. Foram implementados robôs italianos na farmácia, a fim de separar os medicamentos em doses individuais com um menor contato humano. Para tal, o investimento total estimado é de 1,1 bilhão de reais (VEJA SÃO PAULO, 2017).

Em seu *site* (SÍRIO-LIBANÊS, 2017), o hospital cita como princípios que levaram à fundação do hospital “humanismo, pioneirismo e excelência”, e como sua visão “ser reconhecido internacionalmente pela excelência, liderança e pioneirismo em assistência a saúde”. Para Picchiai, Nery e Ranulfo (2015, p. 18), a verdadeira excelência só pode ser atingida através de uma estratégia<sup>24</sup> norteadora, que “defina objetivos e propósitos, o negócio ou negócios em que vai operar, os serviços que irá oferecer e de que maneira tentará se distinguir de seus pares”. Os autores afirmam que todos os hospitais possuem uma estratégia, que pode ter sido desenvolvida explicitamente através de um planejamento, ou implicitamente, de acordo com as atividades que desenvolve diariamente.

---

<sup>21</sup> Disponível em: <[http://g1.globo.com/Noticias/Economia\\_Negocios/0,,MUL1456453-9356,00-HOSPITAIS+USAM+SERVICOS+DE+HOTEL+DE+LUXO+PARA+DISPUTAR+PUBLICO+DE+ALTA+REND.html](http://g1.globo.com/Noticias/Economia_Negocios/0,,MUL1456453-9356,00-HOSPITAIS+USAM+SERVICOS+DE+HOTEL+DE+LUXO+PARA+DISPUTAR+PUBLICO+DE+ALTA+REND.html)>. Acesso em: [01 de jun.2017].

<sup>22</sup> De acordo com matéria da Folha de São Paulo (2013), o Sírio-Libanês é o hospital preferido pela maioria dos políticos brasileiros para fazer desde *checkups* a tratamentos e cirurgias. De fevereiro a julho deste ano [2013], foram pagos R\$ 5,1 milhões ao Sírio-Libanês, de acordo com o Portal de Transparência do próprio Senado. O hospital já tratou os ex-presidentes Luiz Inácio Lula da Silva, Dilma Rousseff, e o ex-vice-presidente José de Alencar. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2013/08/1321809-senado-gasta-r-5-milhoes-com-sirio-libanes-em- apenas-seis-meses.shtml>>. Acesso em: [01 de jun.2017].

<sup>23</sup> Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/consumo/hospital-luxo/>>. Acesso em: [01 de jun.2017].

Todavia, observam-se frentes de atuação distintas da organização: se, por um lado, trata-se de um hospital filantrópico, desenvolvendo ações no âmbito da responsabilidade social que garantem essa categorização, por outro, trata-se de uma instituição que presta serviços de saúde privados (através de convênios com planos e seguros saúde ou contrato direto com os pacientes), investindo continuamente em tecnologia, estrutura e atendimento para conquistar clientes com alto poder aquisitivo. Contudo, o investimento em excelência é proveniente do excedente vindo renúncia fiscal – que existe justamente pela sua atuação como hospital filantrópico. Essa dicotomia implica – ao menos em princípio – em mensagens diferentes sendo transmitidas para públicos diferentes, no que tange aos esforços de comunicação da instituição.

## 7 OBJETIVOS

### 7.1 OBJETIVO GERAL

Identificar de que forma o Hospital Sírio-Libanês articula seu posicionamento de marca junto ao sistema privado de atenção à saúde com as ações de responsabilidade social e apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS), que sustentam seu *status* de hospital filantrópico.

### 7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar quais as características definidas pelos gestores para a marca da instituição;
- b) Descrever como essa organização comunica os aspectos dicotômicos relacionados ao atendimento em saúde privado *premium* e o atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- c) Sistematizar os públicos com que o hospital busca se comunicar e qual o objetivo da comunicação com cada público;
- d) Identificar, através da teoria de Mintzberg, qual ou quais das definições de estratégia podem ser utilizadas para compreender a estratégia de marca do Hospital Sírio-Libanês;
- e) Contextualizar o papel da comunicação na manutenção do modelo que a organização opera e em sua estratégia.

## 8 MÉTODOS

De acordo com Gil (2010, p. 27), a pesquisa exploratória busca “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. Mattar (2005) complementa explicando que, dentre os tipos de pesquisa, esse é o que proporciona adequação curso da pesquisa durante seu decorrer, dada sua flexibilidade. Considerando-se que o tema que rodeia este estudo – posicionamento e comunicação em um hospital filantrópico – não é amplamente explorado<sup>25</sup>, e que o seu objetivo carece de uma soma de entendimentos de diferentes assuntos, tornou-se pertinente a escolha desse tipo de pesquisa.

Buscando ampliar os conhecimentos sobre o tema e o problema definidos, optou-se pelo estudo de caso como método de pesquisa. Esse método é utilizado em situações em que o pesquisador necessita aprofundar seu entendimento em relação ao contexto e ao tema definidos, tornando-se possível elaborar as perguntas que posteriormente direcionem a pesquisa (MATTAR, 2005). O estudo de caso possibilita uma visão sobre a complexidade envolvida na administração de um prestador de serviço de saúde, além de orientar a formulação de questionamentos sobre o assunto. Assim, buscou-se informações sobre o hospital estudado através do *site*, publicações, relatórios da própria instituição, além de reportagens e outros materiais disponíveis.

Adotou-se a vertente de pesquisa qualitativa, visto que esta é capaz de contemplar “um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalizações de variáveis” (DESLANDES, 2009, p. 45). A pesquisa qualitativa permitiu à autora um relacionamento mais próximo com os entrevistados (comparado à realização de uma pesquisa quantitativa), podendo gerar resultados ricos e profundos através da coleta (AAKER; KUMAR; DAY, 2001). A aplicação da vertente qualitativa envolve interpretações das realidades sociais, dado seu caráter não generalizador e específico. Nesse sentido, considerou-se a vertente qualitativa alinhada com os propósitos deste estudo (RAMPAZZO, 2006).

Dentre as escolhas realizadas para desenvolver este trabalho, a técnica de coleta de dados influencia diretamente na definição da unidade de estudo e da técnica de análise. Essa definição abrange determinações e processos que devem ser seguidos durante a pesquisa (MARCONI;

---

<sup>25</sup> Através de busca no Banco de Teses da Capes/MEC, na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. (BDTD) do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), além de publicações de artigos científicos, não foram localizados trabalhos que articulem todos os conceitos a que se propõe este estudo.

LAKATOS, 2006). Assim, para atingir os objetivos a que se propôs, empregaram-se pesquisa bibliográfica e documental e entrevistas em profundidade.

O primeiro momento para a compreensão do tema e do problema de pesquisa foi o levantamento bibliográfico, explorando-se literatura referente ao estudo. Gil (2010) define este momento como a pesquisa desenvolvida por meio de material já elaborado, sendo sobretudo livros e artigos científicos. Dados os subsídios adquiridos através desta etapa, foi reforçado o entendimento sobre os assuntos para a elaboração da pesquisa, sua análise e manipulação dos dados coletados (MARCONI; LAKATOS, 2006). Neste momento, foram selecionadas publicações (teses, artigos científicos, livros, anais de congressos) sobre o Sistema de Saúde brasileiro, o Sistema de Saúde Suplementar, as articulações entre público e privado na assistência à saúde no Brasil, hospitais filantrópicos, posicionamento de marca e responsabilidade social.

Ainda, este estudo fez uso de pesquisa documental que, conforme explica Gil (2010), é muito semelhante à pesquisa bibliográfica; diferencia-se na natureza das fontes. A primeira faz uso da contribuição de autores sobre o assunto, enquanto a segunda utiliza materiais que não passaram por um tratamento analítico – ou seja, podem ser analisados de acordo com o objetivo da pesquisa. Foram utilizadas fontes oficiais, como publicações da instituição, reportagens, documentos *online*, fotografias, além de relatórios de pesquisa e tabelas estatísticas.

Dados (estatísticos, demográficos, etc.) foram buscados em fontes oficiais, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o DATASUS, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE), entre outros. Outra fonte consultada foi a legislação brasileira, a fim de compreender-se o contexto legal e político em que a prestação de serviços de saúde se encontra no Brasil.

Salienta-se, contudo, que, conforme a realização do estudo junto ao hospital, as fontes documentais tornaram-se mais amplas dada a existência de documentos, livros, informativos e materiais promocionais sobre ou desenvolvidos pela organização que foram disponibilizados durante as entrevistas realizadas.

A entrevista em profundidade caracteriza-se por uma conversa entre o pesquisador e o entrevistado, que, através de um roteiro semiestruturado (ANEXO J), objetiva obter informações para desenvolver um estudo. Por meio desse tipo de coleta de dados foi possível alargar o ponto de vista e as perspectivas da pesquisadora sobre o assunto, trazendo entendimentos além daquilo até então explorado. Bauer e Gaskell (2002, p. 64) sinalizam que

O emprego da entrevista qualitativa para mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes é o ponto de entrada para o cientista social que introduz, então, esquemas interpretativos para compreender as narrativas dos atores em termos mais conceituais e abstratos, muitas vezes em relação a outras observações. A entrevista qualitativa, pois, fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações

entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos específicos.

Dessa forma, recorre-se a um público especializado para investigar seus conhecimentos, opiniões e perspectivas acerca do tema e do problema propostos. Seleciona-se, então, um conjunto que operacionalize essa compreensão (GIL, 2010). Entretanto, para vislumbrar a complexidade do universo estudado, não existem processos estatísticos para a seleção da unidade de estudo, visto tratar-se de uma pesquisa qualitativa. A saturação na unidade de estudo – momento no qual não se obtém benefícios que justifiquem a realização de mais uma entrevista – é explicada pelos autores:

Embora as experiências possam parecer únicas ao indivíduo, as representações de tais experiências não surgem das mentes individuais; em alguma medida, elas são o resultado de processos sociais. Neste ponto, representações de um tema de interesse comum, ou de pessoas em um meio social específico são, em parte compartilhadas. Isto pode ser visto em uma série de entrevistas. As primeiras são cheias de surpresas. As diferenças entre as narrativas são chocantes e, às vezes, ficamos imaginando se há ali algumas semelhanças. Contudo, temas comuns começam a aparecer, e progressivamente sente-se uma confiança crescente na compreensão emergente do fenômeno. A certa altura, o pesquisador se dá conta que não aparecerão novas surpresas ou percepções. Neste ponto de saturação do sentido, o pesquisador pode deixar seu tópico guia para conferir sua compreensão, e se a avaliação do fenômeno é corroborada, é um sinal de que é tempo de parar. (BAUER; GASKELL, 2002, p. 70)

Nesse sentido, delinea-se o perfil dos entrevistados, mas não se define um número de entrevistas a ser realizado, buscando a saturação empírica do tema. O perfil abrange profissionais que são ou já foram funcionários/membros de algum Conselho do Hospital Sírio-Libanês, e que, de alguma forma, tenham relação com o processo administrativo da sua marca, de seu posicionamento, da comunicação e das ações de responsabilidade social/filantropia, e que possam auxiliar na compreensão do problema através de sua experiência e opiniões. O contato inicial – através da rede de relacionamentos da pesquisadora – ocorreu com um Diretor Executivo da organização e, através deste, buscou-se indicações para a realização das próximas entrevistas.

Os dados coletados foram analisados levando-se em conta o contexto em que se inserem os entrevistados, visando a uma compreensão além do que foi dito e visto, contida nos entremeios das informações obtidas (FRANCO, 2008). Para tal, foi pertinente a técnica da análise de conteúdo, que Gil (2010) descreve com uma técnica que busca interpretar as comunicações investigadas através de uma descrição objetiva e sistemática.

O uso dessa técnica torna possível a produção de inferências a partir do que foi coletado, dada a sua categorização. As categorias são agrupamentos de elementos em comum, que são definidas com o objetivo de chegar-se a respostas para os questionamentos propostos, derivados do referencial teórico previamente construído (FRANCO, 2008).

Foram definidas *a priori* as seguintes categorias:

- Características da marca HSL;
- Públicos, mensagens e objetivos;
- Modelo de atuação: filantropia;
- Estratégia *versus* Gestão da Comunicação;
- Papel da comunicação na manutenção do modelo.

As categorias de análise foram definidas a partir dos objetivos específicos propostos para o estudo, e estão relacionadas às perguntas elaboradas para o roteiro semiestruturado utilizado na realização das entrevistas em profundidade. A relação entre os objetivos, as categorias e as perguntas encontram-se em anexo (ANEXO K).

Ao final, foram realizadas sete entrevistas, sendo que o perfil dos entrevistados consta em anexo (ANEXO I). Todos os entrevistados receberam um termo de consentimento livre e informado, prévio à realização da entrevista, concordando em participar deste estudo.

## 9 APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Este capítulo analisa os dados recolhidos nas entrevistas em profundidade realizadas. A intenção da análise é contemplar os objetivos definidos previamente e responder à questão norteadora desta dissertação.

As categorias que dividem o capítulo foram definidas *a priori*, contemplando os pontos considerados pertinentes para a compreensão dos objetivos. Além dos dados obtidos nas entrevistas em profundidade realizadas, a análise é apoiada nos tópicos aprofundados no referencial teórico e no estudo de caso.

### 9.1 CARACTERÍSTICAS DA MARCA HSL

Tavares (2008) afirma que o posicionamento está relacionado à vinculação da marca a alguma referência valorizada pelo consumidor. Sobre o posicionamento das Organizações de Saúde em geral, o Entrevistado 5 cita:

Instituições de saúde, elas se posicionam fundamentalmente usando alguns territórios de posicionamento. [...] O primeiro território seria o território da tecnologia. “Nossa, eu sou uma empresa de saúde altamente tecnológica”. O segundo território seria da qualidade, da excelência dos meus profissionais. O terceiro, “Ah, eu sou uma Instituição com calor humano”, “eu cuido de você”, “eu tenho uma humanização”, etc. O quarto território de posicionamento seria o “...eu coloco o paciente no centro de tudo isso”, “ele é que comanda, ele é o cara”. Todos esses são legítimos. Tem uns que aumentam o grau na tecnologia, outros no acolhimento, outros no paciente, outros no corpo clínico. Então, todos eles são válidos. (ENTREVISTADO 5)

Entretanto, apesar de apontar que o HSL poderia se posicionar em qualquer um dos “territórios” citados, o entrevistado localiza o posicionamento da marca HSL de forma diferente daqueles trazidos por ele como posicionamentos possíveis para a organização:

A gente, de certa forma, tem atributos em todos eles, mas a gente descobriu um quinto território de posicionamento, por isso, se transformou talvez no nosso principal diferencial, que é o compromisso social. Então, quando a gente revisitou isso, a gente entendeu que a nossa instituição nasceu em 1921, já vai completar 100 anos daqui a pouco, como uma obra de compromisso social da colônia Sírio-Libanesa, da comunidade para com a comunidade brasileira que lhes acolheu. (ENTREVISTADO 5)

Dessa forma, o gestor nota que o histórico do Hospital seria um fator “legitimador” para um posicionamento centrado no compromisso social, visto a sua fundação como Sociedade Beneficente nos anos 1920. De forma complementar, o Entrevistado 1 comenta que:

O Sírio, ele é considerado em toda sua estratégia uma retribuição, a história do Sírio vai completar 100 anos nos próximos, se não me engano nos próximos 3 anos. As

mulheres da comunidade árabe formaram um grupo para fazer um hospital, isso a 100 anos atrás, quando as mulheres do Brasil não votavam. E, hoje, o Sírio, o órgão máximo estatutário é a diretoria de senhoras, que são as descendentes destas senhoras que fundaram essa instituição e foi fundado sendo uma retribuição ao Brasil pela acolhida da comunidade árabe... então, nós somos uma instituição que tem como fundamento retribuir como os árabes foram recebidos aqui no Brasil. (ENTREVISTADO 1)

De acordo com Aaker (1996, p. 100) as respostas às perguntas “Qual é a alma da marca? Quais são as crenças e os valores fundamentais que impulsionam a marca? Qual é a capacidade de organização por trás da marca? O que a organização por trás da marca representa?” dizem respeito à sua identidade nuclear (ou essencial).

Nota-se que a identidade nuclear da marca do HSL, de acordo com os entrevistados, está relacionada a solidez do propósito da instituição desde que foi fundada – o que vai ao encontro do conceito de Aaker (1996), que afirma que o cerne da marca não muda com o tempo.

Toda essa questão da força da marca, isso não se cria com uma propaganda, com uma mídia, você não planta isso, eu acho que isso é muito... É quase como você pegar uma árvore centenária que tá ali há muito tempo gerando frutos e sendo cuidada e você plantar alguma coisa do dia para noite, é muito diferente, isso aqui é muito sólido. Acho que essa marca, ela foi ao longo do tempo sendo construída e muito cuidada. (ENTREVISTADO 7)

Aaker ainda afirma que as associações contidas na identidade nuclear são aquelas com a maior possibilidade de permanecerem no caso de a marca se deslocar para novos mercados e produtos. A fala do Entrevistado 2 ilustra o conceito do autor:

Tem uma máxima das diretoras que elas falam o seguinte. Se o Sírio, se o Dr. Daher Cutait, que é o fundador junto com a Dona Adma, se ele fosse um professor, o Sírio seria Universidade Sírio Libanês, como ele é um médico, o Sírio é Hospital Sírio Libanês. Porque a gente fala isso, para dizer que é o seguinte. Quem veio primeiro foi a Sociedade Beneficente de Senhoras, o hospital é o que veio depois da Sociedade Beneficente Senhoras, e trabalhar a responsabilidade social que é como a gente entrega valor à sociedade está dentro desse reforço à nossa marca. (ENTREVISTADO 2)

Nesse sentido, cabe uma reflexão sobre o simbolismo e a cultura organizacional das instituições. Para Ziemer (1996 *apud* PEREIRA *et al*, p. 520, 2013)

Os mitos organizacionais possuem funções de organização e estruturação, tais como: definir rotinas e regras, analisar eventos passados e apontar soluções no presente e no futuro, diminuir incertezas e complexidades, ajudar na definição de uma identidade organizacional e fazer cumprir os compromissos com ideais e valores da empresa (ZIEMER 1996 *apud* PEREIRA *et al*, p. 520, 2013).

De acordo com Pereira (p. 521, 2013) o mito do fundador, do ponto de vista antropológico, assume “uma solução imaginária para tensões, conflitos e contradições, como resposta a situações injustificadas do mundo real”. O autor ainda cita que no sentido grego a palavra *mythos* faz referência à narração de feitos lendários de uma comunidade, e pode ser considerado

Um relato sobre seres e acontecimentos imaginários de épocas heroicas, ideia falsa ou distorcida da realidade, ou ainda pessoa, fato ou coisa real valorizado pela imaginação popular, cuja história é construída e mantida por discursos, documentos, imagens e

fotografias, com o objetivo de construir valores e fornecer uma lente interpretativa e prescritiva, que ensina como lidar com a realidade (PEREIRA, p. 521, 2013)

Cabe a reflexão sobre como a legitimidade do posicionamento definido pela organização, advindo do propósito inicial da Sociedade de Senhoras pode ser interpretada, pode ser interpretada como um reflexo do mito do fundador.

Os entrevistados também comentam um processo de reposicionamento realizado há pouco tempo (cerca de 2 anos) pela organização. Contam que, na ocasião, com o auxílio de uma consultoria externa, foi feito um projeto para entender o contexto da época e posicionar a marca do HSL daí por diante.

Nós temos, tínhamos, um posicionamento via marca do Sírio como um hospital de alta complexidade, um equipamento de saúde. E nós reposicionamos o hospital em um projeto de construção de uma sociedade melhor. Então, se você pegar hoje o nosso propósito, conviver e compartilhar, você vai ver a nossa visão é muito diferente daquilo que estamos acostumados a ver no mundo organizacional de ser a melhor, a mais bacana. Nós vencemos isso. Então, por exemplo: Nosso propósito é conviver e compartilhar. A nossa visão, convivendo e compartilhando, contribuimos para uma sociedade mais justa e fraterna. Você não está falando de hospital, né? Você está falando de uma organização que tem um propósito em uma visão de futuro. (ENTREVISTADO 1)

Ou seja, observa-se que a instituição, deliberadamente, determinou o Compromisso Social como a característica fundamental da marca, presente desde o seu nascedouro, acreditando que, desta forma, a marca está “sintonizada com o propósito dos fundadores e da motivação da existência da empresa” (ENTREVISTADO 1).

A consultoria contratada para reposicionar a marca HSL elaborou, a época do lançamento do novo posicionamento, uma carta que explicita o viés a ser tomado pela instituição:

Além da medicina, além da saúde, o Sírio Libanês é um gesto de humanidade. As senhoras fundadoras dessa instituição não começaram apenas a história de um hospital de excelência. Antes disso, elas firmaram um pacto atemporal com a fraternidade. Cem anos depois, estamos determinados a reafirmar e ampliar este compromisso em tempos que nos falta conforto de sentir que somos partes de uma só família chamada humanidade. É chegada a hora de recobrar nosso máximo potencial. De dentro deste Sírio Libanês que construímos juntos ao longo de décadas, é preciso olhar à fora e rever a sociedade à nossa volta, que é o porquê de tudo isso. Enquanto, para alguém, faltar o mínimo para uma vida digna, buscaremos fazer com que nossa capacidade de crescer seja proporcional à nossa capacidade de compartilhar o que conhecemos e fazemos. Hoje, na saúde; amanhã, onde quer que seja. Afinal, no ar desse do lugar, vive a intenção do grupo de senhoras que quer, à nossa volta, gente que sofra menos. O que nos comove a vida é o privilégio de podermos compartilhar. Então, é o reposicionamento de uma organização empresarial pujante, do hospital, dos políticos, etc., etc. Por uma instituição que quer contribuir sociedade melhor. (Trecho da Carta de Reposicionamento, lida pelo Entrevistado 1)

O reposicionamento também abrangeu a identidade visual do HSL, que foi organizada em três pilares, de acordo com o Entrevistado 3:

a) Pilar *Prática*: engloba toda a parte assistencial e tudo o que o Hospital e suas unidades externas fazem.

b) Pilar *Gestão*: abrange as questões de Compromisso Social, como a Filantropia e o Instituto de Responsabilidade Social.

c) Pilar *Ciência*: engloba o ensino e pesquisa.

Um *Brandbook* da marca foi elaborado, contendo estes pilares, estudos sobre a história da instituição, sobre o tom de voz adequado para a comunicação:

A linha de comunicação tem sempre essa preocupação de não ter a prepotência, de não dizer que você o melhor, não dizer que você tem o melhor equipamento, não dizer eu sou bom e os outros não são. É uma linha de comunicação que busca reconhecer e valorizar o que existe e que o Sírio está aqui para contribuir. (ENTREVISTADO 1)

Sobre o tom de voz, o Entrevistado 1 traz como exemplo a construção e abertura de novas unidades do Hospital em Brasília. O gestor conta que houve grande preocupação em como conversar com a cidade, inclusive convidando artistas locais para ilustrar as peças de comunicação veiculadas na Capital. De acordo com o entrevistado, “Nós estamos assim, obrigado, Brasília, por nos acolher. Nossa linha de comunicação está sempre relacionada à valorização das pessoas” (ENTREVISTADO 1).

O novo posicionamento foi materializado através do *slogan* “Conviver e Compartilhar”. O Entrevistado 7 afirma que:

A gente tem um propósito aqui, que é Conviver e Compartilhar. Isso é muito forte, em qualquer conversa que você tiver com qualquer pessoa, você vai acabando ouvindo um pouco essa frase, Conviver e Compartilhar! O que significa isso? Significa que é uma instituição que tem a colaboração, que tem um trabalho em equipe, que tem o compartilhamento como propósito, como DNA. Então, isso não é uma consequência, isso não é uma escolha. Ah, eu posso compartilhar ou não... É da essência da instituição, então, a gente também procura trazer pessoas que tenha um pouco esse DNA. (ENTREVISTADO 7)

Complementando, o Entrevistado 3 observa que o novo propósito da marca foi refletido em sua arquitetura, visto que os pilares de *Gestão* e de *Ciência* estão diretamente conectados à ideia de “compartilhar”. No caso do primeiro, as áreas de Filantropia e IRS trabalham diretamente com a multiplicação do conhecimento de gestão e processos na área da Saúde com o Sistema Público de Saúde; no caso do segundo, as pesquisas realizadas no IP são realizadas e financiadas pela instituição, mas são compartilhadas com a sociedade. O Entrevistado 7 conta:

A gente tem, aqui dentro, um instituto de ensino e pesquisa. Então, você imagina o que isso pode propiciar do ponto de vista de evolução, desenvolvimento, conhecimento, inovação, uma série de coisas. Fica aberto para que as pessoas possam participar de alguns cursos, alguns são pagos, outros não. A gente tem, por exemplo, as reuniões científicas que são abertas, a gente tem os grupos de melhores práticas que são abertas, colaborador vai lá e pode aprender mais sobre uma melhor prática, são grupos de discussões com troca de conhecimento. Aqui, se fomenta muito o conhecimento e o compartilhamento. (ENTREVISTADO 7)

Aaker (1996) afirma que a identidade nuclear normalmente não possui aspectos suficientes que possam desempenhar todas as funções da marca. Assim, a identidade expandida traz subsídios que agregam “textura e integridade à marca” (AAKER, 1996, p. 101).

Considerando-se que a identidade nuclear do HSL, de acordo com os entrevistados, abrange o compromisso social da instituição, a identidade expandida contempla os aspectos

repetidamente citados como vinculados à marca: a ciência, a excelência e o calor humano. Algumas citações sobre esses três aspectos são esquematizadas no quadro a seguir.

**Quadro 3 - Elementos da Identidade Expandida da marca HSL**

Elemento da Identidade Expandida	Entrevistado	Citação
Excelência	Entrevistado 2	A missão do hospital, que é ser uma instituição de saúde excelente na medicina. Que é aquilo que eu falei, eu tenho os melhores médicos, a melhor estrutura, o melhor equipamento, a melhor área de imagem, a melhor área de exames.
	Entrevistado 7	A gente tem toda essa questão da excelência, do pioneirismo, que são valores também da busca, de você sempre querer o melhor para o seu paciente, a segurança do paciente. A busca pelo melhor é uma obsessão, ela é uma meta que a gente nunca tá contente, a gente nunca se cansa de tentar fazer o melhor. Claro, se acontece um evento adverso, se acontece uma intercorrência, o que a gente tem que fazer? Tratar aquilo com a maior seriedade possível e fazer tudo o que for capaz para prevenir, para criar barreiras para que aquilo seja evitado. Tanto o Sírio é uma instituição muito incansável na melhoria de processos, a gente tem uma obsessão por fazer melhor todos os dias. Então, isso está escrito lá na parede, é um valor da instituição, mas é uma coisa que é prática também, que a gente vê isso muito traduzido nos processos, nos projetos em tudo que a gente conduz.
Ciência	Entrevistado 5	Difusão do conhecimento e busca pela próxima fronteira da ciência, é o que sustenta, é o que dá reputação à marca
	Entrevistado 3	Outro diferencial do Sírio, sem dúvida, é essa parte de pesquisa. As pesquisas nascem aqui dentro, tem um núcleo de pesquisa. As pesquisas nascem, são testadas. Então, é um nascedouro também. Puramente, um hospital, mas é um lugar de pesquisas na área de saúde, isso também é um grande diferencial.
Calor Humano	Entrevistado 2	E no cuidado, que tem muito a ver com calor humano, que eu falo, não adianta ter toda a tecnologia e não ter isso. Calorosa e solidária na essência.
	Entrevistado 3	A maneira como cuidam. O cuidar, isso é uma coisa que a gente mostra muito, é diferente no Sírio. Não só por você ter as melhores tecnologias, mas a maneira que a gente enxerga. Por exemplo, você tem, aqui no Sírio, os cuidados paliativos. Os cuidados paliativos é um serviço que o Sírio oferece para qualquer paciente sem custo. Não cobra nem do plano de saúde e nem do paciente. Por que? Porque o cuidado paliativo faz parte do que a Instituição acredita. Então, os pacientes em fim de vida, familiares, têm todo um trabalho que é feito por médicos referências nos cuidados paliativos, feito para qualquer paciente. Isso é diferencial. Isso muda... isso só o Sírio tem. Qual a diferença de você vir aqui?
	Entrevistado 4	Essa é uma Instituição diferente. Essa coisa da relação do calor humano é muito forte. O respeito ao ser humano é muito forte. O apoio entre as pessoas, eu, de verdade, nunca trabalhei num lugar assim. E isso faz com que a gente se apaixone pelo local. Desperta um amor pela marca, um amor pela Instituição, que é difícil até de explicar, mas você sente isso nas pessoas. [...] A gente trata essas coisas de uma maneira tão séria, que a gente cria um ambiente interno que eu nunca vi em nenhuma Instituição. De respeito, de compartilhamento de informação, de compartilhamento de conhecimento, de uma vontade legítima de se ajudar. É muito forte isso.
	Entrevistado 7	A grande essência da instituição são os valores da instituição. Eu sei que todo mundo fala isso, todas as empresas têm lá sua declaração de visão, missão e valores, mais aqui a gente vive esses valores, a gente de fato procura transformar esses valores em ações do dia-a-dia. Então, por exemplo, o calor humano que eu já mencionei, todas as empresas de saúde falam em humanização, porque você tá lidando com a fragilidade do ser humano, a vida, a saúde, a doença, a morte são questões muito profundas, então, falar do calor humano nesse contexto é muito importante. Só que não é só falar, não é só dizer para o nosso colaborador. A gente tem práticas, a gente tem programas, a gente tem processos. Um dos exemplos é o que nós somos hoje, a referência que nós somos em cuidados paliativos. Todo aquele conjunto de tratamentos de tratativas que a gente oferece para o paciente quando ele já está em uma condição mais de fim de vida. E o que pode

		melhorar a qualidade de vida daquele paciente? O que pode suavizar, minimizar a dor? Melhorar o impacto, melhorar a experiência? Ou seja, cuidados paliativos é uma força dentro dessa instituição, porque, de fato, o calor humano é importante, e eu não estou falando só de uma medicação ou de uma prática médica, eu estou falando de um cuidado espiritual. Eu estou falando dele poder ter contato com o animal de estimação que ele tem, dele poder fazer uma celebração como já aconteceu aqui em algumas situações de pacientes terminais, mas que tem o sonho de fazer um casamento, por exemplo, e a cerimônia ser realizada aqui dentro.
--	--	---

Fonte: Elaborado pela autora.

As três características trazidas pelos entrevistados, juntamente com o compromisso social – que ocupa a posição central –, formam a identidade do HSL; ou seja, é a forma com que a instituição intenciona ser reconhecida de forma simples e clara, e delimita a missão e a promessa da marca (SEMPRINI, 2006). Observa-se que os quatro aspectos são capazes de elucidar questões como a visão, o projeto, a diferença, os valores e os sinais para o reconhecimento, que devem estar contidos na identidade, de acordo com Kapferer (2003).

A legitimidade desses aspectos pode ser notada quando se analisa o que os entrevistados consideram inerente ao HSL, como o compromisso social no centro do posicionamento:

Talvez, para um posicionamento tão legítimo quanto o nosso de compromisso social, fica fácil você executar, você não precisa fazer força. No fundo, no fundo, o pensamento é inerente à Instituição. Todas as decisões tomam por pauta aumentar a abrangência do nosso compromisso social e, portanto, fica fácil de executar. Então, você não sabe se executa primeiro e se posiciona, ou se posicionalmente é caudatário da execução em si. É legitimamente uma instituição com compromisso social [...] Algumas das marcas, de saúde em especial, geralmente se enveredam também hoje em dia pela responsabilidade social, que eu acho que, de certa forma, legitima a atuação dessa marca. Poucas de fato tem isso desde o seu nascedouro. O Hospital Sírio-Libanês, o Sírio-Libanês, ele tem desde o seu nascedouro, essa vertente do compromisso social. (ENTREVISTADO 5)

Sobre a excelência, o Entrevistado 2 observa que o índice de mortalidade do Hospital é conhecidamente baixo, além de o corpo clínico contar com profissionais com reconhecimento no âmbito nacional e internacional. O Entrevistado complementa que, ao questionar seus pacientes se não tem receio de consultar com um profissional que não conhecem, a resposta é que “‘não, como eu vi lá que você trabalha no Sírio, me deu uma confiança de vir’. Então, é isso você também está atrelado a uma marca, traz uma confiança... Que bom, deve ser uma pessoa que eu vou confiar que, ‘se tá lá deve ser bom’” (ENTREVISTADO 6).

O calor humano é citado pelo Entrevistado 4, sob a perspectiva como funcionário e também como paciente:

Quando você vai para um hospital de excelência - e eu posso dizer isso porque eu já passei por todos eles como paciente -, você tem atendimento de primeira linha, você tem corpo clínico de primeira linha, você tem uma assistência de primeira linha, mas o Sírio tem um contato humano com o paciente que é diferente. Eu não consigo nem te dizer de onde que vem isso. Ela transcende um valor que está nos nossos norteadores estratégicos. Ela é verdade absoluta. E isso é inclusive com quem trabalha aqui dentro. A gente se ajuda de um jeito que eu nunca vivi em nenhuma Instituição em vinte e cinco anos de experiência. Não existe. Você entra nessa Instituição e diz

“Eu tenho um problema”, aparecem vinte e cinco pessoas para te ajudar, “Não, nós vamos resolver”. Então, assim, é um ambiente de colaboração, ambiente de calor humano, ambiente de preocupação com o outro muito legítimo. (ENTREVISTADO 4)

Ainda, o calor humano é materializado em iniciativas como o Cuidado Paliativo, citado pelos Entrevistados 3 e 7.

A identidade da marca HSL, observada através das entrevistas analisadas, mostra-se condizente com os aspectos aprofundados no estudo de caso, construído através de dados secundários. Nesse sentido, nota-se um alinhamento entre o entendimento sobre a marca e os esforços realizados pela gestão da organização na sua manutenção.

## 9.2 PÚBLICOS, MENSAGENS E OBJETIVOS

Considerando-se a complexidade de um hospital como organização, a esquematização dos públicos com quem deseja se comunicar, as mensagens que deseja transmitir e seus objetivos de comunicação com cada público são fundamentais para a manutenção da marca. No caso do HSL, as frentes de atuação distintas (filantropia *versus* hospital que presta serviços de saúde de alto nível e privados), a sistematização dos públicos, mensagens e objetivos torna-se ainda mais importante, caso a organização deseje que a sua comunicação seja coerente. Nesse sentido, o Entrevistado 1 afirma que “então, você tem mapeado em seu planejamento de comunicação cada um dos públicos e quais são os principais pontos a comunicar. A gente trabalha muito forte com isso”.

Para o paciente/cliente, os entrevistados citam questões relacionadas à identidade expandida da marca: excelência e calor humano. Sobre a excelência, o Entrevistado 5 aponta que

Para o paciente, eu preciso passar a mensagem de que “o meu hospital é confortável, tem quartos amplos, uma hotelaria fantástica, etc., etc.”, é verdade, afinal, a gente acaba passando essa mensagem de que a gente tem a ressonância mais moderna, que a gente tem robô, que a gente tem isso, que a gente tem aquilo. (ENTREVISTADO 5)

O Entrevistado 4 lembra que, apesar da importância de comunicar a excelência, o calor humano é uma característica muito forte da marca, e que se precisa atentar para não se negligenciar o aspecto na comunicação com o paciente.

Outro público externo a ser considerado, de acordo com os entrevistados, são as empresas e operadoras de planos de saúde, dado que grande parte da compra de serviços, na organização, acontece por meio desses intermediários. Nesse sentido, a mensagem desejada é sobre “a

informação de que nossos tratamentos, nosso cuidado, ele é custo efetivo, ele é pertinente, ele agrega valor, ele é eficiente” (ENTREVISTADO 5).

Nota-se que os operadores de planos privados de saúde são citados apenas por um dos entrevistados como um público relevante a ser alvo da comunicação da organização. Nesse sentido, cabe a reflexão sobre o fato de os planos privados de saúde possam ser considerados financiadores do modelo em que a instituição opera – visto o fato de a maior parte dos clientes fazerem uso dos serviços do Hospital através de convênio de saúde particular.

O Governo também é um *stakeholder* listado pelos entrevistados, visto o modelo de atuação do HSL como Hospital Filantrópico, que depende da execução de projetos do PROADI-SUS com recurso proveniente de isenção fiscal. O Entrevistado 4 salienta a importância da seriedade e da ética da instituição serem parte da mensagem para este público:

E eu acho que, para os Órgãos Públicos, para o Governo, a gente precisa mostrar que a gente é um parceiro sério, que os processos aqui são éticos e a gente tem uma área de *Compliance* bastante estruturada e forte, e que a gente vai entregar para a sociedade, não a qualquer custo, a gente vai entregar sempre dentro da ética, sempre dentro do respeito, da legislação. [...] A questão ética é muito importante e é um segmento que, por enquanto, está limpo, dentro dessa relação que a gente tem no país de tanto problema, mas certamente a questão ética é fundamental. (ENTREVISTADO 4)

O público interno da organização é dividido pelos entrevistados, dado o fato de que trabalha com corpo clínico aberto; ou seja, mesmo tendo médicos com contrato efetivo com a instituição, permite que outros médicos efetuem internações e assistência aos seus pacientes. O Entrevistado 5 cita que a ciência é um aspecto importante a ser comunicado para esse público, considerando que o HSL “é um palco para ele praticar a melhor medicina que ele conhece, buscar a próxima fronteira da ciência”. O Entrevistado 4 comenta a importância de frisar, para esse público, ser o paciente o centro do cuidado.

Quando a gente fala em entregar valor para o paciente, muitas vezes, é deixar de fazer determinado processo, é fazer o processo diferente, é avaliar se aquilo vai trazer benefício ou malefício, é avaliar se o tratamento vai ser mais agressivo que a doença. Todo esse questionamento a gente tem que fazer para entregar valor. [...] E tem uma outra questão do corpo clínico que é importante, que a gente está trabalhando muito forte, que é o paciente no centro do cuidado. O quê que significa isso? Foi-se o tempo em que o médico decidia o que era melhor para o paciente. Hoje em dia, é o médico e o paciente decidindo o que é melhor pra ele. E a gente quer, cada vez mais, colocar isso na cabeça do corpo clínico. Você precisa ouvir quem está do outro lado. Você precisa ouvir o que a pessoa quer. O que ela deseja? O que é melhor pra ela? E, dentro dessa característica pessoal, determinar o melhor atendimento. E, além disso, no corpo clínico, a gente tem aquelas questões de atração mesmo, de mostrar pra ele que trabalhar no Sirio-Libanês é ajudar num compromisso social importante, mas também é uma questão de reputação pra ele, é uma marca forte, é uma remuneração competitiva.

Quanto ao público interno em um geral, o Entrevistado 5 cita que a mensagem a ser transmitida tem, como objetivo, o engajamento. Ainda, o Entrevistado 4 complementa sobre a necessidade de se transmitir, para este público, os aspectos componentes da identidade da marca: compromisso social, calor humano e excelência.

O Entrevistado 5 acredita que, de forma ampla, o objetivo das mensagens, para todos os públicos, deve estar centrado no compromisso social:

Eu penso hoje que qualquer que seja a mensagem, ao final, a mensagem que a gente tem que passar é essa mensagem do compromisso social, porque ele legitima tudo isso que eu falei. Se as instalações são confortáveis ou se a hotelaria é boa, é porque a gente quer prestar o melhor serviço, o melhor conforto, ter aí a sua remuneração justa, adequada por isso, para fazer mais filantropia. Se eu sou mais eficiente, etc., é porque eu quero vender mais para a operadora de saúde, para que ela possa comprar mais de mim, para que eu possa crescer, para eu fazer mais compromisso social. No fundo, são mensagens diversas, a princípio, com os seus interesses comerciais e mercadológicos, sim. Mas, ao final, todas legitimadas por esse posicionamento do compromisso social. (ENTREVISTADO 5)

Ou seja, por mais que a comunicação ao paciente seja focada na alta tecnologia oferecida ou no conforto das instalações do Hospital, o resultado esperado é o crescimento da organização e, conseqüentemente, maior arrecadação a ser destinada para os projetos de filantropia.

Sobre os meios utilizados, os entrevistados convergem ao citar a Assessoria de Imprensa como a ferramenta “que traz maior robustez à reputação que a gente busca [...]. Não tem nada mais legítimo do que a imprensa falar do que você faz” (ENTREVISTADO 5). Os gestores citam que atualmente o HSL utiliza as redes sociais para se comunicar com o público em geral, mas não costuma veicular em meios de massa, como jornais, revistas e canais de televisão.

### 9.3 MODELO DE ATUAÇÃO: FILANTROPIA

A atuação do HSL como Instituição Filantrópica é parte essencial de como a organização desempenha seu negócio na área da saúde. O modelo é regulamentado de acordo com o Art. 11 da Lei nº 12.101, que nota

A entidade de saúde de reconhecida excelência poderá, alternativamente, para dar cumprimento ao requisito previsto no art. 4º, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2009)

Até 2009, o Entrevistado 2 explica que parte do atendimento do Hospital era destinado ao SUS. Com a mudança da legislação e a classificação como HE, “o Sírio passou a ser um hospital que tem como papel de desenvolver o Sistema Único de Saúde” (ENTREVISTADO 5). O gestor, ao refletir sobre a época em que o HSL realizava sua contrapartida através de atendimentos ao SUS, cita que não havia sustentabilidade no modelo:

Eu enxugava gelo, não estava ensinando nada. Eu atendia uma parcela privilegiada da população, a população que chegava até a mim. Deus sabe como elas chegavam, era para um grupo restrito porque era só na região de saúde centro e oeste, então era aquela pessoa que teve sorte. Era atendida pelo SUS, mas era uma minoria que tinha sorte. (ENTREVISTADO 2)

A mudança para o atual modelo de atuação, para a ótica do Entrevistado 2, mudou a forma como a filantropia era exercida. Se antes a relação era considerada assimétrica, a partir de então, a organização passou a entregar, de fato, valor para a sociedade, visto o papel de “melhorar o Sistema Único de Saúde para que o Sistema Único de Saúde dê condições de melhorar o paciente. Isso é muito maior” (ENTREVISTADO 2).

Comunicar o modelo de atuação e a dicotomia contida no atendimento *premium* e na filantropia é um desafio da organização, desde a mudança descrita pelo Entrevistado 2. O Entrevistado 4 identifica essa necessidade, já que a atuação privada do HSL, por vezes, não agrega uma imagem positiva:

Eu acho que a gente não trabalha isso de uma maneira coerente ainda. A reputação que a gente tem no mercado, como hospital de elite, não é uma reputação de todo boa. Ela é ainda uma parte meio que “não é pra mim”, é para uma parcela muito pequena da população, é para aqueles caras que criam uma imagem ruim. Então, eu acho que a gente está vivendo um período muito complexo dessa relação e que a gente precisa estruturar de uma melhor maneira. (ENTREVISTADO 4)

Já de acordo com o Entrevistado 1:

Todo mundo já reconhece o Sírio como sendo um hospital de referência de ponta, etc., etc. Certo? Isso tá dado! Agora, queremos sermos reconhecidos só por isso? Isso é bastante, mas é assim que tu queres que o Sírio seja visto? Nós queremos que o Sírio seja visto com tudo isso e como alguém que está contribuindo para melhorar o sistema de saúde brasileiro. (ENTREVISTADO 1)

Para o gestor, apesar da reputação positiva da instituição, a intenção é que o compromisso social também seja um aspecto reconhecido na imagem da marca, já que “não existe mais a diferença do modelo de negócios com o projeto social, estão juntos hoje” (ENTREVISTADO 1).

Entretanto, o Entrevistado 4 acredita que:

A gente trabalha mal isso. Então, eu acho que a gente precisava encontrar uma maneira de colocar o compromisso social num pilar mais igualitário em relação aos outros pilares que a gente tem. Como o Ensino e Pesquisa, a Excelência no Atendimento, a Vanguarda, Tecnologia. Então, eu acho que a gente precisa encontrar mais esse equilíbrio. (ENTREVISTADO 4)

Ainda, o Entrevistado 6 lembra que, apesar de a filantropia estar no centro do posicionamento da organização, no que tange aos seus funcionários, “poucas pessoas sabem o que Sírio faz, por exemplo, no que diz respeito à responsabilidade social, as parcerias do SUS e tudo mais” (ENTREVISTADO 6). O Entrevistado 7 complementa:

Nas últimas pesquisas que a gente fez de engajamento, de clima, a gente percebeu... E a gente faz pesquisa desde 2010, a gente faz a cada 2 anos, recorrentemente, e, nas últimas pesquisas, a gente percebeu que o colaborador sabia pouco dos projetos de filantropia. Essa imagem que fica para mídia que o Sírio é um hospital que só atende paciente de alta renda, ela acabava sendo pouco contra argumentada pelos nossos próprios funcionários que não sabiam muito bem. (ENTREVISTADO 7)

Como forma de comunicar para o público interno o compromisso social como centro da identidade do Hospital, uma série de iniciativas são citadas pelos entrevistados, tais como:

- a) Inclusão de informações sobre a filantropia e sobre os valores do HSL no programa de integração de novos funcionários;
- b) Conversa sobre o propósito da instituição (Conviver e Compartilhar) na narrativa de cultura de cuidados, com novos funcionários, frisando que “o que instituição se propõe a fazer, que é cuidar da parte privada e pública” (ENTREVISTADO 6);
- c) Reforço sobre o propósito e os valores da instituição nos líderes, para que sejam embaixadores da marca e disseminem as melhores práticas com seus times;
- d) Divulgação de notícias sobre os projetos executados pela área de Filantropia através de meios como televisão corporativa, murais, intranet, além de grupos de WhatsApp com os líderes em que são compartilhadas as ações realizadas;
- e) Comunicação sobre as ações de Responsabilidade Social (como a iniciativa “Abraça seu Bairro, por exemplo, que não são projetos do Proadi<sup>26</sup>) para os funcionários, “para que o funcionário saiba que tem um braço na instituição que tá revertendo para sociedade tudo que a instituição gera de resultado” (ENTREVISTADO 7).

O Entrevistado 7 reitera que:

Isso está sendo constantemente disseminado, mas esse é um desafio diário. Você não pode descansar, porque as pessoas precisam ver isso como constantemente, para elas mudarem esse *mindset*, para elas entenderem que isso é a essência, o DNA da instituição. Porque, se deixar para ver só o que aparece na mídia, ela não vai ficar com essa percepção, então, a gente precisa muito trabalhar nosso público interno para que eles disseminem isso. (ENTREVISTADO 7)

Ainda, o Entrevistado 2 comenta que a instituição modificou a estrutura com que opera o modelo para auxiliar na integração efetiva dos funcionários com as atividades relacionadas à filantropia. Antes, consultores eram contratados para atender aos projetos do PROADI, e acabavam atuando junto ao HSL e junto às regiões em que os projetos eram realizados. Atualmente, os próprios funcionários (em regime CLT) da organização participam dos projetos: “eu pego o meu enfermeiro que já tem 8 anos de casa, que já tem o Sírío muito enraizado nele e levo ele para a ponta da consultoria” (ENTREVISTADO 2).

Nota-se que, desta forma, a instituição é capaz de trabalhar a questão através de duas vias: por um lado, o funcionário é capaz de internalizar o viés filantrópico do HSL vivenciando e colaborando com os projetos; por outro, levar o funcionário do HSL – que, como comenta o gestor, “tem o Sírío muito enraizado nele” – às regiões em que são prestadas consultorias faz com que a marca do Hospital seja levada adiante e associada aos projetos de filantropia.

---

<sup>26</sup> Sobre os projetos que não são parte do PROADI, o Entrevistado 4 cita que: “tem uma parte do nosso trabalho filantrópico que ele é uma obrigação legal. Então, a gente direcionou a isenção fiscal para os projetos, como hospital filantrópico eu tenho a obrigação de fazer isso. Mas tem uma parte que a gente faz, e é uma parte importante, que é a que eu faço o que eu quero. Que é tudo que está atrelado ao Instituto” (ENTREVISTADO 4).

Ainda, o Entrevistado 2 explica que foi criada uma estrutura matricial em que os funcionários da organização realizam suas funções aplicadas ao contexto do HSL e dos projetos do Proadi:

O que eu fiz, criei uma estrutura matricial, onde o gerente funcional, ou seja, o gerente de suprimentos aqui, o gerente de compras, ele compra para UTI, ele compra para a cardiologia, ele compra para o PROADI. Então, isso incorpora o PROADI no dia-a-dia das pessoas, é duro porque o PROADI é muito chato de fazer, porque ele muda a rotina dele. (ENTREVISTADO 2)

Outra dificuldade encontrada pelos gestores é, além de comunicar as ações e projetos de filantropia e responsabilidade social, engajar os funcionários da instituição:

É bonito na teoria, mas, na prática, ninguém quer ficar indo para o Grajaú, em tudo, eu já tive médicos que não aceita ir para equipamentos de saúde onde a gente administrava porque ele não vai se submeter a isso, ele não vai se submeter ir para uma região onde ele não, onde ele não tem nem confiança de chegar, ele tem medo de ser assaltado, tudo isso conta. (ENTREVISTADO 2)

Quanto à comunicação com o público externo, atualmente, existe um profissional da área de Comunicação da instituição alocado na área de Filantropia. A função do funcionário é justamente estar atento aos projetos e ações realizados pela área e divulgá-las para a comunidade em geral.

De acordo com o Entrevistado 2, a necessidade de “traduzir” os projetos e resultados é um desafio da comunicação:

Aí tem um que se chama Saúde em nossas Mãos, que é... Reduzir os índices de infecção em 50% e salvar 8.5 mil vidas. Eu preciso transformar, eu preciso dar esse *save* entende? Porque senão, o paciente, você só está fazendo mais um trabalhinho... Não vi melhoria nenhuma! Aí você fala, se você está falando isso, é porque você entrou em hospital público, passou pelo UTI e sobreviveu. (ENTREVISTADO 2)

O Entrevistado 2 adiciona que a sociedade absorve a mensagem de compromisso social do HSL quando é capaz de entender o impacto na sociedade, o que acontece, muitas vezes, quando se entra em contato com a mídia espontânea: “Inspirado em indústria de carros, SUS quer reduzir lotação em emergências. Também Folha de São Paulo, que a principal colunista que discute saúde. Ela colocou uma foto da Santa Casa. Isso é o que eu trago como impacto, como parte de um resultado ampliado” (ENTREVISTADO 2).

O Entrevistado 1 cita a mesma matéria publicada na Folha de São Paulo sobre o projeto “*Lean* nas Emergências”. Repetidas vezes, os gestores comentam a importância da imprensa na difusão da mensagem sobre o compromisso social da organização. Para o Entrevistado 5, a mídia espontânea sobre os projetos e resultados acaba legitimando as iniciativas: “Não tem nada mais legítimo do que a imprensa falar do que você faz” (ENTREVISTADO 5).

Contudo, o entrevistado salienta que os projetos são comunicados à imprensa com bastante cuidado:

Todos esses projetos são, de alguma maneira, comunicados via imprensa, com muito cuidado. Por que muito cuidado? Não por conta da fala bíblica “Que sua mão direita não saiba o que fez sua mão esquerda”, mas porque, quando você toma conta do

dinheiro público, é muito importante que você dê a correta prestação de contas e não se vanglorie do que, na verdade, é um aparelho do Governo. A isenção fiscal é um dinheiro do Governo, então, o investimento nessa qualificação toda é uma decisão do Governo. Ele me diz que eu não preciso pagar meus impostos e eu tenho que qualificar o SUS. Então, é ele que está investindo, eu sou um instrumento, eu me posiciono assim. (ENTREVISTADO 5)

Dessa forma, o gestor agrega um ponto até então não abordado: o fato de o montante investido em projetos que validam o posicionamento centrado no compromisso social do HSL, por ser advindo de isenção fiscal, qualificar a organização como executora – ou como instrumento, como cita o entrevistado.

#### 9.4 ESTRATÉGIA *VERSUS* GESTÃO DA COMUNICAÇÃO

Para a análise da estratégia adotada para a gestão da comunicação da marca HSL, aprofundaram-se alguns conceitos de Porter (1996; 2005) e Mintzberg (2006). De acordo com as definições para estratégia trazidas por Mintzberg, é possível a existência e inter-relação entre mais de uma das definições de forma concomitante. Dessa forma, analisam-se as falas dos entrevistados para identificar evidências das classificações do autor.

A estratégia como plano, para Mintzberg (2006), significa a criação de forma proposital de um caminho pelo qual a organização deve seguir. De acordo com o Entrevistado 2, “o Sírio tem um mapeamento estratégico, ele tem um desenho de marca de como ele quer ser reconhecido”. O Entrevistado 1 explica como aconteceu o processo de definição do plano a ser seguido:

Foi feito com o auxílio de uma consultoria chamada Mandala. Que é uma consultoria especializada em cultura organizacional. Fez um trabalho em profundidade com executivos, com pessoas, com a alta governança. A partir disso, foi o fato que demos sequência a construir um novo planejamento estratégico hospital orientado por isso. Então, nós contratamos a BCG e estamos agora finalizando um novo planejamento estratégico para que a gente possa seguir nos próximos 3, 4 anos. Mas orientado por esses princípios. (ENTREVISTADO 1)

O Entrevistado 7 complementa que o projeto de construção do Mapa Estratégico durou muitos anos e foi apoiado por consultorias externas no diagnóstico, desenvolvimento e implementação.

Então, esse projeto, ele já começou há bastante tempo, eu não sei te dizer exatamente quanto tempo ele começou, mas estou aqui há 7 anos, e há 7 anos, a gente já falava de mapa estratégico. Que significa a gente estruturar de uma forma bastante objetiva tudo aqui que a gente faz. Esse mapa dá muita clareza do nosso papel, então, quando a gente fez o lançamento desse projeto, que foi mais ou menos um 4 anos atrás, a gente levou todos os funcionários para uma capacitação com turmas de 80, 100 pessoas, a gente explicou um pouco esse mapa, então, a gente falou dessa perspectiva de pessoas, da perspectiva dos processos internos, cliente, mercado, sustentabilidade, resultado. (ENTREVISTADO 7)

O Entrevistado 7 ainda cita que, quando da elaboração do Planejamento, essa era uma prática nova no mercado da saúde e nova para o hospital, o que levou com que a implementação tenha durado muito tempo. No entanto, o entrevistado afirma que, atualmente, os pilares definidos estão claros, e a instituição trabalha com indicadores baseados nesses pilares. Sobre isso, o Entrevistado 2 comenta que são monitorados indicadores que balizam o Planejamento da instituição:

Tem todo o planejamento estratégico com os meus indicadores, um dos indicadores é ser relevante para o desenvolvimento do SUS, e eu tenho os indicadores que sustentam isso na minha estratégia. E qual é a minha estratégia? Tá lá em cima. Ter uma instituição de excelência, com valor agregado à marca. (ENTREVISTADO 2)

Além dos indicadores, o Entrevistado 2 cita que “eu fiz um plano estratégico para que todas as minhas ações te levem a você ver a imagem do Sírio como o Sírio é, uma empresa forte de excelência, com bons profissionais e que tenha a responsabilidade social como missão” (ENTREVISTADO 2). O Entrevistado 5 comenta que foi feito “um mergulho robusto no posicionamento de marca dessa Instituição” para que pudesse ser elaborado um planejamento de comunicação baseado nos pilares desse posicionamento, sendo o compromisso social um destes pilares.

Isso fica evidente através da missão da organização: “ser uma instituição de saúde excelente na medicina e no cuidado, calorosa e solidária na essência” (ENTREVISTADO 1). De acordo com o Entrevistado 1, ao redefinir o propósito, a missão e a visão da organização foi estruturado o plano de comunicação do hospital.

O Entrevistado 3 assinala que o posicionamento foi desdobrado em uma revisão da arquitetura da marca. O Entrevistado 2 comenta a evolução do logo da instituição, que acompanhou o processo:

Toda a evolução da nossa marca, que antes era uma enfermeirinha, uma enfermeirinha com a mão assim e depois foi passando, foi passando e, hoje, é uma mandala. Por que é uma mandala? Porque é feita em macetaria, tem todo um porquê. Quando foi construída a mandala, um dos trabalhos que foram feitos são as pessoas, os dirigentes do hospital, eles foram para uma atividade por um gramado, eles deitaram no chão e, quando você olha a foto área, parece a foto da mandala. Que é isso! Pois, se você olha o desenho da nossa marca separado é como se fosse uma pessoa. Tanto é que são vários. O que é isso? O Sírio é um conjunto de pessoas com o reforço da tecnologia dos processos, mas um conjunto de pessoas que conseguem sustentar a marca do hospital. (ENTREVISTADO 2)

Os comentários dos entrevistados demonstram que, através da definição de um planejamento estratégico, posteriormente desdobrado em pilares estratégicos, um plano de comunicação e indicadores de performance, a estratégia de gestão da marca HSL carrega características que a correspondem à classificação de Estratégia como Plano de Mintzberg (2006): foi criada antes das ações às quais se aplica, é consciente e proposital.

Outra definição do autor é a estratégia como padrão, em que se considera a consistência em um comportamento, de forma pretendida ou não (MINTZBERG, 2006). Para o Entrevistado

5, o compromisso social como posicionamento do HSL foi um diferencial identificado como parte do histórico da instituição:

A gente descobriu um quinto território de posicionamento, por isso, se transformou talvez no nosso principal diferencial, que é o compromisso social. Então, quando a gente revisitou isso, a gente entendeu que a nossa instituição nasceu em 1921, tanto já vai completar 100 anos daqui a pouco, como uma obra de compromisso social da colônia Sírio-Libanesa da comunidade para com a comunidade brasileira que lhes acolheu. (ENTREVISTADO 5)

O Entrevistado 3 também elucida a criação do Hospital, e a perpetuação do propósito filantrópico desde a época:

O Sírio-Libanês nasceu por conta do compromisso social, ele nasceu do sonho das senhoras sírias-libanesas devolverem para o país todo o acolhimento que ela tiveram em sua chegada e ela quiseram devolver isso com um hospital. Que nasceu, que naquela época há cem anos, elas diziam, nasceu para cuidar dos ricos, para devolver aos pobres. Há cem anos, foi assim que nasceu. E isso se perpetua até hoje, então, o Sírio-Libanês é uma instituição filantrópica que tem o compromisso social no seu DNA. Ele nasceu disso e precisa continuar com isso. (ENTREVISTADO 3)

O Entrevistado 4 complementa que o posicionamento centrado no compromisso social vem sendo comunicado internamente através de campanhas de endomarketing: “A gente tem algumas iniciativas em andamento, mas que estão vindo, e eu acho que isso é muito importante de ser dito, que estão vindo para oficializar o que já era feito, mas que era feito de uma maneira muito intuitiva” (ENTREVISTADO 4).

Mintzberg (2006) também define a estratégia como posição, quando esta seria uma forma de localizar uma instituição em um ambiente. Sobre a questão, o Entrevistado 3 cita que, por vezes, a posição de uma organização pode ser uma vantagem competitiva: “um movimento de mercado que as pessoas, elas hoje se relacionam com causa, com propósito, com marca e a gente as vezes vê aqui no Sírio fortemente” (ENTREVISTADO 3).

Dessa forma, o gestor assinala que o HSL procura uma posição diferente das outras organizações de saúde no ambiente em que se encontram:

Hoje em dia, ao meu ver, equipamento, e mesmo médico, é quase uma *commodity*, todo mundo tem. Eu posso ter aqui a melhor Ressonância Magnética e o Fleury também tem, o Einstein também tem. Hoje, eu tenho aqui médico de ponta, hoje ele está aqui, amanhã ele está lá. O que que mantém uma Instituição? É o que ela faz para o mundo, para a sociedade, é o que ela acredita. Isso é uma coisa que o Sírio vem trabalhando muito, o valor da marca Institucional tem que ser maior do que o nome dos médicos. Então, assim, você vem no Sírio-Libanês e você sabe que será atendida pelo melhor médico, seja ele, seja não. Você está sendo atendida pelo Sírio-Libanês, que tem toda a excelência de qualidade médica, técnica, mas é uma Instituição socialmente responsável, que devolve para a sociedade aquilo que tem. Então, isso tudo constrói a percepção de marca. (ENTREVISTADO 3)

Para o entrevistado, a posição que a organização busca ocupar no ambiente faz parte da sua estratégia de gestão de marca; ou seja, o compromisso social como posicionamento está atrelado ao diferencial competitivo da organização.

Os termos estratégia pretendida, realizada e emergente relacionam-se às definições de estratégia como plano e como padrão. O entrevistado 4 comenta que, quando realizado o projeto

de reposicionamento da marca HSL, foi feita uma reflexão sobre o que era pretendido e o que era realizado, a fim de direcionar o novo posicionamento para um propósito que fosse de fato realizado; ou seja, tornar a estratégia como padrão uma estratégia como plano:

A gente fez um trabalho bastante forte de reposicionamento da marca no ano passado. A gente voltou a olhar para os nossos norteadores estratégicos e ver se tudo aquilo fazia sentido, nossa missão, visão e valores. Como que a gente estava na prática e na teoria? Se havia uma distância muito grande entre discurso e prática? (ENTREVISTADO 4)

O Entrevistado 1 cita que o posicionamento “Conviver e Compartilhar” é vivido na prática, ao passo que o hospital está sempre disponível para dividir com a sociedade:

Todo o dia, tem um hospital de algum lugar nos visitando, porque conviver e compartilhar e todas as nossas práticas, tanto de gestão médica, como gestão administrativa estão a serviço da sociedade. Se você está em um hospital e quer saber como funciona, as portas estão abertas para mostrar para você. Ele vem aqui e encontra uma equipe disponível de porta aberta querendo ajudar, humilde. E isso fortalece a nossa atuação de posicionamento de um hospital que é um grande equipamento hospitalar de alta tecnologia, mas também é um instrumento de transformação social. (ENTREVISTADO 1)

Ainda, o Entrevistado 5 observa que a organização pratica o seu propósito, centrado no compromisso social, através da realização de programas que vão além da sua responsabilidade com o PROADI, através de projetos viabilizados pelo Instituto de Responsabilidade Social do HSL:

O Sírio nunca parou nisso, nunca fez só o obrigatório. Ele mantém um Instituto de Responsabilidade Social, que vai além. Toma dinheiro do próprio bolso pra fazer gestão de programas específicos. Além disso, toma por obrigação fazer a gestão de aparelhos públicos, como hospitais do Governo e da Prefeitura. Então, é um compromisso social que, de fato, ele é superior, ele vai além. Então, além dos quatro territórios, tecnologia, corpo clínico, pessoas, o paciente no centro de tudo e o calor humano, a gente vê também que é legítimo o posicionamento de compromisso social. (ENTREVISTADO 5)

A definição de estratégia como perspectiva (MINTZBERG, 2006) pressupõe que a instituição define não só a sua posição no ambiente, mas também um ponto de vista pelo qual decide enxergar o mundo. Nesse sentido, o Entrevistado 1 afirma que

Esse posicionamento de marca foi muito importante. Porque a maioria dos hospitais tem aquela visão de hospitais concêntricos: "Eu quero ser o melhor hospital do mundo". Nós queremos ser uma instituição que contribua com a sociedade mais justa, fraterna e com menos sofrimento. Então, foi um reposicionamento não da marca Sírio Libanês, mas, sim, qual o local, qual o ambiente que nós queremos que ela se encontre. (ENTREVISTADO 1)

O gestor afirma, assim, que a organização deve voltar seu olhar para o seu compromisso social. Mintzberg (2006) afirma que autores já usaram termos como “caráter” de uma organização para definir a noção de estratégia como perspectiva, e que esta definição deve ser compartilhada pelos membros da instituição e refletido em suas intenções e ações. O Entrevistado 4 cita ações de comunicação interna realizadas como forma de esclarecer e reiterar o compromisso social como perspectiva da organização:

Havia um *gap* de entendimento do público interno. Eu não tenho clareza do que é o PROADI, eu não sei que trabalho é esse que o Instituto faz. O quê que é o Instituto? O Instituto é o PROADI ou são coisa separadas? Como é que... a gente atende população de baixa renda? O que são esses ambulatórios que a gente tem? Havia um questionamento, uma falta de entendimento muito grande. Então, a gente colocou isso na nossa estratégia de comunicação interna e endomarketing, e a gente está trabalhando nisso mais fortemente [...] A gente criou canais. A gente tem um canal específico que se chama “Compromisso Social”, é uma *Newsletter* eletrônica. Ela não tem uma periodicidade, mas ela sai à medida que a gente tem boas histórias pra contar. Então, pelo menos uma por semana tem. E, aí, essa *Newsletter* é desdobrada para conteúdo na Intranet e ela é desdobrada para conteúdo nas TVs corporativas, contando o que a gente está fazendo de compromisso social. (ENTREVISTADO 4)

Ações como as citadas ilustram o termo “mente coletiva”, trazido por Mintzberg (2006), que se refere a como as intenções se espalham pelas organizações, a ponto de se tornarem compartilhadas e serem praticadas em bases coletivas e consistentes.

O Entrevistado 5 comenta:

De fato, a gente busca a excelência na assistência, a gente busca a difusão do conhecimento, a gente busca a próxima fronteira da ciência, não só pra gente, pra gente ser o *player* número 1, mas para dividir, pra compartilhar, pra compartilhar com todo mundo. Não tem coisa melhor do que compartilhar com o Poder Público. Se a gente tem uma visão, e o posicionamento nosso é “Conviver e compartilhar”, porque traz pra nós uma visão de que convivendo e compartilhando, a gente transforma a sociedade em uma sociedade mais justa e fraterna. Quando a gente se coloca essa visão, a gente se coloca a missão de ser um hospital que compartilha o seu conhecimento, que vá querer que o maior número de pessoas dessa sociedade brasileira, ela seja bem atendida. Então, todo dia a gente quer que o SUS atenda cada vez melhor as pessoas. (ENTREVISTADO 5)

Desta forma, o gestor cita como as intenções da organização se tornam compartilhadas, a ponto de se tornarem normas, valores e padrões de comportamento (MINTZBERG, 2006). Da mesma maneira, o Entrevistado 4 complementa citando como a integração dos funcionários do HSL com o trabalho social realizado contribui para isso:

Ainda tem muita oportunidade de maior integração, mas isso é uma premissa da Instituição. Que os hospitais, os equipamentos que são administrados pelo Instituto tenham cada vez mais as práticas do Sírio-Libanês. Então, não só na comunicação, mas em todas as demais áreas. Compras, Administrativo, Jurídico. A gente está sempre junto e misturado, se ajudando para levar as boas práticas pra lá também. (ENTREVISTADO 4)

Nota-se que, para os entrevistados, a estratégia da organização não seria apenas uma noção de como lidar com concorrentes em um mercado, mas sim questões mais fundamentais sobre a instituição como instrumento para percepção e ação coletiva (MINTZBERG, 2006).

Outra definição de Mintzberg (2006) é estratégia como pretexto. De acordo com o autor, a estratégia em si seria uma manobra para alguma barganha. Nota-se que os entrevistados não citam que a estratégia da organização (centrada no propósito do compromisso social) possa ser considerada um pretexto ou uma manobra. Entretanto, pondera-se que o compromisso social é citado como um diferencial competitivo da instituição; ou seja, uma característica com viés de superação de concorrentes em um ambiente competitivo. Nesse sentido, autores como Porter

estudam tópicos dos pretextos das organizações em situações competitivas: como um pretexto, a estratégia localiza-se na esfera da competição, onde se busca estabelecer vantagem.

A vantagem em adotar a filantropia como modelo de negócio e como posicionamento não representa vantagem financeira para a instituição, visto que, segundo os entrevistados e de acordo com a Portaria Nº 3.362, todo o valor advindo da isenção das contribuições sociais usufruídas deve ser despendido na sua totalidade no conjunto de projetos de apoio e de prestação de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares ao SUS. Entretanto, existem ganhos intangíveis para a organização: a possibilidade de realizar a contrapartida à isenção fiscal desenvolvendo projetos de apoio ao SUS e não através do atendimento direto de pacientes em suas instalações proporciona a manutenção do *status* de hospital *premium* em que opera, retroalimentando a aquisição de clientes que buscam atendimento à saúde privado e exclusivo; ainda, o modelo em que a instituição opera permite a adoção do compromisso social como posicionamento de mercado, agregando “valor” à marca HSL através de associações sobre responsabilidade social. Nesse sentido, a vantagem da organização está justamente em “usufruir” da filantropia como discurso, sem necessariamente sofrer o “ônus” que o atendimento de pacientes SUS teoricamente acarretaria para o seu cliente privado.

## 9.5 PAPEL DA COMUNICAÇÃO NA MANUTENÇÃO DO MODELO

O modelo de atuação do HSL não é um modelo comum: “eu nem sou filantrópico como a Santa Casa e eu não sou um privado com Nove de Julho ou um São Luís. Eu sou um meio que tenho alta tecnologia e tenho o meu cunho social” (ENTREVISTADO 2). Nesse sentido, a comunicação tem um papel importante na manutenção do modelo, visto que é necessário que os públicos consigam identificar e compreender a forma como a organização atua.

Para que o modelo seja sustentável, a organização deve buscar uma posição estratégica que seja compatível, de forma que não exista inconsistência em imagem ou reputação. Porter (1996) afirma que a inconsistência acontece quando uma organização que é tida por distribuir um tipo de valor perde credibilidade por confundir o público ou enfraquecer sua reputação apresentando outro tipo de valor.

Sob essa perspectiva, o Entrevistado 4 comenta que o momento em que o hospital se encontra necessita atenção:

Eu acho que a gente ainda vive um momento ainda... a palavra que eu vou usar é meio forte, mas, enfim, um pouco esquizofrênico, assim... dentro da Instituição. A gente tem um trabalho social, um trabalho filantrópico muito forte, muito forte. Só que a

gente é visto no mercado como um hospital de elite. E a gente é visto no mercado como um hospital de elite, do ponto de vista negativo. Elitista, hospital de rico, hospital de político, “isso aqui não é pra mim”. Quando, na verdade, a gente tem um trabalho muito importante, muito consciente de promoção de saúde para o país inteiro. Então, eu acho que a gente vive essa esquizofrenia no sentido de que a gente não pode deixar de atrelar a nossa marca ao nível alto da sociedade, mas a gente também não pode deixar de falar do apoio à população em geral que a gente faz. (ENTREVISTADO 4)

O Entrevistado 3 afirma que a reputação do HSL sofre as consequências de lidar com dois valores dicotômicos – o atendimento privado *premium* e a filantropia, sendo reconhecido como uma marca “antipática”.

O Sírio era muito percebido, isso começa a mudar. A gente tinha pesquisas e sabia que o Sírio era percebido, mas como uma Instituição excelente em qualidade, mas pra poucos. Então era Instituição de ricos, famosos e aquela sensação “O Sírio não é pra mim”. Não! O Sírio é pra você, o Sírio é pra todo mundo! Precisava mudar essa percepção. As pessoas falavam também, tinham uma percepção, que o Sírio não era uma marca simpática. Mas por que ela não era simpática? Quando você fala que ela é pra ricos, para famosos, ela fica um pouco antipática. Então, nosso grande objetivo era mudar essa percepção, mostrar e contar quem era o Sírio-Libanês. Algo que Sírio não fazia há muitos anos, contar quem ele era. Então, esse era o objetivo principal. E, depois, isso se desdobrava em algumas frentes de negócio, que a gente entendia que são negócios que trariam rentabilidade. Porque, pra máquina rodar, e eu fazer filantropia, eu preciso que entre volume, que entre receita. (ENTREVISTADO 3)

A coerência para legitimar o modelo de operação da organização deve partir da consistência do que realmente é realizado pelo HSL. O Entrevistado 5 afirma que, no que contempla a atuação do hospital,

Tudo que a gente faz hoje, de maneira legítima, a gente visualiza que a gente está buscando fazer mais por mais pessoas. Seja na própria medicina privada, que é cara, óbvio que é cara, é para poucos. É para uma camada específica da saúde suplementar e é para poucos pacientes particulares. Mesmo essa medicina cara, ela tem o objetivo de trazer, gerar recursos para que mais filantropia seja feita. Quanto mais eu crescer, quanto maior for o meu faturamento, maior é a minha folha de pagamento, portanto, eu tenho maior compromisso de isenção fiscal, que é o que eu sou isento que é para eu praticar a parte de devolução dessa isenção fiscal como filantropia. (ENTREVISTADO 5)

O Entrevistado 4 complementa:

Quanto mais gente rica vem pra cá, quanto mais político vem pra cá, mais isenção eu tenho e mais recursos para a filantropia eu tenho. Então, o que a gente precisa trabalhar é dar uma cara mais positiva pra isso. Eu tô direcionando da melhor maneira os recursos que... eu tô fazendo o papel do Estado. A gente não vai lá e paga o imposto. A gente pega esse dinheiro e direciona para projeto. E garante que o projeto está em pé, e garante que ele é feito com a maior seriedade, com os melhores recursos. Então, a gente consegue retribuir para a sociedade aquilo que a gente recebe tão bem. Então, a gente olha para todos os nossos processos internos. A gente quer cada vez mais crescer, trazer paciente rico pra cá. Porque isso vai gerar uma isenção fiscal bacana e nós vamos pegar esses valores e vamos devolver para o SUS de uma maneira estruturada e deixando um bom legado para a saúde brasileira. (ENTREVISTADO 4)

Dessa forma, a comunicação passa por todos os públicos de contato da organização. Sobre o público interno, o Entrevistado 2 afirma:

Quando se perguntava quantas pessoas entendiam o que é filantropia, as pessoas associavam eu atendendo pacientes com câncer de mama. E não eu dando outra maneira de transformar. Então, o jeito que nós passamos a divulgar isso, estruturou isso, eu posso mostrar algumas coisas para vocês. Eu tenho uma *News*, que é como eu

divulgo meus projetos internamente fora, como eu envolvo meus funcionários nas atividades, como eu divulgo as atividades, isso ajudou muito a mudar a marca [...] Isso tem que estar muito claro para quem trabalha aqui, para quem trabalha em toda a estrutura do hospital. (ENTREVISTADO 2)

O Entrevistado 2 cita algumas formas de materializar, para os funcionários da organização, o modelo de atuação, trazendo o exemplo de uma mensagem de uma pessoa (externa à organização) impactada por um projeto que foi divulgado para os funcionários por meio de comunicação interna:

Nós recebemos, recentemente, uma carta de uma enfermeira, de uma auxiliar de enfermagem, no interior do interior de Minas Gerais. [...] E a gente divulgou para instituição inteira porque eu falo muito: a pessoa que está no pronto-atendimento e atende um paciente, ela precisa entender que o trabalho dela gera algum recurso para alguém. Então, o trabalho que ela faz ali de atender bem o paciente, de entregar o exame correto, de fazer tudo correto gera um projeto no Acre, gera um projeto Roraima. (ENTREVISTADO 2)

Dessa forma, a organização é capaz de despertar nos seus funcionários o sentimento de contribuição para com a sociedade: “você pensa que, efetivamente, você, como funcionário, está fazendo algo que vai mudar a sociedade, não vai mudar só essas pessoas, que pode realmente contribuir com o melhor. Isso é muito legal” (ENTREVISTADO 3).

Sobre o público externo, o Entrevistado 3 cita que a organização comunicava pouco o aspecto do compromisso social: “A gente comunicava muito pouco, né? Muito pouco. E isso era um dos trabalhos que veio forte e que a gente falou ‘gente, a gente não conta para a sociedade o que a gente faz? Como a gente quer que as pessoas saibam?’” (ENTREVISTADO 3). De forma complementar, o Entrevistado 4 comenta:

E tem uma parte que eu acho que a gente trabalha pouco, mas que precisa olhar, que é a população de uma forma geral. Que não é o paciente que vai vir aqui no Sírio-Libanês, mas é um cara que vai usufruir de um SUS mais bem estruturado. Porque, cada vez mais, as pessoas que vão poder pagar Sírio-Libanês são muito restritas. Mas a gente quer levar o nosso conhecimento, o nosso *know-how*, a nossa qualidade pra mais gente. E a gente precisa contar essa história para as pessoas e a gente conta pouco. Então, eu acho que, pra população e pra sociedade, a gente precisa dizer. Nós somos um hospital elitizado, mas a gente contribui pra todo mundo desse jeito. Isso eu acho que a gente precisa enfatizar mais. (ENTREVISTADO 4)

Entretanto, o Entrevistado 2 comenta a existência de desafios em comunicar para o público a atuação filantrópica por meio de projetos de apoio ao SUS, em contraponto à atuação por meio de atendimento de pacientes advindos do SUS:

Só que como a sociedade entende um hospital? Entende que um hospital como o Sírio deveria atender pacientes. E eu tenho que mudar isso. Como faço a sociedade entender que a entrega que eu faço hoje é melhorar o Sistema Único de Saúde para que isso seja sustentável para todo o sistema e virar, quem sabe um dia, um sistema inglês de saúde. É difícil isso, porque as pessoas materializam muito. (ENTREVISTADO 2)

O gestor ainda traz o conceito de SROI – Retorno de Investimento Social, uma forma de materializar os esforços da organização na melhoria do SUS, para que o público em geral consiga absorver a execução do compromisso social que não a atenção a pacientes propriamente dita.

Tem que ser claro para as pessoas que meu papel não é atender os doentes aqui. Meu papel é melhorar o trabalhador do SUS, para ele melhorar a vida do paciente. Muito difícil fazer isso. É um exercício diário, como eu divulgo isso, como eu levo valor para sociedade, como a sociedade entende que eu estou desenvolvendo um projeto que eu tenho 119 hospitais, esses 119 hospitais trabalham com uma melhoria de processos nas suas UTI's e isso vai salvar pessoas eu tenho que fazer uma coisa. Primeiro, eu tenho que enxergar o outro como um investidor social; segundo, que eu preciso trabalhar o SROI Retorno de Investimento Social. Então, eu tenho que transformar isso em *saves* em vidas, porque eu, eu preciso, cada vez mais, deixar isso mais numérico, materializar mais resultados, e é isso que a gente tem que trabalhar. Então, eu tenho 119 hospitais que trabalharam em UTI e fizeram uma melhoria, eu preciso, de alguma maneira, criar cálculos que façam sentido e transformar isso em quantas vidas eu salvei. (ENTREVISTADO 2)

Para tal, o Entrevistado 2 salienta o fato de ser necessário traduzir – principalmente de forma numérica – os resultados da atuação social da organização:

Eu preciso que ela entenda que o meu trabalho, eu preciso tocar a pessoa, ela precisa se sentir parte daquilo. E é difícil se eu falar genericamente. Eu tenho que dizer o Sírio operou 40 pacientes em transplantes e treinou 200 pessoas em tal coisa. Eu preciso sempre trazer uma meta, e, obviamente, toda meta é numérica para isso. E esse é o grande desafio de você conseguir trabalhar, entendendo que as pessoas são investidoras sociais, elas não querem mais, simplesmente, dar o dinheiro delas. (ENTREVISTADO 2)

O Entrevistado 2 afirma a importância da Comunicação na manutenção do modelo de atuação do hospital:

Se eu não conseguir comunicar de uma maneira clara para a população, é só com técnica que eu vou conseguir fazer isso. Não com amadorismo. Por isso, eu tenho todo um time de comunicação forte, eu tenho um recurso, um *headaccount* dedicado para comunicação interna, eu tenho todo um aporte de assessoria de imprensa dedicado para mapear tudo que está sendo falado sobre responsabilidade social e, então, eu tenho todo um desenho como eu vou fazer um *storytelling*, como eu vou fazer para trazer um personagem real para o meu projeto, como eu vou fazer para dar vida, materializar. Às vezes, eu falo materializar, empacotar o resultado do meu trabalho. Então, a área de comunicação é muito importante porque ela ajuda no mapeamento do meu *stakeholder*. (ENTREVISTADO 2)

Para o Entrevistado 5, no que tange à comunicação com os públicos, é necessário que o compromisso social esteja no centro da estratégia e, conseqüentemente, das mensagens transmitidas:

Eu penso hoje que, qualquer que seja a mensagem, ao final, a mensagem que a gente tem que passar é essa mensagem do compromisso social, porque ele legitima tudo isso que eu falei. Se as instalações são confortáveis ou se a hotelaria é boa, é porque a gente quer prestar o melhor serviço, o melhor conforto, ter aí a sua remuneração justa, adequada por isso, para fazer mais filantropia. Se eu sou mais eficiente, etc., é porque eu quero vender mais para a operadora de saúde, para que ela possa comprar mais de mim, para que eu possa crescer, para eu fazer mais compromisso social. No fundo, são mensagens diversas, a princípio, com os seus interesses comerciais e mercadológicos, sim. Mas, ao final, todas legitimadas por esse posicionamento do compromisso social. (ENTREVISTADO 5)

O Entrevistado 3 vai ao encontro da opinião, afirmando que “a mensagem, ela precisa ser única, por que o Sírio se propõe a isso!? Ela tem que ser coerente com o que a Instituição efetivamente se propõe. Essa é a nossa maior preocupação, ser coerente, passar verdade” (ENTREVISTADO 3).

Para os entrevistados, um dos papéis fundamentais da área de comunicação do hospital é justamente traduzir e promover unicidade dos discursos:

Todo esse plano de comunicação é muito importante para dar respostas à população e ao meu *stakeholder*, seja ele meu acionista, que é um doador, um benemérito do hospital, seja ele um paciente, seja ele a própria sociedade, seja o Poder Público. Então, eu preciso, cada vez mais, conseguir comunicar com esses públicos, mas encaixando os temas no momento certo e traduzindo - eu acho que o papel da comunicação é traduzir isso. Quem ajuda a traduzir isso? Um médico não tem essa sensibilidade. Ele agora trata o paciente, fecha o coração, salvou a vida. Mas como a gente traz esse cuidado do que aquilo reflete na vida do indivíduo. Então, nós temos todo esse cuidado trabalhando com a equipe de comunicação e com a equipe de *marketing*. (ENTREVISTADO 2)

A gente tem que ser a área que alinha o discurso, que reforça os valores, que traz a coerência e que, principalmente, alerta quando alguma coisa está saindo da rota. Então, eu acho que, assim, não só dentro do Sírio, mas dentro de qualquer Instituição, essa coerência tem que ser buscada a qualquer custo, e a distância entre discurso e prática tem que a menor possível. (ENTREVISTADO 4)

O nosso papel é ser os guardiões da marca, é gerar volume, é aumentar o *market share* com rentabilidade, mantendo a qualidade de serviço. Então, a gente tem todo esse objetivo. E o que a gente precisa fazer para equilibrar? A gente, enquanto comunicação e centro de todo esse desenho de *marketing*, precisamos mostrar para as pessoas que, para que o Sírio possa compartilhar e fazer o bem para a sociedade, ele precisa que a sua Instituição gere receita. Uma coisa depende da outra. (ENTREVISTADO 3)

O Entrevistado 3 comenta a tentativa de unir os discursos para os públicos através de uma campanha realizada pela área de Marketing da organização:

Vou te contar a campanha que vai entrar agora de outubro rosa, porque acho que ela reflete bem a maneira que a gente quer trabalhar. A campanha de outubro rosa que a gente fez, a gente pensou “eu preciso fazer uma campanha que a gente fale com paciente Sírio-Libanês, público A, B, mulher, escolaridade de mestrado para cima, mas eu preciso falar também para o colaborador e para os hospitais do Instituto.” Então, a gente queria fazer algo que fosse uma causa única. Por que a gente não está falando que o Sírio-Libanês é uma coisa só? Então, precisaria fazer uma campanha só. Mas como é que eu faço uma mensagem que eu possa falar com todos esses públicos? Outubro rosa é um mês de prevenção, a gente sabe que câncer de mama, é diagnóstico precoce é o que salva. Como é que eu vou falar para as mulheres que estão lá nos hospitais públicos que elas têm que fazer mamografia todo ano? Que ela tem que fazer ultrassom de mama. Eu não posso falar isso. Ela vai falar “não, não vou ficar na fila”. Então, eu preciso ter esse cuidado. Como que eu vou falar para a colaboradora que está aqui dentro do hospital, que tem um programa aqui, que a gente tem um programa só para funcionários e que “você precisa participar desse programa”, “Você não precisa cuidar só do paciente”? E para a paciente Sírio Libanês, sim, ela pode falar que sim e tudo. E, aí, a gente começou a discutir e a gente falou “Poxa, mas, na verdade, o que todo mundo precisa é de conhecimento”, e compartilhar conhecimento é genuíno do Sírio. Então, se a gente compartilhar conhecimento com todos esses públicos, serve para todo mundo. Então, a gente construiu uma campanha que falava “Informação também é prevenção”. E, aí, a gente desdobrou, então, para todos esses públicos, e a gente vai falar de alimentação, porque tem estudos que mostram como a alimentação faz diferença. A gente vai falar de exercícios físicos, a gente vai dar dicas dos médicos. A gente vai falar da prevenção, de procurar um médico, também a gente vai falar disso. A gente tem um trabalho que a gente faz aqui, só na Bela Vista por enquanto, que tem uma consultora de beleza, da Oncologia. Então, ela ajuda as mulheres que estão em tratamento de quimioterapia, como é que você pode... que tipo de maquiagem você pode usar, quais as roupas que ficam melhor. Então, ela faz todo um trabalho de autoestima. A gente também vai gravar uma aula com ela, que também todo mundo pode, a mulher lá do Instituto também pode saber a maquiagem que ela pode usar, o que que ela não pode, como é que faz turbante. (ENTREVISTADO 3)

Ainda, outro papel fundamental da comunicação para a manutenção do modelo de atuação do HSL é a promoção da transparência e prestação de contas com a sociedade sobre os projetos realizados por meio do orçamento proveniente da isenção fiscal.

Todo mundo que se propõe a essa posição de compromisso social, de filantropia, precisa ser muito transparente na comunicação. Em geral, de maneira global, todas essas empresas precisam disso. [...] Ainda mais porque, vamos combinar que a gente não ocupa uma posição no ranking da corrupção das mais favoráveis, e aí, portanto, isso acaba levando ao ambiente de imprensa, jornalístico, etc., sempre mais crítico. E quando você está num processo de filantropia, fica mais crítico ainda. Então, é importante, o papel da comunicação é fundamental por dois motivos. Primeiro, pra você divulgar o que você de fato faz, segundo, pra você prestar contas daquilo que você faz, de maneira correta. (ENTREVISTADO 5)

O Entrevistado 2 comenta que, por conta de escândalos de corrupção envolvendo o poder público, o conceito de *compliance* é de grande importância para a organização atuar e manter sua atuação no modelo de Hospital Filantrópico sem agregar aspectos negativos à sua reputação:

Como se manter é o desafio deste século, por conta das Odebrecht da vida, por conta de todos os escândalos, eu acho que o que o Sírio tem feito ao longo é conceito do *compliance*, que é forte e que se tinha pouco. O quanto o *compliance* mais associado à responsabilidade social traz valor à marca. Por isso, nós perseguimos esse cuidado, do tipo, eu tenho funcionários aqui que trabalha para o PROADI, as pessoas que estão aqui, elas trabalham para o PROADI, elas não pregam um prego na parede que não seja para o PROADI. [...] Tudo que eu faço, eu tenho um processo de *compliance*, eu tenho que seguir uma regra de licitação pública. A 8666, por exemplo, que é de quem trabalha com serviço público, mas eu crio um processo que eu não posso fazer isso porque engessa, mas também eu não compro livremente. Se eu for comprar esse *mouse*, eu vou comprar esse *mouse* com 3 cotações, melhor preço, melhor qualidade, mesmo eu sendo uma instituição privada. (ENTREVISTADO 2)

Ainda, o gestor comenta que qualquer falha relacionada ao mau uso do recurso público – administrado pelo HSL por conta dos projetos do PROADI – não seria um erro tolerável e considerado como “parte do negócio”, e, sim, uma questão ética grave.

Um erro médico faz parte do negócio do hospital, tanto é que nós perseguimos a qualidade e sempre trabalhamos com a situação toda para melhorarmos nossa "parte". Uma falha de imagem que tenha a ver com mau uso de recurso público, o Sírio aplicou o dinheiro de maneira indevida, o Sírio contratou profissionais não qualificados e colocou dentro de um hospital público, que é o que a gente faz. Isso não é imperícia, não é um erro que faz parte do negócio, isso é corrupção. Isso não deve acontecer, é moral e ética. As primeiras perguntas, nós temos 4 perguntas e uma das perguntas é: Isso traz impacto na sociedade? Depois que isso trouxe impacto, como eu estou fazendo as minhas entregas? Eu estou fazendo isso com transparência? E como eu tô melhorando esse processo? Então tudo isso reforça minha marca. (ENTREVISTADO 2)

Desta forma, a organização persegue a excelência também no trabalho de apoio ao SUS realizado, contando com a participação de, por exemplo, médicos de reconhecimento nacional nos projetos:

Não é fácil, mas essa é a perseguição do hospital, efetividade nas entregas. Se eu estou fazendo aquilo certo, com melhor custo, com a melhor entrega, com a melhor qualidade. Ah, porque é pro SUS, eu vou fazer meia boca? Não vou, eu pego melhor colaborador e mando para lá. [...] Roberto Kalil, que é nosso principal cardiologista. Saiu na Folha de São Paulo, R\$ 1.700,00 uma consulta, e eu tenho projeto com ele aqui que se chama Coração Novo, onde ele desenvolve uma técnica quando o paciente

está na fila, esperando um coração, e ele desenvolveu um projeto, um projeto como uma estrutura internacional, que é de um coração artificial. Aí, você fala o seguinte: é muito legal, pois quando vem detrator da marca e fala assim, “o Kalil, eu vi na Folha, ele cobra R\$ 1.700,00 uma consulta”, sabia que o Kalil tem um projeto social e que não cobra R\$ 1,00? E o que ele faz é colocar coração artificial em pacientes que estão esperando na fila para um tratamento. Não tem argumento quando você fala um negócio desses. (ENTREVISTADO 2)

Outra forma de transparência realizada pela instituição é a própria exposição de indicadores e resultados financeiros de forma aberta e de livre acesso para a sociedade:

O Sírio expõe seus indicadores, o Sírio expõe seus indicadores de performance na internet no site do hospital. Tem que expor os dados financeiros, eles põem balanço patrimonial, tenho que expor os dados de quanto eu gastei. Eu preciso dizer que fiz um projeto *Lean* e que eu gastei R\$ 15.000,00 por hospital para fazer isso. E não gastei 30 milhões. Eu tenho que ter orgulho de dizer isso. Acho que é uma das coisas que mantem a imagem do Sírio, reforça a imagem do Sírio. (ENTREVISTADO 2)

Ainda, o Entrevistado 2 cita o desejo de “fazer uma publicação em uma revista de grande circulação dizendo o Sírio fez isso, e o Sírio gastou isso para fazer isso” (ENTREVISTADO 2), de forma a prestar contas para a sociedade, como instituição filantrópica.

Este capítulo buscou analisar os dados de acordo com os principais pontos identificados na pesquisa, considerando a importância do posicionamento da marca e os desafios da comunicação com seus públicos. Identificou-se que a organização estudada executa sua estratégia de marca através de um planejamento estruturado, elaborado através de uma imersão realizada no seu histórico e contexto. Desta forma, o posicionamento recentemente adotado - e para o qual o HSL direciona seus esforços de comunicação - é centrado no seu valor norteador – o compromisso social – e traduzido através do *slogan* “Conviver e Compartilhar”.

A organização articula seus esforços de comunicação direcionando diferentes mensagens aos diferentes públicos que tem contato com a marca, porém, busca que a mensagem de compromisso com a sociedade permeie todas essas mensagens.

Haja vista que a instituição, perto de completar 100 anos de existência, conserva a credibilidade, nota-se que a filantropia é um valor legítimo a ser transposto para a identidade central da marca. De forma adjacente, a excelência, o calor humano e a ciência são aspectos listados como parte da identidade expandida.

A comunicação tem papel fundamental na manutenção do modelo em que o HSL opera, e, para os entrevistados, abrange diferentes desafios. As percepções acerca da gestão e da estratégia adotada pela organização são utilizadas para orientar a resposta aos objetivos listados por este estudo, bem como suas considerações finais, apresentadas no capítulo a seguir.

## 10 CONCLUSÃO

Este trabalho se propôs a compreender como o Hospital Sírio-Libanês imprime, de forma concomitante, seu posicionamento de marca de hospital *premium* – de atenção privada à saúde – e de Hospital Filantrópico, que executa ações de apoio ao SUS. Para tal, desmembram-se como objetivos específicos: identificar as características definidas pelos gestores para a marca da instituição; entender como a organização comunica os aspectos conflitantes relacionados ao atendimento *premium* e o atendimento ao SUS; sistematizar os públicos com que o hospital deseja comunicar-se, e qual a mensagem que se objetiva transmitir a cada um deles; compreender quais definições de estratégia podem ser empregadas na análise da estratégia de marca da instituição, de acordo com a teoria de Mintzberg; entender qual o papel da comunicação na manutenção do modelo que o HSL opera.

No que tange às características definidas pelos gestores para a marca HSL, o discurso dos entrevistados mostra-se alinhado sobre o propósito da organização: o compromisso social. De forma repetida, citam o histórico da instituição como pilar fundamental utilizado como embasamento no trabalho de reposicionamento realizado há cerca de 2 anos, com auxílio de consultorias externas. Os entrevistados trazem que, na época, o projeto revisitou as questões basilares para a fundação da organização: o desejo de mulheres da comunidade síria em retribuir para a sociedade brasileira a acolhida que receberam. Assim, de acordo com o posicionamento definido na ocasião, a contribuição para a melhoria da sociedade seria o valor central e legítimo do HSL, visto a intenção de seus fundadores.

O posicionamento foi traduzido através do *slogan* “Conviver e Compartilhar”, que, de acordo com os entrevistados, evoca a colaboração e o compartilhamento do conhecimento e excelência da instituição com a sociedade como essência da marca. Para Aaker (1996), o compromisso social (parte essencial do *slogan* “Conviver e Compartilhar”) pode ser considerado a identidade nuclear da organização. Para o autor, a identidade nuclear caracteriza “a alma” da marca, suas crenças e valores fundamentais.

Os entrevistados citam que a marca HSL foi construída e cuidada ao longo do tempo – quase 100 anos – baseada nos propósitos de suas fundadoras. Ou seja, o compromisso social seria, de fato, a principal característica atribuída atualmente por seus gestores

Além da identidade nuclear, os gestores apontam os aspectos que compõe a identidade expandida (AAKER, 1996) da marca. As características citadas foram a excelência, a ciência e o calor humano. A primeira, já é uma característica estabelecida como imagem da instituição; ou seja, prontamente identificada pelo público. Entretanto, apesar de uma imagem estabelecida,

a organização é descrita como incansável na melhoria de seus processos e obsessiva em tudo aquilo que pode melhorar. A segunda é citada via o Instituto de Pesquisa mantido pelo Hospital. Nesse departamento, de acordo com os entrevistados, os funcionários desenvolvem pesquisas que dificilmente seriam financiadas pela indústria farmacêutica e, assim, buscam a próxima fronteira da ciência. Ainda, a ciência é um ativo prontamente citado como algo a ser compartilhado com a sociedade – visto o posicionamento da organização, “Conviver e Compartilhar”. Por último, o calor humano é considerado uma característica relevante para a marca da instituição. De acordo com os entrevistados, o “cuidar” é um valor que transcende o “atendimento ao cliente”; é um valor sentido pelos próprios funcionários no desenvolvimento de suas atividades. Os gestores citam, além do sentimento intangível em si, o programa de Cuidados Paliativos desenvolvido pelo hospital, como forma de materializar esse valor.

Assim, de acordo com os entrevistados, as características atribuídas à marca pela própria Instituição – sua identidade – podem ser descritas através do compromisso social, sendo este a identidade nuclear, e a excelência, o calor humano e a ciência, sendo estes a identidade expandida da marca.

Sobre os públicos, os gestores citam os pacientes/clientes, as empresas e operadoras de saúde, o Governo, o público interno e a sociedade em geral. De acordo com os entrevistados, os públicos são mapeados e as diferentes mensagens fazem parte do planejamento de comunicação da instituição.

Para os pacientes/clientes, são citados aspectos classificados por este trabalho como parte da identidade expandida da organização: a excelência (atrelada ao aparato tecnológico, à estrutura e ao serviço de hotelaria do hospital) e o calor humano. Já a mensagem direcionada às empresas e operadoras de saúde perpassa a eficiência do cuidado e o seu “custo efetivo”.

Os entrevistados indicam duas mensagens distintas para o público interno, sendo uma direcionada ao corpo clínico e outra, aos funcionários em geral. Para o corpo clínico, a instituição almeja reforçar o pilar da ciência – identificado como o terceiro aspecto da identidade expandida. Quanto aos outros funcionários, os entrevistados citam que a intenção do HSL é engajá-los através de mensagens sobre o calor humano, a excelência e o compromisso social, todos componentes da identidade da marca. Para o Governo, a organização visa a transmitir sua seriedade e ética, materializada por sua área de *compliance* estruturada.

Apesar das mensagens priorizarem aspectos diferentes para públicos diferentes, os entrevistados frisam que, para a sociedade em geral – e para todos os públicos listados –, o principal objetivo de comunicação é reiterar o pilar definido como propósito da instituição: o compromisso social.

Dado o modelo de atuação da organização, que mescla atendimento em saúde privado *premium* e filantropia, comunicar os aspectos envolvidos no negócio é categorizado como desafiador pelos entrevistados. Os gestores comentam que a reputação do HSL é de um hospital de referência, porém de elite, para apenas uma parcela muito pequena da população, vinculado ao atendimento de políticos e pessoas públicas – o que não resulta em uma imagem de todo positiva.

Entretanto, para se buscar o objetivo da instituição – ser reconhecida pelo valor do compromisso social –, ainda é preciso encontrar uma forma de se colocar a contribuição social em um patamar mais próximo dos outros aspectos da marca, no que tange à comunicação. Os entrevistados notam que, apesar da filantropia ser o centro do atual posicionamento do HSL, poucas pessoas de fato conhecem os projetos de apoio ao SUS e de responsabilidade social realizados pela instituição, incluindo o próprio público interno.

Desta forma, a organização implementou uma série de iniciativas para comunicar e informar os seus funcionários sobre os projetos realizados. Ainda, modificou a estrutura com que articula as atividades relacionadas à filantropia: ao invés de contratar consultores externos para desenvolver os projetos, passou a valer-se dos seus próprios funcionários para tal. Além da execução dos projetos em si, foi estabelecida uma estrutura matricial para que os funcionários desempenhassem suas funções tanto para o HSL quanto para os projetos do Proadi. Assim, além de reiterar o compromisso social como parte do negócio para os funcionários, nota-se que, quando um funcionário do HSL realiza um projeto externo, por exemplo, acaba por divulgar a marca da instituição associada à filantropia.

Os gestores notam que parte do público externo não consegue identificar o papel filantrópico de um hospital que não no atendimento direto aos pacientes do SUS; entretanto, o modelo de contrapartida, através do desenvolvimento de projetos de apoio e melhoria do SUS, é mais sustentável e benéfico para o Sistema como um todo.

Assim, para comunicar os aspectos dicotômicos da marca a esse público, a maior dificuldade citada é tangibilizar a importância dos projetos e seus resultados. Para tal, a instituição faz uso, principalmente, de Assessoria de Imprensa, de forma que os veículos de comunicação acabam por divulgar as iniciativas e resultados de forma “espontânea” (que não mídia paga). Os entrevistados citam que comunicar os projetos através da imprensa agrega legitimidade à mensagem.

Entretanto, cabe salientar que os gestores citam que a comunicação sobre os projetos é feita de forma especialmente cuidadosa, visto que o valor investido no seu desenvolvimento é proveniente de isenção fiscal; ou seja, existe a preocupação de que a organização “não se vanglorie” do resultado do investimento que, de fato, é do Governo.

Sobre a estratégia de marca da organização, é possível identificar a existência e inter-relação entre mais de uma das definições de estratégia trazidas por Mintzberg (2006).

A estratégia como plano é percebida, visto a existência de um mapeamento estratégico e uma definição da marca e de como o HSL deseja ser percebido, desenvolvido com o apoio de consultorias externas para diagnóstico, proposição e implementação. O posicionamento da marca – “Conviver e Compartilhar” – foi definido na ocasião e, a partir de então, foi desdobrado em uma revisão da arquitetura da marca do logo da instituição.

A estratégia como padrão é identificada ao passo que, de acordo com os entrevistados, o compromisso social como posicionamento foi definido a partir do próprio histórico (e padrão de comportamento) da instituição. Os gestores comentam que a criação do hospital teve, como propósito, a intenção de senhoras sírio-libanesas em devolver para a sociedade o acolhimento que receberam do país, através da mecânica de “cuidar dos ricos e devolver aos pobres”.

Outra definição do autor é de estratégia como posição, em que uma instituição se localiza em um determinado ambiente. Para os entrevistados, o posicionamento do HSL é diferente de outras organizações de saúde, e o compromisso social seria um diferencial competitivo, considerando o movimento do público buscar relacionar-se com organizações que agreguem causa e propósito às suas marcas.

Dentre as definições de estratégia de Mintzberg (2006), acredita-se que a mais significativa, para o caso estudado neste trabalho, é a de estratégia como perspectiva, que propõe que a instituição define a ótica pela qual enxerga o mundo. Nesse sentido, os entrevistados citam que o posicionamento da marca HSL prevê que a organização pretende – e direciona seu olhar para – contribuir com a sociedade. O compromisso social não seria apenas um posicionamento, mas sim uma questão basilar sobre a instituição como executora de um projeto de construção de uma sociedade melhor, fundamentalmente através do desenvolvimento da Saúde Pública pelo apoio ao SUS.

Nesse contexto, para executar o seu propósito de contribuir com a sociedade, o HSL necessita que exista a manutenção do seu modelo de atuação. A comunicação se torna especialmente importante, visto as questões conflitantes envolvidas no modelo. Os entrevistados comentam a dificuldade de desvincular a imagem de hospital de elite, mas que, atualmente, o grande objetivo da instituição é mudar essa percepção e contar “quem é o Sírio-Libanês”.

Para tal, os gestores notam a legitimidade do objetivo das ações realizadas pela organização, a fim de alimentar o ciclo “*mais pacientes no atendimento privado → mais recursos gerados → maior montante advindo de isenção fiscal → mais projetos de filantropia desenvolvidos*”.

Para que esse processo se retroalimente, os entrevistados salientam a importância de a comunicação transmitir as mensagens definidas pela estratégia da instituição. O público interno é constantemente impactado por informações sobre os projetos realizados, além de envolvido em atividades relativas à filantropia, de forma que o funcionário sinta que efetivamente está, de alguma forma, contribuindo para a sociedade.

De acordo com os entrevistados, a comunicação com o público externo era deficiente no que dizia respeito ao compromisso social da organização. Os gestores comentaram que esse tipo de mensagem deve ser enfatizada, para que a sociedade em geral entenda que o trabalho realizado por meio de projetos de apoio ao SUS é mais sustentável do que o atendimento a pacientes, por exemplo. Ainda, ressaltam a importância de constantemente traduzir os resultados das iniciativas de forma numérica, calculando o que chamam de “Retorno de Investimento Social”.

Nesse sentido, a organização valoriza a existência de uma equipe de Marketing e Comunicação profissional. Sobre a área de Comunicação do hospital, nota-se que um dos seus papéis fundamentais seria promover a unicidade dos discursos da organização, de maneira que o propósito do compromisso social seja uma mensagem única, coerente e verdadeira.

Os entrevistados também enfatizam que a sustentabilidade do modelo de atuação da organização perpassa também por comunicar de forma transparente suas entregas, principalmente no que tange à filantropia. De acordo com os gestores, visto o cenário em que o HSL está inserido, é fundamental que o *compliance* seja “uma obsessão” da organização, prezando pela busca por seu propósito de forma moral e ética.

Por fim, observa-se que o HSL busca articular o seu posicionamento de marca de forma intencional e planejada, com estratégias definidas para comunicar o propósito do compromisso social como centro da sua estratégia. A organização busca legitimar, através do seu modelo de atuação, a intenção basilar de suas fundadoras, que, há quase 100 anos, criaram uma Sociedade Beneficente com o intuito de retornar à sociedade a acolhida que receberam ao imigrar para o Brasil. Ou seja, o entendimento da instituição é que a sua atuação junto ao sistema privado de atenção à saúde seria um meio para se chegar ao fim de contribuir para a melhora da sociedade, que só é possível através dos recursos gerados pela isenção fiscal proporcional ao resultado financeiro da sua atuação na esfera privada.

Entretanto, cabe destacar que os gestores entendem que, apesar de o posicionamento da marca ser legítimo e alinhado com seus valores há muito tempo, ele foi, de fato, formalizado e definido como estratégia recentemente. Assim, reconhece-se a existência de um caminho a ser percorrido para que os públicos (tanto funcionários como a sociedade em um geral) entendam e reconheçam a organização pelo seu compromisso social e contribuição para com a sociedade.

Esse caminho abrange três questões fundamentais a serem perseguidas pela comunicação. A primeira é a superação da imagem existente de hospital de elite e “para políticos”, e sua substituição pelos elementos definidos da sua identidade nuclear (compromisso social) e expandida (excelência, calor humano e ciência).

A segunda é promover o conhecimento e conscientização do público sobre o impacto positivo no SUS gerado pelos projetos realizados – principalmente, considerando-se a sustentabilidade e escalabilidade dos resultados, quando comparado à contrapartida por meio de atendimento a pacientes da rede pública. Nesse sentido, cabe citar que, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a melhoria na eficiência do SUS seria capaz de poupar um montante significativo de recursos que, por mais que não fossem capazes de suprir o *gap* de subfinanciamento da saúde, seriam importantes para a manutenção e o fortalecimento do sistema (OPAS, 2018). Ainda, o Relatório da OPAS (2018) sinaliza a urgência no aprimoramento da gestão dos recursos públicos destinados à saúde, exemplificando o caso da estimativa de desperdício no sistema universal italiano, o *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN): a cada quatro euros investidos, um é perdido por questões como uso desnecessário de serviços, fraudes, compras a preços excessivos, subutilização de serviços, etc.

Dado que grande parte dos projetos de apoio ao SUS realizados pela organização tem como objetivo aprimorar os processos internos das instituições públicas de atenção à saúde (como no caso do projeto “*Lean nas Emergências*”, citado pelos entrevistados), percebe-se a relevância da contribuição do HSL ao SUS. Cabe à organização, nesse contexto, transmitir a mensagem de que desenvolver projetos de aprimoramento do SUS através do seu *know-how* de processos, gestão e excelência é mais vantajoso e gera um impacto positivo maior do que atendendo pacientes da rede pública.

A terceira e última questão é comunicar e prestar contas, para a sociedade, dos resultados dos projetos desenvolvidos, de forma a agregar à reputação e à imagem do HSL o compromisso social, com o cuidado necessário para que a organização não o faça de forma ostensiva, mas consiga deixar claro a função da organização como executora, visto o investimento nos projetos serem provenientes de isenção fiscal. Ao deixar de arrecadar parte dos impostos, o Estado age como se estivesse fazendo um pagamento, e este gasto tributário se converte em um investimento público que utiliza o HSL como instrumento para qualificar o SUS.

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se o que foi analisado através da investigação realizada, faz-se pertinente algumas considerações. Apesar de alinhado ao objetivo de se investigar a gestão da marca e de sua identidade, o fato de a unidade de estudo ter sido formada apenas por gestores da marca – funcionários do alto escalão da organização – acaba por trazer um ponto de vista congruente e que parte dos interesses da própria instituição. Ou seja, percebe-se que os resultados obtidos poderiam ser contrapostos a diferentes óticas – como a de funcionários de mais baixa hierarquia, de clientes ou da sociedade em geral – para que o debate sobre a comunicação de Hospitais de Excelência, que atuam no modelo de Filantropia, fosse aprofundado. Sugere-se que a discussão seja continuada e enriquecida em estudos futuros que possam abranger outras facetas deste contexto complexo em que estão inseridas as Organizações de Saúde.

Ainda, cabe a reflexão sobre a vantagem subjetiva do modelo em que a organização opera. O desenvolvimento de projetos de apoio ao SUS pelo PROADI é, de acordo com os gestores, uma forma verdadeiramente sustentável de escalar e otimizar os recursos provenientes da isenção tributária. Entretanto, o formato agrega competitividade ao hospital frente ao mercado e aos seus concorrentes, ao passo que o desobriga de realizar atendimentos a pacientes SUS em suas instalações físicas – favorecendo a percepção de estabelecimento de atendimento à saúde *premium* e exclusivo. Essa vantagem proporciona, de forma indireta, a manutenção de questões como percepção e satisfação dos clientes, e conseqüentemente aumento dos ganhos financeiros. Além disso, o compromisso social – definido como posicionamento – agrega valor intangível à marca, visto a valorização por parte da sociedade de empresas que prezam por valores sociais. Ou seja, a filantropia como modelo de negócio, apoiando a responsabilidade social como posicionamento, provavelmente resulta em vantagens mercadológicas.

Outro ponto relevante é a discussão sobre o modelo de Entidade Beneficente de Assistência Social em que se encontram os Hospitais de Excelência. As instituições enquadradas nessa categoria compõem um grupo seletivo, que opera de acordo com uma Portaria que regula uma exceção à contrapartida de 60% de atendimento a pacientes SUS visto a isenção tributária. Conforme citado, infere-se que a compensação através do desenvolvimento de Projetos de apoio ao SUS agrega vantagens mercadológicas indiretas às organizações. Nesse sentido, questiona-se uma potencial revisão no formato em que são concedidos os subsídios governamentais, de forma a favorecer a população e direcionar o SUS para o caminho da universalidade de acesso, equidade e integralidade da assistência.

Também se salienta o fato de que, enquanto da elaboração deste trabalho, o país encontra-se em meio a discussões sobre uma reforma da Previdência. Diante de uma provável futura reforma, as isenções de contribuições à Previdência concedidas a entidades filantrópicas é uma das pautas debatidas. Os deputados a favor do fim das desonerações afirmam que, só em 2017, as isenções previdenciárias concedidas às instituições filantrópicas somariam R\$ 12,45 bilhões à Previdência Social. No ano de 2017, de acordo com o Relatório Anual de Sustentabilidade do HSL, o valor aportado em Projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde foi de R\$ 163.327.700,12 (21,5% da Distribuição do valor adicionado de 2017 do Hospital).

Desta forma, pondera-se o viés do posicionamento adotado pela organização ter como finalidade, de fato, o ganho financeiro – mesmo que indireto, apesar do discurso trazido pelos gestores. O formato de contrapartida, empregado apenas pelo grupo de hospitais considerados de Excelência, pode ser interpretado como um desequilíbrio para a competitividade com demais prestadores de serviços de saúde, dado os valores aportados por planos privados de saúde (que sustentam a operação do hospital) *versus* a desoneração fiscal.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Celia. **O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar**. IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, p. 1-80, nov. 1, 1998. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0599.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0599.pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2017.

AAKER, David A. **Construindo marcas fortes**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

\_\_\_\_\_. **Criando e Administrando Marcas de Sucesso**. São Paulo: Futura, 1996.

\_\_\_\_\_; KUMAR, V.; DAY, George S. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 2001.

ABRAMGE. **Cenário Saúde**. São Paulo: maio 2017. Disponível em: <[https://www.abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario\\_da\\_saude\\_ed8.pdf](https://www.abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario_da_saude_ed8.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2017.

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos**. Rio de Janeiro: 2017. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Caderno\\_informacao\\_saude\\_suplementar/caderno\\_informacao\\_junho\\_2017.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_informacao_junho_2017.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Evolução e Desafios da Regulação do Setor**. Rio de Janeiro: 2003.

\_\_\_\_\_. **Legislações**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=indice&task=visualizarpdf&format=raw>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

ANTUNES, Maria Thereza Pompa; MARTINS, Eliseu. Capital Intelectual: Verdades e Mitos. **Revista Contabilidade & Finanças - USP**, São Paulo, n. 29, p. 41-54, mai/ago. 2002.

BAHIA, Ligia. Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 9-30, mai/ago. 2005.

BARBOSA, Antonio Pires; MALIK, Ana Maria. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1143-1165, set/out. 2015.

BATEY, Mark. **O significado da marca: como as marcas ganham vida na mente dos consumidores**. Rio de Janeiro: Best Business, 2010.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BERGAMASCO, Daniel. Sírio-Libanês aumenta em 75% o total de leitos. **Veja São Paulo**, São Paulo, 24 abr. 2015. Disponível em: <<https://vejasp.abril.com.br/cidades/hospital-sirio-libanes-inauguracao-tres-predios-novos-leitos/>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

BERNARDES, Jaime Gil; CASTILHOS, Jana Toledo. De; DORION, Eric; CAAMARGO; Maria Emília. **Gerenciamento de Hospitais Filantrópicos: Confronto entre a Técnica**

**Médica, o Poder Político e a Administração Hospitalar.** VII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, [S.L], dez. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htmcom](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htmcom)>. Acesso em: 01 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002. **Parâmetros de cobertura assistencial - Bird.** Diário Oficial, Brasília, DF, 13 jun. 2002. Seção 1, p. 36-42.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.101/GM/MS, GM nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. **Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS - Bird.** Diário Oficial, Brasília, DF, 2 out. 2015. Seção 1, p. 38. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/ParametrosSUS.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.362, de 8 de dezembro de 2017. **Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <<http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/12/portaria3362-4.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 12.101/GM/MS, de 27 de novembro de 2009. **Certificação das entidades beneficentes de assistência social - Bird.** Diário Oficial, Brasília, DF, 27 nov. 2009. Seção 1, p. 36-42. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm)>. Acesso em: 01 jun. 2017.

CAPES. **Banco de Teses.** Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/servicos/banco-de-teses/>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

CARDOSO, Onésimo de Oliveira. **Comunicação empresarial versus comunicação organizacional: novos desafios teóricos.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro 40(6):1123-44, Nov./Dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/0D/rap/v40n6/10.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

CASTRO, Marcio Luiz de; ZATTA, Fernando Nascimento; FREIRE; Hercules Vander de Lima; COSER, Moises Brasil. **Instituições Filantrópicas Hospitalares: como determinar o ponto de equilíbrio entre as senções e os déficits gerados pelo SUS.** Vitória, 2004. Disponível em: <[http://www.fucape.br/\\_public/producao\\_cientifica/2/Castro-Institui%C3%A7%C3%B5es%20Filantr%C3%B3picas.pdf](http://www.fucape.br/_public/producao_cientifica/2/Castro-Institui%C3%A7%C3%B5es%20Filantr%C3%B3picas.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Balanced Scorecard: Um estudo de sua aplicação no Setor Hospitalar.** Vitória, 2004. Disponível em: <[http://www.fucape.br/\\_public/producao\\_cientifica/8/Dissertacao%20Marcio%20Luiz.pdf](http://www.fucape.br/_public/producao_cientifica/8/Dissertacao%20Marcio%20Luiz.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2018.

CHEVALIER, Michel; MAZZALOVO, Gérald. **Pró Logo: marcas como fator de progresso.** São Paulo: Panda Books, 2007.

CMB. **A história de misericórdia das santas casas.** Disponível em: <<http://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde). Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). **A Gestão do SUS**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Saúde Suplementar**. Brasília, 2015. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L12\\_SAUDE-SUPLEMENTAR\\_jun2015.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L12_SAUDE-SUPLEMENTAR_jun2015.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Assistência de Média e Alta Complexidade**. Brasília, 2015. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L12\\_SAUDE-SUPLEMENTAR\\_jun2015.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L12_SAUDE-SUPLEMENTAR_jun2015.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2017.

COSTA, Joan. **A imagem da marca: um fenômeno social**. São Paulo: Rosari, 2008.

COSTA, Nilson Do Rosário. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1453-1462, set/out. 2008.

CUNHA, Júlio Araujo Carneiro da. **Avaliação de Desempenho e Eficiência em Organizações de Saúde: Um Estudo em Hospitais Filantrópicos**. Tese (Doutorado) - Curso de Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<file:///Users/carolinafrizzo/Downloads/JulioAraujoCarneirodaCunha.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2017

DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria De Araujo. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 1, p. 641-649, jan. 2009.

DIAS, Camila Faria. **O sistema de referência e contrarreferência na estratégia saúde da família no município de bauru: perspectiva dos gestores**. 2010. 258 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Unesp, Botucatu, 2010.

FBH (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS). **Cenário dos Hospitais no Brasil**. 2018. Disponível em: <[http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2018/07/Relatorio-FBH-CNS\\_web.pdf](http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2018/07/Relatorio-FBH-CNS_web.pdf)>. Acesso em: 20.mar 2018.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, dez. 2005.

FERTONANI, H. P. PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015.

FILANTROPIA de luxo. **Isto É**, 18 jun. 2003. Disponível em: <<http://www.istoedinheiro.com.br/noticias/financas/20030618/filantropia-luxo/21346>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

FILHO, Antonio Cordeiro. **O público e o privado na saúde: O processo de mudança da prestação de serviços de saúde no Brasil num contexto histórico e comparativo**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17564/1/Antonio%20Cordeiro%20Filho.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

FIOCRUZ (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ). **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

\_\_\_\_\_. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. **PROADESS - Avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento: relatório final**. Rio de Janeiro: ICICT, 2011. 148p.

FRANCO, Maria Laura. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber livros editora, 2008.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís Silveira. **Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios**. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 2012, vol.46 supl.1. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 01 jul. 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLOBAL BURDEN of Disease Health Financing Collaborator Network. Future and potential spending on health 2015–40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. **The Lancet**, 2017. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30873-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30873-5.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2018.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **História**. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/sociedade-beneficente-de-senhoras/paginas/historia.aspx>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Institucional**. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/paginas/default.aspx>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Estatísticas do século XX**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2006a. 557 p.

\_\_\_\_\_. **Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária 2005**. Rio de Janeiro, 2006b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv32239.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária 2009**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv46754.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Brasil em Síntese**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao.html>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao.html>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

JOIA, Luiz Antonio. MEDINDO O CAPITAL INTELECTUAL. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 54-63, abr./jun. 2005.

KAPFERER, Jean-Noel. **As marcas, capital da empresa: criar e desenvolver marcas fortes**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

KNAPP, Duane E. **Brandmindset: fixando a marca**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

LIMA, Sheyla Maria Lemos; BARBOSA, Pedro Ribeiro; PORTELA, Margareth C; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; VASCONCELLOS, Miguel Murat; GERSCHMAN, Silvia. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1249-1261, set/out. 2004.

\_\_\_\_\_. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 116-123, fev. 2007.

MALTA, Deborah Carvalho. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. 2001. 437 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/outros-03.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2017

\_\_\_\_\_; JORGE, Alzira De Oliveira. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1535-1542, out. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232008000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000500018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 jun. 2017.

MARINHO, Flávio de Souza. **O espaço da organização hospitalar: estudo do comportamento do consumidor de serviços de saúde prestados por hospitais privados**. Salvador, 2005. Disponível em: <<http://tede.unifacs.br/handle/tede/11>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

MATTAR, FauzeNajib. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. São Paulo: Atlas, 2005.

MÉDICI, André Cezar. **O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento**. Rio de Janeiro: IBGE, 1990. 88 p.

MINTZBERG, Henry. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. 4ª ed. Porto Alegre, Bookman, 2006.

MS (Ministério da Saúde). Atenção Especializada e Hospitalar: Capacitações e Melhorias. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/capacitacoes-e-melhorias>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

SILVA, Ana Lucia Andrade Da; MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio Da Cruz Gouveia. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, mar. 2016.

NETO, Gonzalo Vecina. A crise das Santas Casas. **Notícias Hospitalares**, São Paulo, v. 53, n. 5, mai. 2007.

NORBERTO, Elaine. Estratégias corporativas de marcas e estratégias sociais de diferenciação: uma análise a partir do automóvel. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**. São Paulo, v.16, n. 2, p. 203- 223, nov. 2004. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/sociologia/tempo-social/site/images/stories/edicoes/v162/v16n2a09.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2017.

OECD. **Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems**. Paris, 2004. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE). **Relatório de Pesquisa: Cenários e desafios do SUS desenhados pelos atores estratégicos**. Brasília, 2018.

\_\_\_\_\_. **Relatório 30 anos de SUS: Que SUS para 2030?** Brasília, 2018.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, p. 205-218, ago./set. 2014.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **Saúde no Brasil: o sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011.

PEREZ, Clotilde. **Signos da marca: expressividade e sensorialidade**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

GUIMARÃES, Raul Borges; PESSOTO, Umberto Catarino; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, p. 9-22, jun. 2014.

PEREIRA, Antonio Carlos Soares; VIEIRA, Adriane; GARCIA; Fernando Coutinho; ROSCOE, Maria Teresa de Azeredo. **Desconstrução do Mito e Sucessão do Fundador em Empresas Familiares**. RAC, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, art. 1, pp. 518-535, Set./Out. 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/840/84028122002/>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

PICCHIAI, Djair; NERY, Lima; RANULFO, Alessandro. Estudo de caso de dois hospitais: estratégias, estrutura, competências organizacionais e o desempenho financeiro. **Orنال Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 17-27, abr. 2015.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise Do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, jan. 2008.

PINHO, J. B. **O poder das marcas**. São Paulo: Summus, 1996.

PORTAL DA SAÚDE. **Programa de apoio ao desenvolvimento institucional do sistema único de saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/401-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/proadi-sus/11-proadi-sus/9963-conheca-o-proadi-sus>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Temas prioritários proadi-sus**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/403-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/proadi-sus/13-proadi-sus/9973-temas-prioritarios-proadi-sus>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

PORTELA, Margareth C; LIMA, Sheyla Maria Lemos; BARBOSA, Pedro Ribeiro; VASCONCELLOS, Miguel Murat; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; GERSCHMAN, Silvia. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 811-818, mai. 2004.

PORTER, Michael. E. **Estratégia Competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

\_\_\_\_\_. What is Strategy? **Harvard Business Review**. Nov-Dec 1996. Disponível em: <[https://iqfystage.blob.core.windows.net/files/CUE8taE5QUKZf8ujfYIS\\_Reading+1.4.pdf](https://iqfystage.blob.core.windows.net/files/CUE8taE5QUKZf8ujfYIS_Reading+1.4.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2018.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia Científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, out. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

SEMPRINI, Andrea. **A marca pós-moderna**: poder e fragilidade da marca na sociedade contemporânea. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2006.

SESTELO, José Antonio De Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes De; BAHIA, Lígia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 851-866, mai. 2013.

SILVA, Alceu Alves. Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico. Porto Alegre. 2003. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6\\_AlvesdaSilva\\_RelacaoOperadorasPlanos.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf)>. Acesso em: Acesso em: 01 jun. 2017.

SÍRIO-LIBANÊS. **Relatório de sustentabilidade 2016**. São Paulo: [s.n.], 2016.

\_\_\_\_\_. **Viver**: 95 anos construindo o futuro. 13ª ed. São Paulo: [s.n.], 2016.

SÍRIO-LIBANÊS. **Viver**: O futuro chegou. Expansão do Hospital Sírio-Libanês. 8ª ed. São Paulo: [s.n.], 2015.

TAVARES, M. C. **Gestão de Marcas**: construindo marcas de valor. São Paulo: Harbra, 2008.

TYBOUT, Alice M.; CALKINS, Tim (Org.). **Branding**: fundamentos, estratégias e alavancagem de marcas: implementação, modelagem e checklists: experiências de líderes de mercado. São Paulo: Atlas, 2006.

VEJA SÃO PAULO. **Hospitais paulistanos investem em hotelaria**. São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://vejasp.abril.com.br/consumo/hospital-luxo/>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

VILARINHO, Paulo Ferreira. O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu. **Cadernos EBAPE.BR**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 1-15, dez. 2004.

YIN, Robert. **Estudo de Caso**: Planejamento e Métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

## ANEXOS

## Anexo A - Períodos históricos e a constituição do Sistema de Saúde Brasileiro

	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto político	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
<b>Colonialismo português (1500-1822)<sup>14</sup></b>	Exploração de matérias-primas e monopólio comercial por Portugal	Controle político e cultural de Portugal	Século XVI: • Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda • Organização sanitária incipiente	Doenças pestilenciais e assistência à saúde para a população
<b>Império (1822-89)<sup>25</sup></b>	Abertura dos portos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização	Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades	• Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária • Administração da saúde centrada nos municípios • Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850)	Doenças pestilenciais e prioridade da vigilância sanitária (portos e comércio)
<b>República Velha (1889-1930)<sup>26</sup></b>	Economia agroexportadora (capital comercial), crise do café e insalubridade nos portos	Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais	• Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897) • Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907) • Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923) • Incipiente assistência à saúde pela previdência social • Dicotomia entre saúde pública e previdência social	Doenças pestilenciais (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa (p. ex., tuberculose, sífilis, endemias rurais)
<b>Ditadura Vargas (1930-45)<sup>27</sup></b>	Industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária	"Estado Novo" - Estado autoritário entre 1937 e 1938 identificado com o nazifascismo	• Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública • Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio • Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose • Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38)	Predominância de endemias rurais (p. ex., doença de Chagas, esquistossomose, ancilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais
<b>Instabilidade democrática (1945-64)<sup>28</sup></b>	Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional	Governos liberais e populistas	• Criação do Ministério da Saúde (1953) • Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960) • Expansão da assistência hospitalar • Surgimento de empresas de saúde	Emergência de doenças modernas (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)
<b>Ditadura militar (1964-85)<sup>29</sup></b>	Internacionalização da economia  Milagre econômico (1968-73)  Final do milagre econômico  Penetração do capitalismo no campo e nos serviços	• Golpe militar, ditadura (1964) • Reforma administrati-va (1966) • Crise política (eleições de 1974)  Abertura política lenta, segura e gradual (1974-79)  • Liberalização Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); movimentos sociais • 2º Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979) • Transição política (1974-84)  Criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979)	Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966)  • Capitalização da medicina pela previdência social • Crise do sistema de saúde • Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes • Crise na previdência social • Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977) • Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado • INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura	Predominância da morbidade moderna (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)  Persistência de endemias rurais com urbanização  Doenças infecciosas e parasitárias predominantemente nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste
<b>Transição democrática (1985-88)<sup>30</sup></b>	Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica	• Início da "Nova República" (1985) • Saúde incluída na agenda política • 8ª Conferência Nacional de Saúde • Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária • Assembleia Nacional Constituinte • Nova Constituição (1988)	• INAMPS continua a financiar estados e municípios • Expansão das AIS • Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987) • Contenção das políticas privatizantes • Novos canais de participação popular	• Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização • Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres • Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS • Epidemia de dengue

(Continua na próxima página)

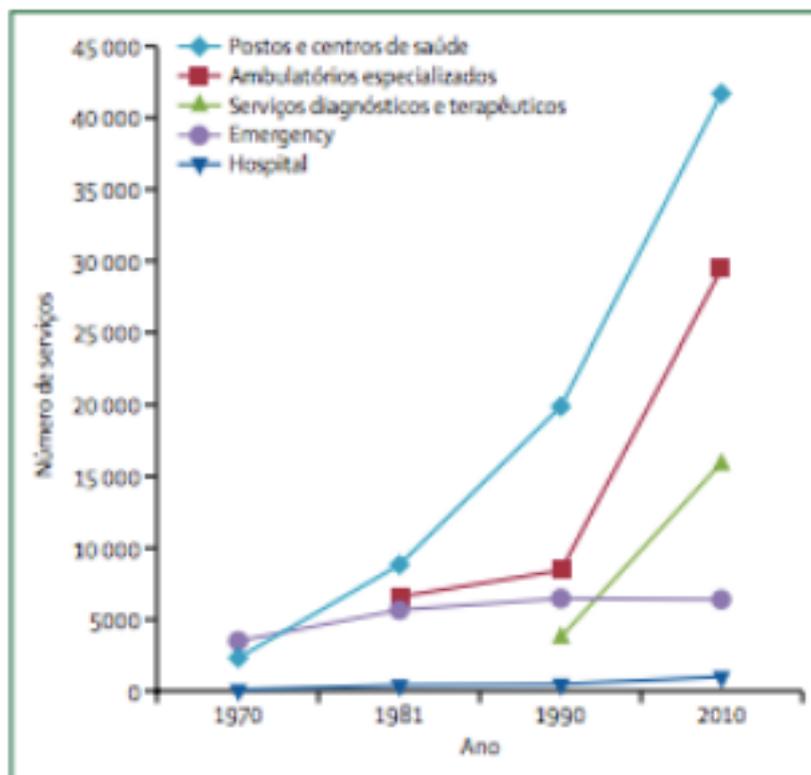
Democracia (1988-2010) <sup>31</sup>	Crise econômica (hiperinflação)	Presidente Fernando Collor de Mello eleito e submetido a impeachment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação do SUS</li> <li>• Descentralização do sistema de saúde</li> </ul>	Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito)
	Ajuste macroeconômico (Plano Real; 1994)	Restante do mandato presidencial (1993-94) exercido pelo Vice-Presidente Itamar Franco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9ª Conferência Nacional de Saúde</li> <li>• Extinção do INAMPS (1993)</li> <li>• Criação do Programa de Saúde da Família (1994)</li> <li>• Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996)</li> <li>• Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS</li> <li>• Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998)</li> <li>• 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde</li> <li>• Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização)</li> <li>• Regulamentação dos planos de saúde privados</li> <li>• Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999)</li> <li>• Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000)</li> <li>• Criada a lei dos medicamentos genéricos</li> <li>• Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS</li> <li>• Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000)</li> <li>• Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001)</li> <li>• Expansão e consolidação do PHC</li> <li>• Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (2003)</li> <li>• Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006)</li> <li>• Política Nacional de Atenção Básica (2006)</li> <li>• Política Nacional de Promoção da Saúde (2006)</li> <li>• 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde</li> <li>• Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente; 2006)</li> <li>• Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações &gt;100.000 (2008)</li> <li>• Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008)</li> </ul>	Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres
	Estabilidade econômica, recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico (altos e baixos), persistência das desigualdades, continuidade da política monetarista	Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) — Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)		Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na prevalência de dengue e aumento na incidência de leishmaniose visceral e malária
		Reforma do Estado (1995)		Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI
		Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-06 e 2007-10) — Partido dos Trabalhadores <sup>32</sup>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidade infantil de 20,7 por 1.000 nascidos vivos (2006)</li> <li>• Redução na prevalência de hanseníase e doenças preveníveis pela imunização</li> <li>• Expectativa de vida sobe para 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres; 2008)</li> </ul>

Fonte: PAIM *et. al.*, 2011, p. 16-17.

### Anexo B - Estabelecimentos de saúde por tipo de convênio, segundo tipo de atendimento (Brasil - junho/2016)

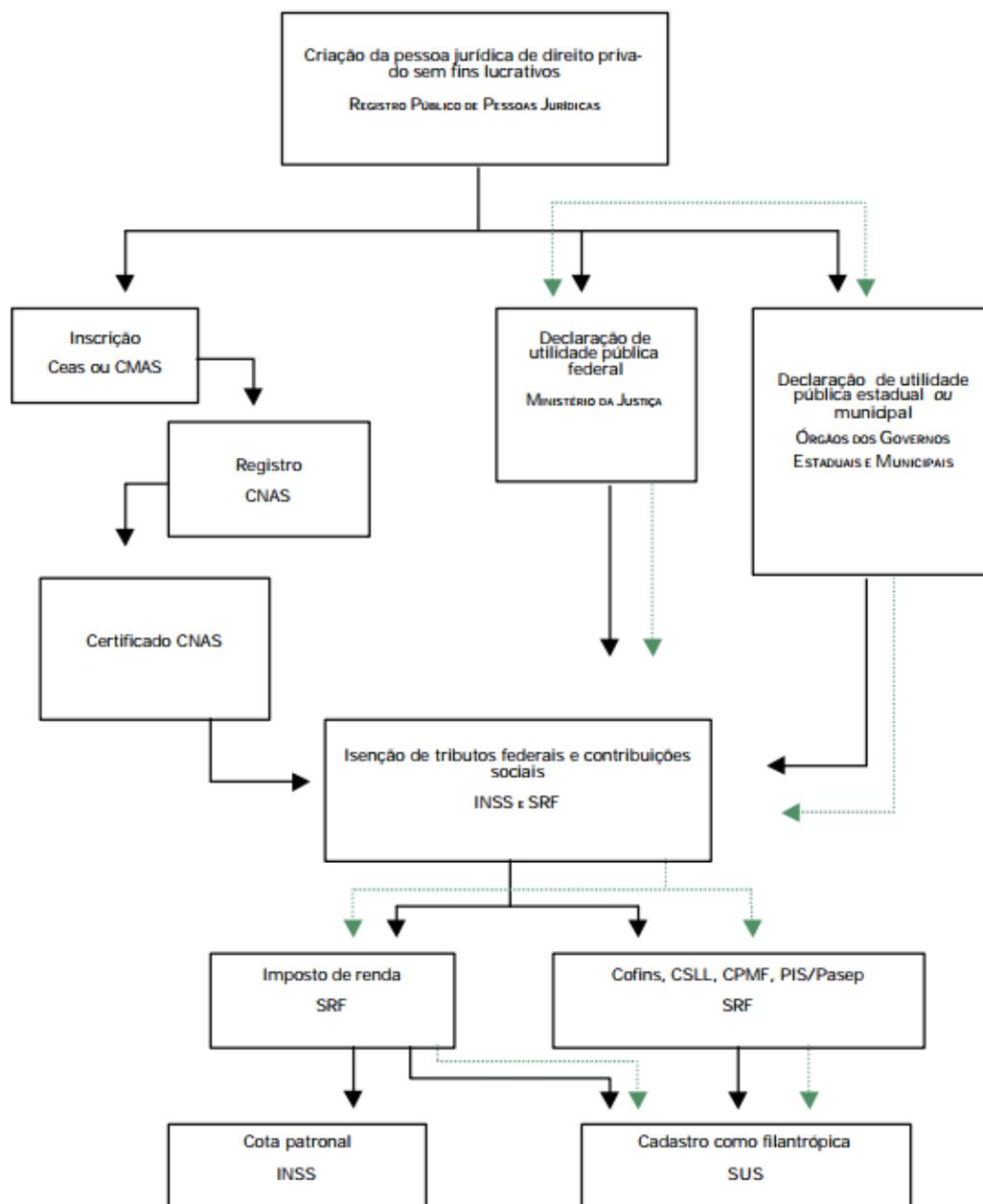
Tipo de atendimento	SUS	Particular	Plano de saúde público	Plano de saúde privado
Ambulatorial	76.618	189.768	12.014	123.578
Para internação	5.817	3.770	572	2.381
Serviços de apoio à diagnose e terapia	23.511	32.758	2.660	18.769
Urgência	10.046	3.655	475	2.144

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, 2016, p. 33.

**Anexo C - Tipos de serviços de saúde no Brasil, 1970–2010**

Fonte: PAIM *et. al.*, 2011, p.23.

### Anexo D - Fluxos formal e real para obtenção do certificado de filantropia e das isenções de tributos federais e contribuições sociais



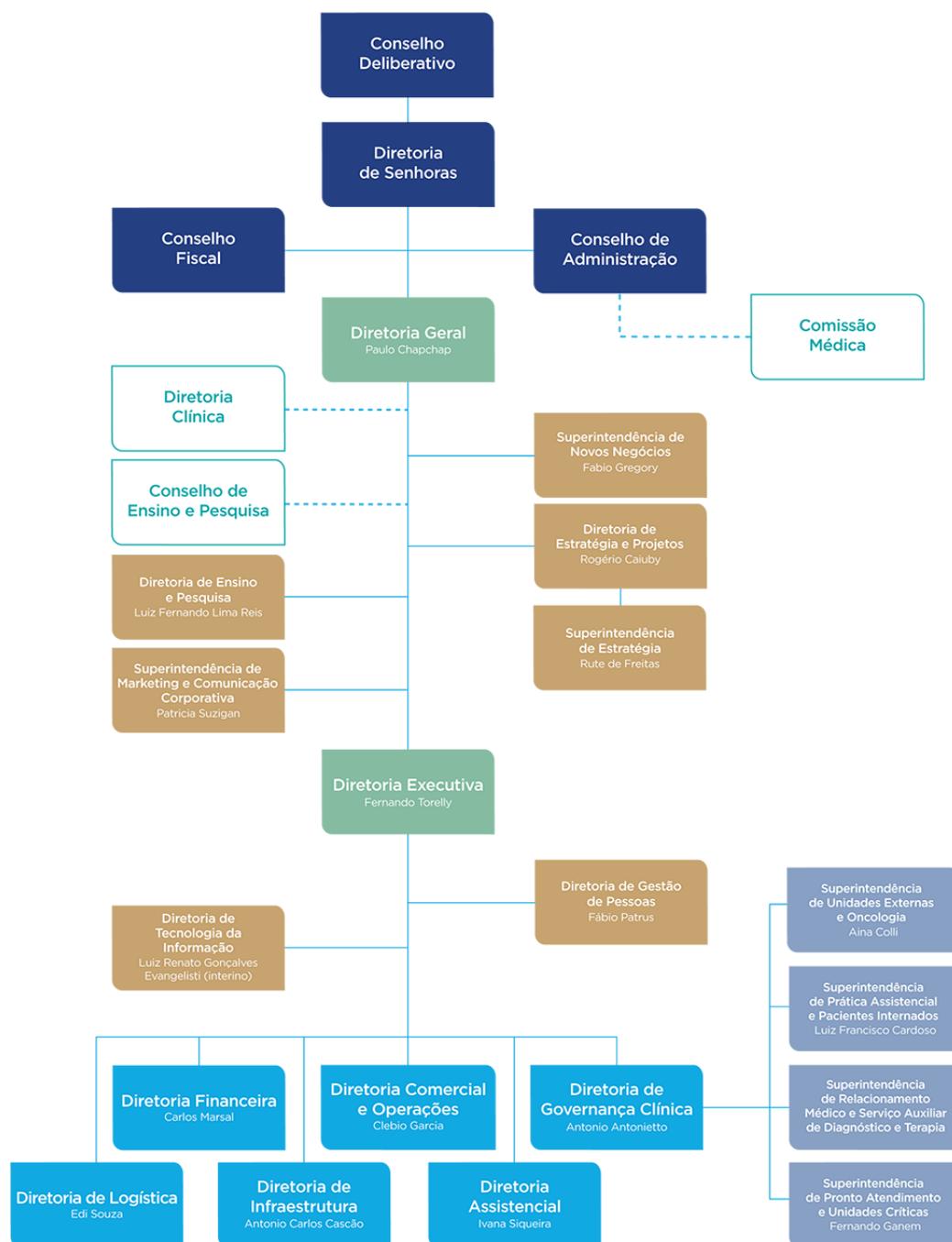
**Legenda:**

———— Fluxo identificado com base na legislação.

..... Fluxo observado a partir da análise dos cadastros.

Fonte: PORTELA *et. al.*, 2000, p. 4.

### Anexo E - Organograma Hospital Sírio-Libanês 2016



Fonte: Hospital Sírio-Libanês, 2016.

**Anexo F - Exames/procedimentos realizados em 2016 nas unidades parceiras do Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês**

<b>Exames/procedimentos realizados em 2016</b>	<b>Hospital Menino Jesus</b>	<b>Hospital do Grajaú</b>	<b>Hospital Regional de Jundiá</b>	<b>AME Maria Cristina Cury</b>	<b>Total das unidades</b>
Anatomia patológica	502	-	2.017	343	2.862
Radiologia	23.817	99.150	2.637	9.207	134.811
Ultrassonografia	8.903	23.864	2.240	5.032	40.039
Tomografia computadorizada	1.948	24.177	4.358	-	30.483
Endoscopia e colonoscopia	306	2.208	1.647	1.795	5.956
Diagnósticos em especialidades	2.983	-	-	-	2.983
Ecocardiograma	-	2.828	1	1.323	4.152
Eletrocardiograma	-	13.881	2.657	8.210	2.4748
Análises clínicas	149.413	843.875	17.951	126.669	1.137.908
Ressonância magnética	-	9.579	-	-	9.579
Cateterismo	-	-	834	-	834
Eletroencefalograma	-	-	-	219	219
Holter	-	-	-	506	506
MAPA	-	-	-	582	582
Mamografia	-	-	-	6.033	6.033
Nasofibroscopia	888	-	-	1.851	2.739
Prova de função pulmonar	-	-	-	2.460	2.460
Teste ergométrico	-	-	-	613	613
Densitometria óssea	-	-	-	859	859
Broncoscopia	39	-	-	-	-
<b>Total por unidade e geral</b>	<b>188.799</b>	<b>1.019.562</b>	<b>34.342</b>	<b>165.702</b>	<b>1.408.366</b>

Fonte: Relatório de Sustentabilidade Hospital Sírio-Libanês, p. 43, 2016.

**Anexo G – Produção do Serviço de Reabilitação Lucy Montoro de Mogi Mirim em 2016, parceira do Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês**

<b>Produção do Serviço de Reabilitação Lucy Montoro de Mogi Mirim em 2016</b>	
Consultas médicas	4.716
Consultas não médicas	44.981
Sessões de procedimentos terapêuticos	21.909
Entrega de equipamentos (órteses, próteses e meios de locomoção)	1.013

Fonte: Relatório de Sustentabilidade Hospital Sírio-Libanês, 2016, p. 42.

**Anexo H – Indicadores de 2016 das instituições parceiras do Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês**

<b>Indicadores de 2016</b>	<b>Hospital Menino Jesus</b>	<b>Hospital do Grajaú</b>	<b>Hospital Regional de Jundiá</b>	<b>Total/média</b>
Leitos operacionais	58	360	70	488
Pacientes/dia	18.420	106.513	14.523	139.456
Internações/entradas	7.156	18.058	7.787	33.001
Saídas/alta do tratamento	3.880	17.817	5.382	27.079
Taxa de ocupação operacional	85,6%	87,0%	70,8%	81,1%
Média de permanência (dias)	6,5	6,0	4,9	5,8

Fonte: Relatório de Sustentabilidade Hospital Sírio-Libanês, 2016, p. 42.

## Anexo I - Entrevistados

	<b>Cargo Ocupado (quando entrevistado)</b>	<b>Tempo no HSL</b>	<b>Formação</b>	<b>Histórico</b>
1	CEO	2 anos e meio	Economista, pós-graduado em Administração Hospitalar e Administração de RH, Mestrado em Administração	Trabalha há mais de 30 anos em administração hospitalar. Há 2 anos e meio, atua como diretor executivo do Sírio Libanês. Anteriormente, trabalhou no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foi CEO do Hospital Moinhos de Vento e assumiu o processo de reestruturação e reorganização do Hospital Sírio Libanês, um dos 5 hospitais de excelência do Brasil.
2	Superintendente de Responsabilidade Social	14 anos	Relações Públicas, Especialização em Comunicação e Marketing no Mackenzie, Especialização em Gestão da Atenção à Saúde	Começou a atuar com gestão pública em uma parte do hospital que fazia projetos para o SUS.
3	Gerente de Marketing	1 ano e 2 meses	Graduação em Jornalismo, Mestrado em Mídia Eletrônica e Interativa na Universidade de Paris.	Trabalha na Gerência de Marketing do Sírio Libanês, anteriormente, trabalhou na mesma função no Fleury, por 5 anos. Anteriormente, atuou na Natura e como jornalista em redação de veículos.
4	Gerente de Comunicação Corporativa	1 ano e meio	Formada em Jornalismo, Pós-Graduação em Comunicação Empresarial, MBA em Gestão de Pessoas.	Anteriormente, trabalhava como Coordenadora de Marketing e Comunicação do Aeroporto de Guarulhos. Trabalhou também com Seguradora de vida e com Bens de Consumo.
5	Diretor de Relações com o Mercado	2 anos	Formado em Comunicação Social pela Escola Superior de Propaganda e Marketing, ESPM, na área de Marketing. MBA com Extensões Executivas na Pensilvânia, na University of Toronto.	Trabalhou, por três anos e meio, no Hospital Samaritano de São Paulo, incluindo sua transição para a United Health Group. Anteriormente, trabalhou por seis anos no Hospital Israelita Albert Einstein, onde ocupou a mesma posição, Diretor Comercial e Marketing ou Relações com o Mercado. São mais de dez anos de experiência no mercado da saúde, sempre em hospitais desse porte, desse nível, na área de Marketing, na área Comercial. Esteve também em empresas como Telefônica, como American Express, como Credicard.
6	Gestor do Escritório de Experiência do Cliente	2 anos	Médico Endocrinologista	Anteriormente, tinha consultório próprio e também atendia no Hospital Albert Einstein. Foi para o HSL quando a área de Experiência do Cliente foi criada. Área foi criada com característica de ser uma área matricial, respondendo para a instância máxima da instituição. Realiza projetos em parceria com RH, com marketing, com a comunicação interna, com a parte de ensino pesquisa com a diretoria médica, com a diretoria assistencial. A área é responsável cuidar da gestão de experiência do paciente.

7	Gerente de Desenvolvimento Organizacional	7 anos	Psicóloga, com Pós-Graduação em Administração de Recursos Humanos	Anterior ao Sírio, passou por alguns outros segmentos, como banco, telefonia móvel celular, farmacêutica e hospital.
---	---	--------	---	--

Fonte: Elaborado pela autora.

### Anexo J – Roteiro Semiestruturado Entrevistas em Profundidade

- Para iniciar a conversa tu poderias falar um pouco de ti, tua formação, teu cargo, a quanto tempo trabalhas na Instituição?
- Na sua opinião, qual a importância da marca para um hospital?
- Na sua visão, quais são os requisitos, as características, para que se construa uma marca forte no mercado da saúde?

Agora eu gostaria que o senhor (a) me falasse acerca da gestão da marca HSL, no que se refere:

- Quais características o próprio HSL busca atribuir a sua marca?
- Como é definida e qual é hoje a estratégia competitiva do HSL? Como ele se diferencia dos demais hospitais que de alguma forma são concorrentes dele?
- De que forma essa estratégia é alimentada por novas ideias? Há um grupo de pessoas que pense e coloque em prática essas estratégias?
- Quais são os objetivos da marca – como os gestores gostariam que ela fosse percebida pelos públicos?
- Quais são os resultados que os gestores da marca almejam?
- De que forma é executada essa estratégia?
- Como são avaliados os resultados dessa estratégia – quais são os indicadores?
- Como essas ações são comunicadas para os públicos?
- Quais as mensagens e o que o HSL gostaria de transmitir para cada público com quem se relaciona? Por exemplo: público interno, com os pacientes/clientes, os pacientes que são impactados no sistema público, governo, sociedade, etc.
- Você acha que a forma como a comunicação do HSL é construída ela tem um papel na manutenção do modelo em que a instituição opera? (Filantropia versus Hospital Premium)
- Você gostaria de acrescentar algo a nossa conversa?

**Anexo K – Objetivos Específicos *versus* Categorias de Análise *versus* Perguntas do Roteiro**

**Semiestruturado**

<b>Objetivo</b>	<b>Categoria de Análise</b>	<b>Perguntas do Roteiro Semiestruturado</b>
Identificar quais as características definidas pelos gestores para a marca da instituição	Características da marca HSL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Na sua opinião, qual a importância da marca para um hospital?</li> <li>- Na sua visão, quais são os requisitos, as características, para que se construa uma marca forte no mercado da saúde?</li> <li>- Agora eu gostaria que o senhor (a) me falasse acerca da gestão da marca HSL, no que se refere a: Quais características o próprio HSL busca atribuir a sua marca?</li> </ul>
Descrever como essa organização comunica os aspectos dicotômicos relacionados ao atendimento em saúde privado <i>premium</i> e o atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS)	Modelo de atuação: filantropia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais são os objetivos da marca – como os gestores gostariam que ela fosse percebida pelos públicos?</li> <li>- Como essas ações são comunicadas para os públicos?</li> </ul>
Sistematizar os públicos com que o hospital busca se comunicar e qual o objetivo da comunicação com cada público	Públicos, mensagens e objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais as mensagens e o que o HSL gostaria de transmitir para cada público com quem se relaciona? Por exemplo: público interno, com os pacientes/clientes, os pacientes que são impactados no sistema público, governo, sociedade, etc.</li> </ul>
Identificar, através da teoria de Mintzberg, qual ou quais das definições de estratégia podem ser utilizadas para compreender a estratégia de marca do Hospital Sírio-Libanês	Estratégia <i>versus</i> Gestão da Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como é definida e qual é hoje a estratégia competitiva do HSL? - Como ele se diferencia dos demais hospitais que de alguma forma são concorrentes?</li> <li>- De que forma essa estratégia é alimentada por novas ideias? Há um grupo de pessoas que pense e coloque em prática essas estratégias?</li> <li>- Quais são os resultados que os gestores da marca almejam?</li> <li>- De que forma é executada essa estratégia?</li> <li>- Como são avaliados os resultados dessa estratégia – quais são os indicadores?</li> </ul>
Contextualizar o papel da comunicação na manutenção do modelo que a organização opera e em sua estratégia	Papel da comunicação na manutenção do modelo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Você acha que a forma como a comunicação do HSL é construída ela tem um papel na manutenção do modelo em que a instituição opera? (Filantropia <i>versus</i> Hospital <i>Premium</i>)</li> </ul>