

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS

UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NÍVEL DE MESTRADO PROFISSIONAL
DE GESTÃO E NEGÓCIOS

REIMBRAN KOLLING PINHEIRO

DESAFIOS ESTRATÉGICOS DOS HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS SEDIADOS EM PORTO ALEGRE

PORTO ALEGRE

2013

REIMBRAN KOLLING PINHEIRO

DESAFIOS ESTRATÉGICOS DOS HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS SEDIADOS EM PORTO ALEGRE

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Negócios, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador: Professor Dr. João Zani

PORTO ALEGRE

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

P654d Pinheiro, Reimbran Kolling
Desafios estratégicos dos hospitais filantrópicos sediados em
Porto Alegre / por Reimbran Kolling Pinheiro. – 2013.
172 f.: il., 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios,
2013.

Orientação: Prof. Dr. João Zani.

1. Estratégia. 2. Desafios estratégicos. 3. Hospitais
filantrópicos. 4. Gestão em saúde. I. Título.

CDU 64.024.8

Catálogo na Fonte:

Bibliotecária Vanessa Borges Nunes - CRB 10/1556

REIMBRAN KOLLING PINHEIRO

DESAFIOS ESTRATÉGICOS DOS HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS SEDIADOS EM PORTO ALEGRE

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Negócios, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Data da aprovação: 29/05/2013

Banca Examinadora:

Prof. Dr. João Zani (Orientador)
UNISINOS

Prof. Dr. Francisco Zanini
UNISINOS

Prof. Dr. Oscar Kronmeyer
UNISINOS

Prof. Dr. Roberto Decourt
UNISINOS

AGRADECIMENTOS

À Lourdes, Rafaela Athena e Eduarda Arthemis, destinatárias dos meus elevados sentimentos de amor, que me apoiaram incondicionalmente no decorrer desta jornada acadêmica.

Aos meus pais, Marco e Vera, pela postura de incentivadores de meu desenvolvimento integral e ensinamentos acerca da importância da educação na consolidação da cidadania.

Ao ilustríssimo Professor Doutor João Zani, por sua orientação assertiva e disponibilidade que muito contribuíram no desenvolvimento desta dissertação de Mestrado.

A todos os estimados docentes do Mestrado Profissional de Gestão e Negócios da primeira turma, pelas dedicadas contribuições e orientações transmitidas ao longo do curso, que foram de fundamental importância para minha formação.

Aos prezados Superintendentes do Hospital Moinhos de Vento, em especial ao Superintendente Executivo e Superintendente Financeiro, respectivamente Sr. Fernando Torelly e Sr. Mohamed Parrini, pelo incentivo e estímulo emanados, pela paciência decorrente de minhas ausências parciais do ambiente corporativo e por viabilizarem o cofinanciamento desta formação acadêmica, mediante estabelecimento de política institucional.

Aos caríssimos administradores hospitalares e especialistas do setor entrevistados, pela disponibilidade e pela ímpar contribuição dada nesta pesquisa, bem como pela incomensurável contribuição dos mesmos ao segmento de saúde, ainda bastante carente de desenvolvimento no Brasil.

Aos meus colegas e equipe financeira do Hospital Moinhos de Vento, que conduziram minhas atividades e renderam minhas atribuições com maestria nos momentos de minha ausência decorrentes do curso de Mestrado.

RESUMO

Este trabalho objetiva identificar quais são os principais desafios estratégicos dos hospitais filantrópicos sediados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, na perspectiva de seus gestores sêniores e especialistas do setor. A pesquisa também contemplou a identificação de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, além de tendências do segmento. Assim sendo, foi realizada uma revisão de literatura sobre o mercado de saúde, estratégia e gestão em saúde. Foi utilizada uma metodologia qualitativa de estudos de casos múltiplos, a fim de se obter a perspectiva dos gestores e especialistas. Foram entrevistados quatro gestores hospitalares e dois especialistas no setor. Os resultados revelam a existência de vários desafios estratégicos, dentre os quais se destacam a necessidade de melhoria e aprimoramento da qualidade médica e assistencial, de forma a assegurar a segurança aos pacientes, a superação do descompasso existente entre as receitas e custos hospitalares e a necessidade de aumento da capacidade instalada dos hospitais, de forma que os mesmos consigam atender de forma satisfatória a demanda por seus serviços. O estudo ainda revela um ambiente repleto de peculiaridades e oportunidades.

Palavras-chave

Estratégia. Desafios estratégicos. Hospitais filantrópicos. Gestão em saúde.

ABSTRACT

This study aims to identify which are the main strategic challenges of philanthropic hospitals based in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, in the perspective of its senior managers and industry experts. The survey also included the identification of strengths, weakness, opportunities and threats, and trends in the segment. Therefore, we conducted a literature review on the health market, strategy and health management. We used a qualitative methodology of multiple case studies, in order to get the perspective of managers and specialists. We interviewed four hospital managers and two industry experts. The results reveal the existence of several strategic challenges, among which we highlight the need for improvement in the quality medical care, to ensure the safety of patients, overcoming the mismatch between revenues and hospital costs and the need for increased installed capacity of hospitals, so that they are able to satisfactorily meet the demand for their services. The study also reveals an environment full of peculiarities and opportunities.

Keywords

Strategy, strategic challenges, philanthropic hospitals, health management.

LISTA DE TABELAS

1. TABELA 1 – Quantidade de Estabelecimentos de Saúde por Tipo de Estabelecimento	26
2. TABELA 2 – Quantidade de Estabelecimentos de Saúde por Tipo de Estabelecimento e por Tipo de Prestador	27
3. TABELA 3 – Taxa de Cobertura da Saúde Suplementar por Localização ...	36
4. TABELA 4 – Quadro Síntese da Missão e Visão	105
5. TABELA 5 – Quadro Síntese Objetivos Estratégicos – Perspectiva Financeira	106
6. TABELA 6 – Quadro Síntese Objetivos Estratégicos – Perspectiva Clientes e Mercado	106
7. TABELA 7 – Quadro Síntese Objetivos Estratégicos – Perspectiva de Processos	107
8. TABELA 8 – Quadro Síntese Objetivos Estratégicos – Perspectiva de Aprendizagem e Desenvolvimento	107
9. TABELA 9 – Quadro Síntese das Tendências	127
10. TABELA 10 – Quadro Síntese das Oportunidades.....	127
11. TABELA 11 – Quadro Síntese das Ameaças	128
12. TABELA 12 - Quadro Síntese Hospital do Futuro	128
13. TABELA 13 - Quadro Síntese das Forças e Competências	140
14. TABELA 14 – Quadro Síntese das Fraquezas	140
15. TABELA 15 – Quadro Síntese dos Desafios Estratégicos	149

LISTA DE FIGURAS

1. FIGURA 1 – Beneficiários de Planos Privados de Saúde
(Brasil 2000 – 2011)35
2. FIGURA 2 – Nível de Concentração das Operadoras de Saúde.....36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APO	Administração por Objetivos
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEO	<i>Chief Executive Officer</i>
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DART	Diálogo, Acesso, Risco – Retorno e Transparência
FEHOSUL	Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GMD	Gerenciamento Matricial de Despesas
IAHCS	Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MS	Ministério da Saúde do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PESTAL	Político, Econômico, Social, Tecnológico, Ambiental e Legal
PIB	Produto Interno Bruto
PGQP	Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAE	Reunião de Análise da Estratégia
RN	Resolução Normativa
RBV	<i>Resources Based View</i>
SINDIHOSPA	Sindicato dos Hospitais de Porto Alegre
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats</i>
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USA	<i>United States of America</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	13
1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	18
1.3 OBJETIVOS	20
1.3.1 Objetivo Geral	20
1.3.2 Objetivos Intermediários	21
1.4 JUSTIFICATIVA	21
2. REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 Perspectiva histórica da organização hospitalar	24
2.2 Perspectiva histórica da saúde suplementar no Brasil	30
2.3 Estratégia – Conceitos e teorias	38
2.4 Estratégia e gestão em saúde	55
3. METODOLOGIA	66
3.1 Tipo de Pesquisa e Delimitação do Estudo	66
3.2 Amostra e Coleta de Dados	73
3.3 Confidencialidade das Informações	76
3.4 Limitações do Método	76
3.5 Análise e tratamento das informações	77
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	79
4.1 PERFIL DAS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS	79
4.1.1 Complexo Hospitalar Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	80
4.1.2 Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS	83
4.1.3 Associação Hospitalar Moinhos de Vento	86
4.1.4 Sistema de Saúde Mãe de Deus	93
4.1.5 Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do SUL (FEHOSUL)	99
4.1.6 Sindicato dos Hospitais de Porto Alegre (SINDIHOSPA)	101
4.2 CONTEÚDOS E ANÁLISES DAS ENTREVISTAS	104
4.2.1 Missão, Visão e Objetivos Estratégicos	105

4.2.2	Ambiente externo: Tendências, oportunidades, ameaças e o hospital do futuro	110
4.2.3	Ambiente interno: Forças, competências e fraquezas	132
4.2.4	Desafios Estratégicos	143
5.	CONCLUSÃO	157
	REFERÊNCIAS	160
	APÊNDICE A – ROTEIROS DE ENTREVISTA	169

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo será apresentada a contextualização do tema, o problema de pesquisa, os objetivos e a justificativa do estudo.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A saúde é o tesouro mais valioso do ser humano, considerado direito fundamental na maioria das constituições do mundo e constituindo-se na pedra angular das ações sociais dos governos. Os governos incorporam programas de saúde às suas políticas gerais de ordem social, sendo a saúde fator imprescindível do desenvolvimento da sociedade e do bem-estar social. Para alcançar e manter este incomparável ativo que é a saúde surgiram várias modalidades de programas, que partem do princípio que a saúde consiste no bem estar físico e social do indivíduo e da coletividade, e não apenas na ausência de doenças. Os esforços governamentais vão desde maximizar a cobertura da saúde à população, até alcançar um nível ideal da prestação dos serviços. (MALAGÓN, MORERA e LAVERDE, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (2012) afirma que *“un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud”*.

O sistema de saúde brasileiro, atualmente, está fundamentado nas prerrogativas dispostas na Constituição Federal de 1988, que expressa que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III- participação da comunidade.

Parágrafo único: O Sistema Único de Saúde será financiado [...].

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Parágrafo Primeiro: As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou de convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1994).

Neste sentido, **o sistema de saúde brasileiro pode ser segregado em dois subsistemas: o público e o privado**. O subsistema público é representado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, que é um sistema universal de saúde com financiamento público, gestão pública, integração entre as diferentes esferas governamentais e prestação de assistência através de rede própria ou de serviços privados contratados ou conveniados. (BRASIL, 2007).

O subsistema privado é dividido em dois subsetores: o subsetor de saúde suplementar e o subsetor liberal clássico. O subsetor liberal clássico é formado por serviços particulares autônomos, em que profissionais de saúde estabelecem condições de tratamento e remuneração junto à clientela própria, captada por processos informais. O subsetor de saúde suplementar, que predomina, é formado por serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, possuindo financiamento privado, gestão privada, sendo regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Os prestadores de assistência são privados, credenciados pelos planos ou seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas (operadoras de saúde), integrando a rede credenciada das operadoras de saúde, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema público (BRASIL, 2007).

O setor de planos e seguros de saúde é definido como suplementar, no Brasil, devido à opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o acesso ao serviço público. Por outro lado, poderia ser classificado como complementar, e por vezes o é, quando supõe a existência e a limitação do sistema de saúde público – neste caso, o sistema privado complementa a cobertura

de determinados serviços. (BAHIA, 1999 apud PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008, p.02).

No Brasil a atenção à saúde é majoritariamente desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde, que deveria garantir universalidade e igualdade. Contudo, o sistema público vem demonstrando inúmeras deficiências e fragilidades, expondo suas ineficiências, sendo submetido a constantes críticas, o que proporciona grande avanço para a saúde suplementar no mercado. (SILVA, 2003).

O mercado de saúde suplementar brasileiro vem crescendo rapidamente. Hoje existem cerca de 48 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica, o que abrange cerca de 25% da população brasileira. Quando avaliamos esta taxa de cobertura da saúde suplementar em regiões metropolitanas do Sudeste, por exemplo, observamos que a mesma já ultrapassa 50% da população. (ANS, 2012).

Grande parte do avanço dos serviços privados e da expansão da saúde suplementar deve-se a baixa qualidade e capacidade de atendimento do sistema público de saúde.

A Organização Mundial da Saúde - OMS (2012) descreve o hospital como sendo um componente vital do sistema de atenção à saúde, constituindo-se em instituições que dispõem de equipes médicas, assistenciais e de outras formações, oferecendo serviços médicos assistenciais durante 24 horas por dia, 7 dias por semana, capazes de diagnosticar, atender, assistir e tratar problemas de saúde agudos ou crônicos.

O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda em centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais. (OMS, 2012; p.02).

Logo, as funções do hospital são: prevenir a doença (profilaxia), restaurar a saúde (cura), exercer funções educativas (ensino) e fomentar a pesquisa (pesquisa e tecnologia). (Organização Mundial da Saúde, 1957).

Avaliando-se a estrutura do sistema de saúde brasileiro, verifica-se que existem hoje 6.690 hospitais. Destes, 2.142 são hospitais públicos, 3.052 são hospitais privados e 1.496 são hospitais filantrópicos, consoante o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil do Ministério da Saúde. (CNES, 2012).

Observa-se que 68% dos estabelecimentos hospitalares são privados ou filantrópicos nos Brasil (pessoas jurídicas de direito privado). A estrutura hospitalar privada e filantrópica desempenha importante papel no sistema de saúde brasileiro.

Os hospitais privados e filantrópicos podem vender ou prestar serviços tanto para o Sistema Único de Saúde, quanto para o Sistema de Saúde Suplementar. (FASCINA, 2009).

A legislação atual da filantropia é fundamentada na Lei 12.101/09 e no Artigo 150 da Constituição Federal. O Artigo 150 da Constituição Federal, que trata das limitações do poder de tributar, apresenta em seu caput e inciso VI, item c, que “ [...] **é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios instituir impostos sobre o patrimônio, renda ou serviços [...] das instituições de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei**” (BRASIL, 1994, grifo nosso). A Lei 12.101/09 dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social.

Em síntese a legislação estabelece que para o estabelecimento de saúde ser considerado beneficente ele deverá ofertar a prestação de seus serviços ao Sistema Único de Saúde – SUS - no percentual mínimo de 60%. Uma vez certificado beneficente, passa a fazer jus à isenção dos tributos sobre patrimônio, renda, serviços e contribuições sociais. A Lei também estabelece que a entidade de saúde de reconhecida excelência poderá, alternativamente, 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 e IV – desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. Neste caso, o recurso despendido pela

entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruídas. (BRASIL, 2009).

Os hospitais são um dos tipos mais complexos de organizações presentes na sociedade (ETZIONI, 1964). Mintzberg (1997) afirma que “suspeita que administrar a mais complicada corporação é quase brincadeira de criança quando comparada à administração de qualquer hospital”.

Pascucci e Junior (2011, p. 02) destacam que “ao se depararem com a realidade complexa de organizações hospitalares seus gestores percebem o desafio que é transformar intenções em ações”. Adicionam ainda como variáveis que impactam na formação de estratégias dos hospitais a diversidade de agentes, a incompatibilidade de expectativas envolvidas pelas partes interessadas e a fragmentação do ambiente interno.

Porter e Teisberg (2007, p.45-75) **analisam o contexto competitivo do mercado de saúde norte americano e classificam o mesmo como sendo fracassado, declarando ser uma competição de soma zero**, ou seja, uma competição que não melhora o valor para os clientes, ou a qualidade dos produtos ou serviços em relação ao preço. Nesta competição ninguém vence, e o valor é corroído. A competição de soma zero na assistência a saúde, que é disfuncional e lamentável, se manifesta de várias formas: competição para transferir custos, competição para aumentar o poder de negociação, competição para captar pacientes e restringir a escolha, e competição para reduzir custos restringindo os serviços.

Christensen, Grossman e Hwang (2009; p. 14) afirmam que **o mercado de saúde global está em colapso**. Eles mencionam que:

“Nos Estados Unidos o custo da assistência à saúde respondia por aproximadamente 7% do PIB em 1970 e que em 2007 respondia por 16%. Eles comentam que “os custos do sistema norte – americano são abastecidos por um reator descontrolado chamado de pagamento por serviço prestado. [...] Cerca de 50% dos serviços de saúde consumidos são resultados da orientação dos médicos e dos fornecedores de hospitais, e não da demanda ou da necessidade dos pacientes”. (CHRISTENSEN; GROSSMAN;HWANG; 2009).

Ao discorrer acerca da relação entre os hospitais e as operadoras de saúde, Silva (2003, p. 36) afirma que “o nível de desconfiança e de desequilíbrio é tão forte que, com um cenário desastroso sendo continuamente desenhado por ambas as partes, cada uma delas acredita que o outro negócio deva ser melhor do que o seu”.

1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

No setor de saúde, especialmente em clínicas e hospitais, a complexidade tecnológica, consumidores cada vez mais participantes no momento da escolha, operadoras de saúde como participantes atuantes no ciclo de receita, custos elevados (serviços, investimentos em equipamentos, sistemas de informação e logística) e aumento da concorrência, impõem vários desafios à organização: escolher entre reduzir custos de maneira defensiva, manter ou aumentar o seu escopo corporativo, busca por mercados específicos. Tais mudanças tem exigido um entendimento das estratégias adotadas pelas organizações e uma capacidade contínua de inovação e adaptação. A formulação e implementação de estratégias passa necessariamente pelo envolvimento dos diversos níveis da organização, bem como um processo contínuo de comunicação interna. Desta forma, pode-se genericamente concluir, que estratégia é o caminho que a empresa deverá seguir para obter o sucesso empresarial. (ANDRÉ et al 2010, p.02-03) .

André et al (2010) **reforçam que o sucesso empresarial é fundamentado nos seguintes critérios: sobrevivência em longo prazo**, mediante continuidade operacional com possibilidade de redefinição estratégica; **crescimento sustentado**, mediante a evolução positiva das vendas, ativos e valor da empresa ao longo do tempo; **rentabilidade adequada**, isto é, obtenção de retorno compatível com os investimentos realizados, remuneração do trabalho e distribuição de lucro aos acionistas; e **capacidade de inovação**, com adaptação flexível à evolução dos mercados e permanente geração de novos processos, produtos e serviços. A estratégia consiste na tomada de decisões que determinam a trajetória da organização, envolvendo percepções e intuições, que nem sempre são precisas e objetivas, variando conforme a complexidade do ambiente. A estratégia deve conter as seguintes características: ser baseada nos resultados da análise do mercado e da empresa, criar vantagem competitiva, ser viável e compatível com os recursos da

empresa, promover o envolvimento e compromisso das pessoas, obedecer aos princípios e valores da empresa e ser criativa e inovadora.

Allgayer et al (2011, p. 94) afirmam que:

Nos últimos anos os hospitais passaram por um importante processo de mudança em decorrência da evolução tecnológica acelerada que alterou a própria prática da medicina, fazendo com que os hospitais atualizassem os seus modelos de assistência médico hospitalar e de gestão. Ao mesmo tempo e resultando desse processo de mudança os altos custos da assistência à saúde passaram a exercer forte pressão sobre a administração dos hospitais, obrigando, em consequência, a uma concentração de atenção na gestão financeira. Esse efeito se tornou o apelo predominante na maioria dos hospitais brasileiros. Esses fatores somaram-se a uma base frágil de organização que sustentava esses hospitais, e foi necessário despender muita energia e foco nos aspectos econômico-financeiros, fundamentais para a sobrevivência das instituições hospitalares. O desafio da sobrevivência, aliado a necessidade de competitividade e incorporação tecnológica, transformou a gestão hospitalar numa atividade complexa exigindo organização, competência gerencial e especialização por seus profissionais.

Savedoff (2011, p.01, tradução nossa) afirma que “muitas estratégias diferentes tem sido propostas para aprimorar a entrega dos serviços de saúde, da capacidade física das instalações até o estabelecimento de novos mecanismos de pagamento.” Ele destaca que a forma como as melhorias dos serviços de saúde são geridas / governadas pode fazer a diferença e que é importante identificar os fatores que influenciam o comportamento do sistema a fim de associá-los a melhores resultados e desempenho.

Em um ambiente complexo e dinâmico, os gestores devem ser mais do que orientados em função do futuro. Antes de tudo, eles devem antecipar o que ocorrerá em suas organizações e no ambiente no qual as mesmas operam. Baseados nesta informação eles devem construir o futuro de suas próprias empresas, identificando a estratégia mais apropriada e então implementando-a. Em outras palavras, o planejamento estratégico torna-se crucial para o sucesso da organização, ao mesmo tempo que é um difícil dever. (LEON, 2011, p.01, tradução nossa).

Ao analisar as tendências e cenários em saúde e dos hospitais, Allgayer et al (2011, p.12-13) afirmam que:

As mudanças são oportunidades que abrem os melhores caminhos para o crescimento. Não acontecem pela nossa exclusiva vontade, ao

contrário, ocorrem da capacidade aguçada de perceber movimentos sócio-culturais, político-legais, econômicos e tecnológicos, que emitem sinais contínuos de um novo conceito, de uma nova realidade, de desafios diferenciados, de novos patamares de eficiência e de resultados. Enfim, mudar é uma reação natural à existência de novos cenários que produzirão impactos nas estratégias e na gestão das instituições de saúde, em especial dos hospitais. Significa dar à estrutura e à gestão um formato adaptado aos novos cenários. [...] os hospitais não são instituições introspectivas e egocêntricas que em si encerram a própria realidade, carregadas de uma linguagem hermética, como se pertencessem a um mundo à parte, dissociadas dos problemas da sociedade para a qual prestam seus serviços [...]. Na verdade, os hospitais são e devem ser respostas organizadas às maiores necessidades do ser humano, o cuidado e a preservação da vida. Sendo assim, os hospitais se relacionam com variáveis que vêm de fora, do mundo, da vida. São essas variáveis que criam e transformam constantemente os contornos da missão e da funcionalidade do ambiente hospitalar. São capazes de redirecionar estratégias, de modificar estruturas, de criar a necessidade de novos perfis profissionais e de rever e promover processos médico-assistenciais e econômico-administrativos.

Neste sentido, o presente estudo buscará responder a seguinte questão:

Quais são os principais desafios estratégicos dos hospitais filantrópicos sediados em Porto Alegre, na perspectiva de seus gestores sêniores e especialistas do setor?

1.3 OBJETIVOS

São aqui apresentados o objetivo geral e os objetivos intermediários os quais o estudo busca atender.

1.3.1 Objetivo Geral

Identificar os principais desafios estratégicos dos hospitais filantrópicos sediados em Porto Alegre, na perspectiva de seus gestores sêniores e especialistas do setor.

1.3.2 Objetivos Intermediários

- Descrever as principais tendências, ameaças e oportunidades com que se deparam os hospitais filantrópicos, sob a ótica de seus gestores e especialistas do setor.
- Descrever as principais forças e fraquezas dos hospitais filantrópicos sediados em Porto Alegre, sob a ótica de seus gestores e especialistas do setor.
- Identificar os principais objetivos estratégicos dos hospitais filantrópicos sediados em Porto Alegre, sob o olhar de seus executivos chave.

1.4. JUSTIFICATIVA

Lima et al (2007, p.117) afirmam que:

O segmento hospitalar filantrópico é importante prestador de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor de Saúde Suplementar no Brasil por diversas razões: possui 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 no 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. Entretanto, emergem preocupações em relação ao seu nível de desenvolvimento gerencial, ainda predominantemente caracterizado pela ausência de inúmeras estruturas e instrumentos básicos. A condição incipiente em vigor repercute em riscos a sua sobrevivência, demandando adequada incorporação e uso eficiente de instrumentos de gestão, bem como medidas de ajustes por parte de seus próprios dirigentes e agentes públicos.

O Dr. Ceschin, Diretor Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – prefaciando ANDRÉ et al (2010) expressa que:

A qualidade da área da saúde passa por um planejamento estratégico eficiente, gestão e controle de recursos e custos, posicionamento da marca no mercado, racionalização da cadeia de suprimentos,

comportamento ético, excelência nos serviços prestados, atenção e cuidados tecnicamente corretos, com presteza, simpatia legítima e, se possível, solidariedade e empatia, além de todos os processos matriciais que envolvem as mais diferentes áreas dentro de um hospital.

Resk (2011, p.04) afirma que:

Todos os dias vivenciamos ou somos “bombardeados” com notícias de falta de leitos hospitalares, de especialistas em áreas médicas nas unidades básicas de saúde, de equipamentos em boas condições de uso, além de filas que podem perdurar meses para que usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) consigam passar por uma consulta. Os problemas atingem indistintamente os 5.565 municípios brasileiros e ocorrem tanto em megacidades metropolitanas como em municípios pobres nos rincões do Brasil. Apesar de haver também melhorias relativas pontuais na rede pública de saúde, o atendimento ainda está longe de ser considerado ideal. Uma relação mais humanizada e melhor infraestrutura são esperadas neste processo.

Diante de um sistema público de saúde ainda bastante frágil, bem como da evidente expansão do mercado de saúde suplementar, a sobrevivência e o desenvolvimento dos hospitais filantrópicos é imprescindível para garantir acesso à saúde.

A identificação e descrição dos principais desafios estratégicos, tendências, ameaças, oportunidades e estratégias dos hospitais filantrópicos, bem como a compreensão de seu ambiente competitivo, na perspectiva de seus gestores, além de preencher uma lacuna nas pesquisas de Gestão Hospitalar, contribuirá na revelação destes aspectos aos demais gestores hospitalares, especialistas do setor, estudantes, partes interessadas dos hospitais e público em geral.

O estudo contribuirá com a Gestão Hospitalar na medida em que auxiliará a revelar as maiores inquietudes e preocupações dos executivos dos hospitais filantrópicos, bem como as principais estratégias planejadas pelos mesmos a fim de superarem os desafios. A disseminação e compartilhamento dos principais desafios estratégicos enfrentados pelos hospitais filantrópicos e das estratégias delineadas, na ótica de seus executivos sêniores, poderá proporcionar aos gestores hospitalares em geral insumos para a reflexão e ação no que concerne à gestão de seus respectivos negócios.

A pesquisa também é relevante porque, ao auxiliar na evidenciação das principais tendências, ameaças, oportunidades e dificuldades vivenciadas pelos

hospitais de excelência, poderá envolver e conscientizar os *stakeholders* (partes interessadas) dos hospitais e/ou agentes do mercado de saúde suplementar, acerca do tema e problema propostos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Perspectiva histórica da organização hospitalar

A palavra hospital origina-se do latim “*hospitium*”, que significa local de hospedagem, ou local onde se hospedam as pessoas. Não se identifica, historicamente, um significado único e preciso ao termo hospital e suas atribuições baseavam-se nas necessidades concretas do espaço geográfico e do momento histórico (SANTOS; 1998).

O hospital através dos tempos apresenta três funções essenciais: segregadora, até 1.500; curativa, até 1910; profilática e curativa, até à atualidade. (CHERUBIN, 1988, apud SANTOS, 1998, p. 149).

Ao delinear a perspectiva histórica dos hospitais e do desenvolvimento da medicina, SANTOS (1998, p.149-150) destaca que:

Os médicos, na antiga Grécia, Egito, Índia, atendiam os enfermos em casa e aprendiam medicina junto aos templos. Na Grécia, muitos séculos a.C., encontrou-se construções junto aos templos dedicados a Esculápio, deus da medicina. Pessoas enfermas eram colocadas ante a estátua do deus para que a ação dos sonhos associada à de medicamentos empíricos preparados pelos sacerdotes pudessem curar os doentes. (TEIXEIRA, J.M.C.; 1983 apud SANTOS, 1998).

Os primeiros hospitais que se tem notícia datam do ano 400 a.C.. Neste ano, em Óstia, perto de Roma, Fabíola fundou um dos primeiros hospitais da Itália. Após a Idade Média, com o Renascimento, surgem diversos hospitais.

Em agosto de 1498, em Lisboa, Portugal, a rainha Leonor de Lancastre funda a primeira Santa Casa de Misericórdia do mundo, cuja finalidade essencial era a de recolher e curar os enfermos (SANTOS, 1998).

No Brasil, em 01 de novembro de 1543, Brás Cubas funda a primeira Santa Casa, a de Santos. A Santa Casa de Santos, assim, é uma instituição que existe mesmo antes da constituição e organização do Estado Brasileiro!

Na antiguidade, os hospitais inicialmente davam abrigo aos pobres, depois começaram a hospedar os peregrinos e finalmente atendiam, também, os acometidos de pestes. Suas condições de conforto e higiene eram precaríssimas e só os pobres a eles recorriam. Os mais abastados tratavam-se em casa, onde eram feitas, inclusive, cirurgias.

Num primeiro momento histórico os doentes eram afastados da sociedade para segurança da mesma: é a fase da segregação. Pouco ou quase nada se conhecia acerca de esterilização, desinfecção e assepsia.

Num segundo momento histórico, não tendo nenhuma preocupação com profilaxia, o ensino ou a pesquisa, os hospitais limitavam-se a uma medicina puramente curativa. Daí firmou-se o conceito de ser o hospital uma instituição ligada ao tratamento de pessoas enfermas.

As mudanças e os progressos porque passaram os serviços de saúde nos últimos tempos, a descoberta dos seres microscópios e o surgimento da bacteriologia (experiências de Pasteur e Lister no fim do séc. XIX e início do séc. XX), a evolução da medicina, o surgimento de especializações médicas, a especialização dos serviços hospitalares, o avanço tecnológico e o próprio desenvolvimento da medicina preventiva e social conferiram significativas mudanças na organização e nas atividades do hospital, tornando sua gestão muito mais complexa.

Em termos de estrutura do sistema de saúde, o Brasil conta atualmente com 241.664 estabelecimentos de saúde, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2012) do Ministério da Saúde. Estes estabelecimentos podem ser classificados mediante variados critérios. **Ao classificarmos os estabelecimentos por tipo de estabelecimentos, observamos que existem 6.690 hospitais**, sendo os demais estabelecimentos postos e centros de saúde, unidades básicas de saúde, clínicas e ambulatórios especializados, consultórios isolados, unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia, entre outros.

O Manual de Terminologia Básica em Saúde, conforme o Ministério da Saúde (1983), e a Portaria 115/2003 do Ministério da Saúde consideram:

- Hospital geral: aquele hospital capaz de prestar assistência a pacientes, primordialmente, nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia e pediatria; deve dispor de serviços de apoio à diagnose e terapia, podendo dispor de serviços de urgência, emergência e habilitações especiais; capaz de atender pelo menos média complexidade.

- Hospital especializado: hospital destinado a prestar assistência a pacientes em uma ou mais especialidades, podendo dispor de serviços de apoio à diagnose e terapia e /ou habilitações especiais; geralmente de referência regional ou estadual;

- Hospital dia: unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação.

A tabela abaixo denota os estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimento:

CNES - Estabelecimentos por Tipo - Brasil	
Quantidade por Tipo de Estabelecimento	
Período: Abr/2012	
Tipo de Estabelecimento	Total
Central de Regulação de Serviços de Saúde	507
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	172
Centro de Atenção Psicossocial	1.989
Centro de Apoio a Saúde da Família	388
Centro de Parto Normal	20
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	32.466
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	35.892
Consultório Isolado	117.142
Cooperativa	290
Farmácia Medic Excepcional e Prog Farmácia Popular	925
Hospital Dia	418
Hospital Especializado	1.133
Hospital Geral	5.139
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	83
Policlínica	4.789
Posto de Saúde	10.989
Pronto Atendimento	416
Pronto Socorro Especializado	142
Pronto Socorro Geral	520
Secretaria de Saúde	5.149
Unid Mista - atend 24h: atenção básica, intern/urg	841
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	153
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	18.032
Unidade de Vigilância em Saúde	1.589
Unidade Móvel Fluvial	23
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	1.614
Unidade Móvel Terrestre	843
Total	241.664
Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES	

TABELA 1 – Quantidade de Estabelecimentos de Saúde por Tipo de Estabelecimento

Consoante o CNES (2012) e Manual de Terminologia Básica em Saúde do Ministério da Saúde (1983) pode-se, por tipo de prestador, classificar os hospitais em: públicos, privados, filantrópicos ou sindicais.

Os **hospitais públicos** são aqueles que integram o patrimônio da União, Estados membros, Distrito Federal ou municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado). Os **hospitais privados** são aqueles que integram o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituídos pelo Poder Público. **Os hospitais filantrópicos são aqueles que integram o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, mantidos parcial ou integralmente por meio de doações, cujos membros de seus órgãos de direção e consultivos não sejam remunerados, que se proponha à prestação de serviços gratuitos à população carente em seus ambulatórios reservando leitos, de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito, organizado e mantido pela comunidade, e cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio de despesa de administração e manutenção** (Manual de Terminologia Básica em Saúde, 1983).

A figura abaixo apresenta a distribuição dos hospitais brasileiros, segundo o CNES (2012), por tipo de estabelecimento e por tipo de prestador:

CNES - Estabelecimentos por Tipo - Brasil					
Quantidade por Tipo de Estabelecimento e Tipo de Prestador					
Período: Abr/2012					
Tipo de Estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado	Total	%
Hospital Dia	43	12	363	418	6%
Hospital Especializado	248	160	725	1.133	17%
Hospital Geral	1.851	1.324	1.964	5.139	77%
Total	2.142	1.496	3.052	6.690	100%
%	32%	22%	46%	100%	0%
Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES					

TABELA 2 – Quantidade de Estabelecimentos de Saúde por Tipo de Estabelecimento e por Tipo de Prestador

O Ministério da Saúde brasileiro (1983, p. 09) define hospital como “estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica e hospitalar a pacientes em regime de internação”, ou seja, local onde são efetuados atendimentos a pacientes internados, fazendo um contraponto ao conceito de atendimento ambulatorial, ou seja, aquele prestado em local sem regime de internação.

Os hospitais filantrópicos no Brasil desempenham papel fundamental no sistema de saúde e na sociedade brasileira. Filantropia origina-se do grego *philos* – amor – e *antropos* – homem, isto é, amor do homem pelo próximo, amor do homem pelo ser humano. O significado de filantropia é “amor à humanidade” e “caridade” (FERREIRA, 2004).

A filantropia remete à ideia de comunidade fundamentada numa sensibilidade moral para resolver a dialógica existente entre miséria e ordem, constituindo-se, portanto, na a síntese entre o interesse individual e interesse coletivo (PROCACCI, 1993 apud FASCINA, 2009, p.15). Beghin (2005) afirma que no Brasil a filantropia em saúde foi bastante associada à Igreja Católica, às Irmandades de Misericórdia e à instalação das Santas Casas. Beghin (2005) expressa ainda que a prática da filantropia pode se revelar um meio de dominação de setores mais ricos sobre mais pobres, protegendo o Estado de sua dívida em relação aos mais pobres.

O Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) é uma ação do Ministério da Saúde dirigida ao fortalecimento do SUS em parceria com hospitais filantrópicos de qualidade reconhecida. Essa parceria reflete o comprometimento com a melhoria da qualidade das condições de saúde da população brasileira, mediante transferência, desenvolvimento e incorporação de novas práticas em áreas estratégicas para o sistema. Baseadas em termos prioritários determinados pelo Ministério da Saúde (MS), as instituições parceiras apresentam projetos a serem executados em períodos de 3 anos. A Lei 12.101/09 atribuiu o termo “excelência” para as instituições que participam dos benefícios de isenção.

Estabeleceu-se assim a expressão “hospitais de excelência”, nome hoje utilizado por essas instituições para reconhecer que foram habilitadas pelo Ministério da Saúde e cumprem os requisitos para apresentação dos projetos de apoio ao SUS em troca de isenção de contribuições sociais. A denominação indica que as instituições de saúde assim reconhecidas passam a integrar as ações estratégicas do SUS de maneira mais intensa por conta do uso otimizado de sua capacidade técnica e conhecimento. Seis hospitais obtiveram o reconhecimento como hospitais de excelência: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital

Israelita Albert Einstein, Hospital Samaritano, Hospital Sírio Libanês e Hospital Moinhos de Vento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Erdmann e Moreira (2010, p. 02) descrevem: “É senso comum que as organizações estão diante de um ambiente cada vez mais dinâmico e competitivo, e que cada vez mais estão em busca de eficiência e eficácia em seus processos”.

Segundo Stacey (1995 apud ERDMANN e MOREIRA, 2010, p.02), as organizações estão cada vez mais direcionadas para as formas de lidar com as mudanças, e que o nível de incerteza nos coloca a frente de situações cada vez mais ambíguas e confusas, que precisam ser resolvidas para que as organizações prosperem.

PORCIUNCULA e SAUSEN (2009, p. 01) afirmam que “durante as últimas décadas, as organizações têm passado por inúmeras transformações devido às mudanças em todo mundo, que vem desde a globalização, com a ideia de livre comércio, até o surgimento de novas tecnologias da informação e comunicação. [...] o nascimento de uma nova sociedade assinala para mudanças significativas na criação de riqueza”.

Stacey (2000 apud PASCUCCI e JUNIOR, 2011, p.02) descreve que sob a perspectiva da complexidade, a natureza é percebida como algo paradoxal e em contínuo estado de mudança. Stacey (1996 apud PASCUCCI e JUNIOR, 2011, p.3) caracteriza sistemas complexos como sistemas com múltiplos elementos em interação cujo comportamento não pode ser inferido a partir do comportamento das partes.

Porciuncula e Sausen (2009, p.01, grifo nosso), descrevem que “neste contexto a **organização hospitalar se caracteriza como uma complexa e completa organização social, uma vez que conta com múltiplas funções e objetivos nobres**, apresentando-se como um rico ambiente para a pesquisa científica”.

A complexidade dos hospitais é oriunda das características destas organizações: difícil definição e mensuração dos resultados e da *performance*, trabalho desenvolvido variável e complexo, volume relevante de trabalho de natureza emergencial (imprevisibilidade), baixo nível de tolerância aos erros,

atividades extremamente especializadas, pouco controle gerencial efetivo sobre os principais responsáveis pelo trabalho – os médicos, existência de dupla linha de comando, em alguns casos (SHORTELL, KALUZNY, 1993). Organizações complexas são aquelas que possuem objetivos ambíguos, uso de tecnologia múltipla e complexa, poder compartilhado e pluralidade de profissionais que nela atuam (MINTZBERG, 2007). Este conceito parece contemplar fortemente as organizações hospitalares.

Organizações sociais como hospitais são complexas, surpreendentes, ambíguas e paradoxais. Dois aspectos críticos da abordagem estratégica, nestas organizações, têm sido a formação de estratégias e a complexidade organizacional, onde a dicotomia entre intenção e ação tem sido observada e a burocracia profissional se faz presente. (PASCUCCI, JUNIOR, 2011, p.01).

2.2 Perspectiva histórica da Saúde Suplementar no Brasil

Com relação à evolução e desenvolvimento da saúde suplementar no Brasil, Pietrobon, Prado e Caetano (2008, p.03-04) afirmam que a saúde suplementar estruturou-se após a revolução industrial, mediante o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Os IAPs representavam as categorias profissionais dos trabalhadores urbanos e compravam serviços de saúde. Os referidos autores mencionam que nos anos 1940 surgiram as primeiras Caixas de Assistência, como a CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, que reembolsavam os funcionários quando da utilização de serviços de saúde externos à previdência social. Nos anos 1950, as empresas estatais e multinacionais desenvolvem serviços médicos e assistenciais próprios para atendimento direto de seus empregados.

No Brasil, a atividade econômica de assistência à saúde fortaleceu-se no final dos anos 1950, tendo em vista o início da industrialização e desenvolvimento do parque produtivo do país e a consolidação das instituições privadas como as principais prestadoras de serviços hospitalares a uma nascente classe média. As corporações multinacionais estrangeiras estimularam a formação das primeiras

entidades de prestação de serviços médicos, financiando com recursos próprios a contratação de médicos e estrutura de atendimento interna das fábricas para provimento de saúde dos seus empregados. Em contraponto, o Estado buscou centralizar as ações de saúde, buscando atender a toda população, objetivando minimizar os efeitos sociais de uma estratificação econômica no campo da assistência à saúde. Assim, o segmento privado de assistência à saúde integrou hospitais, médicos, laboratórios e fornecedores de insumos, obtendo prestígio e alto padrão de serviços de saúde, em contradição aos altos custos, baixa abrangência na saúde coletiva e concentração em grandes centros urbanos, especialmente da região Sul e Sudeste. (MARINHO, MORENO e CAVALCANTI, 2001).

Vilarinho (2004, p.04-07) denota que após os anos 50 verificou-se uma tendência ao fortalecimento do mercado e a redução do papel do Estado nas economias com o paulatino aceite da lógica neoliberal pela maior parte dos governos ocidentais, em contraponto a crescente conscientização da sociedade quanto aos direitos sociais, em especial aqueles relacionados às relações de consumo.

Pietrobon, Prado e Caetano (2008, p.04) mencionam que os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) são unificados em 1966, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Eles informam que “essa unificação forçou a expansão dos credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde, privilegiando hospitais e multinacionais de medicamentos. Portanto a década de 60 foi um marco na história da saúde suplementar”. Os autores afirmam ainda que no final da década de 1960 as possibilidades de assistência médica eram várias: a rede INPS, com unidades próprias e credenciadas, tanto para trabalhadores rurais, quanto urbanos, e autogestões de empresas com planos próprios.

Macera e Saintive (2004, p.07) informam que “na década de 1960 a Previdência Social deu início aos financiamentos de assistência médica para empresas, via convênios, no qual as empresas assumiam a responsabilidade pela prestação da assistência médica em contrapartida de uma dispensa de contribuição ao sistema nacional de assistência”. Informam ainda que em 1966 foi instituído o seguro saúde, que após ser regulamentação dava direito aos segurados de escolha do médico e/ou hospital, sendo posteriormente reembolsados pelo montante pago.

No Brasil, a expansão do produto plano/seguro saúde iniciou-se na década de 60, motivada pelas deficiências de atendimento da rede pública. [...] Em 1967, foi criada a primeira cooperativa Unimed, buscando oferecer uma alternativa às empresas de medicina de grupo e ao atendimento previdenciário deficiente. Este tipo de 'grupos de médicos' cresceu em diversas regiões do país, a ponto da Unimed se tornar sinônimo de cooperativa médica (atualmente a Unimed representa a maior parte das cooperativas médicas do país). (MACERA; SAINTIVE; 2004, p. 07).

Na década de 1970 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, capitaneado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), desmembrando o INPS, o que privilegiou a aquisição de serviços do setor privado, provocando o desenvolvimento deste setor (RONCALLI, 2003 apud PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008, p.04).

Macera e Saintive (2004, p.07) mencionam que “em 1977, a COMIND tornou-se a primeira seguradora a operar no setor de saúde, seguida pelo Itaú.”

Segundo Roncalli (2003 apud Pietrobon, Prado e Caetano, 2008) “a década de 80 é marcada por crises políticas, sociais e econômicas e, ainda, cresce o movimento sanitário brasileiro, que culmina com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na manutenção e ampliação do setor suplementar.” Macera e Saintive (2004) expressam que a década de 1980 é marcada pela entrada de grandes seguradoras no mercado da saúde, a exemplo da Bradesco Saúde, em 1984, e da Sul América, em 1986.

Em 1988, a Constituição Federal estabelece a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando a assistência à saúde universal, integral em gratuita.

Antes do SUS, a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças (como por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico hospitalar para poucas doenças, servindo aos indigentes, ou seja, quem não tinha acesso ao atendimento pelo INAMPS. Grande parte da população também era atendida por serviços filantrópicos. O INAMPS, que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que era uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), objetivava prestar atendimento médico às pessoas que contribuíam com a previdência social, ou seja, empregados de

carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maioria de seus atendimentos eram prestados pela iniciativa privada.

O Sistema Único de Saúde - SUS teve seus princípios estabelecidos pela Lei Orgânica de Saúde, em 1990. A Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o Sistema Único de Saúde – SUS, prevê em seu Artigo 7º, como princípios do sistema, entre outros:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; (BRASIL, 1990).

A implantação do SUS significou a extensão da assistência médico-sanitária a expressivos contingentes de brasileiros, a partir da qual o acesso aos serviços de saúde foi universalizado a todos os brasileiros, independente de situação empregatícia ou legal, já que até então a assistência médica, sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), estava restrita aos trabalhadores que contribuíssem com a Previdência Social ou sujeita a atendimentos em serviços filantrópicos. Contudo ainda existe um relevante “gap” para que toda população efetivamente usufrua de serviços de saúde de maneira completa e integral (PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008, p.02).

Macera e Saintive (2004, p.09) informam que “enquanto o SUS teve seus fundamentos legais consolidados na Lei 8080/1990, o mesmo não ocorreu com o setor privado.”

Pietrobon, Prado e Caetano (2008, p.04-05) mencionam que o setor privado permaneceu sem regulamentação durante anos, de modo que os conflitos entre os consumidores e as operadoras de saúde prosperaram. Em 1998, a Lei Federal 9.656/98 inicia a sustentação legal do setor de saúde suplementar objetivando minimizar os conflitos, especialmente relacionados às exclusões de atendimento e mensalidades abusivas. Em 2000, a Lei 9.961/00 cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 2000).

Malta et al (2004, apud Pietrobon, Prado e Caetano, 2008, p.09) identificam que a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) possui três ênfases: regulação financeira das operadoras, a regulação das relações de consumo de modo a preservar o direito dos consumidores, e controle dos preços dos produtos de assistência à saúde.

Pietrobon, Prado e Caetano (2008, p.10) destacam que:

[...] há a necessidade premente de que a ANS atue mais diretamente nas relações conturbadas entre as operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e beneficiários, mediando as tensões e contribuindo ativamente para a melhoria do sistema de saúde como um todo.

Malagón, Morera e Laverde (2010) explicam que os serviços de saúde são aqueles destinados a promover, proteger e recuperar a saúde e prevenir doenças, sendo classificados em níveis de atenção à saúde, que variam em função da complexidade exigida para o atendimento e da estrutura disponível. Afirmam que os hospitais possuem papel importantíssimo nos sistemas de saúde, sendo responsáveis por receber pacientes cujos problemas não foram solucionados nos níveis primário e secundário de atenção, sendo os grandes responsáveis pela recuperação da saúde.

Atualmente no Brasil, o Ministério da Saúde categoriza a atenção à saúde em níveis: A atenção primária ou atenção básica consiste na primeira atenção que a população recebe, compreendendo as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças ou agravos em doenças pré-existentes e é operacionalizada através do programa de saúde da família, dos postos de saúde e das unidades básicas de saúde. A atenção secundária consiste nos ambulatórios e clínicas especializados, que atendem à demanda de atenção à saúde de média complexidade. A atenção terciária consiste no atendimento de alta complexidade e internação, compreendendo os serviços necessários à recuperação e reabilitação da saúde, sendo operacionalizada pelos hospitais. O quarto nível de atenção refere-se aos atendimentos de urgência e/ou emergência, sendo operacionalizado pelos Serviços de Atendimento Médico de Urgência – SAMU, Unidades de Pronto Atendimento – UPAs - e Serviços de Emergência (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2012).

Ao se avaliar o mercado de saúde suplementar brasileiro, identifica-se que atualmente **existem 47,6 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica** e 1.180 operadoras de saúde médico-hospitalares em atividade em 2011. A receita média por beneficiário das operadoras médico – hospitalares foi de R\$ 134,73 em 2011. As receitas das operadoras somaram R\$ 83,5 bilhões em 2011, indicando um crescimento de 11,7% em relação a 2010. A taxa de sinistralidade (relação entre a despesa assistencial e receita de contraprestações) atingiu 81,6% em 2011. **A taxa de cobertura, que consiste na razão, expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população em determinada área, atingiu 25% no total do Brasil em 2011. Na região Sudeste, a cobertura assistencial dos planos privados chega a 38,3% da população. Quando analisamos as capitais do Sul e do Sudeste, observamos que a cobertura ultrapassa 50% da população daquelas localizações (ANS, 2012).**

As Figuras abaixo ilustram, respectivamente, o crescimento do número de beneficiários de planos de saúde privados no Brasil de 2000 a 2011 e a taxa de cobertura dos planos de assistência médica em 2011:

Beneficiários de Planos Privados de Saúde por Cobertura Assistencial do plano (Brasil -2000-2011)

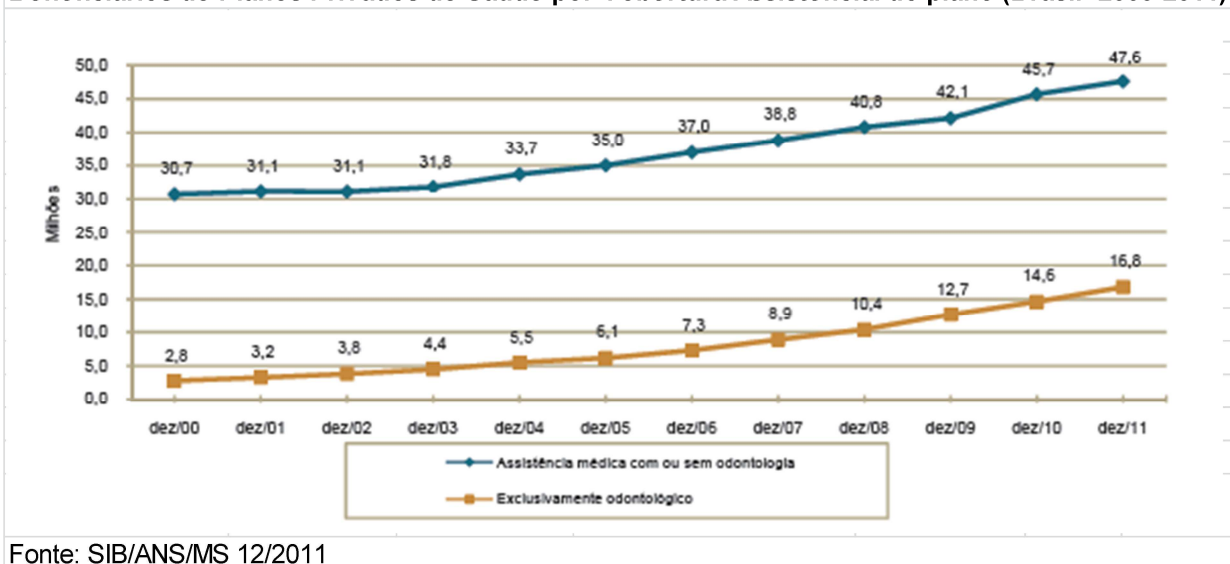


FIGURA 1 – Beneficiários de Planos Privados de Saúde (Brasil 2000-2011)

Taxa de Cobertura da População por localização (em dezembro/2011), em %				
Região	Total	Capital	Região Metropolitana da Capital	Interior
Norte	10,8	24,3	23,2	4,9
Nordeste	11,5	31,5	26,0	6,0
Centro Oeste	17,4	27,3	23,2	11,5
Sul	23,9	51,1	37,7	19,9
Sudeste	38,3	58,8	49,0	31,3
Brasil	25,0	44,0	38,5	19,0

Fonte: ANS: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, março/2012.

TABELA 3 – Taxa de Cobertura da Saúde Suplementar por Localização

Outra característica importante do mercado de saúde complementar é a concentração. Os dados de 2010 evidenciam que 3,5% das operadoras detinham 50,3% do número de beneficiários de planos de assistência médica privados do país (ANAHP, 2011). Dados de 2012 revelam que o mercado continua em processo de concentração, com o número de operadoras de planos médico-hospitalares decrescendo continuamente. No período de 2011 a 2012 foram fechadas 44 operadoras, totalizando 961 operadoras em atividade. Em dezembro de 2012, as 10 maiores operadoras (agrupadas por grupo econômico) abrangiam 37,7% do mercado, o que representava 18,1 milhões de beneficiários. (ANAHP, 2013).

Nível de Concentração das Operadoras de Planos de Assistência Médica			
Nº de Beneficiários	Part.%	Nº de Operadoras	Part.%
4.745.043	10,4%	2	0,2%
9.952.687	21,8%	6	0,6%
14.143.871	31,0%	11	1,1%
18.226.540	40,0%	19	1,8%
22.297.390	50,3%	36	3,5%
31.888.961	70,0%	112	10,8%
40.999.357	90,0%	347	33,3%
45.570.031	100,0%	1.041	100,0%

Fonte: Observatório ANAHP 2011

FIGURA 2 – Nível de Concentração das Operadoras de Saúde

O mundo está mudando rapidamente. A globalização tem interligado o mundo e as pessoas. A integração econômica, social, cultural se intensifica fundamentada pelos progressos tecnológicos e aprimoramento da logística. O desenvolvimento da comunicação e da tecnologia da informação tem sido acelerados nos últimos anos. Os mercados se expandiram. Os horizontes mercadológicos são o globo. De forma geral, em nossa aldeia global, é possível ofertar produtos e serviços em qualquer parte do planeta, tanto quanto buscar recursos produtivos de qualquer local. Por parte da demanda, é possível procurar bens via internet e recebê-los poucos dias depois oriundos de outro continente, a milhares de quilômetros de distância de onde nos encontramos. As empresas competidoras não são mais aquelas que circunvizinhavam, podendo encontrar-se em qualquer local do planeta.

O mercado de saúde suplementar também acompanha o processo de globalização. Um exemplo disto no Brasil foi a venda da operadora de saúde AMIL, bem como de parte de sua rede de hospitais, para a *United Health Care* – uma das maiores seguradoras de saúde norte-americana. O turismo médico – onde pacientes estrangeiros procuram médicos e hospitais brasileiros - também é indicativo desta globalização no mercado da saúde; apesar de ainda possuir escala não muito significativa.

As despesas com saúde no Brasil em 2012 representaram cerca de 9% do Produto Interno Bruto – PIB, o que correspondeu a aproximadamente R\$ 396 bilhões. O setor de saúde é um relevante empregador, empregando cerca de 2,9 milhões de pessoas. (ANAHP; 2013).

O ano de 2012 foi um período importante para a saúde brasileira com a discussão sobre a assistência médica em grande evidência. Notícias sobre a lotação dos pronto-atendimentos dos hospitais, o crescimento do número de beneficiários, a ineficiência dos planos de saúde, a queda do número de leitos e, mais recentemente, a luta pela desoneração fiscal do setor foram os assuntos que estamparam as manchetes dos principais veículos de comunicação do país. Graças a este intenso debate, pode-se dizer que essa mudança de comportamento da imprensa e do próprio cidadão no que diz respeito à saúde brasileira sinaliza um processo evolutivo. (ANAHP; 2013; p. 05).

2.3 Estratégia – Conceitos e teorias

Drucker (2001) destaca que os meios de produção não são mais os recursos naturais, mão de obra e capital e que o valor é atualmente criado pela produtividade e pela inovação, enquanto aplicações do conhecimento ao trabalho.

Bauer (1999 apud PORCIUNCULA e SAUSEN, 2009, p.01) destaca que “a existência de um ambiente (mercado) em evolução, que impõe às organizações a necessidade de adaptação, proporcionou que atributos como flexibilidade e criatividade adquirissem mais importância que a mera eficiência: a mentalidade mecanicista começa a dar lugar a uma mentalidade organicista”. A Teoria da Contingência enfatiza que não há nada de absoluto nas organizações. Tudo é relativo. Tudo depende. A abordagem contingencial explica que existe uma relação funcional entre as condições do ambiente e as técnicas administrativas apropriadas para o alcance eficaz dos objetivos da organização. As organizações são sistemas abertos que necessitam se adaptar ao ambiente para sobreviver e crescer.

O ser humano ao longo das últimas décadas, em função do incremento da complexidade nas atividades econômicas, onde as mudanças tornaram-se rotineiras e as incertezas se multiplicaram, tem procurado melhor entender e desenhar o futuro. Além das mudanças tecnológicas e econômicas, as mudanças sociais, políticas e culturais também se tornaram mais rápidas, complexas e agressivas (IAN; RALSTON, 2006).

Diante deste um mundo complexo e em constante transformação, as organizações buscam desenvolver conceitos, métodos, técnicas e sistemas que lhes permitam competir no longo prazo e assegurar o sucesso organizacional.

É neste contexto que surge a estratégia ou gestão da estratégia.

Relevante o entendimento que o conceito de estratégia não é uniforme. Contudo, nos esforços de teorização acerca da estratégia, três correntes teóricas tem se destacado: (1) a Resources based view (RBV), (2) a Porteriana e a da (3) Estratégia como prática.

Na ótica da RBV os elementos fundamentais da estratégia são seus recursos e competências organizacionais, que lhe assegurarão vantagem competitiva sustentável no longo prazo. Na visão porteriana a essência de uma estratégia bem sucedida é a relação entre a estrutura da empresa e seu ambiente. O ambiente e a natureza da indústria ou mercado assumem papel material. Na perspectiva da estratégia como prática social os fundamentos recaem sobre os partícipes e sua constante interação social (VALADÃO; SILVA; 2011).

Leon (2011, p. 01, grifo nosso) comenta que:

In a world where everything changes within a few seconds information travel from one continent to another in just a couple of seconds and customers are becoming harder to satisfy because of their high level of indecision, managers have a difficult thing to do. **They have to analyze the environment, to anticipate the next changes, to create the image of the future and to build and develop a sustainable strategy.** In other words, if they want their companies to succeed in a turbulent environment then they will have to be oriented towards strategic planning.

Consoante Churchill e Peter (2000, p. 86), “o planejamento estratégico centra-se em objetivos de longo prazo, concentrando-se em atividades que resultem no desenvolvimento de uma missão organizacional clara, bem como de objetivos organizacionais e de estratégias que permitam à empresa alcançar tais objetivos”. Churchill e Peter (2000) concebem que a estratégia deve tanto definir para onde a organização quer ir, quanto o modo como se chegar lá.

Neste mesmo sentido, Chandler (1998) denota que a estratégia consiste na definição dos principais objetivos de longo prazo da empresa e na adoção de linhas de ação e alocação de recursos objetivando alcançar estes objetivos. Para Chandler, a estrutura organizacional deve ser pensada de forma a acompanhar a estratégia delineada. A estrutura organizacional pode contribuir, mas uma estratégia completa deve considerar a relação entre os estímulos externos e internos da empresa (ANSOFF, 1973).

Segundo Slack (1997, p.89) a estratégia consiste em “um padrão global de decisões e ações que posicionam a organização em seu ambiente e têm o objetivo de fazê-la atingir seus objetivos de longo prazo”. Slack (1997) enfatiza que a decisão estratégica tem efeito abrangente e relevante, define a posição da organização

relativamente a seu ambiente e aproxima a organização de seus objetivos de longo prazo.

Segundo Montgomery e Collis (1998), a estratégia pode ser vista como a busca deliberada de um plano de ação para desenvolver e ajustar a vantagem competitiva de uma empresa.

O principal papel da estratégia é mapear o curso de uma organização para que ela navegue coesa em seu ambiente. A estratégia promove a coordenação das atividades. Sem a estratégia as pessoas puxam em direções diferentes e sobrevém o caos. A estratégia proporciona às pessoas uma forma de entender sua organização, distingui-la das outras, reduzindo ambiguidades e ordenando. Estabelece certezas provisórias. Apesar do conceito de estratégia estar fundamentado em estabilidade, grande parte do estudo em estratégia focaliza as mudanças (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL; 2010).

Miller e Friesen (1982) mencionam que a estratégia pressupõe a forte interação e relação da organização com um ambiente dinâmico; e que o “fazer estratégia” denota o *modus operandi* mais do que a postura, sendo a estratégia um processo.

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010, p. 24-27) abordam em sua obra conceitos acerca de estratégia sob a ótica de dez escolas de pensamento estratégico. Os autores mencionam que existem vários conceitos e concepções acerca de estratégia. Eles comentam que para alguns “estratégia é um plano, ou algo equivalente – uma direção, um guia ou um curso de ação para o futuro, um caminho para ir daqui até ali”. Afirmam que para outros, “estratégia é um padrão, isto é coerência em comportamento ao longo do tempo. Para os autores, “ambas as definições parecem ser válidas: organizações desenvolvem planos para seu futuro e também extraem padrões de seu passado. Podemos chamar uma de estratégia pretendida e a outra de estratégia realizada.”

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010, p.26-27) conceituam estratégia deliberada e estratégia emergente:

Intenções plenamente realizadas podem ser chamadas de estratégias deliberadas. As que não foram podem ser chamadas de estratégias não realizadas. [...] Mas há um terceiro caso, o que chamamos de estratégia

emergente, em que um padrão realizado não era expressamente pretendido. Foram tomadas providências, uma a uma, que convergiram, com o tempo, para algum tipo de coerência ou padrão. [...] poucas estratégias – ou nenhuma – são puramente deliberadas, assim como poucas são totalmente emergentes, Uma significa aprendizado zero, a outra significa controle zero. Todas as estratégias da vida real precisam misturar esses dois aspectos de alguma forma: exercer controle fomentando o aprendizado. Em outras palavras, as estratégias devem *formar*, bem como ser *formuladas*.

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010, p.27-30) ressaltam que a estratégia pode ser entendida ainda como uma posição ou uma perspectiva: “ Para algumas pessoas estratégia é uma *posição*, isto é, a localização de determinados produtos em determinados mercados. [...] para outras, estratégia é uma *perspectiva*, isto é, a maneira fundamental de uma empresa fazer as coisas.” A estratégia, segundo os referidos autores, também é vista por muitas pessoas como um truque: “Estratégia é um truque, isto é, uma ‘manobra’ específica para enganar um oponente ou concorrente.”

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010, p.30-33) afirmam que a estratégia fixa a direção, concentra o esforço, define a organização e favorece a coerência. Neste sentido, os autores apresentam as vantagens e desvantagens da estratégia:

O principal papel da estratégia é mapear o curso de uma organização para que ela navegue coerente em seu ambiente. [...] A estratégia promove a coordenação das atividades. Sem a estratégia para concentrar os esforços, as pessoas puxam em direções diferentes e sobrevém o caos. [...] A estratégia propicia às pessoas uma forma taquigráfica para entender sua organização e distingui-la das outras.”

A direção da estratégia também pode constituir um conjunto de antolhos para ocultar perigos em potencial. Seguir um curso determinado em águas desconhecidas é a maneira perfeita de coincidir com um iceberg. É importante olhar para os lados. [...] O ‘pensamento grupal’ surge quando o esforço é excessivamente concentrado. Pode não haver visão periférica para abrir outras possibilidades. [...] Definir a organização com excesso de exatidão também pode significar defini-la com excesso de simplicidade, as vezes até o ponto de estereotipá-la, perdendo assim a rica complexidade do sistema.

A maioria das organizações é composta de várias unidades de negócio e apoio, o sistema de gestão deve promover também a integração da estratégia ao longo das diversas unidades organizacionais. Além de alinhar as unidades

organizacionais com a estratégia, o sistema também deve alinhar os empregados com a estratégia. Se os empregados não compreenderem a estratégia e não estiverem motivados para realizá-la, o sucesso será altamente improvável (KAPLAN; NORTON; 2008). A adequada aplicação de ferramentas como o Mapa Estratégico e *Balanced Scorecard* assegura o alinhamento das diversas unidades de negócio ou apoio (ou departamentos) aos objetivos organizacionais, fornecendo aos executivos uma estrutura de governança corporativa que ajuda a criar valor, devido às sinergias organizacionais. Além do alinhamento das unidades organizacionais, a administração corporativa deve promover o alinhamento das pessoas, dos processos e dos sistemas com a estratégia (KAPLAN; NORTON; 2006).

A essência da formulação de uma estratégia competitiva é relacionar uma empresa ao seu ambiente. O aspecto fundamental do ambiente é a indústria onde a empresa compete. A estrutura da indústria tem relevante influência na determinação das regras competitivas do jogo, assim como nas estratégias potencialmente disponíveis para a empresa. A concorrência em uma indústria age continuamente no sentido de reduzir a taxa de retorno do capital investido na direção da taxa competitiva básica. A intensidade da concorrência em uma indústria depende de cinco forças competitivas básicas: ameaça de entrantes potenciais, poder de negociação dos fornecedores, ameaça de produtos ou serviços substitutos, poder de negociação dos compradores e grau de rivalidade entre os concorrentes existentes. Uma vez diagnosticadas as forças competitivas que afetam as empresas em uma indústria e suas causas, a empresa pode identificar seus pontos fortes e fracos em relação à indústria. **A estratégia competitiva assume uma ação ofensiva ou defensiva de modo a criar uma posição em que as capacidades da empresa proporcionem a melhor defesa contra o conjunto existente das forças, ou influenciar o equilíbrio das forças a partir de movimentos estratégicos e assim melhorar a posição relativa da empresa, ou ainda antecipar-se às mudanças escolhendo uma estratégia apropriada ao novo equilíbrio competitivo (PORTER, 2004).**

Porter (2004, p.31) menciona que:

Uma vez diagnosticadas as forças que afetam a concorrência em uma indústria e suas causas básicas, a empresa está em posição para identificar seus pontos fracos e fortes em relação à indústria. Do ponto

de vista estratégico, as condições cruciais são o posicionamento da empresa quanto às causas básicas de cada força competitiva. Onde a empresa deve se posicionar em relação aos substitutos? Contra as fontes de barreiras de entrada? Competindo com a rivalidade de concorrentes estabelecidos? Uma estratégia competitiva efetiva assume uma ação ofensiva ou defensiva de modo a criar uma posição defensável contra as cinco forças competitivas.

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), ao abordarem o tema da estratégia competitiva e posicionamento, referem-se a Porter e sua obra como um divisor de águas. Os autores, ao citarem a rivalidade entre as empresas concorrentes do Modelo das Cinco Forças Competitivas de Porter, afirmam que:

A intensidade da rivalidade entre as empresas concorrentes [...] é, para Porter, um cruzamento entre guerra aberta e diplomacia pacífica. As empresas competem para conquistar posições. Elas podem atacar umas às outras ou concordar tacitamente em coexistir, talvez até formando alianças. [...] As peculiaridades de cada uma dessas forças [ameaça de novos participantes, poder de barganha dos fornecedores da empresa, poder de barganha dos clientes da empresa, ameaça de produtos substitutos e intensidade da rivalidade entre as empresas concorrentes] explicam porque as empresas adotam uma determinada estratégia. (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL; 2010, p. 107).

Porter (2004) estabelece três estratégias genéricas para superar a concorrência numa indústria: liderança em custo total, diferenciação e enfoque ou nicho. Ao referir-se a estratégia de liderança em custo total, o autor menciona que:

Uma posição de baixo custo produz para a empresa retornos acima da média em sua indústria apesar da presença de intensas forças competitivas. A posição de custo dá à empresa uma defesa contra a rivalidade de seus concorrentes, porque seus custos mais baixos significam que ela ainda pode obter retornos depois que seus concorrentes tenham consumido seus lucros na competição. [...] Atingir uma posição de custo total baixo quase sempre exige uma alta parcela de mercado relativa ou outras posições vantajosas, como acesso favorável às matérias-primas. [...] colocar em prática a estratégia de baixo custo pode exigir investimento pesado de capital [...]. (PORTER, 2004, p.37-38).

Ao destacar a estratégia genérica de diferenciação e a estratégia de enfoque (ou nicho), Porter (2004) afirma que:

A estratégia de diferenciação consiste em diferenciar o produto ou o serviço oferecido pela empresa criando algo que seja considerado único

no âmbito de toda a indústria. Os métodos para atingir essa diferenciação podem assumir muitas formas: projeto ou imagem da marca, tecnologia, peculiaridades, serviços sob encomenda, rede de fornecedores ou outras dimensões. Em termos ideais a empresa diferencia ao longo de várias dimensões. [...] A diferenciação proporciona isolamento contra a rivalidade competitiva devido à lealdade dos consumidores com relação à marca como também a menor sensibilidade ao preço. [...] Atingir a diferenciação pode, às vezes, tornar impossível a obtenção de uma alta parcela de mercado. Em geral, requer um sentimento de exclusividade que é incompatível com a alta parcela de mercado.

A estratégia de enfoque consiste em focar um determinado grupo comprador, um segmento da linha de produtos, ou um mercado geográfico. [...] a empresa atinge a diferenciação por satisfazer melhor as necessidades de seu alvo particular, ou por ter custos mais baixos na obtenção desse alvo, ou ambos. Mesmo que a estratégia de enfoque não atinja baixo custo ou diferenciação do ponto de vista do mercado como um todo, ela realmente atinge uma ou ambas as posições em relação ao seu estreito alvo estratégico. (PORTER, 2004, p.39-40).

Porter (1985) introduziu o conceito de cadeia de valor. A estrutura ou lógica da cadeia de valor consiste em desmembrar a empresa em atividades primárias e de apoio. As atividades primárias são aquelas relacionadas ao fluxo de produtos até o cliente, consistindo em logística de entrada (recebimento, armazenagem, controle de estoque), operações (produção, transformação), logística de saída (processamento de pedidos, expedição e distribuição), marketing, vendas e serviços (pós-venda, instalações e reparos). As atividades de apoio destinam-se a apoiar as atividades primárias e consistem em suprimento, gerenciamento de recursos humanos, desenvolvimento tecnológico e infra-estrutura da empresa (gestão, finanças etc). Para Porter as margens de lucro objetivadas pela empresa dependem de como ela gerencia a cadeia de valor. Ele define cadeia de valor como a maneira sistemática de examinar todas as atividades desempenhadas pela empresa e como elas interagem entre si.

Kim e Mauborgne (2005) propõem uma lógica estratégica diferente, que denominam de inovação de valor, na qual as empresas criadoras de oceanos azuis não recorreram aos concorrentes como paradigmas, mas focam-se em ofertar saltos de valor aos consumidores, desbravando mercados inexplorados, tornando a concorrência irrelevante.

A diversidade dos recursos da empresa é um valioso elemento estratégico para o sucesso da empresa, ou seja, empresas eficientes podem sustentar condição de vantagem competitiva se seus recursos não puderem ser copiados por outras empresas (BARNEY; 1991). Wernerfelt (1985) conceitua recurso como algo que pode ser pensado ou compreendido como um ponto forte ou ponto fraco de uma empresa. As empresas obtêm vantagem competitiva quando adquirem ou desenvolvem recursos superiores comparativamente à concorrência.

Wernerfelt (1985) conceitua recurso como algo que pode ser pensado ou compreendido como um ponto forte ou ponto fraco de uma empresa. As empresas obtêm vantagem competitiva quando adquirem ou desenvolvem recursos superiores comparativamente à concorrência.

A estratégia também pode ser entendida como prática social, procurando identificar como os praticantes em estratégia agem e interagem. Nesta perspectiva, o foco deixa de ser o ambiente ou os recursos da empresa, passando a ser as competências práticas dos gestores enquanto estrategistas (WHITTINGTON; 2007). A estratégia como prática ressalta a relação entre as perspectivas micro e macro da estratégia, aproximando as ações individuais das práticas sociais coletivas. Trata-se de uma visão sociológica da estratégia, que define a estratégia como um fenômeno em movimento, ao invés de uma posição teórica delimitada e estanque. Nesta perspectiva, destacam-se três elementos: práxis, prática e os praticantes (JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL; 2007).

Schatzki (2005) conceitua prática como atividade humana organizada e ordenada; e a estratégia assume o papel de prática social em todas as suas manifestações, possuindo inputs ou recursos, processos (tomada de decisão, realinhamento decorrente de mudanças) e outputs (desempenho ou performance). A estratégia como prática social parte do pressuposto de que a estratégia não é algo que a empresa tem, mas algo que as pessoas, em interação social, fazem. Trata-se de atividade em contínua realização, enaltecendo o cotidiano das pessoas, suas relações nos inúmeros contextos organizacionais e nas diversas práticas individuais (WHITTINGTON; 2006).

Pfeffer e Sutton (2006) afirmam que o grande desafio da estratégia está na execução, na transformação dos planos e das intenções em ações fáticas e concretas.

Na realidade, muitos autores e executivos tem se debruçado na perspectiva da execução estratégica. Denotam que o principal gargalo da gestão estratégica não é o planejamento da estratégia, mas o desdobramento e execução da mesma.

Kaplan e Norton (2008) constataram que existem lacunas entre a formulação de planos estratégicos e sua execução pelos departamentos, equipes de processos e pessoal da linha de frente, ou seja, a ligação entre estratégia e operação era fragmentada. Nesta senda, propuseram a adoção de um sistema gerencial que permite vincular estratégia e operações. O sistema gerencial proposto consiste num ciclo de gestão estratégica, que compreende as seguintes etapas: (a) desenvolvimento da estratégia, mediante a formulação da estratégia central e análises de ambientes, (b) planejamento da estratégia, mediante a tradução da estratégia em mapa estratégico e constituição de um Balanced Scorecard, (c) alinhamento da organização, (d) planejamento das operações, (e) monitoramento e aprendizagem, acompanhamento do desempenho da estratégia e das operações, e (f) testagem e adaptação, mediante identificação de estratégias emergentes e correlações estratégicas.

Charan e Bossidy (2005, p.31) destacam que:

Execução é um processo sistemático de discussão exaustiva dos comos e quês, questionando, levando adiante o que foi decidido e assegurando que as pessoas terão sua responsabilidade específica pela execução. Isso inclui elaborar hipóteses sobre o ambiente de negócios, avaliar as habilidades da empresa, ligar estratégia a operações e às pessoas que irão implementá-la, sincronizando essas pessoas e suas várias disciplinas e atrelando incentivos a resultados. Também inclui mecanismos para mudar as hipóteses à medida que a conjuntura muda e melhorar as habilidades da empresa para enfrentar os desafios de uma estratégia ambiciosa. No seu sentido fundamental, executar é uma forma sistemática de expor a realidade e agir sobre ela.

Kaplan e Norton (2006) afirmam que a estratégia deve descrever como a empresa pretende criar produtos e serviços que ofereçam aos clientes potenciais um

conjunto de benefícios único e diferenciado, denominado proposta de valor. Enfatizam o alinhamento enquanto processo de gestão, de maneira que cada unidade de negócio e de apoio da organização esteja plenamente alinhada com a estratégia central e de modo que a proposta de valor seja medida junto aos consumidores.

Charan e Bossidy (2005, p.179) mencionam que:

“A estratégia de uma unidade de negócios deve ter menos de 50 páginas e ser fácil de entender. Sua essência deve ser descrita em uma página em termos de elementos, [...]. Se não conseguir descrever sua estratégia em 20 minutos, de forma simples e em linguagem direta, você não tem um plano. ‘Mas’, as pessoas podem dizer, ‘eu tenho uma estratégia complexa. Não pode ser resumida em uma página’. Isso não faz sentido. Não é uma estratégia complexa. É um pensamento complexo sobre estratégia”.

Muitos autores enfatizam a importância da análise ambiental por ocasião do planejamento estratégico. O entendimento do ambiente competitivo, das tendências do mercado, das ameaças e oportunidades externas versus os recursos da empresa, os pontos fortes ou forças e os pontos fracos ou fragilidades da empresa contribuirão na definição da estratégia a ser adotada.

Kaplan e Norton (2008, p.48) denotam a importância dos executivos realizarem análises externas do macro-ambiente e do ambiente setorial no qual a empresa compete, abordando várias técnicas que podem auxiliar neste mapeamento. Eles comentam que:

A equipe executiva precisa compreender o impacto das tendências macroeconômicas e setoriais sobre a empresa. A análise externa avalia o ambiente macroeconômico, sob o aspecto de crescimento econômico, taxas de juros, taxas de câmbio, preços dos insumos, regulamentação e expectativas gerais sobre o papel da empresa na sociedade. Em geral, o exercício é denominado PESTAL, abrangendo os componentes políticos, econômicos, sociais, tecnológicos, ambientais e legais. A análise externa também inclui estudos econômicos setoriais, com base em referenciais como as cinco forças de Porter. [...] A análise setorial também, deve abranger um resumo do desempenho da empresa, sob a forma de índices financeiros, em comparação com os dos concorrentes setoriais. Finalmente a análise externa também exige a avaliação dos concorrentes. (KAPLAN; NORTON; 2008, p.48).

Da mesma forma, Kaplan e Norton (2008, p.49) mencionam a necessidade da análise interna, indicando que a mesma abrange o desempenho e as capacidades da organização. Eles recomendam a utilização da análise da cadeia de valor de Porter, informações financeiras da empresa e indicadores de desempenho do *Balanced Scorecard*. Os autores mencionam que “o modelo da cadeia de valor ajuda a empresa a identificar as atividades que, em comparação com os concorrentes, pretende executar de maneira diferente ou com mais eficácia, de modo a conquistar vantagem competitiva sustentável.” Eles ainda sugerem que as empresas podem adotar modelos de custeio baseado em atividades para cada processo da cadeia de valor, a fim de identificar as atividades que geram vantagem ou desvantagem competitiva.

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010, p.39) afirmam que: “Embora o campo da administração estratégica tenha se desenvolvido e crescido em várias direções, a maior parte dos livros-texto padrão continua a usar o modelo *SWOT* como sua peça central”.

A Análise *SWOT* é uma ferramenta utilizada para fazer análise de cenário (ou análise de ambiente), sendo usado como base para gestão e planejamento estratégico de uma corporação ou empresa. O termo *SWOT* é uma sigla oriunda do idioma inglês, e é um acrônimo de Forças (*Strengths*), Fraquezas (*Weaknesses*), Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*). A Análise *SWOT* é um sistema simples para posicionar ou verificar a posição estratégica da empresa no ambiente em questão. A técnica é creditada a Albert Humphrey, que liderou um projeto de pesquisa na Universidade de Stanford nas décadas de 1960 e 1970, usando dados da revista Fortune das 500 maiores corporações. Não há registros precisos sobre a origem desse tipo de análise, segundo PÚBLIO (2008) a análise *SWOT* foi criada por dois professores da Harvard Business School: Kenneth Andrews e Roland Christensen. Por outro lado, a idéia da análise *SWOT* já era utilizada há mais de três mil anos quando cita em uma epígrafe um conselho de Sun Tzu: ‘Concentre-se nos pontos fortes, reconheça as fraquezas, agarre as oportunidades e proteja-se contra as ameaças ‘ (SUN TZU, 500 a.C.)” (WIKIPEDIA; 2012).

Segundo Kaplan e Norton (2008, p.50):

Depois da execução das análises interna e externa, os participantes do planejamento estratégico conduzem uma análise SWOT. Talvez a ferramenta de análise estratégica mais antiga e elementar, a análise SWOT identifica os atuais pontos fortes e pontos fracos da empresa, além das oportunidades emergentes e das ameaças preocupantes com que se defronta a organização[...]. Os atributos externos são classificados como oportunidades e ameaças e os atributos internos como pontos fortes e pontos fracos. Os atributos selecionados para classificação e avaliação são determinados durante o processo de planejamento estratégico. [...] O quadro SWOT resume essas condições em listas sucintas [...] que ajudam os gestores a explorar os pontos fortes para o aproveitamento de oportunidades e para a prevenção de ameaças, ao mesmo tempo em que se mantêm alertas em relação aos pontos fracos e às ameaças a serem superados pela estratégia.

Kaplan e Norton (2008) afirmam que durante a etapa de desenvolvimento da estratégia, a empresa estabelecerá seus propósitos, suas aspirações e seus princípios mediante as Declarações de Missão, Visão e Valores; realizará as análises estratégicas, identificando claramente o contexto no qual está inserida, delineando suas oportunidades, ameaças, forças e fragilidades; e formulará a estratégia. Posteriormente, avança-se para a etapa de “Planejar a Estratégia”, que consiste na tradução da estratégia em um Plano Estratégico, contemplando: o Mapa Estratégico, o *Balance Scorecard* (BSC) e o Orçamento das Iniciativas Estratégicas – *STRATEX*.

O mapa estratégico é um modelo, ou lay out, para a visualização integrada dos vários objetivos estratégicos em perspectivas e em temas estratégicos. Os temas estratégicos geralmente estão dispostos no mapa estratégico de forma vertical, dividindo a estratégia em processos distintos de criação de valor, ou seja, propostas de valor e/ou lógicas de valor. Na prática, a divisão da estratégia por temas estratégicos depende da leitura que a empresa realiza. O intuito dos temas estratégicos é agrupar os objetivos de forma a facilitar a comunicação da estratégia. A boa prática não recomenda o agrupamento das intenções estratégicas por tema baseado funções ou departamentos, evitando a visão departamental estática, mas sim por competências essenciais e/ou atividades. As perspectivas estratégicas, por sua vez, geralmente são quatro e estão dispostas no mapa estratégico de forma horizontal, dividindo a estratégia em óticas / perspectivas. As quatro perspectivas clássicas de baixo para cima são: (a) Perspectiva dos recursos ou da aprendizagem e crescimento, onde são apresentados os objetivos relacionados à manutenção e

desenvolvimento dos recursos da empresa: Capital humano, capital tecnológico e capital organizacional (cultura e clima); (b) Perspectiva dos processos, que apresentará, por tema estratégico, os objetivos vinculados aos processos chave e críticos da empresa, pelos quais ela poderá se diferenciar; (c) Perspectiva de Clientes e Mercado, que denotará os objetivos relacionados aos públicos clientes da empresa (d) Perspectiva Financeira ou de Sustentabilidade, que evidenciará os objetivos que garantirão a perpetuidade da empresa. (KAPLAN; NORTON; 2008).

A lógica envolvida nas perspectivas do mapa estratégico é que recursos adequados sustentam processos eficientes, que satisfazem os clientes, que garantem a perpetuação da empresa, mediante o equilíbrio econômico- financeiro e satisfação dos acionistas. Os acionistas satisfeitos, por sua vez, investem nos recursos, retroalimentando este ciclo de perspectivas. Assim sendo, faz-se imprescindível o estabelecimento dos nexos causais entre os diversos objetivos do mapa estratégico, mostrando graficamente através de setas as relações de causa e efeito entre os objetivos.

Imprescindível ao discutirmos o tema da estratégia, abordarmos o tema das competências, devido à estreita interconexão entre estes conceitos.

A construção do conceito de competências parece ser um esforço acadêmico em processo de acomodação. Por outro lado, a prática da identificação, mapeamento e gestão por competências em contextos organizacionais revela-se heterogênea (SILVA FILHO; 2011).

Competência é uma palavra do senso comum, utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa. O seu oposto, ou o seu antônimo, não implica apenas a negação desta capacidade, mas guarda um sentimento pejorativo, depreciativo. Chega mesmo a sinalizar que a pessoa se encontra ou se encontrará brevemente marginalizada dos circuitos de trabalho e de reconhecimento social (FLEURY; FLEURY; 2001).

O conceito de competência não é consenso na doutrina. No entanto, **a noção de competência apresenta duas perspectivas conceituais que marcam referenciais teóricos distintos: a perspectiva estratégica e a perspectiva de gestão de pessoas. Na perspectiva estratégica, a competência é fator de**

sustentação da vantagem competitiva da empresa, pressupondo recursos internos como vetores de mudanças, inovação, eficiência e/ou eficácia. Nesta visão, competência assume uma dimensão mais ampla de capacidades organizacionais orientadas ao ambiente externo e atendimento à demanda. Trata-se do contexto das competências em âmbito organizacional. Por outro lado, na perspectiva de gestão de pessoas, competência assume um papel mais instrumental relacionado aos processos de pessoas, tais como seleção, treinamento, desenvolvimento, avaliação e remuneração. Trata-se das competências em nível individual (SILVA FILHO; 2011). Importante o entendimento que as perspectivas conceituais, apesar de distintas, estão interconectadas, já que o conjunto de indivíduos ou pessoas é que formam o todo organizacional.

Os fatores de produção constituem a base de recursos e capacidades que a firma dispõe para explorar seu processo produtivo e fornecer produtos finais (PENROSE, 1959). As empresas possuem um conjunto de habilidades e tecnologias produtivas específicas (“competências organizacionais”), que derivam dos recursos produtivos. Um conhecimento aprofundado por parte da firma de suas capacidades e competências possibilita que a mesma identifique oportunidades em seu ambiente competitivo e explore de forma exitosa seus recursos. As competências essenciais são aquelas que conferem a empresa vantagem competitiva, geram valor distintivo percebido pelos clientes e de difícil imitabilidade pela concorrência (PRAHALAD; HAMEL; 1990; grifos nossos). As competências consistem na integração e encadeamento de variados processos organizacionais que resultam na habilidade da firma em fazer bem determinada atividade (MILLS et al; 2002).

Javidan (1998) comenta que os recursos e capacidades da organização são os blocos construtores de suas competências. O autor considera que em nível inferior se encontram os recursos ou insumos tangíveis da organização (edificações, máquinas, recursos humanos etc) e os recursos intangíveis (marca, reputação, imagem). No segundo nível estão as capacidades, isto é, as habilidades que a empresa possui em explorar estes recursos de forma harmoniosa e sincronizada em seus processos e rotinas. As capacidades se traduzem em funções. No terceiro nível se encontram as competências, que se constituem na coordenação das capacidades funcionais da firma. No quarto nível estão as competências essenciais suportadas

pelas variadas competências organizacionais. (JAVIDAN, 1998 apud FERREIRA E BATAGLIA, 2010).

A competência é uma característica subjacente a uma pessoa que é relacionada com desempenho superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação. Logo, o conceito de competência é diferenciado de aptidão: talento natural da pessoa, o qual pode vir a ser aprimorado; de habilidade, demonstração de um talento particular na prática e; de conhecimentos o que é necessário saber para se desempenhar uma tarefa. Nesta perspectiva, o conceito de competência é pensado como conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, conjunto de capacidades humanas) que justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas. Em outras palavras, a competência é percebida como estoque de recursos, que o indivíduo detém. O conceito de competência é balizado pela tarefa e o conjunto de tarefas pertinentes a um cargo (MCCLELAND, 1993 apud FLEURY e FLEURY, 2001).

O sujeito é o portador e produtor de competências. A competência depende de três vetores: a trajetória do indivíduo (biografia e socialização), sua formação educacional e a experiência profissional. O conceito de competência contempla cinco aspectos: saber agir e reagir com responsabilidade e pertinência, saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto ou situação específica, saber transpor ou criar as condições para superar desafios gerenciando situações complexas, saber aprender e aprender a aprender (o que também pode significar transformar ações em experiências) e, por fim, saber envolver-se (o que significa assumir riscos, empreender e ser ético). Nesta ótica, o saber e o saber-fazer de um profissional não se situam apenas na sua pessoa, mas a conexão a uma rede de relações, pessoas, objetos, tecnologias. Não há competência onde não há transação, troca, combinação, compartilhamento de informação. A competência é a capacidade de combinar saberes diversos e heterogêneos para finalizá-los na realização de atividades (LE BOTERF, 2003).

Com relação às competências coletivas, Le Boterf (2003) comenta que desenvolver as competências coletivas não significa desenvolver as competências

individuais, nem equivale à soma das competências de seus membros. Depende da qualidade da combinação entre esses elementos.

Zarifian (2001) propõe três abordagens para o conceito de competência: a competência é o “tomar a iniciativa” e “o assumir a responsabilidade” diante de situações que o indivíduo se depara; a competência é um entendimento prático de situações que se apoia em conhecimentos adquiridos; e a competência é a faculdade de mobilizar redes de atores em torno das mesmas situações, consistindo na faculdade de fazer com que esses atores compartilhem as implicações de suas ações, é fazê-los assumir áreas de co-responsabilidade.

Fleury e Fleury (2001) definem competência como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo. Dutra (2008) corrobora com o conceito de Fleury e Fleury e enfatiza que a competência deve ser materializada em resultados mensuráveis, entregas e realizações (*performance*).

Conforme Rocha Neto (2004), as competências classificam-se em gerenciais, técnicas e sociais, onde: Competência gerencial consiste na capacidade de identificar ameaças e oportunidades, organizando e mobilizando os recursos disponíveis para resolvê-los. As competências técnicas se traduzem em conhecimentos sistematizados e tangíveis, mais fáceis de aprender e imitar. As competências sociais referem-se às capacidades de pedir, doar, oferecer, colocar-se como possibilidade para outros, seduzir, perdoar, e recusar, com dignidade, mas com respeito e afeto, compreendendo as capacidades de escutar, indagar, prometer e cumprir com responsabilidade, emitir juízos com fundamentos, ensejar enfoques múltiplos, além da apreciação de questões relevantes, a partir de diferentes pontos de vista.

Silva Filho (2011) afirma que a principal lacuna da gestão de competências consiste na operacionalização do alinhamento das competências individuais com as competências organizacionais. Ou seja, existe uma lacuna de competências: diferença entre as competências necessárias para concretizar a estratégia formulada e as competências internas já disponíveis. Existe um hiato entre o discurso e a prática de gestão de pessoas, da mesma forma como revela-se frágil a

correspondência entre competências individuais e competências organizacionais (ZARAFIAN, 2003 apud SILVA FILHO, 2011).

A gestão por competências pode ser entendida como um modelo gerencial que procura administrar o gap de competências, com a finalidade de minimizar a discrepância entre as competências necessárias ao alcance dos objetivos organizacionais (ou seja, estratégicos) e as competências já existentes. A gestão por competências abrange políticas e práticas organizacionais orientadas ao planejamento, captação, desenvolvimento e avaliação das competências necessárias à consecução dos objetivos, nos diversos níveis da organização – individual, coletivo ou organizacional (BRANDÃO; BAHRY; 2005). **Estes autores propõem um modelo de gestão por competências composto por cinco etapas:** (1) **Formulação da Estratégia**, na qual são declarados os valores, missão e visão da empresa, bem como delineados os objetivos de longo prazo. (2) **Mapeamento de Competências**, onde são identificadas as competências necessárias ao alcance dos objetivos, inventariadas as competências já existentes e identificado o gap de competências. (3) **Captação e Desenvolvimento de Competências**. A captação refere-se à seleção de competências externas e à sua integração ao ambiente organizacional por meio de recrutamento e seleção (competências individuais) ou estabelecimento de alianças estratégicas (competências organizacionais). O desenvolvimento refere-se ao aprimoramento das competências existentes por meio da aprendizagem (nível individual) e de investimentos em pesquisa (nível organizacional). (4) **Acompanhamento e Avaliação de Competências**, que consiste em monitorar a execução dos planos operacionais e aferir os indicadores de desempenho, apurando os resultados obtidos em confronto aos resultados pretendidos. (5) **Retribuição**, que consiste nas ações de valorização das pessoas de forma diferenciada, considerando-se as competências, de modo a estimular comportamentos desejados e inibir comportamentos indesejados. Esta etapa compreende a dimensão do reconhecimento e a da remuneração ou premiação pecuniária (BRANDÃO; BAHRY; 2005).

As etapas do modelo de gestão de competências proposto por Brandão e Bahry possuem estreita interconexão com as etapas do ciclo de gestão

estratégica (ou sistema gerencial) proposto por Kaplan e Norton. Assim, a Gestão por Competências pode ser considerada como um instrumento de operacionalização da própria Gestão Estratégica, servindo de elo de ligação da estratégia com a operação, bem como conectando o nível organizacional ao nível individual, pois: (a) O ponto de partida de ambas é a formulação da estratégia central, com o delineamento dos objetivos organizacionais; (b) A Gestão por Competências possibilita que os objetivos estratégicos-organizacionais sejam desdobrados em âmbito individual, de forma que fiquem claras as expectativas que recaem sobre cada indivíduo ou grupos de indivíduos. Desta forma, recomenda-se que os indicadores de avaliação de competências estejam relacionados e alinhados com o sistema de desempenho estratégico (BSC); (c) As competências organizacionais, que asseguram vantagens competitivas sustentáveis e permitem uma percepção de valor diferenciado por parte dos clientes, são suportadas pela sinergia das diversas competências coletivas e individuais no âmbito organizacional.

2.4 Estratégia e gestão em saúde

O mercado de saúde global está em crise especialmente em função da perversa lógica de remuneração que retroalimenta o sistema: pagamento por serviço prestado (“*fee for service*”). Os problemas que afetam o setor de saúde não são exclusividade do mesmo. Produtos ou serviços de quase todos os mercados, em sua fase inicial, são caros e complexos de modo que apenas consumidores abastados podem dispor dos mesmos e de maneira que apenas empresas com muita expertise podem fornecê-los. Somente pessoas ricas tinham acesso à telefonia móvel quando esta foi lançada. O mesmo se aplica ao setor da saúde: hoje é muito caro receber assistência de profissionais altamente qualificados. Uma força em determinado momento transformou os outros setores, tornando seus produtos e serviços disponíveis e acessíveis a grande parcela da população. **Esta força é a inovação de ruptura, que compreende três elementos: (a) o capacitador tecnológico,** que consiste em tecnologia sofisticada cujo objetivo é simplificar; **(b) inovação do modelo de gestão,** que oferta aos consumidores os produtos e

serviços de modo lucrativo, disponível e acessível; **(c) cadeia de valor economicamente coerente**, empresas com modelos econômicos disruptivos. (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG; 2009).

Como exemplo de capacitador tecnológico do mercado de saúde está a medicina de precisão, ou seja, as técnicas precisas de diagnóstico por imagem que identificam com grande exatidão a patologia existente, evitando assim tratamentos e terapêuticas dispendiosas fundamentadas na medicina intuitiva. Como exemplo de inovação do modelo de gestão, os autores sugerem a necessidade de desmembramento dos hospitais em centros resolutivos e organizações com processos que agregam valor, de maneira a diluir melhor os custos indiretos e adequar o fluxo operacional. E a título de explicação da necessidade de majoração da coerência da cadeia de valor eles criticam a forma de remuneração dos prestadores de serviços de saúde, recomendando o estabelecimento de prestadores com pagamento fixo, de maneira que os prestadores sejam remunerados em função do bem estar de seus clientes e não em função da doença dos mesmos. (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG; 2009).

Porter e Teisberg (2007, p. 31-32) afirmam que “o sistema de saúde dos Estados Unidos está num curso perigoso, com uma combinação tóxica de altos custos, qualidade inconstante, erros frequentes e acesso limitado à assistência”. Os autores mencionam que o sistema está falindo em função do nível de insatisfação dos consumidores e em função de que “as doenças com as quais os EUA gastam mais dinheiro não coincidem com aquelas classificadas como as que causam mais prejuízos à qualidade de vida”.

Porter e Teisberg (2007, p. 21-22) adicionam que “o valor deve ser mensurado para o paciente, e não para o plano de saúde, o hospital, o médico ou o empregador” e que o papel dos prestadores de serviços – hospitais – mudará neste sentido.

Silva e Prochnik (2005, p.01 e p.13-16) mencionam sete desafios na implementação de um sistema de gestão em hospitais e propõe o *Balanced Scorecard (BSC)* como relevante método de direcionamento e acompanhamento estratégico:

The external environment poses three different challenges: more rigorous regulation processes, increasingly diverse customer needs and stiffer competition. In the internal environment, the main challenges to health care management are: conflicts between management and physicians' interests, conflicts among value proposals for different kinds of customers, lack of performance measurement methods and inefficient information systems. (SILVA; PROCHNIK; 2005, p.01).

Conflicting interests: Administration and clinicians. [...] *Brazilian hospitals had a predisposition against the use of administration tools in general. The resistance was more intense in relation to financial management, due to a common belief that the administrators would tend to direct matters preferentially to profit goals. (SILVA; PROCHNIK; 2005, p.13, grifos do autor).*

Conflicts of interest among the three groups of hospital clients. *Hospitals' main groups of clients are usually physicians, health care insurers and patients. However, they are not always classified as such. (SILVA; PROCHNIK; 2005, p.14, grifos do autor).*

Lack of performance measurement methods. [...] *Brazilian hospitals hardly ever make a practice of evaluating performance by formal methods. This interferes directly with the functioning of the information systems, which are crucial to management decision-making. (SILVA; PROCHNIK; 2005, p.15, grifos do autor).*

Management Information System Deficiencies. [...] *identified gaps in the structure of hospitals' information systems, which hindered efforts to identify opportunities and threats to be addressed, as well as denying them an accurate picture of their relationships with clients and suppliers. (SILVA; PROCHNIK; 2005, p.16, grifos do autor).*

Malik e Pena (2003) realizaram um estudo comparativo acerca dos desafios do mercado hospitalar e de saúde na perspectiva dos gestores americanos e brasileiros. O estudo foi realizado com a metodologia de estudo multi-casos e contou com entrevistas como instrumento de coleta. A amostra contou com cinco hospitais americanos localizados em Atlanta e três hospitais brasileiros de grande porte (150 a 500 leitos) localizados em São Paulo. Os resultados (principais desafios) foram categorizados nos seguintes grupos: competitividade do mercado, a gestão do serviço, políticas de saúde e gestão de recursos humanos. Os principais desafios citados pelos executivos estratégicos foram:

A competitividade do mercado. As questões relacionadas com a competitividade do mercado abordam em sua maioria a preocupação com o aumento da mesma, em função da ameaça dos concorrentes e do relacionamento com as fontes pagadoras. Foram citados como desafios:

- Falta de recursos para investimentos em tecnologias e parques hospitalares e a perspectiva de estagnação do setor;
- Melhor conhecimento e posicionamento no mercado;
- Melhoria do relacionamento entre prestador e fontes pagadoras;
- Manutenção ou aumento da participação no mercado;
- Aumento da demanda em função do envelhecimento da população;
- Viabilidade da instituição no mercado;
- Eficiência organizacional para lidar com maior competitividade no setor;
- Concentração do mercado de seguros de saúde;
- Mercado de saúde mais competitivo, mais regulado;
- Relacionamento dos prestadores e financiadores com médicos;
- Necessidade de se promover cobertura a um número maior de pessoas;
- Melhor entendimento e atendimento das necessidades dos clientes.

A gestão do serviço. As respostas que focam a gestão do serviço concentraram-se em torno da preocupação com a eficiência organizacional, mais especificamente com a redução de custos. Foram aspectos abordados:

- Melhoria da qualidade e redução dos custos;
- Eficiência operacional;
- Boa relação custo-benefício no processo assistencial;
- Bom atendimento ao paciente;
- Melhor gerenciamento financeiro e de recursos orçamentários;
- Custos crescentes e menos recursos disponíveis;
- Profissionalização do hospital, melhoria da gestão;
- Promoção da assistência interdisciplinar.

As políticas de saúde. A preocupação dos executivos entrevistados com as políticas de saúde relaciona-se com o futuro do SUS e com as questões de financiamento da saúde. Entre os aspectos apontados estão:

- Prevenção, foco na saúde e não na doença;
- Parcerias de gestão privada em hospitais públicos;

- Políticas e regulamentação do governo para o setor;
- Medicina preventiva e educação em saúde;
- Gerenciamento dos problemas de financiamento da saúde.

Gestão dos recursos humanos. As preocupações dos gestores com a gestão dos recursos humanos foram menos freqüentes e abordam aspectos relacionados com a qualificação, a remuneração e a retenção de profissionais de saúde, incluindo a necessidade apontada por alguns de se pensar novas formas de remuneração médica. (MALIK; PENA, 2003, p.06-08).

Porter e Teisberg (2007, p. 46-53) afirmam que a competição no setor de saúde não agrega valor aos clientes, o que denominam de competição de soma zero. Elencam várias formas de manifestação desta competição disfuncional e infrutífera:

“Competição para transferir custos. A atual competição na assistência à saúde busca a transferência de custos em vez de redução fundamental de custos. Todos os participantes do sistema procuram diminuir seus próprios custos transferindo o ônus para outras partes do sistema. Os custos são transferidos do pagador para o paciente, do plano de saúde para o hospital e vice-versa, do hospital para os médicos, do plano de saúde para os clientes/associados, [...].Até os pacientes tomam parte nesse jogo de transferências de custos. Eles tentam usar influência política e os poderes legislativo e judiciário para obter maior cobertura dos planos de saúde e maiores contribuições do governo. [...] os ganhos de um participante são auferidos a expensas dos outros. Toda esta transferência de custos faz absolutamente nada em termos de melhorar a assistência à saúde. Ela desvia os participantes do sistema de passos que melhorariam o valor, e os custos administrativos adicionais e as ineficiências geradas no caminho na verdade corroem o valor.

Competição para aumentar o poder de negociação. [...] grandes planos de saúde aumentaram seu poder de negociação estruturando os benefícios dos optantes pelo plano, passando a incluir somente prestadores conveniados com o pagador. Os planos de saúde então firmaram convênio apenas com aqueles prestadores que concordaram em oferecer preços com desconto para o grupo. Isto disparou uma competição entre hospitais e sistemas de hospitais para serem incluídos nas redes credenciadas pelos planos de saúde, sendo o método básico da disputa oferecer maiores descontos para pagadores e empregadores que tivessem maiores populações de pacientes. O problema é que há pouca ou nenhuma lógica econômica para este tipo de desconto por volume. Para a mesma condição de saúde, o tratamento de um funcionário de uma grande empresa não custa menos que o tratamento de um profissional autônomo. [...] A pressão por prestadores disparou outra competição indesejável: uma corrida desenfreada para formar o maior e mais poderoso grupo de prestadores de toda sorte de especialidades. Ainda que uma resposta natural ao aumento do poder

de negociação dos planos de saúde, isso, novamente, deixou de aumentar o valor na prestação dos serviços de saúde. Os prestadores procuraram controlar uma grande parcela de capacidade de atendimento e formaram grandes redes capazes de oferecer uma gama completa de serviços de saúde para obter vantagens na contratação. [...] Como já observamos, as principais economias de escala na prestação de serviços de saúde se dão em linhas de serviços separadas, e não para o hospital como um todo.”

Competição para captar pacientes e restringir a escolha. A luta para acumular poder de negociação levou os planos de saúde a promover fusões e a competir acirradamente para captar tantos clientes/associados quanto possível. Mas ganhar escala com a aquisição de associados tem pouco impacto no valor da assistência à saúde. O valor é criado ajudando-se clientes a gerenciar sua saúde e obter um tratamento excelente, o que não tem sido o foco principal. [...] Essas práticas têm perpetuado ainda mais a percepção de que os prestadores são indistinguíveis, quando na verdade são tudo, menos isso [...] Uma vez que os consumidores estejam associados, os planos de saúde restringem suas escolhas de prestadores àqueles que oferecem os maiores descontos para o grupo, e não para os que demonstram melhores resultados.

Competição para reduzir custos restringindo os serviços. A competição tem procurado cortar custos restringindo o acesso aos serviços, e, desta forma, transferindo os custos para os pacientes ou racionando os tratamentos. Os planos de saúde lucram recusando-se a pagar por serviços e restringindo médicos nas escolhas do tipo e intensidade do tratamento. Mas é pior do que isso, porque o processo de requerer aprovação, microgerenciar o parecer dos médicos e superpor-se às suas decisões e às escolhas dos pacientes explodem os custos administrativos para todos. [...] muitos planos negociam com hospitais para pagarem uma quantia fixa baixa por internação por determinado mal. Isso gera um incentivo para os hospitais tratarem um número maior de pacientes, especialmente de pacientes saudáveis para os quais o pagamento obviamente excede o valor dos custos, e utilizando-se de tratamentos menos dispendiosos em vez de os mais eficazes e inovadores. Se um paciente insuficiente ou inadequadamente tratado tiver que ser novamente internado, o hospital recebe a quantia de novo.

A competição disfuncional faz proliferar as ações judiciais. Esses quatro tipos de competição de soma zero se combinam, gerando muitas disputas. Com todas as partes interessadas umas contra as outras em um processo de adversidade que acrescenta pouco ou nenhum valor aos pacientes, e com nenhum outro recurso para resolver os consequentes problemas, as ações judiciais passaram a ser inevitáveis.”

Porter e Teisberg (2007) apresentam como principais causas da competição disfuncional: a mentalidade de commodity, o objetivo errado na perspectiva temporal equivocada, a restrição do mercado geográfico de competição, a adoção de

estratégias inadequadas, a estrutura errada, informação errada, motivações erradas dos pacientes e os incentivos errados para os prestadores e planos de saúde.

Há uma concepção equivocada da própria assistência à saúde – a mentalidade de *commodity*. O sistema está estruturado como se a assistência à saúde fosse um único negócio (linha de serviços), em vez de muitos negócios diferentes; como se os prestadores fossem todos equivalentes, os resultados fossem sempre os mesmos e todos os pacientes tivessem as mesmas preferências. A competição de soma zero tem tratado a assistência à saúde como uma *commodity*, embora ela nada tenha de *commodity*. O resultado final tem sido promover mais comoditização e perpetuar, em vez de eliminar, as dramáticas diferenças em qualidade e eficiência. (PORTER; TEISBERG; 2007).

Porter e Teisberg (2007, p. 56) ainda denotam que “tratar a assistência à saúde como uma *commodity* contribuiu para perseguir o objetivo errado: reduzir os custos a curto prazo. Pior ainda, a meta geralmente não tem sido reduzir o custo real de tratamentos, mas reduzir os custos arcados por determinado intermediário em particular – o plano de saúde ou o empregador”. Os autores denominam este tipo de conceito como o objetivo errado no horizonte de tempo errado. Adicionalmente, os autores comentam que a restrição do mercado geográfico de competição é outra causa da competição disfuncional.

A competição deveria forçar os prestadores a igualar ou superar o valor criado pelo melhor prestador de sua região, nação ou mesmo em âmbito internacional. Contudo, em sua maior parte, a competição tem sido totalmente em âmbito local. Esse viés local isola os prestadores medíocres das pressões de mercado e inibe a difusão das melhores práticas e inovações”. (PORTER; TEISBERG; 2007; p. 56).

Outra crítica colocada por Porter e Teisberg (2007, p 57-58) refere-se à adoção de estratégias erradas. Para os autores, a maior parte dos hospitais e prestadores de serviços de saúde tem perseguido estratégias de linhas de serviços abrangentes para capturar encaminhamentos e negociar melhor com os planos de saúde. “Os hospitais cometeram o erro estratégico de se tornarem similares aos seus rivais em vez de se distinguirem destes. [...] as estratégias de linhas amplas levaram a uma fragmentação extrema das linhas de serviços – cada serviço sendo oferecido por inúmeros prestadores, muitos dos quais deficientes em escala. Isso

implica na duplicação improdutiva de instalações e de pessoal, e uma guerra feroz por descontos”. Os autores comentam que o valor é criado ao se abordarem condições de saúde específicas, para as quais os prestadores desenvolvem equipes dedicadas, profunda especialização e instalações específicas em um complexo de unidades de prática integradas nas quais eles possam de fato se sobressair, e não mediante a adoção de linhas de serviços abrangentes.

Porter e Teisberg (2007, p 57-58) apontam ainda erros na estrutura da prestação dos serviços de saúde. Para os autores a organização dos hospitais em linhas de especialidades médicas tradicionais representa um equívoco. Os autores comentam que:

Em vez de se construírem unidades de práticas que integrem os talentos e as instalações exigidas para se prestar um tratamento superior em todo o ciclo de atendimento, os hospitais e grupos de médicos permanecem organizados nas linhas de especialidade acadêmicas tradicionais – radiologia, anestesia, cirurgia. Isso apenas não assegura uma experiência desconectada para o paciente, como também torna praticamente impossível atingir excelência na coordenação e comunicação entre toda a equipe de prestadores. Em muitas situações a equipe de prestadores nunca se encontra e as informações não são compartilhadas, prejudicando, assim, a qualidade e a eficiência. [...] Cada departamento ou consultório médico fica com um ‘pequeno pedaço’ da visão total do tratamento.

Porter e Teisberg (2007, p 62-63) criticam a ausência de informações disponíveis para alavancar a competição baseada em valor.

A informação errada. A informação é fundamental para a competição em qualquer mercado que funcione bem. Ela possibilita que os compradores procurem e comparem o que lhes proporciona maior valor, e permite que os fornecedores se comparem com seus rivais. Sem informações relevantes, os médicos não podem comparar os seus resultados às melhores práticas nem a outros prestadores. E sem informações apropriadas, a escolha do paciente tem pouco significado. No sistema de saúde, porém, as informações mais necessárias para apoiar a competição baseada em valor são, em sua maior parte, inexistentes ou suprimidas. Os médicos geralmente carecem de informações sobre resultados ou sobre sua própria eficiência em atingir resultados, o que é essencial para saber se estão fazendo um bom trabalho ou se os outros o fazem melhor.

Seidman (2011) destaca que com o nascimento da era da informação a tecnologia possibilitou novos horizontes e que ao contrário da terra e do capital, a informação não é uma equação de soma zero, onde para algum indivíduo ganhar é necessário que outro perca, tendo em vista estes fatores serem esgotáveis. Seidman (2011) afirma que a informação é infinita e flexível, ou seja, quanto mais alguém tem, mais outro indivíduo pode ter e o valor da informação depende do interesse ou da necessidade daquele que quer possuí-la.

Os pacientes devem ter uma atitude mais pró-ativa diante de suas enfermidades, não delegando todas às decisões aos médicos. Pacientes informados e envolvidos, trabalhando com os seus médicos, ajudarão a melhorar os resultados e reduzir os custos do sistema de saúde, de forma a recompensar as melhores práticas e excelência médica e assistencial. Na medida em que os pacientes participam ativamente do processo de decisão normalmente escolhem tratamentos mais conservadores e menos dispendiosos, com menos cirurgias. Pacientes mais envolvidos também obtêm resultados melhores e de menor custo, seguindo instruções de medicamentos e cuidados próprios, o que resulta em tratamentos condizentes com seus valores e preferências (inclusive menos tratamentos de final de vida), e selecionando apenas tratamentos condizentes com evidências médicas. Neste sentido, a medicina baseada em evidências – com efetiva comprovação científica – é premiada. Contudo, a maioria dos pacientes e suas famílias não se comportam desta forma. Em vez disso, delegam decisões importantes a terceiros. Muitos pacientes e suas respectivas famílias deixam de usar informações disponíveis e se sentem constrangidos ou têm medo de indagar aos médicos sobre o nível de experiência, os resultados e os preços deles. (PORTER; TEISBERG; 2007).

Porter e Teisberg (2007, p. 68-74) comentam que os incentivos estão equivocados tanto para os planos de saúde, quanto para os prestadores.

Os incentivos errados para o plano de saúde. Os planos de saúde deveriam ser recompensados por possibilitarem que seus clientes/associados aprendam e obtenham o tratamento que lhes ofereça maior valor, ajudando os clientes a prevenirem e gerenciarem doenças, simplificando os processos administrativos e trabalhando de fato com os prestadores para atingir estes objetivos. Em vez disso, os planos se deparam com vários tipos de incentivos oblíquos que trabalham contra o valor. Primeiro, os planos de saúde se beneficiam

financeiramente da adesão de clientes saudáveis e da elevação dos preços de adesão para pessoas doentes. [...] Segundo, muitos planos de saúde tem um horizonte de tempo errado. A competição pela adesão de clientes numa base anual é problemática. Sem competição nos resultados, o compromisso de um ano entre cliente e plano de saúde motiva os pagadores e empregadores a adotarem uma mentalidade de curto prazo e focarem-se em custos de curto prazo, em vez de investirem em serviços e terapias que tenham um valor muito mais alto quando medidos em todo o ciclo de atendimento. [...] Terceiro, no atual sistema, os planos de saúde têm incentivo para complicar as regras de faturamento e pagamento. Os planos podem transferir custos emitindo faturas incompreensíveis e imprecisas, retardando ou contestando o pagamento ou tornando o processo de aprovação complicado para atendimento fora da rede. Uma vez que a família ou o indivíduo segurado permanece legalmente responsável pelas contas dos tratamentos de saúde, os planos de saúde ganham tempo e dinheiro contestando as coberturas ou a quantia a ser paga e solapando os pacientes ou suas famílias com burocracia.

Os incentivos errados para os prestadores. Os prestadores deveriam ser recompensados por competirem em âmbito regional, nacional ou internacional para entregarem o melhor valor no tratamento de condições de saúde específicas. [...] Taxa por serviço era um sistema que recompensava os prestadores por quantidade de atendimentos, independente da melhoria nos resultados. Mais procedimentos, mais consultas e mais exames significavam mais renda para os médicos e os hospitais. Para frear o abuso de atendimentos, a assistência gerenciada introduziu um novo conjunto de incentivos. Mas, na prática, esses incentivos acabaram se tornando altamente problemáticos. Alguns planos de saúde passaram a adotar a capitação, presumindo que uma taxa fixa anual por indivíduo coberto reduziria o incentivo para médicos e hospitais prescreverem demasiados exames, cirurgias ou encaminhamentos a especialistas. Mas, na realidade, o pagamento per capita desviou demasiadamente os incentivos na direção oposta, já que ninguém precisava competir em resultados. Como os médicos e hospitais recebiam um pagamento fixo, os médicos eram pressionados a dedicar menos tempo aos pacientes, a realizar menos exames, a fazer menos encaminhamentos e a encurtar a permanência dos pacientes no hospital. Evitavam-se novas abordagens de tratamento se houvesse incerteza quanto aos benefícios a curto prazo, especialmente porque os prestadores não podiam assegurar a retenção do contrato do paciente por mais de um ano. O viés mudou de 'se há uma chance de funcionar, tente' para 'se não tem certeza que funcionará, não faça'.

A questão atinente aos incentivos inadequados para os hospitais e operadoras de saúde leva o mercado a uma lógica perversa, destruindo valor para os pacientes e usuários do sistema.

Muitas organizações ainda insistem numa perspectiva de criação de valor centrada nelas próprias e em seus processos. O paradigma tradicional denota que os consumidores recebem valor da cadeia de valor da empresa. A empresa elabora,

cria e empurra valor aos consumidores. Nesta lógica o consumidor fica reduzido a mero expectador cabendo-lhe simplesmente aceitar ou recusar os produtos e serviços ofertados pelas empresas. Contudo, os tempos mudaram. O consumidor está cada vez mais exigente e repleto de opções de consumo e ofertas. Neste contexto, insere-se a perspectiva cocriativa, na qual os consumidores participam da criação de valor por meio de engajamento pessoal. Isto significa colocar o consumidor como protagonista do processo de criação de valor. O consumidor identifica e caracteriza o que é valor, pode desenvolver produtos e serviços e definir os canais de distribuição, validar o papel do marketing da empresa junto a ele próprio. O ponto chave nesta lógica é que o cliente participa da modelagem de valor mediante sua experiência e perspectiva. Os consumidores querem ser ouvidos, querem participar do processo de criação de valor dos produtos e serviços que consomem e querem estreitar suas relações com as empresas. Da mesma forma, as redes sociais possibilitam uma organização nunca antes vista dos consumidores no que se refere à troca de experiências e informações no consumo dos produtos e/ou serviços, o que amplia enormemente o poder dos mesmos no mercado, conferindo-lhes maior autonomia (PRAHALAD e VENKAT, 2004).

Na empresa convencional os clientes têm um papel basicamente passivo no processo de criação de valor. As organizações estudam os clientes, observam, pesquisam, segmentam, transformam os clientes em alvos de vendas e em compradores. Nesta organização tradicional os clientes não decidem o que devem partilhar com a empresa, restando aos mesmos uma decisão do tipo “sim ou não”, “comprar ou não comprar”. É necessário engajar os clientes em processos de interação relevantes, descentralizando e democratizando a criação de valor. A empresa cocriativa parte da premissa que o mais importante é a experiência dos clientes e não os produtos e serviços (VENKAT e GOUILLART, 2011).

Neste contexto, fica evidente que os pacientes necessitam protagonizar a condução de seus tratamentos de saúde, ou atitudes de prevenção, participando ativamente da criação de valor. Os hospitais, por sua vez, passarão a ter um papel fundamental no sentido de promover o engajamento dos pacientes e familiares em seus processos e negócios, de forma a dar mais importância à experiência vivenciada pelos mesmos, ao invés de simplesmente prestar serviços.

3 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta os procedimentos metodológicos que foram empregados para o alcance do objetivo geral e objetivos específicos do estudo. Inicialmente delineou-se a pesquisa empregada e posteriormente definiu-se a população alvo e as técnicas de coleta de dados ou informações.

3.1 Tipo de Pesquisa e Delimitação do Estudo

Köche (2007) afirma que o planejamento de uma pesquisa depende tanto do problema a ser estudado, da sua natureza e situação espaço-temporal em que se encontra, quanto da natureza e nível de conhecimento do pesquisador.

Sob a perspectiva de sua natureza, a pesquisa pode ser classificada em pesquisa básica, quando visa gerar conhecimentos novos para o avanço da ciência sem aplicação prática prevista, envolvendo verdades e interesses universais; ou pesquisa aplicada, quando pretende gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas ou situações determinadas, envolvendo verdades e interesses locais (PRODANOV; FREITAS, 2009).

Destarte, a presente pesquisa pode ser categorizada quanto à natureza de pesquisa como pesquisa aplicada, já que possui caráter prático e aplicado ao contexto específico hospitalar.

Ao tratarem da categorização da pesquisa quanto à forma de abordagem do problema, Prodanov e Freitas (2009, p. 80-81) denotam que:

Do ponto de vista da forma de abordagem do problema, a pesquisa pode ser:

Pesquisa quantitativa: considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e técnicas estatísticas [...]. No desenvolvimento de pesquisas de natureza quantitativa devemos formular hipóteses e classificar a relação entre variáveis para garantir a precisão os resultados, evitando contradições no processo de análise e interpretação.

Pesquisa qualitativa: considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo

objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicos no processo de pesquisa qualitativa. [...] O processo e seu significado são os focos principais de abordagem. Na abordagem qualitativa, a pesquisa tem o ambiente como fonte direta dos dados. O pesquisador mantém contato direto com o ambiente e objeto de estudo em questão, necessitando de um trabalho mais intensivo de campo. Nesse caso, as questões são estudadas no ambiente em que elas se apresentam sem qualquer manipulação intencional do pesquisador. [...] Os dados coletados nessas pesquisas são descritivos, retratando o maior número possível de elementos existentes na realidade estudada. Preocupa-se muito mais com o processo do que com o produto. (PRODANOV; FREITAS; 2009, grifos dos autores).

Creswell (1998) afirma que a escolha da abordagem qualitativa de pesquisa é justificada por alguns motivos, como a necessidade de se proporcionar perspectiva aprofundada e detalhada do problema de estudo, a necessidade de exploração do assunto por ausência ou escassez de referências anteriores e a natureza da questão (questões iniciadas por *como*, *o que* e *qual*).

Snow e Thomas (1994) afirmam que o método qualitativo “*can be used to uncover complex and dynamics interactions among organizational and strategic factors.*”

As pesquisas qualitativas são adequadas para identificar e descrever os significados que as pessoas dão a eventos, processos e estruturas, com ênfase em suas experiências e vivências. (MILES; HUBERMAN; 1994).

A pesquisa qualitativa dá profundidade aos dados, a dispersão, a riqueza interpretativa, a contextualização do ambiente, os detalhes e as experiências únicas. Também oferece um ponto de vista ‘recente, natural e holístico’ dos fenômenos, assim como flexibilidade. (SAMPIERI, COLLADO E LUCIO, 2006).

Logo, do ponto de vista da forma de abordagem do problema, a presente pesquisa é qualitativa, tendo em vista a necessidade de compreensão aprofundada do problema e tema propostos, e não da frequência ou quantificação do mesmo. O que interessa em nosso estudo é a qualificação dos desafios estratégicos dos hospitais de excelência, a compreensão do ambiente competitivo, o entendimento das tendências, ameaças e oportunidades e não a quantificação destes aspectos. As informações utilizadas na pesquisa possuem natureza qualitativa, baseando-se

em entrevistas, análise de documentos e revisão bibliográfica. Buscar-se-á a riqueza interpretativa e as experiências vivenciadas.

Ao apresentarem a classificação quanto aos objetivos da pesquisa, Prodanov e Freitas (2009; p.62-67) expressam que:

A pesquisa, sob o ponto de vista de seus objetivos, pode ser:

Pesquisa exploratória: quando a pesquisa se encontra na fase preliminar, tem como finalidade proporcionar mais informação sobre o assunto que vamos investigar, possibilitando sua definição e seu delineamento, isto é facilitar a delimitação do tema da pesquisa; orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descobrir um novo tipo de enfoque para o assunto. Assume, em geral, as formas de pesquisas bibliográficas e estudos de caso. A pesquisa exploratória possui planejamento flexível, o que permite estudo do tema sob diversos ângulos e aspectos. Em geral envolve: levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Pesquisa descritiva: quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento. [...] Procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas e relações com outros fatos. Assim, para coletar tais dados, utiliza-se de técnicas específicas, dentre as quais se destacam a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e a observação. [...] as pesquisas descritivas aproximam-se das exploratórias quando proporcionam uma nova visão do problema. Em outros casos, quando ultrapassam a identificação das relações entre as variáveis, procurando estabelecer a natureza dessas relações, aproximam-se das pesquisas explicativas. A pesquisa descritiva pode assumir diversas formas, entre as quais se destacam: documental, de campo, de opinião, de motivação, estudos exploratórios, estudos descritivos, estudo de caso e pesquisa histórica.

Pesquisa explicativa: quando o pesquisador procura explicar os porquês das coisas e suas causas, por meio do registro, da análise, da classificação e da interpretação dos fenômenos estudados. Visa a identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos; aprofunda o conhecimento da realidade porque explica a razão, o 'porquê' das coisas. Quando realizada nas ciências naturais, requer o uso de método experimental e, nas ciências sociais, requer o uso de método observacional. Assume, em geral, as formas de pesquisa experimental e pesquisa ex-post-facto. As pesquisas explicativas são mais complexas, pois, além de registrar, analisar, classificar e interpretar os fenômenos estudados, têm como preocupação central identificar seus fatores determinantes. Esse tipo de pesquisa é o que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque

explica a razão, o porquê das coisas e, por esse motivo, está mais sujeita a erros.

Ao abordar as pesquisas exploratórias, Gil (2010) reforça que o planejamento das mesmas permite flexibilidade, de forma que os variados aspectos relativos ao problema possam ser considerados. Gil (2010) afirma que o objetivo das pesquisas exploratórias é “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, ou a construir hipóteses.” Ele coloca que os estudos exploratórios envolvem normalmente entrevistas com pessoas experientes no tema de pesquisa de modo que os casos (ou exemplos) possam ser compreendidos, além de revisão de literatura ou bibliografia.

Realizam-se estudos exploratórios, normalmente quando o objetivo é examinar um tema ou problema pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado antes. [...] A literatura oferece muitos estudos similares, mas não nesse contexto específico, e sim outros, alheios ao objeto estudado. (SAMPIERI, COLLADO E LUCIO, 2006; p.56).

Tendo em vista o problema de pesquisa proposto no presente estudo, bem como os objetivos do estudo, ainda não terem sido diretamente explorados e satisfeitos, bem como o campo da estratégia relacionado à Gestão Hospitalar ainda possuir lacunas, a presente dissertação proporcionará maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, adicionando-lhe informações e descobrindo ou explorando enfoques. Assim, a presente pesquisa é classificada como exploratória, quanto aos seus objetivos.

Na realidade, o objetivo da pesquisa é explorar o problema, de modo a aprofundá-lo e compreendê-lo, dando-lhe forma e robustez, e permitindo que o mesmo seja conhecido, refletido e aplicável. Daí, a pesquisa ser qualitativa quanto à abordagem do problema, aplicada quanto à natureza e exploratória quanto a sua finalidade.

Yin (2001) denota que os cinco principais métodos de pesquisa nas ciências sociais são: experimentos, levantamentos, estudos de caso, análise de arquivos e pesquisas históricas. Ele informa ainda que existem três fatores que balizam a escolha do método: a maneira como a pergunta da questão problema é formulada

(como, por que, o que, qual, quem, onde, quanto); enfoque em acontecimentos contemporâneos ou históricos, ou seja, nexos temporais; e o nível de controle que o pesquisador possui sobre o evento.

Prodanov e Freitas (2009, p.68) corroboram e expressam que:

Quanto aos procedimentos técnicos, ou seja, a maneira pela qual obtemos os dados necessários para a elaboração da pesquisa, torna-se necessário traçar um modelo conceitual e operativo dessa, denominado de delineamento [...]. O delineamento refere-se ao planejamento da pesquisa em sua dimensão mais ampla, envolvendo diagramação, previsão de análise e interpretação de coleta de dados, considerando o ambiente em que são coletados e as formas de controle das variáveis envolvidas. O elemento mais importante para a identificação de um delineamento é o procedimento adotado para a coleta de dados. Assim, podem ser definidos dois grandes grupos de delineamento: aqueles que se valem das chamadas fontes de papel (pesquisa bibliográfica e pesquisa documental) e aqueles cujos dados são fornecidos por pessoas (pesquisa experimental, pesquisa ex-post-facto, o levantamento, o estudo de caso, a pesquisa-ação e a pesquisa participante).

A pesquisa bibliográfica é realizada mediante revisão e leitura de materiais já publicados como livros, artigos científicos, dissertações, teses, revistas etc, servindo como referencial teórico acerca do tema e problema objetos de estudo. A pesquisa bibliográfica se utiliza da contribuição de vários autores acerca de determinado assunto. A pesquisa documental, por sua vez, utiliza-se de documentos que não receberam tratamento analítico ou que podem ser reelaborados conforme os objetivos da pesquisa. O estudo de caso envolve o estudo profundo de um ou poucos objetos de estudo de forma a proporcionar seu amplo e detalhado conhecimento (PRODANOV; FREITAS; 2009).

Yin (2001) indica a metodologia do estudo de caso para a investigação de fenômenos ou problemas atuais inseridos em contextos de vida real, quando as fronteiras entre problema e contexto não são evidentes. Creswell (1998) indica a metodologia do estudo de caso quando o estudo objetiva análise profunda de um caso único ou de múltiplos casos.

Platt (1999) informa que o estudo de caso pode ser único ou múltiplo, utilizando como unidade de análise e estudo um ou mais indivíduos, grupos ou organizações; quando o estudo for múltiplo, a individualidade de cada caso deve ser

preservada. Por outro lado, Eisenhardt (2001) afirma que os estudos de casos múltiplos objetivam generalizar e não particularizar, buscando um modelo comum para os indivíduos, elementos ou organizações estudados.

Prodanov e Freitas (2009, p.75) mencionam cinco características básicas dos estudos de caso:

É um sistema limitado e tem fronteiras em termos de tempo, eventos ou processos, as quais nem sempre são claras e precisas. É um caso sobre algo, que necessita ser identificado para conferir foco e direção à investigação. É preciso preservar o caráter único, específico, diferente e complexo do caso. A investigação decorre em ambiente natural. O investigador recorre a fontes múltiplas de dados e a métodos de coletas diversificados: observações diretas e indiretas, entrevistas, questionários, narrativas, registros de áudio e vídeo, diários, cartas, documentos, entre outros.

Prodanov e Freitas (2009; p. 74) reforçam que:

O estudo de caso vem sendo utilizado com frequência cada vez maior pelos pesquisadores sociais, visto servir a pesquisas com diferentes propósitos, tais como:

- explorar situações da vida real cujos limites não estejam claramente definidos;
- descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação;
- explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitem a utilização de levantamentos e experimentos.

Neste sentido, quanto aos procedimentos técnicos de pesquisa, ou método de obtenção de dados ou informações, a presente pesquisa contemplou as seguintes técnicas:

- Pesquisa bibliográfica, tendo em vista a revisão de literatura realizada, objetivando o embasamento teórico do estudo. A revisão bibliográfica foi realizada através das seguintes categorias de fontes: (a) obras clássicas acerca de estratégia empresarial, (b) obras clássicas acerca de gestão e estratégia hospitalar, (c) artigos, *papers*, cadernos, revistas, dissertações e teses acerca do contexto da saúde suplementar e contexto hospitalar; (d) obras clássicas acerca de metodologia; (e) artigos científicos, *papers* e *working papers* e/ou outro

documentos recentes, buscados em diversas bases de dados, dentre as quais se destacam: EBSCO, Portal Capes, Revista Pública de Saúde; EnANPAD, Biblioteca Virtual em Saúde, SciElo e *Social Science Research Network (SSRN)*. As palavras chaves pesquisadas foram: estratégia hospitalar, gestão hospitalar, hospitais filantrópicos e estratégia, desafios estratégicos. A pesquisa bibliográfica constitui-se na primeira etapa na obtenção dos dados.

- **Estudo de Caso Múltiplo ou Estudo Multi-Casos:** tendo em vista a necessidade de aprofundamento, existência de poucos (delimitados) objetos, necessidade de detalhamento do conhecimento, exploração de situação da vida real dos executivos dos hospitais filantrópicos e especialistas do setor de saúde e a descrição do contexto que consiste no ambiente competitivo dos hospitais.
- **Pesquisa Documental,** realizada com base nas informações expressas ou documentais disponibilizadas pelos entrevistados ou acessíveis (públicas) nos *web sites* das instituições pesquisadas: mapas estratégicos, relatórios de gestão, matrizes de risco, matrizes *SWOT*, e demais documentos que possuem correlação com o problema de pesquisa e objetivos do estudo. Antes das entrevistas foram verificados os *web sites* das instituições a fim de se obter todas as informações disponíveis acerca da instituição pesquisada no que se refere ao objeto da pesquisa e no transcurso da entrevista foram solicitadas informações documentais complementares, como por exemplo, os mapas estratégicos. Neste sentido, dos quatro grupos hospitalares pesquisados, foram obtidos mapas estratégicos de três deles, disponibilizados pelos entrevistados. O quarto mapa estratégico não foi disponibilizado em virtude da confidencialidade da informação.

O tema de pesquisa ficou delimitado aos aspectos concernentes à estratégia, sendo desprezados quais outros elementos de cunho operacional. Em termos geográficos ficou o estudo delimitado aos hospitais filantrópicos que possuem sede ou matriz no município de Porto Alegre.

3.2 Amostra e Coleta de Dados

A amostra foi selecionada por conveniência, levando-se em consideração a ampla experiência dos entrevistados e a abrangência das instituições por eles dirigidas, dentro da área geográfica de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

O público alvo da pesquisa foi selecionado buscando-se combinar a perspectiva de executivos-chaves de hospitais filantrópicos renomados de Porto Alegre com especialistas do setor que possuem vasta experiência no segmento de saúde, em especial no segmento da saúde suplementar. Os executivos entrevistados são profissionais diretamente relacionados com a estratégia de suas instituições. Foram entrevistadas 4 pessoas na condição de executivos hospitalares e 2 pessoas na condição de especialistas do setor de saúde.

Os entrevistados na condição de gestores hospitalares foram:

- (a) Diretor Executivo do Sistema de Saúde Mãe de Deus;
Especialista em Administração Hospitalar pela PUC/IAHCS – Porto Alegre, RS;
Ex-Chefe de Gabinete do Ministro de Estado da Saúde – Brasília, DF;
Membro titular da Academia Brasileira de Administração Hospitalar;
Ex-Vice-Presidente Administrativo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
Docente da UFRGS, UNISINOS, IAHCS, UNIFRA.

- (b) Superintendente Executivo (*Chief Executive Officer- CEO*) da Associação Hospitalar Moinhos de Vento;
Ex-Superintendente Administrativo do Hospital Moinhos de Vento
Ex-Vice-Presidente Administrativo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
Mestre em Administração de Empresas;
Docente do IAHCS, FGV, entre outros.
Economista.

- (c) Diretor Executivo (*CEO*) do Hospital São Lucas da PUC-RS.
Presidente do Sindicato dos Hospitais de Porto Alegre - SINDIHOSPA.
Administrador.

- (d) Diretor Geral e Administrativo (*CEO*) do Complexo Hospitalar Santa Casa; Médico Cirurgião.

Os entrevistados na condição de especialistas do setor foram:

- (a) Presidente da Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul - FEHOSUL;
Presidente do Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde - IAHCS;
Diretor Geral da Escola Superior de Gestão e Ciências da Saúde do IAHCS;
Médico.
- (b) Diretor de Provimento de Saúde da UNIMED Porto Alegre;
Médico.

Destaca-se ainda que dois dos entrevistados presidem entidades representativas dos hospitais – FEHOSUL e SINDIHOSPA. Já o outro entrevistado na condição de especialista no setor dirige a Unimed Porto Alegre, convênio que concentra maior número de atendimentos suplementares (cerca de 50%) no mercado objeto de estudo – Porto Alegre, conferindo ao trabalho também a perspectiva da principal operadora de saúde.

Como instrumento de coleta dos dados foi utilizada a entrevista em profundidade. O agendamento das entrevistas deu-se por meio de correio eletrônico (*e-mail*), por intermédio das secretárias dos entrevistados ou dos próprios. As entrevistas ocorreram em fevereiro e março de 2013.

Os roteiros (*scripts*) de entrevista foram detalhadamente elaborados. Foram desenvolvidos dois roteiros de entrevistas bastante semelhantes, mas com pequenas nuances decorrentes dos públicos distintos: um para os executivos (dirigentes) dos hospitais e outro para os especialistas do setor. Os roteiros de entrevista foram utilizados para guiar o entrevistador, no decorrer da entrevista. Ou seja, foi enunciado pelo entrevistador ao entrevistado o contexto e problema da pesquisa, os objetivos da pesquisa (geral e intermediários), e realizada uma

introdução inicial, deixando-se o entrevistado a vontade para falar espontaneamente. As questões do roteiro foram sendo efetuadas apenas quando o entrevistador identificava a não abordagem de algum quesito.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. As entrevistas demandaram de 60 a 120 minutos e foram realizadas sempre pelo mesmo entrevistador, no caso o próprio pesquisador, assegurando a padronização das perguntas e conceitos adotados e buscando manter junto aos entrevistados o mesmo viés de percepção quando da entrevista. Foi assegurado aos entrevistados o direito de não responderem a quaisquer das questões sugeridas, bem como manifestarem espontaneamente qualquer comentário ou opinião. Optou-se por entrevistas em profundidade tendo em vista o caráter qualitativo e exploratório da pesquisa.

Os roteiros de entrevista são apresentados no Apêndice A.

Também foram coletados documentos (pesquisa documental) relacionados às estratégias planejadas, análise de ambiente e outros relacionados com o problema objeto do estudo, como mapas estratégicos, matrizes de risco e propostas de valor, entre outros. Foi observado que os mapas estratégicos obtidos adotavam o mesmo modelo preceituado por Kaplan e Norton (2008), tendo os objetivos distribuídos por perspectivas (aprendizado e crescimento ou recursos; operacional ou de processos internos; clientes e mercado; sustentabilidade ou financeira). As informações gerais da instituição foram previamente capturadas nos *sites* das instituições, apoiando no preparo da entrevista. Os documentos relacionados à estratégia foram solicitados e disponibilizados pelos entrevistados no transcurso da entrevista, quando não disponíveis nos *sites*.

Um aspecto importante necessita ser elencado. O pesquisador (mestrando) é gestor financeiro de um dos hospitais objeto da pesquisa – o Hospital Moinhos de Vento. Neste sentido, e objetivando-se garantir a transparência, desde o momento do convite da entrevista, até o momento introdutório da entrevista, foi declarado aos convidados para a entrevista (posteriormente, entrevistados) o fato de que o pesquisador (mestrando) era gestor financeiro do Hospital Moinhos de Vento, mas que se apresentava na qualidade de pesquisador. Assim, a relação pesquisador e

pesquisado e o conteúdo da entrevista podem ter sido influenciados – em maior ou menor intensidade – em função da condição profissional do pesquisador.

As instituições analisadas foram: Sistema de Saúde Mãe de Deus, Associação Hospitalar Moinhos de Vento, Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. As referidas instituições são mais detalhadamente apresentadas no capítulo 4 da presente dissertação.

3.3 Confidencialidade das Informações

Ao se realizar as primeiras entrevistas percebeu-se que os entrevistados ficavam mais a vontade em manter o conteúdo das mesmas e dos documentos disponibilizados não diretamente associados às fontes. Então, optou-se em não revelar qual informação foi adquirida junto a determinado entrevistado ou qual conteúdo pertence à determinada instituição.

Logo, ao longo de toda a análise dos dados e conclusão não foram associados de maneira direta os conteúdos às instituições ou entrevistados, optando-se por preservar as fontes e majorar a espontaneidade das respostas.

3.4 Limitações do Método

A pesquisa possui natureza aplicada com abordagem qualitativa, mediante estudo multi-casos, o que impõe algumas limitações que necessitam ser elencadas:

Primeiramente, não pode ser generalizada para realidades além dos hospitais pesquisados, por tratar-se de estudo de casos. Sugere-se que a pesquisa seja replicada em outros contextos a fim de verificar sua aplicabilidade.

Em segundo lugar, cabe destacar que o método qualitativo é um método onde o pesquisador interpreta as informações e dados, filtrando-os mediante sua ótica pessoal, que está inserida num determinado contexto social, político e histórico

(CRESELL, 1998). Assim, o método é impregnado pela interpretação do pesquisador, podendo levá-lo a produzir perspectivas singulares da realidade ou objeto estudado. Recomenda-se que novas pesquisas sejam realidades a fim de aprimorar os resultados deste trabalho.

Por último, inegável reconhecer que o tema da estratégia ainda parece ser bastante reservado no contexto empresarial, em especial no ambiente hospitalar, já que muitos executivos preverem não revelar vários aspectos a fim de que os mesmos não sejam conhecidos pela concorrência. Isto pode ter gerado o provimento de alguma informação “politicamente correta”, em vez de objetiva e assertiva. Isto ainda pode ter sido agravado em virtude da condição profissional do pesquisador, que é gestor de uma das instituições pesquisadas.

3.5 Análise e tratamento das informações

Uma vez realizadas e transcritas as entrevistas, buscou-se agrupar as respostas por quesito ou objetivo, de forma a melhor organizar a apresentação dos conteúdos obtidos, que são apresentados no capítulo 4.

Neste mesmo sentido, as respostas foram agrupadas por categorias, de forma a possibilitar a quantificação dos conteúdos semelhantes ou análogos. Foi realizado o somatório por categoria e transposto em quadros síntese totalizadores, apresentados no capítulo 4, com o objetivo de mensurar as opiniões convergentes dos entrevistados, bem como facilitar a compreensão das divergências de perspectivas dos mesmos.

Com relação à identificação dos objetivos estratégicos, tendo em vista os mapas estratégicos das instituições objeto de estudo terem sido apresentados nas perspectivas estratégicas preceituadas por Kaplan e Norton (2008), optou-se em preservar as referidas perspectivas, possibilitando melhor comparação dos objetivos estratégicos.

Visando preservar a confidencialidade e fonte das informações, os quadros totalizadores – apresentados no capítulo 4 – não apresentam disposição contínua das respostas de determinado entrevistado, ou seja, o entrevistado número 1 em

determinado quesito (ou quadro totalizador) pode não representar a mesma pessoa em outro quesito / quadro totalizador. Desta forma, propositadamente, embaralhou-se a disposição da apresentação dos conteúdos dos entrevistados, a fim de dificultar a associação da resposta ao entrevistado.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta o perfil dos hospitais filantrópicos estudados, os conteúdos obtidos nas entrevistas e na pesquisa documental, bem como análises e considerações do pesquisador.

4.1 PERFIL DAS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS

Nesta seção serão apresentadas as instituições estudadas: Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Associação Hospitalar Moinhos de Vento e Sistema de Saúde Mãe de Deus.

Tratam-se de 4 grupos hospitalares privados e filantrópicos que congregam juntos 12 hospitais localizados em Porto Alegre, 7 hospitais localizados fora do município de Porto Alegre e ainda 8 Unidades de Saúde (Unidades Básicas, Institutos, Pronto Atendimentos ou Centros). São apresentadas as estruturas, histórico, visão geral, declarações de missão, visão e valores institucionais, além de uma perspectiva ou status do processo de planejamento estratégico das mesmas. As informações gerais acerca das mesmas foram obtidas dos entrevistados e na pesquisa documental realizada. Nesta seção, a maior parte dos trechos do texto foram transcritos diretamente dos *web sites* ou materiais fornecidos pelos entrevistados (encartes ou relatórios de gestão) mantendo-se os adjetivos e conteúdos enunciados pelas instituições, não sendo efetuado juízo de valor ou considerações complementares por parte do pesquisador.

Posteriormente, são apresentadas brevemente informações acerca das entidades representativas dos hospitais cujos Presidentes foram entrevistados: a FEHOSUL e o SINDIHOSPA.

4.1.1 Complexo Hospitalar Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Visão Geral, Histórico e Estrutura

Fundada em 19/10/1803, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre faz parte da história do Rio Grande do Sul. É uma instituição privada de caráter filantrópico.

Trata-se de um Complexo Hospitalar de última geração, integrado por 07 hospitais - 02 hospitais gerais e 05 hospitais especializados – com destaque nas áreas de clínica médica, cirurgia geral, cardiologia, neurocirurgia, pneumologia, oncologia, pediatria e transplantes. Possui cerca de 1.150 leitos, dos quais apenas 12 estavam disponíveis (vagos) no dia da entrevista, o que significa uma ocupação praticamente plena. Possui em torno de 7 mil funcionários em seu quadro de pessoal. A receita operacional gira em torno de R\$ 560 milhões. O modelo de filantropia adotado é o de pelo menos 60% de atendimento ao SUS. Atualmente 68,4% dos atendimentos da Santa Casa são para o SUS, seguido pelo Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul (IPERGS). A Unimed Porto Alegre concentra 12% dos atendimentos e 5% dos atendimentos são de pacientes particulares. Os hospitais que integram o complexo hospitalar são:

Hospital Santa Clara: Hospital que originou a Santa Casa de Porto Alegre, é atualmente o maior do complexo. Com foco em clínica médica, cirúrgica e na área materno-infantil, atende mais de 30 especialidades. Concentra um grande número de funcionários, médicos residentes, mestrandos e doutorandos da Instituição, com um volume destacado de pesquisas e atividades de ensino. Cerca de 80% dos atendimentos realizados no Hospital Santa Clara são pelo Sistema Único de Saúde. Possui a maternidade mais antiga do Estado do Rio Grande do Sul – a Maternidade Mário Totta – fundada em novembro de 1940.

Hospital Dom Vicente Scherer: É referência em transplantes na América Latina, realizando todos os tipos de transplantes, como renal, pulmonar, hepático, de pâncreas, de medula óssea e de pele. Atualmente realiza cerca de 580 transplantes por ano. Conta com um Banco de Tecidos Humanos que auxilia na recuperação de

pacientes vitimados por queimaduras graves. Possui ainda um Banco de Córneas e Laboratório de Imunologia. Além de operacionalizar transplantes, o hospital possui moderno Centro Cirúrgico Ambulatorial destinado à realização de cirurgias de pequeno e médio porte, atendendo nas áreas de urologia, ginecologia, proctologia, dermatologia, vascular, otorrinolaringologia, bucomaxilofacial, plástica, traumatologia de mão e videocirurgias.

Hospital São José: Hospital especializado em neurocirurgia, é referência em procedimentos de alta complexidade, como por exemplo neurocirurgias vasculares, patologias raquidianas, cirurgias de coluna e tumores que afetam o sistema nervoso. Possui estrutura para diagnóstico, tratamento e internação hospitalar.

Hospital Santa Rita: Hospital especializado em oncologia, atua na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Possui equipe multidisciplinar que envolve todas as áreas médicas clínicas e cirúrgicas relacionadas à oncologia.

Hospital São Francisco: Especializado na assistência clínica e cirúrgica em cardiologia, cirurgia geral e cardiovascular de alta complexidade. Oferece procedimentos de angioplastia, cirurgias coronárias, implante de marca-passos e desfibriladores cardíacos, hemodinâmica, cateterismo e cateterismo por via radial, ente outros.

Hospital Pavilhão Pereira Filho: Especializado em pneumologia e cirurgia torácica, também é um importante centro de ensino e pesquisa, abrigando programas de graduação e pós – graduação na especialidade. Dotado de evoluído parque tecnológico e qualificada equipe de pneumologistas, é o hospital onde foi realizado o primeiro transplante de pulmão da América Latina, em 1989, e o primeiro transplante de pulmão intervivos fora dos Estados Unidos da América, em 1999.

Hospital Santo Antônio: Hospital especializado em atendimentos pediátricos, possui foco na alta complexidade, destacando-se o serviço de cirurgia cardíaca, cirurgia torácica, neurocirurgia, oncologia, ortopedia e transplantes em crianças. Cerca de 60% de seus atendimentos são direcionados ao SUS. O Hospital Santo Antônio foi certificado pela *Joint Comission International* em 2012, recebendo um dos mais prestigiados selos qualidade assistencial e segurança ao paciente (acreditação hospitalar da JCI) do planeta.

Missão, Visão e Valores Institucionais

Missão: Proporcionar ações de saúde a todas as pessoas, com excelência, sustentabilidade e misericórdia.

Visão: O Complexo Santa Casa de Misericórdia será reconhecido por sua excelência, geração de conhecimento, capacidade de inovação, sustentabilidade, formação e retenção de talentos.

Valores: Ética, Misericórdia, Equidade, Excelência organizacional, Humanismo, História e Cultura, Pioneirismo e Inovação, Credibilidade e Sustentabilidade.

Status do Planejamento Estratégico

Em agosto de 2010, diante das mudanças de cenários ocorridas, a Direção Executiva da Santa Casa identificou a necessidade de atualização das estratégias corporativas. Este fato e a criação de um Comitê de Planejamento Estratégico dão início à construção do Planejamento Estratégico Ciclo 2011-2015. O Comitê é composto pela Direção Executiva e três representantes da Mesa Administrativa, correspondentes ao corpo clínico, empresariado e a preservação dos valores institucionais. Apoiaram o processo de planejamento as áreas de Controladoria, responsável pelo sistema de informação; Marketing, com seu conhecimento do mercado de Saúde; e Qualidade, responsável pelo método do Planejamento Estratégico com uso do *Balanced Scorecard (BSC)* como suporte ao desdobramento e acompanhamento das estratégias.

Durante quatro meses, o Comitê analisou os ambientes externo e interno e em janeiro de 2011 consolidou e priorizou: oportunidades, ameaças, pontos fortes e pontos fracos. Neste período, 50 líderes do corpo clínico, escolhidos pela Direção e validados pela Provedoria, foram convidados a participar de entrevistas sobre a Santa Casa, para identificar tendências ligadas às diversas especialidades e à medicina de uma forma geral, para os próximos 5 anos. O trabalho para coletar dados do ambiente interno e externo (resultados, produtividade, gestão de pessoas,

tendências na saúde, na política, na economia, em tecnologias, na sociedade, nas questões ambientais e legais, entre outros) exigiu tempo significativo da fase de análise de cenários e foi imprescindível para a identificação dos principais temas estratégicos a serem desenvolvidos pela Instituição.

Entre janeiro e março de 2011, o Comitê iniciou a discussão e atualizou os Princípios Estratégicos (foco de atuação, missão, visão, valores e princípios) e definiu o Posicionamento Estratégico. Em abril de 2011, a partir da atualização do posicionamento e dos princípios, foi elaborado o Mapa Estratégico, que traduz e concentra a essência da estratégia, isto é, missão, visão, valores, temas e objetivos estratégicos. Toda essa elaboração foi validada pela Provedoria e Mesa Administrativa em maio de 2011.

Entre julho e outubro de 2011, cerca de 90 líderes foram convidados para traduzir os Objetivos em Iniciativas, Planos e Indicadores Estratégicos. Destes, cerca de 50 eram médicos, o que demonstra a adesão deste segmento no processo de planejamento estratégico. Os temas estratégicos escolhidos foram: Excelência em ações de saúde, sustentabilidade e inovação. O BSC na Santa Casa cumpre três finalidades: ser um sistema de gerenciamento estratégico permitindo o acompanhamento das ações planejadas, ser um sistema de medição de desempenho e ser uma ferramenta de comunicação.

4.1.2 Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Visão Geral, Histórico e Estrutura

No ano de 1970 tiveram início as obras de construção do Hospital, sendo que em 1973 foram concluídos os ambulatórios, imediatamente disponibilizados para o Ensino Médico, com os estudantes de Medicina assistindo aos pacientes sob orientação dos professores da Faculdade de Medicina.

No dia 29 de outubro de 1976, com a presença do então Presidente da República General Ernesto Geisel, foi oficialmente inaugurado o HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PUCRS, com a missão de desenvolver assistência, ensino e

pesquisa em saúde. Materializou-se aí um pioneirismo para o Instituto Marista em todo o mundo, passando este Hospital a ser o primeiro investimento da Congregação na área da Saúde.

Em 1982, por razões jurídicas e caracterizando, além da missão de ensino, a de assistência voltada à comunidade, ocorreu a alteração do nome fantasia do hospital para HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. A denominação foi uma homenagem ao apóstolo e evangelista São Lucas, que foi médico e artista plástico, considerado o padroeiro dos médicos.

A busca da excelência, em caráter interativo, nestas três linhas de ação do hospital – assistência, ensino e pesquisa em saúde - tem levado o hospital, nos seus mais de 30 anos de existência, a permanecer atualizado com o que há de mais moderno e eficiente em equipamentos, tecnologias e gestão.

Trata-se de um hospital geral, de natureza filantrópica, que assiste a pacientes adultos e pediátricos, abrangendo praticamente todas as especialidades médicas. Na área de ensino, situa-se como campo de estágio curricular envolvendo, anualmente, mais de 800 alunos dos cursos de graduação, pós-graduação e profissionalizantes. Também são desenvolvidos projetos de pesquisa básica e clínica, em articulação com as faculdades da área das ciências da saúde, com o Instituto de Pesquisas Biomédicas e o Instituto de Geriatria e Gerontologia, totalizando 182 projetos ao ano.

O modelo de filantropia adotado é o de pelo menos 60% de atendimento ao SUS. Atualmente, 63% dos atendimentos são realizados para o SUS, 32% para convênios e 5% para pacientes particulares. Os recursos que garantem a sustentabilidade são exclusivamente oriundos da prestação de serviços hospitalares. O hospital recebe incentivos na ordem de 20 a 30% sobre a tabela SUS em função de classificar-se como hospital de ensino: trata-se do fundo de incentivo e apoio ao ensino e pesquisa.

O Hospital São Lucas ocupa uma área construída de 49 mil metros quadrados. Sua capacidade abrange 603 leitos, sendo 516 de internação e emergência e 87 de terapia intensiva.

As unidades estão apoiadas por um moderno Centro de Diagnóstico por Imagem, que proporciona maior agilidade e segurança no atendimento e na condução do tratamento. O Centro Cirúrgico, de amplo porte, atende a demandas das especialidades cirúrgicas em nível de assistência a pacientes internados e ambulatoriais.

O quadro profissional é composto por 2,5 mil funcionários contratados, 1.034 médicos do corpo clínico e 162 médicos residentes. Interligado ao Hospital funciona seu Centro Clínico, que abriga 160 conjuntos de consultórios e 64 especialidades médicas. Circulam nas suas dependências cerca de 18 mil pessoas por dia.

Missão, Visão e Valores Institucionais

Missão: Somos um Hospital Universitário qualificado pela integração assistência/ensino/pesquisa, orientado por valores humanos, pela atuação interdisciplinar e pelo compromisso com a saúde da comunidade.

Visão: Ser reconhecido internacionalmente, até 2015, como hospital referência em gestão, assistência, ensino e pesquisa em saúde.

Valores: Nossas ações de Assistência, Ensino e Pesquisa desenvolveram-se integralmente articuladas, em consonância com a Missão Marista, em harmonia com o respeito aos direitos humanos e no contexto de nosso compromisso social. Nossos clientes constituem a razão de ser de todas as ações que realizamos, cabendo somente a eles conceituar a qualidade de nossos produtos e serviços. Nossos funcionários e colaboradores, com sua dedicação, amor, comprometimento e espírito de equipe, são a força geradora do potencial criativo da Instituição e os referenciais para expressão de nossos propósitos humanizados e humanizantes.

Status do Planejamento Estratégico

O Hospital São Lucas possui um quadro diretivo enxuto, com 5 diretores. Possui planejamento estratégico estruturado, valendo-se das metodologias de

Balanced Scorecard, Matriz *SWOT* e Mapa Estratégico. O atual ciclo estratégico é o ciclo 2011-2015.

Existe a participação da mantenedora no estabelecimento dos requisitos das partes interessadas, especialmente naqueles relacionados à sustentabilidade e imagem institucional. Por ocasião da concepção da estratégia, ocorrem ciclos de seminários que contam com a participação da mantenedora e dos principais gestores.

Os objetivos estratégicos são desdobrados em iniciativas estratégicas que, por sua vez, são desdobradas em projetos estratégicos. Os principais gestores são envolvidos na elaboração dos objetivos estratégicos e as equipes das diversas unidades são envolvidas nas iniciativas e projetos estratégicos.

A estratégia é acompanhada por intermédio de reuniões mensais, com agenda pré definida, com o apoio do *Balanced Scorecard*.

4.1.3 Associação Hospitalar Moinhos de Vento

Visão Geral, Histórico e Estrutura

O Hospital Moinhos de Vento foi fundado em 02 de outubro de 1927 por imigrantes alemães urbanos, com o objetivo de oferecer saúde e assistência médico-hospitalar de qualidade à comunidade de Porto Alegre, com padrão de atendimento equivalente ao de estabelecimentos europeus. Inicialmente administrado pelas diaconisas vindas da Alemanha, hoje o Hospital possui uma gestão plenamente profissionalizada e reúne vasto repertório de práticas médico-assistenciais e administrativas que o tornam referência técnica e institucional.

O Hospital Moinhos de Vento é uma organização privada, sem fins lucrativos, com atividades filantrópicas e com natureza jurídica de associação. Integra o sistema nacional de saúde suplementar e o Sistema Único de Saúde (SUS) em suas atividades filantrópicas, realizadas nas unidades avançadas.

Trata-se de um hospital geral com capacidade de atendimento em todas as especialidades médicas. Possui cinco áreas de ênfase: cardiologia, oncologia,

materno-infantil, traumatologia, ortopedia, neurologia/neurocirurgia. Possui cerca de 3.200 funcionários e um corpo clínico aberto de mais de 3.500 médicos credenciados. A receita operacional girou em torno de R\$ 380 milhões em 2012. Como pilares de desempenho possui: Corpo Clínico e colaboradores qualificados, objetivando a excelência médica e assistencial; Assistência Integral, trata-se de um modelo de atendimento assistencial que considera a integralidade do paciente, objetivando atender ao paciente sob a perspectiva técnica, espiritual, física, psíquica e moral; Ambiente físico diferenciado e tecnologia avançada, cuja finalidade é conferir ao Hospital a capacidade de atender pacientes de alta complexidade, conforto, conveniência e confiabilidade.

Em termos de estrutura física, possui 33 mil metros quadrados de terreno, com 82.607 metros quadrados de área construída. A capacidade do Hospital é composta por cerca de 380 leitos, sendo 61 leitos em Unidades de Tratamento Intensivo, 17 salas cirúrgicas e 4 salas cirúrgicas obstétricas. A estrutura atual compreende: Bloco Hospitalar, dois Centros Clínicos, Centro Administrativo, Instituto de Educação e Pesquisa (onde são desenvolvidas diversas pós graduações na área da saúde além de cursos técnicos de enfermagem e saúde bucal), Emergência e Unidade Ambulatorial Moinhos de Vento Iguatemi (localizado no Shopping Center Iguatemi) e Unidades Avançadas.

As Unidades Avançadas, que se destinam ao atendimento básico de saúde e são direcionadas ao SUS, todas localizadas em Porto Alegre, são:

Unidade de Pronto Atendimento na Restinga: Possui estrutura para atender as necessidades de urgência e emergência, adulta e infantil, 24 horas por dia, 07 dias por semana. A unidade conta com uma equipe formada por médicos, assistente social, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de raios-x e apoio administrativo, totalizando 77 colaboradores – entre estes, 30 médicos plantonistas. Objetiva o atendimento de urgências na comunidade da Restinga, cuja população é de cerca de 100 mil pessoas.

Unidade Básica de Saúde do Morro da Cruz: Atuando desde abril de 1998, a Unidade Básica de Saúde Morro da Cruz conta com Nutricionista, Assistente Social, Médico de Família, Pediatra, Cirurgião Dentista, Enfermeira, Técnico de Enfermagem, Auxiliar Administrativo e Auxiliar de Serviços Gerais. Objetiva o

acompanhamento de mais de 1.000 famílias que moram no Morro da Cruz. As ações priorizam a promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua, além de campo de formação em saúde coletiva. São realizadas consultas individuais, vacinas, procedimentos, visitas domiciliares e atividades coletivas de educação em saúde.

Unidade Básica de Saúde Ilha Grande dos Marinheiros: Com início das atividades em julho de 2004, a Unidade Básica de Saúde Ilha Grande dos Marinheiros conta com nutricionista, assistente social, médico de família, pediatra, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário, enfermeira, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, agentes comunitários de saúde e auxiliar de serviços gerais. O território sob responsabilidade da unidade compreende 1.400 famílias das Ilhas Pavão, Grande dos Marinheiros e Flores, além de Ilhas menores do Delta do Jacuí. São realizadas consultas individuais, vacinas, prática de procedimentos, visitas domiciliares e atividades coletivas de educação em saúde.

Unidade Básica de Saúde Ilha da Pintada: O convênio se dá com a Prefeitura de Porto Alegre, e o trabalho é desenvolvido de acordo com a estratégia do Programa de Saúde da Família, que tem como princípios o fortalecimento das comunidades, a atenção integral e humanizada e a orientação à ética, à dignidade e à valorização. A prática destes princípios é viável graças a um trabalho interdisciplinar e intersetorial, visando enfrentar as necessidades de saúde da população. O território sob responsabilidade da unidade compreende 1.100 famílias da Ilha da Pintada. São realizadas consultas individuais, vacinas, prática de procedimentos, visitas domiciliares e atividades coletivas de educação em saúde.

Núcleo Mama Porto Alegre: O Hospital Moinhos de Vento em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com apoio do Instituto da Mama (Imama) desenvolveu um Centro de Referência na Saúde da Mama. Trata-se de um Programa de Rastreamento do Câncer de Mama que tem como objetivo geral proporcionar atendimento humanizado, detectando precocemente o câncer de mama e atuando nos fatores de risco desta doença. O Programa tem o objetivo de prestar atendimento completo e de alta eficácia na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças da mama, com máxima eficiência.

Unidade Básica de Saúde Paulo Viário: Possui competência para prestar assistência básica de saúde para a comunidade do Lami, em Porto Alegre.

A busca incessante pela qualidade é atributo facilmente percebido no Hospital. O padrão de qualidade médica e assistencial é reconhecido pela sociedade, organismos técnicos e por entes governamentais, inclusive em âmbito internacional. Atualmente é reconhecido pelo Ministério da Saúde do Brasil como um dos seis hospitais de excelência do país, sendo o único localizado fora do Estado de São Paulo (os demais hospitais de excelência reconhecidos pelo Ministério da Saúde são o Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês, Hospital do Coração, Hospital Oswaldo Cruz e Hospital Samaritano). Em 2002, foi o primeiro hospital do sul do Brasil a conquistar a certificação internacional no segmento hospitalar – a acreditação hospitalar - conferida pela *Joint Commision International* (JCI), organismo americano não governamental que avalia e certifica hospitais em todo o mundo, em função de seus padrões de qualidade médico-assistenciais e segurança ao paciente. A certificação da JCI possui validade por três anos. Logo, o Hospital submeteu-se a outros três processos de avaliação da JCI em 2005, 2008 e 2011, obtendo êxito e sendo re-acreditado. Trata-se de um dos poucos hospitais do país a possuir a tetra-acreditação internacional da JCI.

O Hospital também possui um caminho de excelência já trilhado no que concerne aos processos administrativos e de gestão. Em 1994 o Hospital aderiu ao Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP), logrando o Troféu Bronze em 1997. Em 1998 e 1999, o Hospital obteve o Troféu Prata do PGQP. Em 2001, o Hospital instituiu seu programa de auditoria de gestão interna. Em 2007 conquistou o Troféu Ouro do PGQP.

O modelo de filantropia adotado pelo hospital é o de parceria estratégica com o Ministério da Saúde, já que é considerado um dos seis hospitais de excelência do país. Neste modelo, o hospital pactua trienalmente com o Ministério da Saúde a realização de projetos. O projeto atual que está sendo desenvolvido pelo Hospital Moinhos de Vento é a construção do Hospital da Restinga e Extremo Sul, que será um hospital com atendimento ao SUS destinado a atender as comunidades da Restinga de cerca de 150 mil pessoas. Mais do que uma estrutura hospitalar trata-se de um sistema piloto que contempla: (a) estratégia de saúde da família,

onde equipes médicas e assistenciais cobrem todo o território da comunidade da Restinga visitando a população casa a casa, identificando necessidades assistenciais e referenciando Postos de Saúde ou o Hospital da Restinga; (b) formação de mão de obra especializada (técnicos em enfermagem e saúde bucal), com seleção e desenvolvimento de pessoas da própria comunidade; (c) dinamização da economia local, mediante contratação de mão de obra civil da própria comunidade no decorrer de todo projeto de construção do hospital; (d) levantamento de todas as necessidades assistenciais da comunidade para depois se planejar a estrutura hospitalar adequada e necessária. Relevante ainda destacar que o Hospital da Restinga será um dos primeiros “hospitais verdes” do país, pois todo o projeto foi concebido e está sendo desenvolvido dentro de preceitos de sustentabilidade ambiental e economia energética.

Missão, Visão e Valores Institucionais

Missão: Cuidar de vidas, afirmando nosso compromisso com a qualidade médico-assistencial e a segurança do paciente.

Visão: Ser um hospital reconhecido internacionalmente pela excelência na prática médico assistencial e pela geração do conhecimento e da inovação, integrado por uma equipe que trabalha com alto desempenho.

Valores: Compromisso com a sociedade, com a perenidade da instituição e com o meio ambiente. Cuidado: atender e assistir o ser humano como um todo físico, psíquico, social e espiritual. Qualidade assistencial e segurança do paciente e das pessoas envolvidas em todos os procedimentos e processos. Ética, respeito e transparência em todas as relações que estabelecemos. Preservação e inovação: preservar nossa história e cultura, admitindo que o conhecimento que nos trouxe até aqui, não será o mesmo no futuro. Valorização profissional, por meio do desenvolvimento contínuo de competências e de oportunidades de crescimento. Pertencimento: sentir-se bem em fazer parte do Hospital Moinhos de Vento.

Status do Planejamento Estratégico

O Hospital Moinhos de Vento fundado em 1927 foi administrado pelas diaconisas até 1970. A contratação do primeiro administrador profissional deu-se em 1970. A partir da década de 80 o Hospital apresenta práticas de formulação, planejamento e execução das estratégias.

Inicialmente era utilizada a metodologia da administração por objetivos (APO) e em 1994 a empresa formalizou a adesão ao Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP) e iniciou a caminhada rumo à profissionalização da administração da empresa. Em 1995 foi implantado o Gerenciamento por Diretrizes.

O hospital recebeu a acreditação internacional de qualidade em 2002 e o troféu ouro do PGQP em 2007. Na década de 2000, foi adotado método que combinava a matriz *SWOT* com análise de cenários, compreendendo revisões anuais.

O processo foi aprimorado sendo implantada a ferramenta *do Balanced Scorecard (BSC)* a partir de 2006. Os objetivos estratégicos, indicadores e metas do Hospital são definidos através da utilização da metodologia do BSC, que se baseia no balanceamento das diferentes necessidades das partes interessadas para atendê-las de forma harmônica. Em 2006, direcionadores foram definidos para a construção do mapa estratégico e guiaram as discussões para que se contemplassem as várias partes interessadas no desenho do mapa. Ao término de sua elaboração, foi realizada uma análise para verificação da suficiência no atendimento de todas as necessidades das partes interessadas. Em 2008, após as reuniões de avaliação da estratégia (RAES), viu-se a necessidade de revisão do que havia sido definido. Optou-se, então, pela utilização de uma nova metodologia, a de Cocriação por Experiências. Com esta metodologia, o Hospital aprofundou seu entendimento de oportunidades de posicionamento na relação com as partes interessadas escolhidas pela Instituição para este trabalho de revisão das estratégias, são elas, Corpo Clínico, Pacientes e Familiares, Empresas e Operadoras. O projeto que se chamou “Inova Moinhos” e foi dividido em 3 macro etapas:

Aprendizado estratégico – análise de resultados avaliados, seus pontos fortes e pontos fracos.

Busca por diferenciais estratégicos – entendimento entre os pontos de contato, o hospital e seus públicos de interesse. As ideias trabalhadas pelo público interno do hospital, validadas pelas partes interessadas e pelo conselho, gerando projetos estratégicos.

Construção e validação do novo mapa estratégico com seus objetivos e indicadores assim como o novo portfólio de projetos.

Após o lançamento das novas estratégias do Hospital, foi utilizada uma metodologia para desdobramento desta, nas unidades da Instituição. Cada unidade, após treinamento na metodologia, desdobrou, a partir do mapa estratégico institucional, um mapa de contribuição estratégica e um mapa de processos ou atividades críticas.

No que concerne à gestão dos processos, o Hospital trabalha com metodologia de definição e acompanhamento de processos há bastante tempo. Durante a revisão das estratégias, em 2008, sentiu-se a necessidade de um projeto novo de Gestão por Processos que visou a construção de uma nova metodologia que vem sendo trabalhada na Instituição, partindo da redefinição dos processos principais e do apoio e revisão de todos os processos das unidades do Hospital.

Uma vez definidos o mapa e os projetos estratégicos, um conjunto de eventos sistematizados na Instituição assegura a Gestão da Estratégia e a Gestão Operacional, de modo que as decisões sejam tomadas, comunicadas e implementadas em total alinhamento com as estratégias do Hospital. O ciclo de reuniões do Hospital Moinhos de Vento abrange reuniões mensais das unidades, reuniões de gerentes, avaliação do Gerenciamento Matricial de Despesas, reuniões de análise dos painéis estratégicos das unidades, reuniões de superintendência, reuniões de Conselho e outras.

Dentro da gestão de desempenho da Instituição, também encontramos a prática do Gerenciamento Matricial de Despesas (GMD), uma ferramenta para orçamento e acompanhamento de despesas, com a qual a instituição trabalha desde 2007. Esta ferramenta proporciona uma avaliação de centro de custo por duas pessoas, por isso chamada matricial, o gestor da entidade (área) e o gestor do pacote. O gestor de pacote é responsável pelas contas de despesas na Instituição.

A cada mês ocorre uma reunião de avaliação para tratar o que realizado nas despesas das contas do GMD.

Com todo este trabalho, o Hospital Moinhos de Vento busca suprir as necessidades e expectativas de seus clientes, que procuram a excelência na prestação de serviços de saúde em todos os ciclos de vida. A proposta é oferecer a todos os públicos, uma Instituição de saúde diferenciada e que vai muito além das práticas usuais, primando pelos seus relacionamentos internos e externos e realizando, de forma humana e acolhedora, um atendimento de excelência em todos os seus setores e especialidades médicas.

Atualmente o hospital adota o Sistema Gerencial (ciclo de gestão estratégica) proposto por Kaplan e Norton, utilizando como ferramentas o *BSC*, Matriz *SWOT*, Matrizes de Risco e metodologias de cocriação junto às partes interessadas.

4.1.4 Sistema de Saúde Mãe de Deus

Visão Geral, Histórico e Estrutura

O Sistema de Saúde Mãe de Deus foi fundado em 1979 pela Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo Scalabrinianas. A congregação atua em 27 países nas áreas de educação e assistência social, tendo seu único projeto na área de saúde desenvolvido aqui no Rio Grande do Sul – trata-se do Sistema de Saúde Mãe de Deus.

O resultado financeiro das suas operações é completamente reinvestido no próprio Sistema, em atualização tecnológica, qualificação profissional e ainda, na ampliação dos projetos sociais.

Com vocação para a inovação e foco total na busca da melhor solução de vida para os pacientes, o Mãe de Deus tornou-se uma referência no atendimento médico-hospitalar de alta complexidade. Faz parte de uma nova geração de hospitais, que se especializa sem parar e evolui na velocidade dos avanços da medicina.

Além disso, o Hospital Mãe de Deus transfere conhecimento técnico para as instituições que administra no interior do Rio Grande do Sul por meio de convênios firmados com o Ministério da Saúde e com a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Atualmente, está entre as instituições de saúde que mais crescem em qualidade e quantidade de serviços e produtos assistenciais disponibilizados à comunidade. Com uma equipe de profissionais altamente qualificados, corpo clínico especializado e os melhores recursos tecnológicos para a saúde, é reconhecido publicamente pelo modelo de gestão inovador.

Em mais de 30 anos de atividade, destaca-se como uma nova geração de hospitais que nunca para de se especializar e evoluir na velocidade dos avanços da medicina.

O Sistema de Saúde Mãe de Deus é o maior prestador de serviços privado do SUS no Estado do Rio Grande do Sul, só ficando atrás, em número de atendimentos, do Grupo Hospitalar Conceição, que é um grupo hospitalar público. Trata-se uma instituição filantrópica, com 5,2 mil colaboradores, que concentra pelo menos 60% das atividades no Sistema Único de Saúde (SUS). Hoje, 73 % das atividades são destinadas ao Sistema Único de Saúde. Já foram incorporados à rede sete hospitais do interior do Estado que atendem ao SUS e, nos quais há uma gestão de rede com otimização e qualificação dos serviços, além de fomento da economia local. O modelo adotado é o da descentralização, por se considerar Porto Alegre já abastecida de rede hospitalar.

Em Porto Alegre, sustenta uma rede de serviços em Saúde Mental na área ambulatorial, emergência e internação, além da Atenção Básica à Saúde.

Imbuído do espírito missionário das Irmãs Carlistas Scalabrinianas, o Mãe de Deus instituiu no ano de 2009, uma Diretoria de Saúde Pública e Filantropia para responder pelos seus 580 leitos SUS e sete serviços ambulatoriais, dando respostas imediatas e comprometidas com as necessidades das comunidades onde estão inseridos. Assim, o Mãe de Deus está envolvido e dedicado às questões sociais. Como dizia o fundador João Batista Scalabrini: “Para novas doenças, novos remédios. Para novas chagas, novas tecnologias”.

Atualmente, O Sistema de Saúde Mãe de Deus contempla 31 unidades de saúde, das quais 10 são hospitais. Possui três unidades hospitalares em Porto Alegre - o Hospital Mãe de Deus, Hospital Giovanni Battista e o Hospital São Rafael – e outras sete unidades hospitalares no interior do estado do Rio Grande do Sul.

As principais unidades do Sistema de Saúde Mãe de Deus são:

Hospital Mãe de Deus: Com vocação para inovação e foco total na busca da melhor solução de vida para seus pacientes, é referência no atendimento médico-hospitalar de alta complexidade. Mãe de Deus, especialização constante e saúde sempre. Mais de três décadas de atividades contribuíram para que o Hospital Mãe de Deus chegasse ao nível atual de excelência em serviços e atendimentos. Nesse período de expansão contínua incorporou novos hospitais ao Sistema de Saúde Mãe de Deus. O Hospital Mãe de Deus conta com uma área de aproximadamente 40 mil metros quadrados construídos, onde concentra equipamentos de ponta e uma equipe médica e assistencial altamente qualificada, formada por mais de quatro mil médicos credenciados. A estrutura Mãe de Deus está preparada para oferecer as melhores soluções em saúde com o máximo de conforto e comodidade. Os serviços médicos que dispõe são: Emergência, Hospital Dia (preparado para procedimentos ambulatoriais), CTI (Centro de Terapia Intensiva), Centro de Diálise, Maternidade, CTI Neonatal, Centro Obstétrico, Bloco Cirúrgico, Banco de Sangue e mais de 370 leitos de internação. Além disso, os centros e institutos constituem espaços especializados onde estão centralizados serviços de saúde completos e diferenciados com atendimento multidisciplinar. Para os clientes são oferecidas facilidades através da Hotelaria Hospitalar, Núcleo de Relacionamento com o Cliente, serviço de apoio religioso realizado pelas irmãs da Pastoral da Saúde, além de conveniências nas dependências do próprio hospital, como restaurante/café, caixa eletrônico, revistaria e loja de presentes, salão de beleza, estacionamento com acesso pela Rua José de Alencar e pela Rua Costa e um posto de autorizações da Unimed. O Mãe de Deus é mais do que um grande hospital de referência em atendimento de alta complexidade. Ele gera recursos e garante a sustentabilidade de um completo sistema de serviços de saúde e responsabilidade social em todo o estado do Rio Grande do Sul, que gera mais de 5 mil empregos diretos. É o único hospital do sul do país com dupla certificação: ONA 3, certificação nacional que

corresponde ao nível máximo de excelência, e JCI, uma das mais respeitadas certificações internacionais, que certifica as instituições de saúde comprometidas com rigorosos padrões internacionais de segurança e assistência ao paciente.

Mãe de Deus Center ou Hospital Giovanni Battista: Distante geograficamente do Hospital Mãe de Deus, o Mãe de Deus Center é um empreendimento inovador e surge como uma opção de atendimento do nível do Sistema de Saúde Mãe de Deus para os moradores das regiões mais ao norte de Porto Alegre. O Mãe de Deus Center disponibiliza aos pacientes atendimento no Hospital Giovanni Battista, caracterizado como um Hospital Dia, e também um Ambulatório de consultas clínicas, cirurgias geral e estética, traumatologia, pediatria, odontologia, cirurgia bucomaxilofacial e outras especialidades médicas e odontológicas. Além disso, disponibiliza um serviço completo de diagnóstico. A estrutura do Hospital conta com 24 clínicas, nas quais estão presentes 279 profissionais médicos em 22 especialidades. Dispõe de seis salas cirúrgicas totalmente equipadas para que os médicos e dentistas possam realizar cirurgias de baixa e média complexidade e um serviço de hemodiálise.

Hospital São Rafael: Localizado em Porto Alegre, dentro do Complexo do Hospital Espírita, trata-se de um hospital feminino que atende fundamentalmente viciadas em drogas, especialmente o crack, prestando serviços de psiquiatria e outros necessários à recuperação destas pacientes.

Instituto do Câncer: Medicina de alta complexidade e soluções completas para a vida do paciente são características que perpassam todas as unidades do Hospital Mãe de Deus. Ligado ao Instituto do Câncer Mãe de Deus, o Centro de Oncologia Radioterápica (COR) oferece ao paciente tudo o que ele precisa pra prevenir, diagnosticar e tratar o câncer. Fundado em 1978 e planejado segundo os parâmetros internacionais, o COR passou a fazer parte do Sistema de Saúde Mãe de Deus em 2007. Possui uma equipe altamente treinada, capacitada e especializada para prestar um atendimento ambulatorial em radioterapia, quimioterapia e consultas médicas.

Hospital Bom Jesus: Localizado na Cidade de Taquara, iniciou suas atividades em 30 de outubro 2009 sob a administração do Sistema de Saúde Mãe de Deus (SSMD), através de um contrato de gestão hospitalar com a Prefeitura

Municipal e Secretaria Estadual de Saúde. Anteriormente o hospital havia funcionado por 74 anos, mas encontrava-se fora de atividade desde 2008 por determinação do Poder Público do Município e do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS). Desde sua reinauguração, o hospital tem oferecido serviços de saúde para Taquara e região, tendo sua estrutura física recuperada em 85%, com restauração em diversas áreas e construção de novas, aquisição de equipamentos e colocação de 99 leitos em operação.

Hospital Dr. Lauro Réus: Fundado em 31 de agosto de 1945 com a iniciativa de um grupo de pessoas inspiradas pela chegada do Dr. Lauro Réus à cidade de Campo Bom. Neste primeiro momento, recebeu o nome de Hospital Campo Bom Sociedade Beneficente. Por volta de 1997, o hospital passou por um período de dificuldades, principalmente no setor financeiro, que se agravaram no anos seguintes, acarretando o seu fechamento em outubro de 1999. A reinauguração do hospital ocorreu em 16 de julho de 2000, com o nome de Hospital Dr. Lauro Réus. Posteriormente, em 2003, passou a pertencer ao Sistema de Saúde Mãe de Deus, e se chamar Hospital de Campo Bom Dr. Lauro Réus.

Hospital de Pronto Socorro de Canoas: Trata-se de um hospital que realiza atendimentos de urgência e emergência no município de Canoas, na Região Metropolitana de Porto Alegre. Foi inaugurado, em 2005, como um hospital público, pela Prefeitura de Canoas, e desde setembro de 2010, teve sua gestão assumida pelo Sistema de Saúde Mãe de Deus, configurando-se em uma parceria público-privada. Dentre as principais especialidades, destacam-se: cirurgia geral, cirurgia plástica, neurocirurgia, traumatologia, anestesiologia, terapia intensiva, radiologia. Além dos serviços de nutrição, psicologia, fisioterapia e serviço social.

Hospital Universitário: Está sob a administração do Sistema de Saúde Mãe de Deus desde o dia 07 de janeiro de 2011, através de contrato com a Prefeitura Municipal de Canoas e o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, que prevê a gestão Mãe de Deus durante cinco anos. O Hospital Universitário está com 65% de sua capacidade total desde a Gestão do Sistema de saúde Mãe de Deus, contando com recursos financeiros do Estado e do Município, estima-se que em 2013 passe para 80% de sua capacidade e no ano de 2014 atuando com sua capacidade total.

Hospital Santa Luzia: Integrante do Sistema de Saúde Mãe de Deus, foi fundado no ano de 1963 pela Congregação das Irmãs Filhas de Santa Maria da Providencia, porém em 10 de setembro de 1996 a Congregação das Irmãs Missionárias Scalabrinianas de São Carlos Borromeo assumiu o Hospital, atuando até hoje. Único hospital do município de Capão da Canoa, caracteriza-se como hospital geral micro-regional, referência no litoral norte gaúcho nas especialidades de otorrinolaringologia, neurologia, gastroenterologia, pneumologia, dermatologia e urologia, realizando também outros atendimentos. Sua ocupação varia devido à sazonalidade do município, que comporta uma população de oitenta mil habitantes residentes e até quatrocentos mil habitantes no verão.

Hospital Santo Antônio da Patrulha: A obra de construção do Hospital Santo Antônio da Patrulha iniciou em 1945 e, em 10 de abril de 1951, foi realizada a inauguração oficial do Hospital. Em 1969, o então prefeito Dr. Raimundo de Carvalho Reis e Silva, através da Lei Municipal nº 1164, de 30 de dezembro de 1969, criou o Hospital Municipal de Santo Antônio da Patrulha. A partir de 2009, por meio de um contrato de gestão, passou a ser administrado pelo Sistema de Saúde Mãe de Deus.

Hospital Nossa Senhora dos Navegantes: Localizado em Torres, teve suas obras iniciadas em abril de 1949, com um pequeno auxílio do governo estadual. Devido a dificuldades, foi doado à Mitra Diocesana de Caxias do Sul para a continuação da obra. Em 1997, a administração do hospital passou para a Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo Scalabrinianas, fazendo parte do Sistema de Saúde Mãe de Deus até os dias de hoje.

Unidade Básica de Saúde Vila Gaúcha: Com equipe composta por um médico de família e comunidade, um enfermeiro mestre em saúde pública e dois técnicos de enfermagem, esta unidade trabalha na promoção de saúde da comunidade Santa Tereza, em Porto Alegre, com atenção especial na medicina preventiva. Além do atendimento médico (atendimentos de pré-natal, puericultura, acompanhamentos de doenças crônicas e seus agravos, planejamento familiar, entre outros), este serviço oferece à sociedade atendimentos de enfermagem e imunizações.

Missão, Visão e Valores Institucionais

Missão: Garantir soluções completas e integradas em saúde, com desenvolvimento científico, tecnológico e humano.

Visão: Ser reconhecido pela sociedade e pelos médicos como hospital de referência em soluções completas de saúde e de alta complexidade, com sustentabilidade econômica e social.

Valores: Hospital Mãe de Deus – Crescimento e fortalecimento de imagem. Cliente – solução completa e integrada. Segurança assistencial – divulgação de resultados. Ação social – transformação de realidades. Médico – compromisso com o modelo assistencial. Colaboradores – valorização e atitude. Gestão - inovadora, centrada no cliente e com resultados. Sustentabilidade econômica – perenidade institucional. Ensino e pesquisa – conhecimento e inovação. Acolhida, compaixão, justiça e ética – atributos institucionais.

Status do Planejamento Estratégico

O Sistema de Saúde Mãe de Deus possui planejamento e monitoramento estratégico estruturados, sendo utilizadas ferramentas como o *Balanced Scorecard* e Mapa Estratégico.

O pesquisador não obteve informações complementares acerca do planejamento estratégico.

4.1.5 Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul - FEHOSUL

Histórico

Com os debates ocorridos na fase de elaboração da atual Constituição Federal, entre os anos de 1987 e 1988, os dirigentes da Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul (AHRGS) verificaram que o setor patronal da saúde, em nosso Estado, estava sub-representado, em termos sindicais – existiam apenas os sindicatos de hospitais de Porto Alegre e de Pelotas – nessa época o Rio Grande do

Sul contava com 333 municípios, contra os 497 atualmente. Por outro lado a nova Carta Constitucional, que estava sendo redigida, concedia aos sindicatos uma maior abrangência de atuação no marco da reconquista das liberdades individuais consagrada no Estado Democrático de Direito.

Com todas essas razões, o então presidente da AHRGS, Dr. Cláudio José Allgayer, decidiu em, 1989, transformar as secções regionais da entidade hospitalar em sindicatos patronais autônomos, representativos da categoria de hospitais, clínicas e laboratórios, nas diferentes regiões de nosso Estado.

O primeiro sindicato constituído sob este movimento foi o Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde da Região Serrana, com sede em Cruz Alta, fundado no dia 17 de dezembro de 1988, que elegeu como seu primeiro presidente o médico Pedro Bandarra Westphalen, atual deputado estadual e Presidente da Assembléia Legislativa do Estado e na época Diretor do Hospital Santa Lúcia.

Nos três meses seguintes foram criados mais quatro Sindicatos regionais de hospitais e estabelecimentos de saúde, os quais constituíram, nos termos da legislação, o núcleo que formatou na fundação da Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul (FEHOSUL), ocorrida a 9 de março de 1989, tendo como seu primeiro presidente o então presidente da AHRGS, o médico Dr. Cláudio José Allgayer.

Atualmente, a FEHOSUL é constituída por 10 sindicatos filiados, os quais apresentam base territorial que abrange todo o Rio Grande do Sul.

Sindicatos Filiados

Segue relação dos Sindicatos filiados à FEHOSUL:

Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre - SINDIHOSPA

Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde de Pelotas

Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Planalto Médio e Alto Uruguai

Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde da Grande Porto Alegre e Litoral

Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde da Região Centro

Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde da Região Nordeste

Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde da Região Serrana

Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde da Região Sul

Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Vale do Rio Pardo e Taquari

Sindicato dos Laboratórios de Análises Clínicas do Rio Grande do Sul

Missão

Amparar e defender os interesses gerais dos hospitais, clínicas, laboratórios e demais estabelecimentos de serviços de saúde do Rio Grande do Sul, e representar os mesmos perante os poderes públicos federal, estadual e municipais, colaborando no estudo e solução de todos os assuntos que, direta ou indiretamente, interessem para o desenvolvimento do setor e da cadeia produtiva da saúde.

4.1.6 Sindicato dos Hospitais de Porto Alegre - SINDIHOSPA

Histórico e Visão Geral

Fundado em 12 de novembro de 1962, o SINDIHOSPA inicialmente foi denominado “Associação Profissional dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde de Porto Alegre”. Somente em 09 de julho de 1968 é que foi assinada a sua Carta Sindical, passando então a denominar-se Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre – SINDIHOSPA.

Nos últimos anos, o SINDIHOSPA vem consolidando novas formas de atuação capazes de contemplar as demandas das diversas áreas que compõem as Instituições de Saúde. Com isso, tem se aproximado de seus filiados provando que a união dos interesses comuns, aplicada por meio de projetos concretos, é capaz de gerar benefícios a todo setor de Saúde.

Certamente há muito ainda pela frente para conseguirmos atender totalmente as expectativas de nossos representados. Para tanto, é fundamental que haja participação e envolvimento de todos neste processo, mostrando ao sindicato os rumos que deve tomar. Sem dúvida, o SINDIHOSPA visa garantir o desenvolvimento de toda a rede.

O SINDIHOSPA representa as instituições que prestam serviços de saúde juridicamente constituídas (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas) em Porto Alegre.

Serviços oferecidos aos filiados em dia com as suas contribuições:

- Abrangência das Convenções Coletivas;
- Abrangência das Ações Fiscais interpostas pelo Sindicato;
- Atendimento jurídico na área trabalhista por e-mail;
- Eventos específicos de interesse do setor;
- Locação da Sala de Eventos e locação de data-show.

O SINDIHOSPA tem estimulado a adoção de estratégias de colaboração entre seus filiados em temas de interesse comum. Os Comitês ativos do SINDIHOSPA são:

Comitê de Resíduos sólidos dos serviços de saúde: Busca de alternativas de solução para o gerenciamento dos resíduos de saúde, reduzindo custos e minimizando o impacto ambiental que ele proporciona.

Comitê de Recursos humanos: Responsabiliza-se pelas negociações coletivas com os sindicatos profissionais; estuda permanentemente os indicadores e as principais cláusulas econômicas da Convenção Coletiva.

Comitê de Processamento de produtos médicos hospitalares: Discute a legislação vigente (ANVISA) sobre o reuso de materiais de uso único, avaliando as dificuldades referentes ao cumprimento da citada legislação para buscar soluções em conjunto, desenvolver protocolos referentes aos materiais passíveis de reprocessamento.

Comitê de Faturamento: Tem como objetivos gerais a padronização e agilização do processo de faturamento, estabelecendo regras claras de elaboração, apresentação e recebimento de contas. Promove negociações junto às operadoras de saúde objetivando a simplificação do processo conta.

Comitê de Segurança e Saúde Ocupacional: Formada por Engenheiros de Segurança do trabalho, que desenvolvem estudos para o gerenciamento e o controle de riscos ocupacionais em serviços de saúde, atualmente estuda a NR 32.

Comitê Jurídico: Reúne-se mensalmente para discutir assuntos de interesse das Instituições e realiza palestras sobre temas atuais e polêmicos.

Comitê de Relacionamento com Fornecedores: Tem como objetivos gerais a busca de soluções que permitam a redução dos custos, a garantia da qualidade dos materiais, medicamentos e equipamentos, através de processos padronizados e das compras conjuntas.

Comitê de Hotelaria: Formado no ano passado, em 2011 este comitê decidiu trabalhar na construção de indicadores visando possibilitar uma avaliação conjunta dos seus principais serviços, analisando pontos fracos e fortes para, assim, trabalhar na construção de melhorias em seus processos.

Comitê de Nutrição: Este comitê foi nomeado no mês de novembro e busca discutir e validar práticas de avaliação e diagnóstico do estado nutricional, bem como condutas em Terapia Nutricional e processos de Segurança Alimentar com base nas regulamentações vigentes e nas evidências científicas atualizadas, qualificando processos e melhorando resultados assistenciais. Esse comitê ainda tem como objeto a análise de equipamentos e tecnologias utilizadas na assistência nutricional e nas áreas de produção e distribuição de alimentos. Avalia produtos nutricionais industrializados para Nutrição Enteral e/ou Suplementação Oral e Gêneros Alimentícios existentes no mercado, validando especificações técnicas e fornecedores, que servirão de subsídios aos Comitês de Faturamento e de Relacionamento com Fornecedores.

Missão

"Nossa missão é fortalecer os serviços de saúde de Porto Alegre, estimulando a sua competitividade e promovendo a livre iniciativa, a economia de mercado, a integração de empregados e o respeito aos princípios éticos, em cooperação com o governo e a sociedade, visando o desenvolvimento do setor de saúde."

4.2 CONTEÚDOS E ANÁLISES DAS ENTREVISTAS

Nesta seção são apresentados os conteúdos obtidos nas entrevistas e na pesquisa documental, agrupados por tópico ou objetivo de pesquisa, juntamente com as considerações e análises do pesquisador.

As respostas análogas foram categorizadas e somadas, sendo apresentados quadros síntese para cada tópico, no intuito de apresentar os conteúdos ou opiniões convergentes e/ou divergentes dos entrevistados, bem como possibilitar a quantificação dos referidos conteúdos.

Também são apresentadas considerações e análises do pesquisador quanto aos conteúdos das entrevistas, fundamentadas na revisão bibliográfica realizada.

As identidades dos entrevistados foram mantidas reservadas, conforme explanado anteriormente no capítulo da metodologia. A ordem da apresentação das entrevistas não segue nenhuma sequência lógica, exatamente no sentido de restringir a realização de associações, com o intuito de preservar a confidencialidade, dentro do possível.

4.2.1 Missão, Visão e Objetivos Estratégicos

As informações concernentes à missão e à visão, excepcionalmente, são associadas às suas respectivas instituições, tendo em vista as referidas informações constarem dos *web sites* das respectivas organizações, possuindo, destarte, caráter público.

Abaixo segue tabela descritiva das missões e visões das instituições estudadas:

Missão	Sistema de Saúde Mãe de Deus	Garantir soluções completas e integradas em saúde, com desenvolvimento científico, tecnológico e humano.
	Complexo Hospitalar Santa Casa	Proporcionar ações de saúde a todas as pessoas, com excelência, sustentabilidade e misericórdia.
	Associação Hospitalar Moinhos de Vento	Cuidar de vidas, afirmando nosso compromisso com a qualidade médico-assistencial e a segurança do paciente.
	Hospital São Lucas da PUCRS	Somos um Hospital Universitário qualificado pela integração assistência/ensino/pesquisa, orientado por valores humanos, pela atuação interdisciplinar e pelo compromisso com a saúde da comunidade.
Visão	Sistema de Saúde Mãe de Deus	Ser reconhecido pela sociedade e pelos médicos como hospital de referência em soluções completas de saúde e de alta complexidade, com sustentabilidade econômica e social.
	Complexo Hospitalar Santa Casa	O Complexo Santa Casa de Misericórdia será reconhecido por sua excelência, geração de conhecimento, capacidade de inovação, sustentabilidade, formação e retenção de talentos.
	Associação Hospitalar Moinhos de Vento	Ser um hospital reconhecido internacionalmente pela excelência na prática médico assistencial e pela geração do conhecimento e da inovação, integrado por uma equipe que trabalha com alto desempenho.
	Hospital São Lucas da PUCRS	Ser reconhecido internacionalmente, até 2015, como hospital referência em gestão, assistência, ensino e pesquisa em saúde.

TABELA 4 – Quadro Síntese da Missão e Visão

Já as informações relativas aos objetivos estratégicos não foram vinculadas às instituições, no intuito de preservar a confidencialidade. Abaixo seguem objetivos estratégicos obtidos no transcurso da pesquisa documental de três hospitais, considerando que o pesquisador não obteve o mapa estratégico de um dos hospitais estudados.

Objetivos Estratégicos – Perspectiva Financeira

Instituição		
1	2	3
Crescer com Autossustentação. Contribuir para a saúde da comunidade.	Melhorar e otimizar os resultados econômico-financeiros. Diversificar fontes de recursos financeiros.	Assegurar a sustentabilidade econômica, social e ambiental da instituição. Garantir geração de caixa e lucratividade para a sustentabilidade da estratégia.

TABELA 05 – Quadro Síntese Objetivos Estratégicos – Perspectiva Financeira

Objetivos Estratégicos – Perspectiva Clientes e Mercado

Instituição		
1	2	3
Satisfazer os requisitos dos clientes da Assistência. Satisfazer os requisitos dos clientes do Ensino e da Pesquisa.	Proporcionar aos pacientes e familiares uma experiência única de atenção e cuidado em saúde. Aumentar o sentimento de pertencimento do Corpo Clínico, qualificando o ambiente a fim de favorecer a inovação e excelência no exercício profissional. Proporcionar acesso às empresas a soluções completas tendo a Instituição como parceira na gestão da saúde de seus colaboradores. Apoiar as operadoras no acesso dos clientes a serviços e tratamentos de alta resolubilidade a custos competitivos.	Ampliar a produção assistencial nos mercados-alvo. Efetivar a promoção da saúde e prevenção de doenças. Ofertar novos e diferenciados serviços em saúde. Aperfeiçoar o relacionamento com todas as partes interessadas. Proporcionar educação continuada em saúde. Ampliar a oferta de oportunidades de pesquisa.

TABELA 06 – Quadro Síntese Objetivos Estratégicos – Perspectiva Clientes e Mercado

Objetivos Estratégicos – Perspectiva Processos

Instituição		
1	2	3
<p>Promover a responsabilidade social e ambiental.</p> <p>Desenvolver processos inovadores de cuidado aos pacientes e aos familiares.</p> <p>Promover a atualização e o gerenciamento das melhores práticas médicas.</p> <p>Promover o alinhamento do Corpo Clínico à gestão organizacional.</p> <p>Realizar a gestão compartilhada e completa nas empresas por meio da promoção, da prevenção e da assistência à saúde.</p> <p>Desenvolver formas de captação qualificada de clientes por meio de novas soluções.</p> <p>Assegurar a excelência nos processos assistenciais.</p> <p>Aprimorar a gestão dos processos operacionais.</p> <p>Fortalecer Área Ênfase atuais e analisar novas oportunidades.</p> <p>Qualificar e ampliar o relacionamento com as fontes pagadoras.</p>	<p>Ampliar e qualificar as ações de assistência em saúde.</p> <p>Fortalecer a gestão das Unidades Funcionais.</p> <p>Qualificar e ampliar as ações de Ensino e Pesquisa em saúde.</p> <p>Otimizar a Segurança do Paciente.</p> <p>Desenvolver e implantar programas de Educação em Prevenção em Saúde.</p> <p>Racionalizar gastos operacionais.</p> <p>Otimizar a visibilidade da instituição.</p> <p>Promover ações sociais.</p>	<p>Garantir qualidade e segurança assistencial (Inovar em ações de saúde com foco nos clientes).</p> <p>Efetivar a responsabilidade social, ambiental e cultural.</p> <p>Promover inovação no sistema de gestão.</p> <p>Estruturas o ensino e pesquisa (Inovar em educação e geração do conhecimento).</p>

TABELA 07 – Quadro Síntese Objetivos Estratégicos – Perspectiva de Processos

Objetivos Estratégicos – Perspectiva Aprendizagem e Desenvolvimento

Instituição		
1	2	3
<p>Investir no desenvolvimento das pessoas.</p> <p>Promover a satisfação das pessoas.</p> <p>Integrar as partes interessadas entre si e aos processos de trabalho.</p> <p>Promover a atualização tecnológica e dos ambientes de trabalho.</p> <p>Viabilizar recursos extraordinários para investimentos de capital e pesquisas.</p>	<p>Garantir um ambiente diferenciado de trabalho para todos que estimule a inovação e busca de melhores práticas.</p> <p>Desenvolver, captar e reter talentos necessários ao alcance de nossos objetivos.</p> <p>Desenvolver soluções de tecnologia em saúde, informação e comunicação para apoio à decisão e à inovação.</p> <p>Promover a educação e pesquisa para o desenvolvimento de competências e a geração do conhecimento.</p>	<p>Ampliar políticas de gestão de pessoas.</p> <p>Refinar a gestão do capital intelectual.</p> <p>Aumentar a capacidade para ensino e pesquisa.</p>

TABELA 08 – Quadro Síntese Objetivos Estratégicos – Perspectiva de Aprendizagem e Desenvolvimento

Considerações e Análise do Pesquisador:

No transcurso das entrevistas, pode-se perceber que dois executivos de hospitais possuem uma visão mais empresarial e que os outros dois executivos possuem uma visão mais social de seus negócios. Todos os executivos hospitalares afirmaram seus compromissos com a qualidade da assistência e medicina prestada em suas instituições, de forma geral. De forma análoga, um dos especialistas entrevistados demonstrou uma visão mais empresarial acerca do mercado, manifestando a preocupação com a sustentabilidade econômica das instituições e o outro especialista apresentou suas opiniões dentro de uma perspectiva mais social – humanista. Dois executivos hospitalares também deixaram evidente a proximidade de seus negócios com o ensino e a pesquisa, enquanto os outros dois não deram tanta ênfase a este aspecto.

Dois hospitais demonstraram ter públicos alvo bem definidos, enquanto os outros dois não demonstraram maiores preocupações com segmentação de mercado, manifestando preocupação com relação aos serviços ofertados ao público em geral. Um dos entrevistados enfatizou que “Assistir com qualidade todas as pessoas, principalmente aos menos favorecidos” é a missão de sua organização. Afirmou que: “Para que a missão seja cumprida a instituição deve buscar permanentemente a sustentabilidade financeira. Minha maior preocupação como executivo é a sustentabilidade. Não nos interessa ter lucro (superávit), mas equilíbrio financeiro que permita reinvestimentos”. Este entrevistado manifestou preocupação em desenvolver as áreas epidemiológicas que evitam mortes, elencando que identifica que as maiores causas de mortes hoje são os traumas, doenças cardíacas, cânceres e doenças respiratórias.

De certa forma, estas diferentes perspectivas e nuances se justificam em função das diferentes visões e missões declaradas pelos hospitais, na opinião do pesquisador.

Um dos entrevistados enfatizou na entrevista que se preocupa (e objetiva) muito em adquirir e manter tecnologia de ponta, especialmente no que concerne aos equipamentos em qualidade e em quantidade suficientes e adequadas, tanto no que se refere aos processos de diagnose quanto terapêuticos.

Os hospitais estudados adotam Mapas Estratégicos dentro dos preceitos estabelecidos por Kaplan e Norton (2008), apresentando os objetivos em perspectivas, nexos causais entre os objetivos e temas estratégicos. Os mapas estratégicos não são apresentados na presente pesquisa a pedido das instituições, mas foram analisados pelo pesquisador e denotam convergência com a teoria estabelecida por Kaplan e Norton, no entender do pesquisador.

Kaplan e Norton (2008; p. 102) denotam que “a perspectiva financeira e a perspectiva de clientes dos mapas estratégicos e dos *Balanced Scorecards* descrevem o que a organização espera alcançar [] e a perspectiva de processos e perspectiva de aprendizagem e crescimento descrevem como a organização implementará a estratégia”.

Avaliando-se a perspectiva financeira ou de sustentabilidade, dos três mapas estratégicos avaliados, um deles cita como objetivo a sustentabilidade ambiental, dois deles citam como objetivo a sustentabilidade social e os três mapas estudados remetem à sustentabilidade econômico-financeira.

Analisando-se a perspectiva de clientes ou mercados, podem ser identificadas diferentes propostas de valor. Enquanto que determinada instituição objetiva ampliar a produção assistencial nos mercados alvo – o que indica preocupação com o volume de atendimentos ou prestação de serviços – outra instituição objetiva proporcionar aos pacientes e familiares uma experiência única de atenção e cuidado em saúde – o que indica preocupação com a entrega diferenciada do serviço. De qualquer sorte, estas diferentes propostas de valor parecem estar coerentes com os mercados e públicos vislumbrados pelas instituições.

Na perspectiva de processos internos, a segurança do paciente e a qualidade médico assistencial são objetivadas pelas três instituições. Duas instituições também destacam como objetivos de processos internos a racionalização de gastos e o aprimoramento dos processos operacionais, enquanto a outra instituição ressalta mais objetivos relacionados às necessidades de inovação, tanto em ações de saúde, quanto em educação e geração de conhecimento.

Com relação aos objetivos dispostos na perspectiva de aprendizagem e desenvolvimento, os objetivos relacionados ao desenvolvimento e satisfação das pessoas (colaboradores) são unânimes nas três organizações. Todos os mapas estratégicos analisados também apresentam objetivos relacionados à educação e pesquisa, contudo estes objetivos foram ressaltados por dois dos quatro executivos no decorrer das entrevistas. Três entrevistados comentaram nas entrevistas que um objetivo relevante da instituição é o desenvolvimento de líderes, de modo a assegurar sucesso organizacional, pois consideram isto fundamental para suas organizações.

4.2.2 Ambiente externo: Tendências, oportunidades, ameaças e o hospital do futuro.

Entrevista Número 01:

O primeiro entrevistado iniciou a entrevista realizando uma breve contextualização, informando que no Brasil os hospitais privados estão iniciando nesta última década uma trajetória que já está consolidada nas economias de primeiro mundo: os hospitais deixam de atender exclusivamente as demandas de seus controladores / mantenedores e atribuem maior importância às demandas de saúde da sociedade e população em geral.

O primeiro entrevistado comentou que alguns movimentos que já ocorreram nos Estados Unidos da América (USA) estão ocorrendo na última década no Brasil, destacando:

- a redução quantitativa dos hospitais: comentou que nos USA nos anos 80 foram fechados 1.500 hospitais comunitários (aqueles que eram mais próximos da comunidade), pois se tornaram equipamentos sociais onerosos, difíceis de serem mantidos, em função da alta obsolescência da tecnologia embarcada (atualmente os ciclos de obsolescência da tecnologia hospitalar é de 3 anos);

- o encurtamento das distâncias mediante aumento da mobilidade e transportes, que possibilitou que a população de determinado local recorresse a um hospital com maior tecnologia embarcada, melhor estrutura (com mais recursos), e

com maior resolutividade na prestação da assistência, ao invés do hospital comunitário com menor volume de recursos.

O entrevistado informou que no Rio Grande do Sul, no início da década de 80 existiam 1.200 empresas de saúde, das quais 485 eram hospitais, com uma população em torno de 8 milhões de habitantes. Hoje, segundo o entrevistado, o Rio Grande do Sul conta com cerca de 19 mil empresas de saúde – sendo sua imensa maioria microempresas – e com apenas 320 hospitais, já com uma população de 11 milhões de pessoas. Logo, na ótica do entrevistado, existe um paradoxo entre o crescimento da população e a redução da quantidade de hospitais. Destes 320 hospitais, muitos são de pequeno porte (baixa quantidade de leitos); outros estão em processo concordatário (a beira de encerrarem suas atividades). Logo, existe uma redução importante da quantidade de hospitais, concomitante ao aumento da estrutura dos grandes hospitais. O hospital que sobreviver precisa trabalhar com escalas maiores, no entender do entrevistado. O entrevistado disse que “um estudo pan-americano revelou que 70% dos hospitais da América Latina tinham menos de 100 leitos e que esta realidade está mudando: os pequenos hospitais estão sucumbindo e os hospitais sobreviventes estão se tornando maiores.”

“Outra tendência importante é que os hospitais estão se tornando em grandes Centros de Tratamento Intensivos (CTIs) devido ao aumento da complexidade das demandas”, disse o entrevistado. Ao iniciar a trabalhar com maiores escalas, o hospital também iniciará a se organizar em rede. Logo, existirão grupos hospitalares compostos de vários hospitais, na perspectiva do entrevistado. Nos *USA* as redes hospitalares são bastante comuns. A gestão dos hospitais em rede reduzirão os custos fixos das diversas unidades hospitalares. O entrevistado considera que os hospitais em Porto Alegre possuem uma rivalidade concorrencial bastante significativa e que o nível de desconfiança multilateral restringe o avanço de estratégias colaborativas que poderiam gerar vantagens / oportunidades aos mesmos. Logo, acredita que o desenvolvimento de redes se dará sob mesmo controle corporativo (mesmo controlador).

O entrevistado citou que os hospitais, de forma genérica, necessitam diversificar suas fontes de financiamento, buscando um mix de financiamentos: público (atendimentos ao SUS), privados de convênios e privados de pacientes

particulares. Na opinião do entrevistado, os hospitais filantrópicos devem buscar negociar contratualizações com o SUS e com os gestores governamentais que lhes favoreçam: complementar com atendimentos SUS unidades de negócio que não estão plenamente ocupadas, trabalhar com o SUS em situações de maior complexidade onde a tabela de preços é mais adequada ou ainda negociar recursos complementares decorrentes de consórcios intermunicipais regionais, ou algo que o valha.

A saúde suplementar no Brasil e a base de beneficiários da mesma continuarão crescendo relevantemente, na opinião do entrevistado, pois o Brasil tem uma classe média ascendente, que consumirá cada vez mais saúde, educação e entretenimento. Logo, fomentar a oferta hospitalar é uma relevante oportunidade na perspectiva do entrevistado.

O entrevistado complementou comentando que as variáveis que propulsionarão a saúde suplementar são: ascendência da classe média, insuficiência da rede pública de saúde em termos quantitativos (quantidade de oferta hospitalar), ineficiência da rede pública em termos de qualidade versus a expectativa dos consumidores/pacientes, bem como ao anseio da sociedade ascendente no sentido de poder exercer seu direito de escolha associado ao sentimento de rejeição daquilo que é estatal.

Entrevista Número 02:

Na perspectiva do segundo entrevistado, o momento que vivenciamos hoje é ímpar. “Isto significa que o ambiente mudou e continua mudando rapidamente, e que as ações de gestão que lograram êxito no passado não garantem o sucesso futuro”, afirmou o entrevistado. O mercado (ambiente) foi reconfigurado em virtude da prosperidade econômica do Brasil, com ascendência de classes sociais, que passaram a consumir planos de saúde privados. Contudo, este rápido aumento da demanda gerou stress nas estruturas hospitalares (e dos estabelecimentos de saúde de forma geral), já que a oferta de serviços de saúde é hipossuficiente, na opinião do entrevistado. De qualquer forma, este desequilíbrio entre oferta e demanda proporciona grande oportunidade de crescimento para os hospitais, tanto em termos de investimentos para ampliação da estrutura e prestação de serviços, quanto em termos de poder de barganha junto às operadoras de saúde no que concerne ao

reposicionamento de preços e até mesmo descredenciamento das operadoras menos atrativas. “No passado os hospitais aceitavam tabelas de preços muito baixas objetivando garantir demanda e reduzir ociosidade. Hoje os hospitais estão a plena capacidade e selecionam os clientes / fontes pagadoras mais interessantes”, disse o entrevistado.

Outra oportunidade é o maior acesso às fontes de financiamento, decorrentes da maior oferta de crédito e redução das taxas de juros, estimulando ainda mais os investimentos em expansões de estrutura e crescimento, na ótica do entrevistado.

O foco principal da gestão hospitalar passa a ser a gestão clínica, o gerenciamento de riscos, a segurança assistencial e a qualidade dos serviços. “Existirão dois tipos de hospital daqui para frente: aqueles que trabalham constantemente a qualidade e segurança (reduzindo erros de medicação, aprimorando a qualidade assistencial, internalizando protocolos médicos, publicando indicadores de qualidade médica e assistencial) e aqueles que não fazem isso. Esta passa a ser a principal pauta da Direção dos hospitais”, disse o entrevistado. Desde já é importante o reconhecimento que as competências que os hospitais dispunham até então não mais serão suficientes para responder a este novo foco, a esta nova pauta, de modo que os hospitais necessitarão adquirir e desenvolver novas competências, no entender do entrevistado. Os clientes estarão dispostos a pagar preços diferenciados decorrentes da segurança, qualidade e resolubilidade hospitalar, desde que estes indicadores sejam demonstrados e comprovados. “Há uma grande oportunidade dos hospitais se diferenciarem em função de níveis de qualidade e resolubilidade superiores, mas o primeiro passo é aprender a mensurar e demonstrar a resolubilidade e a qualidade médico assistencial”, mencionou o entrevistado.

O cliente cada vez mais informado e ciente de seus direitos vai exigir qualidade, segurança e transparência, na ótica do entrevistado.

Na visão do entrevistado, a possibilidade de abertura do mercado e ingresso de capital estrangeiro significa que além da hipótese de novos entrantes, o nível de serviço oferecido será aquele praticado em mercados mais maduros e desenvolvidos. Ou seja, o patamar da qualidade e dos serviços não é mais o local

ou regional, e sim o global. Ocorrerá um forçoso salto de qualidade no segmento hospitalar. “Os hospitais precisam entender que seus paradigmas e *benchmarks* não são mais os concorrentes locais, mas concorrentes globais / internacionais. Isto gerará um profundo sentimento de inferioridade inicialmente, que será necessário para o aprimoramento e desenvolvimento dos hospitais e respectivo salto de qualidade”, afirmou o entrevistado. Este desconforto decorrente do choque de realidade oriundo da identificação do grande gap existente entre os padrões das melhores práticas em nível global versus nível local demandará planos de intervenção mais robustos, que tenderão a paulatinamente reduzirem o próprio gap/lacuna. O entrevistado comentou que “toda a visão estratégica dos hospitais locais é voltada para discutir aspectos como o relacionamento com as operadoras, gestão financeira, etc... de certo modo os gestores estão preparados para isto; contudo ao se deparar com a pauta que está sendo discutida no primeiro mundo – qualidade e segurança do paciente - observamos que estão faltando gestores para discutir esta nova pauta, neste novo paradigma”.

Outra oportunidade refere-se à transformação do modelo de remuneração dos mesmos, discorreu o entrevistado. Hoje os hospitais são remunerados em função das doenças, quando deveriam ser remunerados em função da saúde. Logo, há um prêmio (remuneração) pela quantidade de doenças e não pela saúde, declarou o entrevistado. O entrevistado acredita que num futuro próximo o processo de faturamento será simplificado, com a existência de pacotes, mas que a mudança maior virá num futuro mais distante, no qual o hospital compartilhará com a seguradora / operadora de saúde determinada carteira, absorvendo os riscos inerentes a mesma, mas investindo em ações de prevenção e promoção à saúde, além de recuperação da saúde.

O encurtamento das fronteiras geográficas é uma tendência. A geografia de competição será alterada. Hoje os hospitais sequer conhecem o que é padrão internacional de qualidade assistencial e gestão. Hoje o hospital atende a comunidade do entorno. No futuro atenderá qualquer cidadão do planeta naquilo que for referência. A geografia de atendimento do hospital será ampliada.

O entrevistado defendeu o ponto de vista do hospital geral, pois entende que os pacientes buscam um hospital que ofereça soluções completas, mas informou

que os hospitais precisam estabelecer suas áreas de referência em nível nacional e internacional. Ele acredita que os hospitais se especializarão em áreas ênfases a fim de se diferenciarem no mercado.

“Os hospitais evoluíram significativamente em discussões coletivas e cooperação no que tange a assuntos administrativos, como compras conjuntas, negociações junto a convênios, simplificação de processos de faturamento, mas poderiam trocar experiências relativas aos processos médico – assistenciais (*core business*)”, declarou o entrevistado.

Como principal ameaça o entrevistado citou novos entrantes internacionais, com capital internacional, abundância de recursos, *softwares* mais desenvolvidos que aqueles existentes hoje no Brasil – que são deficientes – e com qualidade assistencial em padrões mais elevados e amadurecidos.

Outra ameaça relevante é a concentração do mercado suplementar em poucas operadoras de saúde e a tendência de aumento desta concentração. “Vivemos num mundo hoje que se uma organização não é grande tende a sucumbir. É o que está acontecendo com vários planos de autogestão, cujas carteiras (vidas) estão migrando para planos privados corporativos”.

Ao discorrer sobre o hospital filantrópico do futuro, o entrevistado afirmou que “os hospitais vão evoluir para padrões de qualidade e segurança semelhantes aos da indústria aeronáutica: manual de operação, check list, padrões milimétricos cumprimento de rotinas assistenciais, nenhuma execução sem plena capacitação e homologação”. O fato de se lidar com a saúde e a vida obriga esta evolução, na perspectiva do entrevistado. “Não ter este nível de exigência é uma negligência coletiva”, mencionou o entrevistado. “Se as equipes dos hospitais gerenciassem um vôo, com os atuais padrões de segurança e qualidade, quantos clientes embarcariam neste vôo?”, indagou o entrevistado.

O entrevistado adicionou que os hospitais do futuro serão hospitais intensivos em tecnologia de ponta.

Entrevista Número 03:

Na perspectiva do entrevistado, o mercado de saúde suplementar continuará crescendo, em função do crescimento das classes sociais C e D. A base de beneficiários de planos de saúde permanecerá crescendo. Isto representa uma oportunidade de crescimento ímpar para os hospitais.

O entrevistado opinou que o mercado está se tornando mais exigente. “Os clientes buscam e exigem seus direitos junto aos hospitais e às operadoras, e quando se sentem lesados reclamam os mesmos junto à ANS ou na Justiça”, comentou o entrevistado. Os clientes demandam agilidade – soluções rápidas e esta será a tendência.

Na percepção do entrevistado, o hospital deve se preparar para ser um generalista, ou seja, ele deve ser oferecer linhas de serviços completas e abrangentes, estar plenamente embarcado de tecnologia e com corpo clínico integralmente qualificado e composto por inúmeras especialidades médicas.

O entrevistado mencionou que existe oportunidade de melhoria na relação dos hospitais com algumas operadoras de saúde, mas considera que com outras operadoras a relação já melhorou bastante, existindo um bom nível de confiança, interlocução e respeito bilateral, mesmo quando existem interesses antagônicos em discussão. Considera isto uma conquista importante de ambas as partes no processo de amadurecimento relacional.

Além disto, comentou acerca da necessidade de num momento futuro hospitais e operadoras definirem juntos uma forma de comunicar à sociedade e ao Estado (ANS, Judiciário etc) de que o preço dos serviços de saúde precisa ser majorado, pois também entende que as margens são praticamente impraticáveis de forma que a “conta / equação não fecha”.

Existem oportunidades de melhoria no que concerne ao modelo de remuneração dos hospitais, na visão do entrevistado. A tendência é que o modelo de remuneração pelos tratamentos prestados descontinue. O modelo substituto ainda carece de elaboração, mas as possibilidades são variadas: Talvez evolua o modelo de orçamento global a preço fixo, onde o hospital assume determinada carteira e compartilha riscos da mesma com a operadora mediante remuneração

fixa, talvez evolua o modelo de pacotes onde são pré-definidos valores por procedimentos. Num futuro mais longínquo a tendência é que os hospitais sejam remunerados pela resolubilidade e excelência dos serviços, mas há ainda uma longa jornada a ser trilhada neste sentido. De qualquer sorte, a conta aberta (*fee for service*) tende a diminuir e ficar restrita a um número pequeno de casos, comentou o entrevistado.

O entrevistado adicionou que existe grande oportunidade no sentido de operadoras e hospitais desenvolver e operacionalizar juntos programas de prevenção e promoção à saúde, pois ambos possuem recursos e conhecimentos para tal finalidade. Esta mudança de paradigma é mandatória, já que a população está envelhecendo. No futuro, pacientes com hábitos de vida saudáveis receberão descontos em seus planos de saúde, na perspectiva do entrevistado.

Com relação às ameaças, o comentário do entrevistado foi de que hospital e operadoras de saúde necessitam encontrar os preços justos pelos serviços. Disse que ambos já avançaram a exemplo das migrações de mais valias em órteses e próteses para diárias e taxas, mas que ainda há necessidade de evolução neste tema. Informou que o histórico deste mercado hospitalar consiste na cobrança de mais valias (*mark ups*) importantes sobre materiais e medicamentos e que há um movimento de migração destas margens para diárias e taxas, incentivada por resolução normativa emitida pela Câmara de Medicamentos - CMED. A CMED regulou que hospitais não podem “vender” materiais e medicamentos, pois não possuem objeto social para tal, já que são prestadores de serviços, não lhes cabendo comercialização (logo, iniciou-se uma discussão tributária e regulatória que impactou em todo o mercado de saúde brasileiro, especialmente nas relações entre operadoras e hospitais que se viram obrigadas a migrar as margens de materiais e medicamentos para diárias e taxas, sem gerar desequilíbrios de preços).

O entrevistado mencionou que os preços tendem a aumentar para os consumidores finais (pacientes), em função da: inovação tecnológica, pois uma nova tecnologia em saúde geralmente não substitui uma tecnologia anterior, mas agrega; oferta crescente de exames e procedimentos, que tende a encarecer os custos dos prestadores; incorporação pela ANS de novos procedimentos com custo elevado no rol de procedimentos de cobertura obrigatória das operadoras em descompasso com

as autorizações de reajustes de preços das operadoras (que são baseadas em outros critérios como indicadores oficiais de inflação – INPC ou outro).

Ainda se referindo às ameaças, o entrevistado afirmou que acredita que a atuação regulatória da ANS será crescente e o efeito disto será a redução do número de operadoras e aumento da concentração do mercado em poucas operadoras, que incorporarão àquelas que forem extintas. A atuação da ANS tende a engessar o mercado, onerando operadoras e hospitais em prol dos consumidores finais, no entender do entrevistado. “A regulação da ANS é uniforme em âmbito nacional, não considerando diferenças regionais importantes”, afirmou o entrevistado.

Outra ameaça importante elencada pelo entrevistado refere-se aos novos entrantes internacionais, especialmente operadoras de saúde verticalizadas, que concorrerão tanto com hospitais quanto com operadoras de saúde. Destacou a entrada da *United Health Care* no mercado brasileiro, mediante compra da seguradora Amil e de parte da operação hospitalar da Amil. “A *United Health Care* é a maior operadora de saúde norte- americana e já está posicionando-se no Brasil”, disse o entrevistado.

“Os hospitais e as operadoras não gerenciam as prescrições médicas que ocasionam altos custos, exceto no que se refere ao controle de infecção”, comentou o entrevistado. O hospital não gerencia se o material importado solicitado pelo médico possui similar nacional menos oneroso, por exemplo. O hospital não gerencia se o médico requisita inúmeros exames (talvez desnecessários) no momento da internação, por exemplo. Ou seja, há oportunidade para o hospital monitorar os custos decorrentes das decisões médicas, no entender do entrevistado.

Entrevista Número 04:

Na perspectiva do entrevistado, no passado as regras que regulavam a filantropia não estavam plenamente esclarecidas, pois apesar da legislação mencionar a necessidade de realização de pelo menos 60% de atendimentos em termos de pacientes-dia, o Conselho Nacional de Saúde aceitava que os hospitais filantrópicos justificassem a filantropia mediante a apresentação de movimento de atendimentos também ambulatoriais. Hoje, com a nova legislação esta questão foi

esclarecida, devendo o cômputo ser realizado sobre a base dos pacientes-dia, podendo ser complementado com atendimentos ambulatoriais no limite de 10%, não existindo mais a insegurança jurídica neste tema, comentou o entrevistado. Conforme percepção do entrevistado, a grande discussão atual é no sentido de verificar se o modelo alternativo de filantropia - dos hospitais estratégicos ou de excelência – se sustenta. O entrevistado entende que não se sustentará, pois consome grande montante de recursos sem resultar em correspondentes projetos benéficos à comunidade. Acredita que no futuro o modelo de filantropia será unificado.

O entrevistado entende que as parcerias público-privadas serão cada vez mais frequentes e representarão oportunidades de desenvolvimento para os hospitais, pois o Governo não tem condições de executar os serviços de saúde necessários no Brasil. O Governo destinar-se-á cada vez mais a normatizar e regular o sistema de saúde, deixando a prestação de serviços aos prestadores privados, na ótica do entrevistado.

A retomada do crescimento de Porto Alegre e do Estado do Rio Grande do Sul representa outra tendência mencionada pelo entrevistado.

O aumento da expectativa de vida associado à redução na fecundidade, ocasiona um rápido envelhecimento na população com significativa ampliação da população idosa, reconfigurando a sociedade sob diversos aspectos. Mesmo com toda a tecnologia, a fragilidade da saúde decorrente da degeneração do organismo exigirá fortes investimentos, elevando o custo de toda a cadeia produtiva. A necessidade de leitos hospitalares e de serviços ambulatoriais aumentará. O paciente idoso, ao contrário do hígido, tende a acumular co-morbidades, de forma que a própria prestação dos serviços médicos e assistenciais deverá ser repensada, na visão do entrevistado.

Reconhecendo que a gestão hospitalar evoluiu muito ao longo da última década, o entrevistado entende que a profissionalização da gestão hospitalar necessita evoluir ainda mais. Esta profissionalização significa, no entender do entrevistado, qualificação e capacitação dos gestores e executivos, melhoria dos processos e controles, melhoria dos sistemas de informações, majoração da capacidade analítica de determinados contextos e uso de ferramentas profissionais

de gestão. “Informações existem muitas, mas a dificuldade reside em se fazer análises adequadas destas mesmas. 95% dos hospitais no Brasil não possuem orçamento e sistema de mensuração de custos”, comentou o entrevistado. O entrevistado entende que a ausência da profissionalização de gestão em alguns hospitais filantrópicos compromete significativamente o nível de eficiência destes.

Outra relevante oportunidade comentada pelo entrevistado refere-se à necessidade de realinhamento de preços e resgate das margens dos hospitais filantrópicos junto às operadoras de saúde. “Enquanto que na cadeia automobilística, por exemplo, os vários elementos da cadeia agem pro-ativamente para gerar o melhor automóvel, na cadeia de saúde os vários elementos atuam transferindo margens, numa operação diária pesada e dificultosa”, comenta o entrevistado. Os elementos da cadeia produtiva hospitalar não conseguem trabalhar em favor da cadeia, de modo que cada elemento raciocina e age de maneira individualizada, em interesse próprio, mencionou o entrevistado. O entrevistado provocou o entrevistador questionando: “Quais são as metas da saúde suplementar no Brasil? Quem são as lideranças do segmento”? A resposta enunciada pelo próprio entrevistado foi: “Não existem!”. Os conflitos diários entre os elementos da cadeia produtiva (operações) são tão acirrados, que contaminam as discussões estratégicas no segmento de saúde. Discute-se muito a conturbada operação e pouco a estratégia da indústria da saúde como um todo. Sob a ótica operacional, há a necessidade de discutir modelos de remuneração menos conflituosos e sob o ponto de vista da estratégia há a necessidade de construir uma pauta positiva acerca do futuro do segmento. O segmento não possui representatividade política para realizar discussões de forma abrangente com a agência reguladora, com a sociedade, com o Judiciário etc, em função da dificuldade de se conciliar esforços, no entender do entrevistado. “Necessário evoluir em estratégias de colaboração entre hospitais e entre hospitais e operadoras de saúde”, disse o entrevistado.

Com relação às principais ameaças vivenciadas pelos hospitais, o entrevistado comentou que os hospitais necessitam recuperar margens. “Há um descompasso evidente entre receita e custos. A perda das margens é crescente”, afirmou o entrevistado.

Entrevista Número 05:

O entrevistado número 05 enxerga que a verticalização das operadoras de saúde é uma ameaça relevante, no sentido de que as mesmas possam construir novos hospitais para atender exclusivamente ao público da saúde suplementar, o que poderia causar um desequilíbrio econômico aos hospitais filantrópicos, já que a operação junto aos convênios (de saúde suplementar) financia a operação junto ao SUS, que é deficitária. Contudo, entende que atualmente a demanda é tão maior que a oferta que esta ameaça perde um pouco de sua relevância. Contudo afirmou que se deve ter atenção aos movimentos de abertura do mercado e possibilidade de novos entrantes.

Citou ainda que outra ameaça significativa é a tabela de preços junto ao SUS, gerando prejuízos na operação SUS, que necessita ser financiada pela operação junto aos convênios privados. Mas reafirmou o objetivo organizacional de atender a todos, informando que o fato da tabela ser baixa de certa forma “faz parte do jogo”.

Comentou que o mercado gaúcho é diferente de outros mercados e que no Rio Grande do Sul 70% dos atendimentos SUS ocorrem nos hospitais filantrópicos e apenas 30% dos atendimentos SUS são realizados em hospitais públicos. Afirmou que não vê nenhuma intenção governamental de investir em hospitais públicos – pelo contrário, percebe que o Governo cada vez mais pretende fomentar a rede privada – e não vê nenhuma ameaça em termos de redução de demanda. Neste sentido cabe ao gestor hospitalar investir em estrutura e tecnologia, de forma ponderada e sustentável.

Como tendências, comentou sobre o crescimento populacional e sobre o aumento dos traumatismos, informando que a dinâmica urbana atual, com maior movimento, maior quantidade de automóveis, mais pressa das pessoas etc corrobora para a majoração da quantidade de traumas. Mencionou que percebe o aumento dos casos de câncer, o que oportuniza crescimento para as áreas relacionadas à Oncologia. Disse que a complexidade (gravidade) dos pacientes está aumentando, possibilitando oportunidades de investimento nas áreas de traumatologia, cardiologia, neurologia e oncologia.

Mencionou que ampliar a estrutura de atendimento ambulatorial e de internação é uma grande oportunidade neste momento.

Em sentido amplo, mencionou como oportunidade a necessidade de regionalizar a saúde e organizar a rede de saúde. Comentou que apesar do interior do Estado (e de forma geral de todos os Estados da Federação) possuir algumas regiões desenvolvidas, muitos municípios ainda carecem de atendimento especializado. Entende que existe muito oportunidade no sentido de organizar a rede de saúde, e que de forma geral os governantes não tem obtido pleno êxito neste sentido. Manifestou que os municípios devem realizar consórcios para manter hospitais regionais desenvolvidos. Determinado município deve desenvolver determinada(s) especialidade(s) médica(s), enquanto outro município vizinho deve desenvolver outra(s) especialidade(s) médica(s), ou seja, não adianta crer na utopia que pequenos municípios serão autossuficientes, mas em vez disto organizar a rede de modo que o interior não precise recorrer tanto à capital na busca por médicos especialistas.

Discursou que a institucionalização de pacientes, mediante a prestação de um atendimento eficiente, contribui para a fidelização dos pacientes, de modo que os mesmos passam a procurar a instituição em outras ou futuras necessidades.

O entrevistado considera uma grande oportunidade o desenvolvimento de ações conjuntas por parte dos hospitais. Entende que “os hospitais não competem muito entre si e poderiam colaborar mais”. Colocou-se absolutamente a favor da cooperação de esforços objetivando o alcance de interesses comuns. Afirma que já existem relevantes ensaios de estratégias de colaboração, a exemplo do Porto Alegre *Health Care Cluster*, mas que a colaboração poderia ser majorada. Discorre que o nível de competição entre os hospitais em Porto Alegre é muito baixo, pois os públicos atendidos são distintos. Informou que há muita necessidade de colaboração no cunho político, com finalidade de aumentar o poder de negociação dos hospitais junto a fornecedores, entes políticos (governo) para o estabelecimento de políticas públicas, fontes de financiamento, e especialmente junto às fontes pagadoras, ou seja, operadoras de planos de saúde.

Citou ainda que os hospitais gerais contemplam uma cesta de serviços; alguns rentáveis e outros não. Neste sentido, declarou como oportunidade a

exploração de serviços secundários à sua atividade fim, exemplificando com o serviço de estacionamento, serviço funerário e lancherias /restaurantes, que são bastante lucrativos. Atribuiu relevância àquilo de denominou de receitas acessórias, afirmando que as mesmas contribuem muito para a sustentabilidade da instituição e não podem ser desprezadas, e sim tratadas como negócios.

Ao se referir acerca do hospital do futuro o entrevistado mencionou “tecnologia em primeiro lugar”. Acredita que será um hospital ainda mais intensivo em tecnologia. Então, discorreu sobre a importância da sustentabilidade financeira para a aquisição de novas tecnologias, informando que possui um controle estreito dos níveis de endividamento (que hoje estão baixos), o que facilita a realização de novos financiamentos a custos baixos. Adicionalmente citou a importância da credibilidade oriunda da liquidez da organização e a necessidade de avaliação rigorosa de qualquer investimento, de modo que tenha um adequado estudo de viabilidade econômica e financeira.

Entrevista Número 06:

Com relação às ameaças, o entendimento do entrevistado é que os planos de saúde estão banalizados, ou melhor, preços banalizados pelas próprias operadoras de saúde, sociedade (beneficiários) e também pelos hospitais, compondo uma verdadeira inequação: prestação de serviços de saúde e financiamento (preços) dos serviços prestados. “A conta não fecha”, afirmou o entrevistado. Isto pode gerar uma precarização dos serviços de saúde, na visão do entrevistado.

Outra ameaça comentada pelo entrevistado refere-se à insegurança jurídica dos contratos firmados com convênios, que muitas vezes possuem lacunas ou até mesmo são unilateralmente descumpridos, gerando desconforto e sentimento de desconfiança. O entrevistado exemplificou informando que preços são descumpridos, glosas (pagamentos a menor) são realizadas arbitrariamente, entre outros. Entende que tudo isto acaba por encarecer ainda mais o custo da saúde, pressionando a sustentabilidade dos hospitais.

No caso de pacientes particulares disse que muitas vezes o serviço é prestado, não pago, ações de cobrança são impetradas em desfavor do paciente

devedor, mas que o Judiciário delibera no sentido de isentar o paciente devedor, onerando os hospitais. Logo, há um grande afluxo de demandas à esfera judicial decorrentes da indefinição da responsabilidade de pagamento da conta: paciente, plano de saúde ou Estado, nos mais diversos tipos de circunstâncias. Na maior parte dos casos o hospital é obrigado / compelido a prestar o serviço, mas o recebimento pelos serviços prestados é incerto, conforme percepção do entrevistado.

O entrevistado ainda citou que o aumento da regulação da ANS sobre as operadoras de saúde e indiretamente sobre os hospitais pode representar tanto ameaças, quanto oportunidades, dependendo das conduções que forem dadas. Comentou que a Resolução Normativa da CMED que objetivou regular os preços dos medicamentos, restringindo as mais valias cobradas pelos hospitais em seus medicamentos, foi bastante confusa. “Hoje a ANS possui poder de regulação sobre as operadoras de saúde, mas há um projeto tramitando no sentido de ampliar o poder de regulação da agência para os hospitais privados, o que deve ser observado com extrema atenção, já que o posicionamento até o momento tem sido 100% favorável ao usuário / consumidor final / paciente na defesa de seus interesses”, afirmou o entrevistado. O sistema de saúde necessita ser pensado como um todo, na perspectiva do entrevistado.

Comentou como tendência que o nível de complexidade (gravidade) dos atendimentos tende a aumentar. Adicionou que o nível de exigência e informação dos pacientes e sociedade aumentará muito. Disse que “hoje as pessoas são muito gratas e no futuro serão mais exigentes”, com relação aos serviços prestados pelos hospitais. Os pacientes estão cada vez mais conhecedores de seus direitos, o que diminui o nível de tolerância com relação a qualquer disfunção ou desajuste no serviço prestado, de forma que os hospitais deverão preparar seus processos para estes pacientes e familiares mais exigentes.

Manifestou ainda como tendência que acredita que a saúde suplementar deve crescer ainda mais, e que a estrutura hospitalar privada crescerá em níveis mais elevados que a rede pública de saúde.

O entrevistado acredita que os processos de faturamento (formação de contas) serão simplificados, em termos de saúde suplementar, o que significa que procedimentos abertos de maior previsibilidade serão transformados em pacotes

com preços fixos, contudo acredita que a maior parte dos serviços continuará sendo remunerada no modelo *fee for service* (conta aberta). Informou que em termos de atendimento ao SUS, hoje os valores são orçamentados, ou seja, o SUS contratualiza com o hospital a compra de determinada quantidade de procedimentos em determinado espectro de tempo e se incorrerem mais ou menos procedimentos naquele período serão remunerados os valores correspondentes às quantidades contratadas.

O entrevistado entende que existe oportunidade no sentido do desenvolvimento de protocolos médicos. Informou que hoje existe um movimento muito grande dos convênios – corroborados pelos hospitais – no sentido de estabelecer protocolos que garantam preços fixos para determinados procedimentos, mas que o sentido desta prática está invertido. Ou seja, hoje o modelo de concepção dos protocolos (o nome mais apropriado no modelo atual, seriam pacotes, na ótica do entrevistado) tem sido do viés econômico para o técnico – científico. Deveria ser o contrário, do ponto de vista científico para o econômico, ou seja, há necessidade de discussão técnica – médica acerca de práticas para o estabelecimento dos melhores padrões (protocolos), de modo a garantir maior nível de segurança aos pacientes, no entender do entrevistado. Isto é o que se denomina medicina baseada em evidências. Esta deveria ser a preocupação, em vez disso a preocupação é de transferência de riscos (variabilidade) das seguradoras para os hospitais, em troca de pagamentos isentos de glosas, na perspectiva do entrevistado.

Comentou que o estabelecimento de protocolos pode contribuir no estabelecimento de uma conta hospitalar um pouco mais previsível, mas tendo em vista a complexidade da própria natureza do organismo humano, a imprevisibilidade dos procedimentos médicos praticados sempre existirá, repercutindo num modelo de remuneração por serviço prestado – mais imprevisível em termos de conta hospitalar.

Citou como tendência “uma vida melhor para os hospitais”. Acredita que a “vez da saúde está chegando”. Apesar dos grandes desafios que necessitam ser superados, enxerga o futuro dos hospitais filantrópicos com otimismo. Comentou que os hospitais filantrópicos dependem de recursos públicos, já que atendem ao

SUS e que hoje o Governo investe menos que a metade do que deveria por força de lei. Alegou que a tendência é que o orçamento destinado à saúde aumente, de modo a contemplar os hospitais filantrópicos e públicos, minimizando as possibilidades de precarização.

O entrevistado comentou que houve uma fragmentação das instituições representativas dos hospitais, que gera fragilidade. Enxerga com oportunidade e necessidade que os hospitais se articulem mais e atuem de forma conjunta frente à agência reguladora (ANS), fornecedores e planos de saúde. Isto não significa que se deixará de concorrer, mas significa que, na opinião do entrevistado, é possível concorrer e atuar conjuntamente em temas de interesse comum, simultaneamente.

O entrevistado entende que os hospitais no futuro trabalharão de forma mais cadenciada e não tão sobrecarregados como hoje. Entende que hoje o sistema de saúde não está plenamente organizado, de forma que o hospital serve de refúgio para praticamente todas as patologias e males. Entende que a rede / sistema de saúde precisa funcionar melhor, de forma que os diversos níveis de atenção funcionem adequadamente. Comenta que como o sistema não está organizado e os níveis de atenção e complexidade não cumprem integralmente seus papéis, vários casos que poderiam ser tratados em outras instâncias que não a hospitalar acabam escoando para os hospitais, sobrecarregando-os. Declara que isto também depende da conscientização da população, de forma que use os recursos em seus níveis de atenção e complexidade adequadamente. Comenta que esta sobrecarga, decorrente da falta de organização plena do sistema de saúde e da falta de esclarecimento da população/comunidade, acaba encarecendo o custo hospitalar demasiadamente. Comenta que a inadequado funcionamento do sistema em níveis de atenção gera imprevisibilidade no cotidiano hospitalar e esta por sua vez gera dispêndios adicionais, já que é preciso manter uma estrutura de custos capaz de atender a maior complexidade e na prática o hospital acaba cuidando dos mais variados casos, nos diversos níveis de complexidade.

Em contrapartida, acredita que o nível de exigência e preparo dos profissionais e tecnologias será muito maior. O nível de expectativas dos pacientes e da sociedade em geral aumentará materialmente, segundo a perspectiva do entrevistado.

Quadros Síntese: Tendências, oportunidades, ameaças e o hospital do futuro.

Tendências

	Entrevistados						Somatório
	1	2	3	4	5	6	
Demanda > Oferta		X	X		X		3
Crescimento populacional	X				X		2
Aumento dos traumas, cânceres e problemas cardíacos					X		1
Aumento dos pacientes complexos / graves	X				X	X	3
Concentração das operadoras no mercado na saúde suplementar		X				X	2
Aumento do consumerismo: pacientes mais informados e exigentes		X	X			X	3
Crescimento da saúde suplementar (base de beneficiários)	X		X			X	3
Crescimento da rede de hospitais privados						X	1
Hospitais mais equilibrados em termos econômicos e financeiros						X	1
Maior importância para às necessidades de saúde da população	X						1
Concentração dos hospitais / Redução quantitativa dos hospitais	X						1
Queda das barreiras geográficas/Aumento da geografia de competição	X	X					2
Organização dos hospitais em rede e grupos (aumento do porte dos hospitais)	X						1
Foco na gestão clínica, médica e assistencial		X					1
Novos entrantes internacionais com níveis de serviços mais elevados		X					1
Especialização do hospital em áreas ênfase e de referência		X					1
Ascendência das classes sociais e prosperidade econômica			X	X			2
Uniformização da legislação da Filantropia				X			1
Aumento da população idosa				X			1

TABELA 09 – Quadro Síntese das Tendências

Oportunidades

	Entrevistados						Somatório
	1	2	3	4	5	6	
Investimento em áreas para atender aos pacientes complexos					X	X	2
Regionalizar a Saúde / Organizar a rede de saúde					X		1
Institucionalização de pacientes					X		1
Ações colaborativas entre hospitais para aumento do poder de negociação e alcance de interesses comuns	X			X	X	X	4
Explorar adequadamente serviços acessórios (não relacionados à atividade fim) buscando receitas adicionais					X		1
Regulação da ANS						X	1
Simplificação dos processos de faturamento						X	1
Desenvolver protocolos médicos						X	1
Diversificar fontes de financiamento / Maior acesso as fontes de financiamento	X	X					2
Ampliar oferta hospitalar / Aumentar estrutura	X	X			X		3
Reposicionar preços		X	X	X			3
Mudança do modelo de remuneração		X	X				2
Ações colaborativas entre hospitais e operadoras / Aproximação com operadoras			X				1
Desenvolver programas de promoção e prevenção à saúde			X				1
Realizar parcerias público - privadas				X			1
Profissionalizar a gestão hospitalar				X			1

TABELA 10 – Quadro Síntese das Oportunidades

Ameaças

	Entrevistados						Somatório
	1	2	3	4	5	6	
Verticalização de operadoras					X		1
Novos entrantes no mercado		X	X		X		3
Banalização dos planos de saúde (preços dos planos)						X	1
Descumprimento de acordos pelas operadoras / Insegurança contratual junto às operadoras						X	1
Dificuldade de cobrar os serviços prestados (\$)						X	1
Concentração das operadoras de saúde no mercado		X					1
Custos - Preços crescentes			X				1
Aumento da regulação do mercado pela ANS			X				1
Dificuldade de acompanhamento das decisões médicas que geram altos custo			X				1
Descompasso entre receita e custos / Perda de margem				X			1

TABELA 11 – Quadro Síntese das Ameaças

Hospital do futuro

	Entrevistados						Somatório
	1	2	3	4	5	6	
Tecnológico / Intensivo em tecnologia		X	X		X		3
Mais equilibrado em termos econômicos e financeiros					X		1
Mais cadenciado / menos sobrecarregado						X	1
Mais voltado à recuperação da saúde						X	1
Profissionais mais preparados / Nível de exigência maior			X			X	2
Padrões de qualidade e segurança milimétricos		X					1
Hospital generalista			X				1
Especialização do hospital em áreas ênfase e de referência		X					1
Linhas de serviço completas e abrangentes			X				1

TABELA 12 – Quadro Síntese Hospital do Futuro

Considerações e Análise do Pesquisador

É importante ressaltar que atualmente os hospitais vivenciam um momento onde a demanda por seus serviços é maior que a estrutura hospitalar instalada, o que também foi apontado pelos entrevistados como sendo uma forte tendência. O crescimento da demanda por serviços hospitalares deve-se a variados fatores, dentre os quais se destacam o crescimento da população, e ainda o envelhecimento da população, já que a expectativa de vida foi majorada. Estes dois fatores também são tendências importantes para o futuro.

Por outro lado, a oferta hospitalar não cresceu, ocorrendo o fechamento de várias unidades hospitalares em Porto Alegre e região metropolitana na última década. Este desequilíbrio entre oferta e demanda ocasiona sobrecarga na estrutura e gargalos nos processos dos hospitais, em especial nas Emergências, mas também representa uma grande oportunidade de negócio no sentido do aumento da capacidade instalada. Dois dos entrevistados consideram que o aumento da oferta de leitos e o aumento da capacidade instalada são relevantes desafios estratégicos de suas instituições, o que será apresentado na seção posterior que aborda os desafios estratégicos.

O aumento da complexidade, ou seja, gravidade dos pacientes, decorrente tanto do aumento da população mais idosa - que acumula co-morbidades - quanto do aumento dos casos de traumas, neoplasias e complicações cardíacas, também é apontado como uma importante tendência no segmento hospitalar. Por conseguinte, o investimento em áreas para atender aos pacientes complexos representa uma oportunidade, consoante um os entrevistados.

Em termos de mercado, uma das tendências apontadas pelos entrevistados refere-se à possibilidade de novos entrantes, o que também foi destacado como ameaça. Neste sentido, a chegada ao mercado brasileiro de uma importante operadora de saúde internacional, que atuará também de forma verticalizada, bem como a possibilidade de chegada de outros novos entrantes estrangeiros, gera apreensão e exige planejamento.

Outra tendência, e também vista como ameaça, é a concentração das operadoras de saúde, que, cada vez maiores, terão maior poder de negociação no segmento. Em contrapartida, hospitais maiores tenderão a absorver hospitais menores, de forma a serem formados grupos ou redes hospitalares mais robustas. No entender de um dos entrevistados, a rede pública de saúde tende a não crescer relevantemente, adotando o Governo uma postura de regular o mercado e fomentar o surgimento e/ou fortalecimento da estrutura hospitalar privada (filantrópica e não filantrópica), de modo que a realização de parcerias público-privadas é vista como uma oportunidade por um dos entrevistados. Como resultante destas tendências, teremos cada vez mais o Serviço Único de Saúde (SUS) adquirindo serviços da rede hospitalar filantrópica e privada. A saúde suplementar, ou seja, a base de

beneficiários de planos de saúde privados continuará crescendo, fomentada pela prosperidade econômica e ascendência de indivíduos das classes sociais mais baixas para a classe média, na perspectiva dos entrevistados, corroborada pelo entrevistador e pelo viés da curva de crescimento histórica.

Os pacientes e familiares - repletos de informação e direitos - tendem a se tornar cada vez mais exigentes, acolhidos pelos órgãos de defesa do consumidor e Poder Judiciário, e respaldados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que será cada vez mais atuante e que provavelmente passará a também regular o mercado hospitalar, adicionalmente às operadoras de saúde. A regulação da ANS é vista tanto como uma oportunidade, quanto como uma ameaça, divergindo os entrevistados neste quesito. Na opinião do pesquisador, a ANS pode contribuir muito com o mercado de saúde suplementar, fortalecendo as relações entre os elementos do segmento de saúde, mas é necessário que exista uma visão efetivamente sistêmica de toda a dinâmica da cadeia produtiva da saúde: pacientes e familiares, operadoras de saúde, hospitais, fornecedores e entes estatais. Se a ANS adotar uma postura de defesa de qualquer elo em detrimento dos demais, possivelmente gerará efeitos danosos ao sistema, prejudicando inclusive àqueles que pretendia proteger.

Na perspectiva do pesquisador, a problemática do segmento é bastante complexa, onde: pacientes querem coberturas altamente abrangentes em seus planos de saúde ao menor preço possível; operadoras de saúde querem ganhar mercado e expandir vendas, confiando nos contratos estabelecidos com os usuários (pacientes) onde constam coberturas específicas (isto é, constam limitações de cobertura) e fundamentando suas contingências atuariais num determinado rol de procedimentos estabelecido pela ANS; hospitais prestando serviços ao SUS com precificações muito baixas ou prestando serviços às operadoras de saúde passíveis de glosas, tendo em vista baixo poder de negociação, e sendo remunerados com base nos atendimentos prestados (quanto mais tratamentos – doenças – mais remuneração); fornecedores pretendendo vender seus insumos ao maior preço possível; médicos geralmente prescrevendo o melhor procedimento e medicamento, tecnicamente falando, sem observar os custos; a ANS aumentando periodicamente o rol de procedimentos mínimos que devem ser cobertos pelos convênios, não

permitindo reajustes nos preços proporcionais; o Poder Judiciário geralmente condenando, nos casos de litígio, as operadoras e os hospitais à prover cobertura de todas as despesas hospitalares independente dos contratos previamente estabelecidos pelas partes e até mesmo do rol de procedimentos mínimos da ANS, bem como ordenando liminarmente atendimento de pacientes SUS nos hospitais privados, tendo em vista eventuais incapacidade de atendimento da rede pública, já que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Algumas das oportunidades mencionadas pelos entrevistados contribuem exatamente para a resolução desta problemática. A mudança do modelo de remuneração – também vista por um dos entrevistados como um desafio estratégico – associada à adoção e disseminação de protocolos médicos poderia transformar o modelo mental atual dos hospitais e médicos que deixariam de ser remunerados pela quantidade de doenças tratadas e passariam a ser remunerados pela resolubilidade terapêutica e pelo desenvolvimento de programas de prevenção e promoção à saúde (citado como oportunidade), de modo a agregar real valor aos pacientes.

A competição disfuncional enunciada por Porter e Teisberg (2007) é identificada em vários comentários dos entrevistados. Destaca-se em especial a “competição para transferir custos” (PORTER; TEISBERG; 2007; p.47) e a “competição disfuncional faz proliferar as ações judiciais” (PORTER; TEISBERG; 2007; p.52). Como oportunidades, três entrevistados citaram a necessidade de reposicionamento de preços e dois entrevistados citaram a mudança do modelo de remuneração, em direção ao proposto por Porter e Teisberg (2007).

Algumas tendências, ameaças e oportunidades dos hospitais filantrópicos comentadas pelos entrevistados convergiram com o estudo realizado por Malik e Pena (2003), destacando-se: a necessidade de melhoria no relacionamento entre prestador (hospital) e operadoras de saúde, aumento da demanda em virtude do envelhecimento da população, concentração do mercado dos seguros de saúde, necessidade de profissionalização da gestão hospitalar e aumento da regulação do mercado.

Um dos entrevistados manifestou preocupação em reestabelecer o padrão de qualidade médico-assistencial em âmbito internacional e dois entrevistados

informaram que o aumento da geografia de competição são tendências do segmento, convergindo com os preceitos de Porter e Teisberg (2007; p. 56): “A competição deveria forçar os prestadores a igualar ou superar o valor criado pelo melhor prestador de sua região, nação ou mesmo em âmbito internacional. Contudo, em sua maior parte, a competição na assistência à saúde tem sido totalmente em âmbito local”. Fica evidente que a estratégia desta organização é no sentido da diferenciação.

De forma geral, os entrevistados comentaram suas intenções estratégicas em manter e desenvolver seus respectivos hospitais gerais. Contudo, Porter e Teisberg (2007, p. 57) comentam que:

O valor é criado ao se abordarem certas condições de saúde, para as quais os prestadores desenvolvem equipes dedicadas, profunda especialização e instalações específicas []. Contudo, a maioria dos hospitais e grupos de prestadores tem perseguido estratégias de linhas de serviços abrangentes para capturar encaminhamentos e negociar melhor com os planos de saúde. Os hospitais cometeram o erro estratégico de se tornarem similares aos seus rivais em vez de se distinguirem destes. [...] As estratégias de linhas de serviço abrangentes trazem pouco benefício em termos de valor.

Os conflitos existentes entre as partes interessadas (elos da cadeia de valor da saúde) comentados no transcorrer das entrevistas convergem com o estudo de Silva e Prochnik (2005, p.14) que versa acerca dos desafios na implementação de um sistema de gestão em hospitais: “*Conflicts of interest among the three groups of hospital clients. Hospitals’ main groups of clients are usually physicians, health care insurers and patients. However, they are not always classified as such*”.

4.2.3 Ambiente interno: Forças, competências e fraquezas

Entrevista Número 01:

Em termos de fraquezas o entrevistado manifestou que o grande problema consiste na não profissionalização da gestão dos hospitais. Acredita que no passado os hospitais já investiram mais a fim de reduzir a lacuna da não profissionalização e que atualmente voltaram a assumir posições mais acomodadas. Afirmou que num

passado não tão distante os hospitais investiam maciçamente na capacitação de suas lideranças, mediante financiamento de especializações, cursos *in company* e outras iniciativas etc. O entrevistado entende que a redução dos investimentos em capacitação pode comprometer inclusive os processos sucessórios dos hospitais. Comentou que hoje existem hospitais privados com processos gerenciais muito profissionalizados e que estes obtêm níveis de rentabilidades compatíveis com a rentabilidade média do setor de serviços, no entanto a maioria dos hospitais privados e filantrópicos ainda não possui processos gerenciais desenvolvidos, faltando-lhe planejamento e sofrendo de níveis tão baixos de rentabilidade que podem comprometer sua perpetuidade. A tendência dos hospitais com gestão não profissionalizada é serem incorporados por grandes grupos hospitalares.

Secundariamente, citou como fraqueza a falta de fontes de financiamento, incluindo a falta de capacidade de autofinanciamento, decorrente do caixa da instituição.

Entrevista Número 02:

Referindo-se às forças e competências dos hospitais filantrópicos, o entrevistado comentou que os hospitais conseguiram criar uma estrutura adequada para resolver seus problemas e bem executar suas operações. “Os hospitais (de Porto Alegre) sabem fazer bem o mesmo, mas o que não sabem é fazer diferente”. Até então executar de forma eficiente suas operações era suficiente. No novo paradigma não será mais e os hospitais necessitarão buscar diferenciais competitivos. A busca pelos diferenciais competitivos passa pela prioridade que a cúpula diretiva do hospital deverá dar à pauta da segurança e qualidade assistencial. Temas como protocolos médicos, medicina baseada em evidências, análises de erros de medicação tornar-se-ão cada vez mais importantes nos hospitais. O nível de comparabilidade dos processos médico-assistenciais ganha parâmetro global: O que fazemos hoje em nosso processo assistencial é o que há de melhor no mundo? O *benchmarking* deve ser aqueles dos mercados mais maduros (em nível internacional). Este passa a ser o grande desafio, na perspectiva do entrevistado. As expectativas dos clientes estão se tornando globalizadas. O grande risco é o hospital entender que está bem, pois o atual contexto de mercado onde a demanda é muito maior que a oferta, pode mascarar a necessidade de desenvolvimento do hospital.

Com relação ao modelo de gestão interno e repartição de poder, o entrevistado mencionou que possui convicção que o modelo mais adequado é aquele onde o profissional se mantém atualizado dentro de sua área de formação, estudando a fronteira do conhecimento interdisciplinar. Logo, transformar a enfermeira em gestora sobrecarregando-a com atividades administrativas pode representar um equívoco, pois isto não agrega valor ao paciente na beira do leito.

Ao comentar acerca das fraquezas dos hospitais filantrópicos, o entrevistado afirmou que os hospitais são estruturas muito hierarquizadas e departamentalizadas. Falta integração para que as ações e decisões sejam tomadas de forma rápida e colegiada. O tempo está cada vez mais escasso e os líderes necessitam se alinhar para tomar decisões mais rápidas. As pautas prioritárias precisam ser definidas e deve-se trabalhar de forma integrada. Neste sentido, os hospitais de maneira geral precisam melhorar muito, na opinião do entrevistado.

“A maior parte dos hospitais filantrópicos não possui capitalistas / donos. São associações sem fins lucrativos. Isto é bom porque força que a gestão a se profissionalizar, mas é ruim porque a gestão é pouco cobrada por desempenho”, disse o entrevistado. Para o entrevistado, todos os colaboradores do hospital precisam se sentir donos do hospital. Ele mencionou ainda que “as vezes um colaborador vê uma placa de sinalização quebrada, por exemplo, e pensa que isto não é com ele, e sim com o setor de manutenção responsável. Contudo, o cliente olha para este mesmo funcionário e considera que este problema é dele!”

Na opinião do entrevistado, o poder deve ser mais delegado; a autonomia deve estar na ponta dos processos; e a centralização corrói valor, pois torna as ações lentas.

“O modelo dos hospitais deve ser o de entrega, de foco em resultados. Hoje existe muita resistência a este modelo mental. Grandes grupos hospitalares cresceram em função de sua obsessão por resultados”, mencionou o entrevistado.

Entrevista Número 03:

O entrevistado iniciou a entrevista referindo-se que em sua percepção os hospitais filantrópicos de Porto Alegre, genericamente falando, estão bem estruturados e que os níveis de serviços prestados à comunidade são adequados.

Disse que identifica claramente que estes hospitais qualificaram suas gestões na última década.

O segundo ponto forte dos hospitais filantrópicos de Porto Alegre referido pelo entrevistado foi o aumento da organização dos hospitais no sentido de atuarem conjuntamente em questões que envolvem interesses comuns. Os hospitais passaram a se articular e a cooperar em temas de interesse comum, ganhando força de barganha / negociação principalmente junto às operadoras de saúde.

A terceira força apontada pelo entrevistado foi a qualificação dos processos médico-assistenciais, mediante certificações nacionais ou internacionais – as denominadas creditações hospitalares. Citou como exemplo disto a tetra acreditação internacional pela *Joint Commission International* (JCI) do Hospital Moinhos de Vento e as recentes creditações internacionais conferidas pela JCI aos Hospitais Mãe de Deus e Hospital Santo Antônio do Complexo Hospitalar Santa Casa. Mencionou que estas são demonstrações evidentes da busca pela melhoria da qualidade dos processos fins dos hospitais e segurança do paciente.

Ao se referir às fraquezas, o entrevistado mencionou que os hospitais precisam gerenciar melhor suas emergências (que são suas “portas de entrada”), destacando a dificuldade dos hospitais em replicar seus padrões de atendimento das Unidades de Internação para as Emergências. Informou que, de forma geral, as filas e os gargalos nas Emergências têm gerado inúmeras reclamações e descontentamentos por parte dos pacientes e familiares.

Outra fraqueza comentada pelo entrevistado refere-se à dificuldade dos hospitais em desospitalizar os pacientes crônicos (ou pacientes de longa permanência). O fato é que existem pacientes internados com permanência muito extensa e por diversas razões o hospital não consegue desospitalizá-lo, o que implica em redução do giro de leitos do hospital, perda de rentabilidade para o hospital (já que é notório que o maior ganho de receita e contribuição marginal ocorre nos primeiros dias de internação), custos prolongados para a operadora de saúde, e até mesmo exposição do próprio paciente a riscos de infecção, entre outros. Existem pacientes que são verdadeiros residentes nos hospitais, permanecendo no mesmo por mais de 1 ano. O entendimento do entrevistado é que

hospitais e operadoras necessitam desenvolver estratégias conjuntas para abordar este problema de forma mais definitiva.

Entrevista Número 04:

O entrevistado não comentou acerca de forças ou fraquezas dos hospitais.

Entrevista Número 05:

Acerca dos pontos fortes de sua instituição, citou a tecnologia, a auditoria interna, as comissões de materiais e medicamentos, o corpo clínico e o modelo de gestão interno.

Ao falar da tecnologia na área de saúde, comentou que ela assegura melhores resultados das práticas médicas e assistenciais, e que também possibilita atender maior quantidade de pacientes. Comentou que em seu entender dispõe do maior parque tecnológico do Estado, especialmente em quantidade de equipamentos (ressonâncias, tomógrafos, angiógrafos, mamógrafos, ecógrafos, entre outros), com forte quadro de pessoal de Engenharia Clínica (físicos e engenheiros clínicos). Mencionou sobre o pioneirismo de sua instituição da aquisição de novas tecnologias e sobre a importância desta atitude.

Comentou que criou uma Comissão de Materiais, Medicamentos, Órteses e Próteses que consiste num grupo interdisciplinar, formado por médicos de várias especialidades, enfermeiras, farmacêuticos e médicos do Serviço de Controle de Infecção, cujo objetivo é analisar, avaliar, testar e homologar novos materiais e medicamentos indicados pelos médicos requisitantes, ou seja, padronizar. Esta Comissão dá transparência ao processo de desenvolvimento de produtos hospitalares e de novos fornecedores. Hoje nenhum fornecedor desenvolve relação com o hospital sem estar devidamente homologado por esta Comissão. Cabe aos médicos solicitar e indicar os materiais, que deverão ser avaliados cuidadosamente pela Comissão.

Mencionou que o Corpo Clínico é uma força em virtude de sua qualificação e vinculação com as atividades de ensino e pesquisa. Disse que o hospital possui mais de 10 convênios com escolas de nível superior na área da saúde, tendo mais de 200 projetos de pesquisa multicêntricos internacionais e cerca de 150 projetos de

pesquisa acadêmicos em desenvolvimento. Também citou que o Corpo Clínico é bastante alinhado à gestão do hospital e que a inexistência de conflitos é uma força institucional relevante. Comentou que foi introduzida (ainda parcialmente) a avaliação de competências para aos médicos do Corpo Clínico e que não houve nenhum descontentamento deles, pelo contrário, houve apoio e aderência.

Citou a Auditoria Interna como força, informando que este Setor possui uma responsabilidade pela revisão e controle da execução dos processos operacionais. A Auditoria interna possui forte viés no monitoramento dos processos e da operação.

Mencionou ainda como força o modelo de gestão interno (repartição de poder). Em nível de diretoria estão os médicos diretores, não existindo enfermeiras neste nível. “Não há direção de enfermagem, quem chefia a enfermagem é o diretor médico e o diretor administrativo, de forma matricial”. Existem enfermeiras ocupando posições de liderança e gerência, mas não direção. Também considera nociva a existência de um administrativo para coordenar os processos administrativos-operacionais de uma determinada área e uma enfermeira para coordenar os processos assistenciais. “Nos modelos onde existem duas pessoas – administrativo e assistencial – na mesma área há dois interesses conflitantes: a enfermeira quer sempre fazer o melhor para o paciente e o administrativo quer sempre gastar menos”. Disse que sua experiência já evidenciou que a melhor solução para este possível conflito e para se atingir o equilíbrio destes interesses antagônicos é concentrar ambos os papéis na mesma pessoa – no caso a enfermeira, que responde pelos processos assistenciais e pelos processos administrativos, em nível de supervisão ou gerência.

Como fraqueza comentou acerca da limitação da área física. Contudo, disse que possui um grande projeto para desenvolvimento de mais 42 mil metros quadrados de novas áreas, mediante a construção de 2 novos prédios, o que deverá aumentar a capacidade em 350 leitos.

Entrevista Número 06:

O entrevistado considera que o nível de entrega e doação das pessoas (colaboradores / comunidade interna) às suas atividades – ao atender e assistir - é uma força vital dos hospitais. Disse que apesar de muitas vezes passar

despercebido, a dedicação das pessoas é diferenciada neste segmento, e que isto move os hospitais. Neste contexto, entende que a sociedade de forma geral reconhece e aplaude o trabalho dos hospitais, especialmente dos profissionais da assistência e medicina, gerando satisfação nos mesmos, gerando um ciclo virtuoso de entrega e reconhecimento entre agente (pessoal médico-assistencial) e paciente (enfermos). Contudo, reconheceu a dificuldade dos hospitais de remunerarem seus profissionais adequadamente, de forma que a dedicação (e vocação) das pessoas pode ser afetada negativamente pelas baixas remunerações. Geralmente os hospitais são ambientes de sofrimento e dor, o que exige entrega emocional por parte dos funcionários, e a dedicação dos mesmos deve ser adequadamente compensada (remunerada). Quando o hospital não consegue remunerar de maneira adequada seus colaboradores pode perder qualidade e perder talentos, consoante manifestação do entrevistado.

Outra força declarada pelo entrevistado refere-se à tecnologia instalada em sua instituição e nos hospitais filantrópicos do Rio Grande do Sul, de maneira geral. Ele informa que atualmente os hospitais estão adequadamente equipados, e que a tecnologia deve ser um ponto de atenção constante. A questão da tecnologia deve ser analisada cuidadosamente de forma a se manter o equilíbrio e ponderação entre o desejo da melhor tecnologia (e mais onerosa quando de seu lançamento) e a tecnologia efetivamente necessária e suficiente às demandas dos pacientes. Afirmou que, apesar de tratar-se da minoria dos casos, “as vezes ocorre um uso excessivo de tecnologia que onera o hospital, especialmente no que concerne os exames de alto custo”.

O entrevistado comentou que uma das principais fraquezas dos hospitais filantrópicos é a falta de domínio sobre a estrutura de receitas, ou seja, impossibilidade de estabelecer seus preços. Afirmou que com relação aos serviços prestados ao SUS não identifica nenhum domínio sobre os preços e com relação aos convênios percebe uma relativa (pequena) possibilidade de trabalhar no sentido de precificar adequadamente seus serviços. Esta possibilidade é reduzida em virtude da concentração do mercado suplementar em poucas operadoras de saúde, que impõe limites aos preços, o que considera uma tendência. Assim, no intuito de

sobreviver, os hospitais são forçados a trabalhar gestão em termos de produtividade e controle de custos, não podendo trabalhar estratégias de precificação.

O entrevistado comentou adicionalmente acerca da dificuldade dos hospitais de conhecer e comprovarem seus custos, o que contribui para a banalização dos preços citada como ameaça. Para ele, os hospitais ainda estão engatinhando em termos de acuracidade dos sistemas de mensuração de custos e há muito trabalho a fazer. Se os custos fossem plenamente conhecidos, defensáveis e comprováveis poderiam orientar as negociações junto às operadoras, afirmou o entrevistado. Destacou que a aferição dos custos hospitalares é tarefa difícil em virtude da não uniformidade dos serviços hospitalares e da natureza complexa de toda operação hospitalar. Disse que há um esforço dos hospitais de Porto Alegre para constituir um índice de custo hospitalar e que este trabalho está em andamento.

Outra fraqueza vislumbrada pelo entrevistado refere-se aos riscos (contingências) trabalhistas decorrentes da falta de clareza da regulamentação / legislação trabalhista. Ele afirma que os hospitais são instituições que trabalham 24 horas por dia, 7 dias por semana e que algumas nuances na legislação podem provocar demandas judiciais de cunho trabalhista que podem prejudicar a estabilidade financeira dos hospitais, a exemplo do trabalho noturno, trabalho médico, entre outras.

Comentou que percebe que a gestão do corpo clínico e o relacionamento entre administradores hospitalares e médicos do corpo clínico são fraquezas frequentes em vários hospitais, mas que em seu caso particular trata-se de um ponto forte, já que o relacionamento entre gestão e corpo clínico é saudável e produtor. Comentou que geralmente os conflitos entre estes dois grupos ocorrem em função das pessoas e não das instituições (gestão e corpo clínico). Adicionou que tornar este relacionamento saudável é importante para o hospital e depende muito do gestor / administrador e de sua capacidade de articulação.

O entrevistado comentou que acredita que deveria utilizar mais administradores (lideranças administrativas) na gestão de algumas unidades de negócios / áreas do hospital, que atualmente são conduzidas por enfermeiras. Entende que, num modelo ideal de gestão, os hospitais carecem de mais administradores, que, por sua vez, geralmente tem dificuldade de adaptação ao

ambiente hospitalar. O uso de lideranças em duplas (assistencial e administrativo) não é viável, pois encarece a operação, na perspectiva do entrevistado.

Quadros Síntese: Forças, competências e fraquezas:

Forças e Competências

	Entrevistados						Somatório
	1	2	3	4	5	6	
Tecnologia					X	X	2
Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos					X		1
Qualificação do Corpo Clínico					X		1
Vínculo do Corpo Clínico com Ensino e Pesquisa					X		1
Alinhamento do Corpo Clínico à Gestão					X	X	2
Auditoria Interna					X		1
Centralização das atividades administrativas e assistências na enfermeira líder					X		1
Nível de entrega, dedicação e doação dos colaboradores (funcionários)						X	1
Serviços adequados e consolidados			X				1
Atuação conjunta dos hospitais em questões de interesse comum			X				1
Qualificação dos processos médico-assistenciais			X				1

TABELA 13 – Quadro Síntese das Forças e Competências

Fraquezas

	Entrevistados						Somatório
	1	2	3	4	5	6	
Limitação da área física					X		1
Falta de domínio sobre receitas e precificação					X		1
Dificuldade em mensurar, demonstrar e comprovar custos					X		1
Riscos / Contingências trabalhistas / Legislação trabalhista rigorosa					X		1
Relacionamento entre Corpo Clínico e Gestão					X		1
Ausência de gestão profissional / Não profissionalização da gestão	X				X		2
Representatividade / Fragmentação das entidades representativas					X		1
Falta de fontes de financiamento	X						1
Excesso de hierarquia e departamentalização		X					1
Centralização de poder		X					1
Resistência ao modelo mental de alcance de resultados e entregas		X					1
Gargalos nas Emergências			X				1
Dificuldade em gerir leitos/ desospitalizar pacientes crônicos			X				1

TABELA 14 – Quadro Síntese das Fraquezas

Considerações e Análise do Pesquisador

Com relação às forças, parte dos entrevistados manifestou que o parque tecnológico instalado e que os serviços disponíveis são bons. A declaração de um dos entrevistados de que “os hospitais aprenderam a fazer bem o que sempre fizeram” parece representar a realidade, da mesma forma como parece ser verdadeira a necessidade de se estabelecer novos referenciais comparativos, o que também foi comentado pelo mesmo entrevistado.

Com relação à tecnologia, Allgayer et al (2011, p.20) afirmam que:

Algumas áreas contribuirão com os maiores impactos na incorporação tecnológica na área da saúde. A tecnologia médica de novos equipamentos diagnósticos e terapêuticos, de novos métodos cirúrgicos e de novos fármacos, associada ao avanço da tecnologia da informação, da tecnologia de análise e elaboração de processos e da tecnologia de comunicação, coloca-nos diante de uma nova realidade, de uma nova logística de fazer saúde.

Neste contexto, a aquisição e desenvolvimento de competências foram citados por um dos entrevistados como desafio estratégico, já que existe um apagão de mão de obra na saúde, especialmente na área assistencial. Adicionalmente, a ausência de gestão profissionalizada nos hospitais filantrópicos, genericamente falando, foi mencionada por dois entrevistados como fraqueza e a necessidade de profissionalização da gestão foi reconhecida como oportunidade por outro entrevistado.

O alinhamento do corpo clínico à gestão foi destacado como força por dois entrevistados, apesar de um deles reconhecer que de forma geral o relacionamento entre os administradores e médicos é uma fraqueza em muitos hospitais. Da mesma forma, a criação e a operacionalização de Comitês de Padronização de Materiais e Medicamentos foram mencionadas como forças por um entrevistado. Estas forças parecem ser imprescindíveis para mitigar uma ameaça citada por outro entrevistado que concerne à dificuldade de acompanhamento das decisões médicas que geram altos custos aos hospitais e ao sistema como um todo. Neste sentido, Allgayer et al (2011, p.107) afirmam que “espera-se que os médicos e administradores tenham uma maior consistência nas relações, guardando suas enormes competências e

contribuições para a qualidade da assistência e o sucesso das instituições hospitalares”.

Na visão do pesquisador, nenhum elemento da cadeia pode desconhecer e se abster da problemática do segmento, devendo considerar o impacto de suas ações em toda a cadeia produtiva, sob pena de se preservar um elemento em detrimento de todo o sistema. De qualquer sorte, trata-se de uma questão complexa: Utilizar o melhor medicamento independente do custo a fim de salvar vidas? Há de se encontrar um equilíbrio entre a lógica técnica e a lógica econômica de forma que sejam utilizadas práticas médicas satisfatórias a custos controláveis. O estabelecimento de protocolos médico-assistenciais e de uma medicina efetivamente baseada em evidências científicas, acompanhados do alinhamento do corpo clínico à gestão do hospital, parecem constituir o caminho, ao menos inicial, para equalizar esta questão, na ótica do pesquisador.

O relacionamento entre hospitais e operadoras de saúde e a sustentabilidade econômica - financeira dos hospitais estão intimamente ligados. Grande parte das observações dos entrevistados se deu neste contexto.

Os hospitais reivindicam reposicionamento de preços, contudo um dos entrevistados reconhece como fraqueza as dificuldades existentes nos sistemas de mensuração de custos, que restringem a demonstração e comprovação dos mesmos. Fica evidente a necessidade dos hospitais investirem energia e recursos em sistemas de controladoria e custos que possibilitem tomadas de decisão fundamentadas em informações de mercado e internas acuradas e oportunas. O desconhecimento dos custos dificulta e restringe as negociações dos hospitais junto às operadoras de saúde, especialmente no que concerne aos reposicionamentos de preços. Adicionalmente, foram classificadas como fraqueza as expressivas contingências trabalhistas decorrentes de uma legislação trabalhista bastante rigorosa e que ainda pode se acirrar mais, o que pode ter efeitos catastróficos, já que os hospitais são extremamente intensivos em mão-de-obra.

4.2.4 Desafios Estratégicos

Entrevista Número 01:

Na concepção do entrevistado, o primeiro grande desafio dos hospitais filantrópicos e privados diz respeito à necessidade de internalização por parte dos gestores hospitalares de que o hospital trata-se de uma organização que deve em primeiro lugar atender as necessidades de saúde da população /comunidade. Continuou explicando que hoje os gestores hospitalares, de maneira genérica, preocupam-se em ofertar produtos e serviços que proporcionem ao hospital maiores retornos (ou que eles imaginam que lhes trarão maiores retornos), contudo os mesmos deveriam se preocupar mais em diagnosticar e atender as necessidades de sua comunidade. Ao invés de empurrar produtos ou serviços, começar identificando as necessidades efetivas das comunidades onde os hospitais estão inseridos e / ou públicos que se dispõe a atender (puxar necessidades ao invés de empurrar serviços). Destacou o papel social dos hospitais, neste sentido.

Como segundo grande desafio citou a sustentabilidade econômica e financeira, necessária à perpetuação dos hospitais. Ao ser questionado, complementou que não entende que o primeiro desafio seja conflitante com o segundo, e que a trajetória a ser percorrida é encontrar a sustentabilidade econômica em consonância com as efetivas necessidades sociais.

O terceiro grande desafio, e não menos importante, refere-se ao aprimoramento da qualidade e segurança assistencial. Sob o ponto de vista do entrevistado, mesmo as instituições líderes de mercado – que avançaram relevantemente em termos de gestão de processos administrativos – necessitam avançar ainda muito em termos de segurança no cuidado e qualidade assistencial. Neste contexto citou como oportunidade a necessidade de alinhamento do aparelho formador do capital humano com o aparelho utilizador do capital humano. Ou seja, ele comentou que a universidade trabalha a formação de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas etc de maneira fechada e isolada, em descompasso com os hospitais, planos de saúde e demais elementos onde o sistema de saúde, de fato, se viabiliza. A academia necessita conversar com as instituições prestadoras de serviço, e vice-versa, objetivando de fato ampliar o patamar de qualidade e segurança assistencial.

Adicionalmente comentou que as lideranças hospitalares precisam se articular de modo a influírem mais na sociedade e nas esferas políticas, buscando transformar (aprimorar) o quadro da saúde no país. Esta é uma oportunidade que precisa ser melhor explorada, explicou o entrevistado. Informou que uma iniciativa neste sentido é a Agenda 2020, onde diversos líderes hospitalares estão se reunindo e desenvolvendo uma proposta para a realização de um novo pacto pela saúde no Rio Grande do Sul, tanto no que concerne aos atendimentos SUS, quanto atendimentos privados (saúde suplementar). Os principais eixos estratégicos desta agenda são: acesso, gestão, qualidade e financiamento. A Agenda 2020 já foi acolhida pelo Governador do Estado e a proposta do grupo será apresentada ao Governo do Estado ainda em 2013.

Entrevista Número 02:

Na perspectiva do entrevistado, o grande desafio estratégico dos hospitais é a qualidade e segurança do paciente. Na medicina e assistência não há possibilidade de corrigir alguns erros, ao contrário da maioria dos erros administrativos. O primeiro passo é ter um sistema capaz de medir indicadores de processos e *performance* médico – assistencial e depois disto compará-los com referenciais em âmbito global. Trata-se de uma mudança da pauta / prioridade institucional.

Outro desafio refere-se à dificuldade de contratação de profissionais qualificados (gap de força de trabalho ou de capital intelectual). Hoje o mercado não forma pessoas em quantidade e qualificação suficientes e se ampliarmos o parâmetro comparativo de local para global a lacuna é ainda maior. Os hospitais devem adquirir e desenvolver novas competências para enfrentar o novo paradigma.

Na perspectiva do entrevistado, o caminho a ser percorrido é o da diferenciação, com forte foco na qualidade médico-assistencial e segurança do paciente. Os hospitais devem aprender a medir, demonstrar e comprovar uma excelente *performance* médica e assistencial e resolubilidade, de modo a assegurarem remunerações diferenciadas. Existe um novo paradigma competitivo onde os referenciais deixam de ser locais e passam a ser globais, de modo que os hospitais necessitam reprogramar suas competências.

Entrevista Número 03:

Os principais desafios estratégicos dos hospitais filantrópicos na perspectiva do entrevistado são: a racionalização do custo hospitalar crescente, a busca pela excelência dos processos médicos assistenciais e a necessidade de inovação tecnológica.

Entrevista Número 04:

Os principais desafios estratégicos dos hospitais filantrópicos na perspectiva do entrevistado são: (a) a consolidação de um modelo de filantropia uniforme, onde todos os requisitos estejam claros, numa visão de parceria público – privada, onde a preocupação central seja gerar efetivos benefícios para a saúde da população; (b) a questão da relação com as operadoras, tanto no que concerne à reposição de margens, quanto no que concerne à mudanças para modelos de remuneração menos conflituosos e que efetivamente premiem a resolubilidade e o desempenho assistencial dos hospitais.

Deve-se evoluir para estratégias conjuntas capitaneadas pelos órgãos representativos. O fortalecimento das entidades representativas é fundamental, bem como a cooperação entre hospitais no que concerne aos interesses comuns. Os relacionamentos entre os elementos da cadeia produtiva necessitam ser repensados: fornecedores, pacientes (sociedade), operadoras de saúde, hospitais e Governo/ANS. A profissionalização da gestão e o realinhamento de preços e margens são imperativos. Os hospitais não sabem a força que tem enquanto segmento e precisam atuar conjuntamente em diversas pautas comuns.

Entrevista Número 05:

O entrevistado classificou como um grande desafio estratégico a necessidade de sua organização, e do sistema como um todo, aumentar a quantidade de leitos ofertados. Comentou que atualmente a demanda hospitalar é muitíssimo superior à oferta, existindo um verdadeiro colapso no sistema decorrente do constante aumento da demanda versus a estrutura hospitalar insuficiente, tanto em termos de pacientes do Sistema Único de Saúde, quanto em termos de pacientes beneficiários de convênios privados.

Ainda neste quesito, arguiu que a demanda das Emergências (“portas de entrada dos hospitais”) aumentou relevantemente em função do colapso na rede pública de saúde e redução dos consultórios médicos particulares. Disse que hoje a manutenção de um consultório médico é bastante dispendiosa para os médicos, exigindo que os mesmos se agrupem num mesmo local e dividam horários, o que reduz o tempo de consultório. Informou ainda acerca da redução de leitos hospitalares decorrente do fechamento de muitos hospitais em Porto Alegre e região metropolitana, como por exemplo, o Hospital Lazzarotto, Hospital Maia Filho, Hospital Ipiranga, Hospital Independência e Hospital da ULBRA. Discorreu que a população aumentou e continua aumentando, a expectativa de vida aumentou, a demanda por leitos aumentou e o número de leitos ofertados diminuiu; que a resultante disto é um colapso.

Na verdade, em vários momentos distintos da entrevista o entrevistado citou sua preocupação em dar resposta ao volume da demanda, informando a necessidade de aumentar a capacidade hospitalar e ambulatorial instaladas. Declarou que seu principal desafio estratégico (e preocupação) é “atender bem a todas as pessoas” e que para isto precisa ter leitos, médicos qualificados, enfermeiros, técnicos, apoio administrativo e tecnologia.

De forma geral, ficou bastante evidente a preocupação social do entrevistado, de modo a garantir atendimento a todos, em especial aos usuários do SUS. Em síntese, para o entrevistado a estratégia passa pelo atender bem a todos, a fim de institucionalizar pacientes. O aumento da capacidade instalada é imperativo, já que a demanda está e tende a permanecer maior que a oferta. Ao gestor hospitalar compete garantir a sustentabilidade da instituição – o que significa equilibrar receitas e custos – avaliando oportunidades em receitas acessórias e junto aos serviços prestados aos planos de saúde, já que estas receitas asseguram o atendimento ao SUS (que é deficitário). O objetivo deste indispensável equilíbrio é ampliar a estrutura hospitalar, ampliando leitos, garantindo a aquisição de novas tecnologias e aderência de profissionais qualificados, na perspectiva do entrevistado.

Entrevista Número 06:

O entrevistado comentou que seus principais objetivos residem na sustentabilidade da instituição, no longo prazo.

O entrevistado entende que existe uma disparidade importante entre a receita dos hospitais e seus custos, de forma que os preços atualmente praticados pelo mercado tornarão às operações hospitalares inviáveis. Comentou que a remuneração da força de trabalho (custo da mão de obra) hospitalar tende a aumentar, tanto em função do maior nível de exigência dos pacientes e sociedade, que exigirão cada vez mais profissionais médicos e assistenciais preparados e capacitados, por conseguinte melhor remunerados, quanto em função de regulações decorrentes de normativas e legislações trabalhistas. Afirmou, a título de exemplo, que a jornada de trabalho de 44 horas semanais dos enfermeiros deverá cair em breve, passando para 30 horas / semanais, impactando na ampliação dos custos para os hospitais. Afirmou que os custos hospitalares têm subido de forma mais do que proporcional em relação às receitas e que “os hospitais tem equilibrado esta situação trabalhando mais, isto é, aumentando sua produção e produtividade sem aumentar suas margens, compensando a defasagem da receita em relação ao custo e fazendo sempre mais com o mesmo.”

Adicionou reafirmando a dificuldade dos hospitais em conhecer e comprovar seus custos junto às operadoras e junto à sociedade de forma geral. Disse que índices de reposição inflacionária como o IGPM ou INPC não representam a realidade hospitalar e que é preciso construir um índice setorial urgentemente. Na perspectiva do entrevistado o grande desafio é como informar e convencer a sociedade (e o Governo) que os custos hospitalares, que se refletem nos preços dos planos de saúde, não sustentam a estrutura hospitalar e o sistema de saúde como um todo. O desafio é como informar a sociedade, num país onde a Constituição coloca que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que o custo da saúde suplementar é mais caro do que o pago atualmente, bem como demonstrar o real custo. Discorreu que as pessoas, de forma geral, gastam mais com seguros de automóveis e tarifas telefônicas do que com seguros / planos de saúde.

O entrevistado manifestou que de certo modo os hospitais permitiram que os preços se consolidassem em níveis muito baixos e que é necessário um novo pacto

social-setorial para que a sociedade seja informada desta dificuldade do segmento, de modo que os preços possam ser reposicionados. Disse que os hospitais também são responsáveis por esta situação, pois permitiram que ela assim se configurasse. Acredita que os hospitais precisam reunir esforços e colaborar no sentido de conduzir estas negociações com os planos de saúde e sociedade, buscando alternativas para superarem este desafio. Crê que se trata de um trabalho gradativo de aculturação da sociedade, já que a sociedade é que arcará com estes custos.

Disse que apesar das críticas da imprensa relativas à ineficiência dos gestores hospitalares, o fato é que no conjunto o custo da saúde no Brasil é metade dos demais países da América do Sul, em termos de proporção do PIB.

De forma geral, ficou evidente a preocupação do entrevistado com a sustentabilidade econômica e financeira. A principal problemática elencada foi o gap existente entre receita e custo hospitalar. Comentou várias vezes sobre a necessidade de se reposicionar preços, mediante demonstração dos custos, junto às operadoras de saúde e junto ao SUS.

Considerações e Análise do Pesquisador:

As opiniões dos entrevistados apresentaram relativo grau de dispersão. Contudo, na perspectiva do pesquisador, os desafios estratégicos elencados pelos entrevistados podem ser classificados em três grupos distintos e interdependentes: **desafios técnicos**, relacionados à necessidade de aprimoramento da qualidade médica-assistencial e segurança dos pacientes, **desafios de natureza financeira-negocial**, que abrangem desde a necessidade de reposicionamento de preços até a racionalização de custos, e os **desafios de natureza estrutural-mercadológica**, que se referem à necessidade de aumento da oferta hospitalar e da capacidade instalada dos hospitais, para atender as demandas de saúde da sociedade.

Quadro Síntese: Desafios Estratégicos

Perspectiva	Desafios Estratégicos	Entrevistados						
		1	2	3	4	5	6	Soma
Técnica	Aprimorar qualidade médico-assistencial e segurança do paciente	X	X	X				3
	Adquirir e desenvolver competências (pessoas)		X					1
	Inovação tecnológica			X				1
Financeiro- Negocial	Superar o descompasso entre receitas e custos / recuperar margens / garantir sustentabilidade econômica	X			X		X	3
	Transformar o modelo de remuneração				X			1
	Estabelecer novo pacto na indústria / sociedade para reposicionar preços						X	1
	Conhecer, demonstrar e comprovar custos						X	1
	Racionalizar / gerenciar custos			X				1
	Consolidação de um modelo de filantropia uniforme				X			1
Estrutural- Mercadológico	Aumentar a oferta de leitos					X		1
	Aumentar a capacidade instalada					X		1
	Atender as demandas de saúde da sociedade	X						1

TABELA 15 – Quadro Síntese dos Desafios Estratégicos

Desafios Técnicos.

Com relação ao primeiro grupo de desafios, três entrevistados consideraram como desafio estratégico o aprimoramento da qualidade médico-assistencial e a segurança ao paciente, sendo que um deles classificou como tendência o foco na gestão médica e assistencial. O aprimoramento das práticas médico-assistenciais conferindo aos pacientes níveis de segurança tão altos quanto àqueles existentes em indústrias que operam com altos índices de precisão em seus processos e sistemas, como por exemplo, a aeronáutica (citada por um dos entrevistados), parece ser um bom caminho para a diferenciação, também na opinião do pesquisador.

Na visão de um dos entrevistados o hospital do futuro disporá de padrões de segurança e qualidade milimétricos, com baixíssima variabilidade. No mesmo sentido da qualidade médica e assistencial, está a constante atualização das tecnologias e busca de inovações tecnológicas – citada por um dos entrevistados como desafio estratégico. Ao se referir à inovação tecnológica como desafio

estratégico este entrevistado abordou tanto o conceito de tecnologia em termos de novos equipamentos hospitalares, quanto tecnologia em termos de gestão ou sistemas de logística. Esta resposta converge com os preceitos de inovação de ruptura – que contemplam o capacitador tecnológico, inovação no modelo de gestão e cadeia de valor economicamente coerente – anunciados por Christensen, Grossman e Hwang (2009).

Parte relevante dos entrevistados declarou que o hospital do futuro será intensivo em tecnologia e com profissionais mais capacitados, também em resposta ao nível de exigência dos clientes que será maior, consoante já explanado.

Porter e Teisberg (2007, p.98) referem que:

Ao se medir o valor, os resultados para o paciente são multidimensionais e muitíssimos mais complexos do que a simples sobrevivência do paciente. O tempo de recuperação, a qualidade de vida (por exemplo, independência, dor, capacidade de locomoção e extensão da mobilidade) e bem-estar emocional durante o processo de tratamento, tudo isso conta. [...] O valor tem que ser mensurado para o paciente, e não para o plano de saúde, o hospital, o médico ou o empregador.

Neste contexto, os entrevistados ressaltaram a importância da qualidade assistencial e segurança do paciente de forma harmônica com a lógica do foco no valor gerado ao paciente proposta por Porter e Teisberg (2007). Contudo, genericamente os gestores hospitalares entrevistados demonstraram acreditar na estratégia do hospital geral, com linhas de serviços amplas, enquanto Porter e Teisberg (2007) recomendam redefinir o negócio em torno de condições de saúde específicas, de forma a alcançar a excelência do atendimento das mesmas e competir em mercados geográficos expandidos. Ou seja, Porter e Teisberg (2007) recomendam uma maior penetração (e expansão geográfica) em determinadas condições de saúde, de forma que os hospitais se especializem mais.

Porter e Teisberg (2007) ainda enfatizam a importância de se mensurar os resultados médicos e assistenciais das condições de saúde dos pacientes, continuamente, em todo o ciclo de atendimento. Neste sentido, o desenvolvimento de padrões e protocolos médicos, lastreados em medicina baseada em evidências, e a conseqüente adoção dos mesmos pelos grupos médicos indicam um caminho a

ser percorrido para a excelência da prática médica, na perspectiva do pesquisador. Os hospitais, neste contexto, necessitam assumir um papel de organizadores deste processo de desenvolvimento de padrões e protocolos médicos e assistenciais.

Outra dificuldade citada pelos entrevistados refere-se ao “apagão de mão de obra”. Eles comentam que há falta de técnicos de enfermagem, de enfermeiras e outros profissionais de saúde no mercado. Um dos entrevistados classificou como desafio estratégico a necessidade dos hospitais de adquirirem e desenvolverem pessoas (competências), ressaltando a formação de profissionais em escolas dentro dos próprios hospitais, em contraponto à carência de profissionais no mercado de trabalho.

Desafios Financeiro-Negociais.

O segundo grupo de desafios estratégicos surge das preocupações de natureza econômica e financeira advindas dos entrevistados com relação ao presente e futuro dos hospitais filantrópicos. Neste grupo encontram-se os seguintes desafios: necessidade de reposicionamento de preços; superação do descompasso existente entre receitas e custos hospitalares a fim de se garantir a sustentabilidade econômica das instituições; transformação do modelo de remuneração dos hospitais; necessidade de aprimoramento dos sistemas de custeio, de forma que os hospitais possam conhecer, demonstrar e comprovar seus custos; racionalização dos custos e unificação do modelo de filantropia.

A superação do descompasso existente entre receitas e custos, a recuperação de margens de lucro e a necessidade de se garantir a sustentabilidade econômica foram citadas respectivamente por três entrevistados como desafios estratégicos. Um deles ainda classificou a necessidade de se estabelecer um novo pacto na indústria, com consequente comunicação à sociedade, paulatinamente, acerca do inevitável reposicionamento de preços que deve alcançar os planos de saúde e os serviços hospitalares como outro desafio estratégico importante dos hospitais.

Neste mesmo raciocínio, um entrevistado considerou que a banalização dos preços dos planos de saúde, o descumprimento de contratos por parte das

operadoras e a dificuldade de cobrar pelos serviços prestados representam ameaças relevantes aos hospitais; enquanto outro classificou como ameaça as perdas de margens. A falta de domínio sobre a estrutura de receita e a dificuldade de reposicionamento dos preços foram classificadas como fraquezas por um dos entrevistados.

Na perspectiva do pesquisador, os relatos dos entrevistados acerca deste segundo grupo de desafios estratégicos – de natureza financeira e negocial – convergem com os conceitos de competição de soma zero enunciados por Porter e Teisberg (2007). O contexto competitivo e em especial as disputas entre os elos da cadeia de valor (fornecedores, hospitais, operadoras e Sistema Único de Saúde) geram um ambiente disfuncional de transferência de custos e restrição dos serviços, que não melhora o valor para os pacientes ou a qualidade dos serviços em relação aos preços, pelo contrário, força a precarização dos serviços.

Resta evidente a preocupação dos gestores entrevistados com a sustentabilidade econômica de suas instituições e com a construção de um relacionamento mais equilibrado e positivo com as operadoras. Destarte, os relatos de três entrevistados vão de encontro à afirmativa de Silva (2003, p. 36) de que “o nível de desconfiança e de desequilíbrio é tão forte que, com um cenário desastroso sendo continuamente desenhado por ambas as partes, cada uma delas acredita que o outro negócio deva ser melhor do que o seu”.

Além disto, a questão de reposição de margens, preços e sustentabilidade financeira parece alcançar além das operadoras de saúde, na ótica do pesquisador. A sociedade de forma geral precisa ser envolvida nesta discussão já que parece ser improvável que as operadoras consigam suportar qualquer reposicionamento significativo de preços hospitalares sem repassá-los aos usuários. Adicionalmente, a sociedade parece desconhecer a pressão interna existente no segmento e é a maior interessada em impedir qualquer hipótese de precarização dos serviços de saúde. Um dos entrevistados mencionou como desafio estratégico a necessidade de se estabelecer um novo pacto no segmento de saúde a fim de que margens e preços possam ser reposicionados, sugerindo um movimento paulatino de comunicação à sociedade sobre esta problemática.

Fica evidente a necessidade de um novo pacto no segmento que vise seu funcionamento mais harmonioso e que agregue mais valor principalmente ao paciente, mas também a todas as partes interessadas, construindo relações ganha-ganha. Contudo, o fato é que hoje a maior parte dos elementos do sistema de saúde parece possuir uma visão estreita e individualizada, que impossibilita enxergar o dramático cenário vivenciado pelo segmento. Na visão do pesquisador o segmento de saúde carece de líderes que consigam estabelecer o diálogo sistêmico, além de uma regulação eficiente, capaz de compreender a dinâmica da cadeia de valor, agindo em prol do sistema. Neste contexto, 4 entrevistados elencaram como oportunidade o desenvolvimento de ações colaborativas entre hospitais para aumento do poder de negociação e alcance de interesses comuns. Em lógica semelhante, outro entrevistado declarou como oportunidade o desenvolvimento de ações colaborativas entre hospitais e operadoras de saúde.

De qualquer forma, colaboração parece ser um conceito importantíssimo para equalizar a problemática vivenciada neste segmento complexo e repleto de especificidades, responsável pela promoção, prevenção e recuperação da saúde. Os desafios estratégicos dos hospitais são enormes, conforme apresentado, e eles se inserem numa realidade de recursos escassos. União e diálogo tornam-se fundamentais.

No decorrer da pesquisa, e também com base na experiência profissional do pesquisador, resta evidente a complexidade que permeia a organização hospitalar, em convergência à Mintzberg (2007), tendo em vista os objetivos ambíguos (prestação de serviços médicos e assistenciais versus equilíbrio econômico), o uso de tecnologia múltipla (equipamentos, sistemas de gestão, sistemas de logística precisos e acurados), poder compartilhado (especialmente entre administradores, médicos e enfermeiras), e pluralidade de profissionais (médicos de diversas especialidades, enfermeiras, administradores, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, físicos, engenheiros clínicos etc).

A racionalização de custos e a necessidade dos hospitais conhecerem, demonstrarem e comprovarem seus custos também foram citadas como desafios estratégicos por dois entrevistados, respectivamente. Estes desafios derivam da

carência dos hospitais no que concerne às práticas de gestão orçamentária, de custos e controladoria. Neste sentido, Allgayer et al (2011, p.37) afirmam que:

É tão agressiva quanto verdadeira a afirmação de que em torno de 80% das instituições de saúde brasileiras não trabalham com orçamento, na grande maioria não possuem planejamento estratégico e a ausência de programas de formação e qualificação de recursos humanos é uma marca negativa. Não possuem modelos de gestão definidos e não contam em sua cultura com sistemas de avaliação de resultados.

O estudo de Malik e Pena (2003) acerca dos desafios do mercado hospitalar e de saúde na perspectiva de gestores brasileiros e norte-americanos também apontou a preocupação com a eficiência organizacional, especialmente no que concerne à redução de custos, gerenciamento do orçamento, escassez de recursos e necessidade de profissionalização dos hospitais.

Allgayer et al (2011, p.24) preveem ainda a explosão dos custos com saúde:

Ainda que possamos, e podemos, reduzir custos através de uma gestão mais eficaz que diminua a variabilidade da prática médica e termos ganhos de eficiência nos processos assistenciais e administrativos, a combinação potencializada de entre o prolongamento da vida e o desenvolvimento tecnológico, irreversivelmente, criará um quadro de explosão dos custos com saúde.

Outro desafio estratégico citado por um dos entrevistados refere-se à necessidade de mudança do modelo de remuneração. O entrevistado comentou que o modelo atual de remuneração por serviço prestado estimula os hospitais para a realização de mais atendimentos, mais consultas, mais exames, mais dias de internação, o que não significa necessariamente em melhores resultados nos tratamentos dos pacientes. Esta opinião do entrevistado converge integralmente com as críticas realizadas por Porter e Teisberg (2007) ao modelo de remuneração do *fee for service*.

Na perspectiva do pesquisador, o modelo de remuneração precisa ser reformado, de maneira que seja assegurado valor aos pacientes e, por conseguinte, aos demais elos da cadeia de valor. Contudo, faz-se imprescindível recordar que o modelo de remuneração hospitalar baseado em taxa fixa por indivíduo coberto por

ano (modelo que estaria no extremo contrário ao *fee for service*) também foi criticado por Porter e Teisberg (2007; p.71-72):

Alguns planos de saúde passaram a adotar a capitação, presumindo que uma taxa fixa anual por indivíduo coberto reduziria o incentivo para médicos e hospitais prescreverem demasiados exames, cirurgias ou encaminhamentos a especialistas. Mas, na realidade, o pagamento per capita desviou demasiadamente os incentivos na direção oposta, já que ninguém precisava competir em resultados. Como os médicos e hospitais recebiam um pagamento fixo, os médicos eram pressionados a dedicar menos tempo aos pacientes, a realizar menos exames, a fazer menos encaminhamentos e a encurtar a permanência dos pacientes no hospital.

Logo, importante que as operadoras e hospitais estudem com profundidade as alternativas viáveis para a construção de um modelo de remuneração equilibrado, que agregue valor aos pacientes e às demais partes interessadas, no entendimento do pesquisador.

Desafios Estruturais-Mercadológicos.

Esta terceira categoria abrange os desafios estratégicos relacionados ao atual contexto mercadológico, que denota desequilíbrio entre a oferta e demanda por serviços hospitalares. Há carência de leitos e estrutura hospitalar necessária ao atendimento da demanda pelos serviços. Assim, um dos entrevistados citou como desafios estratégicos dos hospitais filantrópicos sediados em Porto Alegre a necessidade de aumentar a oferta de leitos e aumentar a capacidade instalada dos hospitais. Quatro entrevistados comentaram que atualmente o gap de leitos em Porto Alegre é de 1.000 a 1.400 leitos hospitalares, gerando frustração na demanda e forte pressão nas estruturas hospitalares em função da sobrecarga nas unidades de internação e superlotação das emergências.

Em sentido convergente, outro entrevistado citou como desafio estratégico o atendimento das demandas de saúde da sociedade, tangenciando o problema do desequilíbrio entre oferta e demanda hospitalar, bem como comentando acerca das oportunidades de melhor organização da rede de prestadores de serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul, de forma a fomentar o desenvolvimento de pólos

regionais de saúde, descentralizando a mesma para o interior do estado, em contraponto à centralização dos atendimentos hospitalares em Porto Alegre, especialmente os especializados.

Na perspectiva do pesquisador, o atual desequilíbrio entre a demanda e oferta hospitalar representa dialogicamente uma importante ameaça e oportunidade aos hospitais filantrópicos de Porto Alegre. Representa uma ameaça em função do risco de ingresso de novos entrantes no mercado, ou verticalização de operadoras de saúde, que ocuparão o espaço hoje vago na oferta de serviços médicos e assistenciais; mas também representa uma oportunidade de crescimento dos hospitais existentes, na medida em que esta lacuna pode ser ocupada pelos mesmos.

No entendimento do pesquisador, de fato, os gestores dos hospitais filantrópicos, bem como os gestores públicos de saúde, já poderiam ter se antecipado ao momento atual, e previsto este desequilíbrio entre oferta e demanda, a fim de melhor organizarem as ações necessárias aos incrementos das estruturas hospitalares. De certa forma, as iniciativas relativas à expansão das capacidades instaladas dos hospitais representam uma reação à crise no segmento. Importante ainda destacar que o aumento da oferta de leitos é percebido por 3 entrevistados como uma oportunidade.

5. CONCLUSÃO

Conforme mencionado anteriormente, o objetivo geral deste trabalho foi identificar os principais desafios estratégicos dos hospitais filantrópicos sediados em Porto Alegre, na perspectiva de seus gestores sêniores e especialistas do setor. O trabalho também se propôs a descrever o ambiente interno e externo dos destes hospitais filantrópicos, identificando forças, fraquezas, oportunidades, ameaças e tendências, na perspectiva de seus gestores sêniores e especialistas do setor. Além disto, a dissertação ainda objetivou identificar os principais objetivos estratégicos destes hospitais.

Em campo, foram pesquisadas quatro instituições hospitalares filantrópicas sediadas em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. Estas quatro instituições congregam um conjunto de 19 hospitais, sendo 12 localizados em Porto Alegre e 7 localizados no interior do Estado do Rio Grande do Sul, além de inúmeras Unidades Básicas de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento, Institutos e Centros. As instituições hospitalares estudadas possuem hospitais gerais capazes de realizar atendimentos de emergência, urgência, ambulatoriais e de internação, desde o diagnóstico até o tratamento dos pacientes.

Os quatro executivos hospitalares entrevistados, enunciados no capítulo que aborda a metodologia, possuem muitos anos de experiência no segmento hospitalar, possibilitando contribuições valiosas ao presente trabalho. Na condição de especialistas do setor, participaram das entrevistas dois presidentes de entidades representativas dos hospitais, sendo que um deles também é um dos executivos hospitalares entrevistados, já que acumula estas funções, e o outro entrevistado é dirigente da maior operadora de saúde de Porto Alegre.

Necessário destacar que os hospitais são organizações que funcionam ininterruptamente, 24 horas por dia, 7 dias por semana, com objetivos dos mais nobres que concernem o cuidado da vida, a promoção e a recuperação da saúde. Intensivos em mão-de-obra especializada e multidisciplinar, os hospitais agregam médicos de inúmeras especialidades, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, administradores, entre outros. No transcurso da prestação dos seus serviços lidam com pacientes e familiares muitas vezes em

sofrimento ou angústia. Tratam-se de doentes. Logo, são organizações revestidas de uma complexidade ímpar.

Os desafios estratégicos dos hospitais filantrópicos de Porto Alegre são significativos e foram organizados, segundo a perspectiva do pesquisador, em três categorias: desafios técnicos, desafios financeiro-negociais e desafios estruturais-mercadológicos.

Os desafios técnicos dos hospitais referem-se à necessidade de melhoria e aprimoramento da qualidade médica e assistencial, de forma a assegurar segurança ao paciente no decorrer dos processos assistenciais, agregando valor ao paciente; se referem à incorporação e inovação tecnológica; e ainda à necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências. Estes desafios contemplam o amadurecimento de protocolos médicos e padrões assistenciais, o desenvolvimento de sistemas capazes de medir o resultado médico e assistencial (desfecho clínico) e o estabelecimento de novos referenciais comparativos.

Os desafios de natureza financeira-negocial e estruturais-mercadológicos compreendem os desafios relacionados à sustentabilidade econômica e financeira dos hospitais, bem como às oportunidades de ampliação da oferta hospitalar. Estes desafios compreendem a superação do descompasso existente entre as receitas e custos hospitalares, a necessidade de reposicionamento de preços, a necessidade de reforma do modelo de remuneração dos hospitais, a possibilidade de aumento de leitos e capacidade instalada, bem como melhoria dos sistemas de controladoria e custos dos hospitais.

A colaboração dos hospitais filantrópicos em torno de interesses comuns foi destacada no trabalho como importante oportunidade para os mesmos atingirem seus objetivos organizacionais, bem como o diálogo e melhoria da relação com as operadoras de saúde.

Objetivando verificar se as conclusões aqui explanadas se aplicam a outros contextos, recomenda-se que o tema objeto da presente pesquisa seja contemplado em futuras pesquisas qualitativas. Sugere-se ainda a realização de pesquisas quantitativas, capazes de possibilitar generalizações, para melhor entendimento da realidade do segmento.

Outrossim, recomenda-se ainda a realização de pesquisas com objetivos descritivos, destacando determinado aspecto do presente estudo exploratório e aprofundando-se qualitativamente no mesmo. Sugere-se realizar trabalhos com temas como o relacionamento entre hospitais e operadoras e a regulação do segmento de saúde pela ANS.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar** de Março/12. Rio de Janeiro, RJ, 2012.

ALLGAYER, Cláudio José (Org.). **Gestão e Saúde: Temas contemporâneos abordados por especialistas do setor**. Porto Alegre, RS. Editora IAHCs. 2011.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ANDRÉ, Adriana Maria (Org.). **Gestão Estratégica de Clínicas e Hospitais**. São Paulo, SP. Editora Atheneu, 2010.

ANSOFF, H. I. **Toward a strategic theory of the firm**. In: Business Strategy. Great Britain: Penguin Books. 1973.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS. **Observatório ANAHP**. São Paulo, SP. 2011.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS. **Observatório ANAHP**. São Paulo, SP. 2013.

BAHIA, L.; **Planos e Seguros Saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Pública), ENSP / FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, 1999.

BARNEY. J. **Firm resources and sustained competitive advantage**. Journal of Management. Volume 17, N.01. 1991.

BRANDÃO, H. P. ; BAHRY, C. P . **Gestão por Competências: métodos e técnicas para o mapeamento de competências**. **Revista de Serviço Público**. 2005.

BEGHIN, N. **A filantropia empresarial: nem caridade, nem direito**. São Paulo: Cortez, 2005.

- BRASIL. **Lei Federal n. 8.080/1990**. Brasília, DF. 1990.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 11 Edição. Brasília, DF. 1994.
- BRASIL. **Lei 9.656/98**. Brasília, DF. 1998.
- BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília. Brasília, DF. 1999.
- BRASIL. **Lei 9.961/00**. Brasília, DF. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. **Lei Federal 12.101/2009**. Brasília, DF. 2009.
- CHARAN, Ram; BOSSIDY, Larry. **Execução**: A disciplina para atingir resultados. Rio de Janeiro, RJ. Elsevier, 2005.
- CHANDLER, A. D. **Introdução a estratégia e estrutura**. Ensaios para uma teoria histórica da grande empresa. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1998.
- CHRISTENSEN Clayton M., GROSSMAN, Jerome H.; HWANG, Jason; **Inovação na Gestão da Saúde**: A receita para reduzir custos e aumentar a qualidade. Ed. Bookman. 2009.
- CHURCHILL Gilbert A.; PETER, J. Paul. **Marketing**: Criando valor para os clientes. São Paulo, SP. Saraiva, 2.ed., 2000. 86-108 p.
- CRESWELL, John W. **Qualitative inquiry and research design**: Choosing among five traditions. Sage Publications, Londres, 1998.
- DRUCKER, Peter F. **Sociedade pós – capitalista**. São Paulo, SP. Pioneira Thomson Learning, 2001.
- DUTRA, Joel S. **Competências**: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo. Ed. Atlas. 2008.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **Academy of Management Review**, 1989.

ERDMANN, Rolf Hermann; MOREIRA, Fernanda Kempner. **A Gestão Eficiente de Organizações de Saúde: Do Diagnóstico à Melhoria de Gestão**. Rio de Janeiro, RJ. EnANPAD, 2010.

ETZIONI, A. **Modern Organizations**. New Jersey. Prentice Hal, 1964.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). In: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>; 2012.

FASCINA, Linus Pauling. **Filantropia como estratégia em cinco organizações hospitalares privadas no município de São Paulo**. Tese (Doutorado em Administração de Empresas). Fundação Getúlio Vargas – FGV. São Paulo. 2009.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda; **Novo Dicionário Aurélio**. Ed. Nova Fronteira. Rio de Janeiro, RJ, 2004.

FERREIRA, Iara M. P.; BATAGLIA, Walter. **As Competências Organizacionais como Mediadoras da Relação entre Ambiente e Grupos Estratégicos: um Estudo no Setor Farmacêutico Brasileiro, Segmento Saúde Humana**. EnANPAD 2010. Rio de Janeiro. 2010.

FLEURY; Maria T.L.; FLEURY, Afonso. **Construindo o conceito de competência**. RAC, Edição Especial 2001: 183 – 196. 2001.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

IAN, WILSON; RALSTON, BILL. The Scenario Planning Handbook: **Developing Strategies in Uncertain Times**. Ohio: Thomson/South-Western, 2006.

JARZABKOWSKI, P.; BALOGUN, J.; SEIDL, D. **Strategizing: The challenges of a practice perspective**. Human Relations. Vol. 60, n. 01. 2007.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **Alinhamento: Usando o *Balanced Scorecard* para criar sinergias corporativas**. Rio de Janeiro, RJ. Elsevier, 2006.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A Execução Premium**: A obtenção de vantagem competitiva através do vínculo da estratégia com as operações do negócio. Rio de Janeiro, RJ. Elsevier, 2008.

KIM, W. Chan; MAUBORGNE, Renée. **A Estratégia do Oceano Azul**: Como criar novos mercados e tornar a concorrência irrelevante. Rio de Janeiro, RJ. Elsevier, 2005.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica**: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. 24 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

LE BOTERF, Guy. **Construir as competências Individuais e Coletivas**. Edições ASA. 2005.

LE BOTERF, Guy. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Artmed Editora. Porto Alegre. 2003.

LEON, Ramona. **Towards strategic planning**: an epistemological perspective. Iasi, Romania. 2011.

LIMA, Sheyla Maria Lemos et al. **Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil**. Revista Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2007.

MACERA, Andrea Pereira; SAINTIVE, Marcelo Barbosa. **O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil**. SEAE/MF. Documento de Trabalho n 31. 2004.

MALAGÓN, Gustavo Londonõ; MORERA, Ricardo Galán; LAVERDE, Gabriel Pontón. **Administração Hospitalar**. Rio de Janeiro, RJ. 3 Edição, Ed. Guanabara Koogan, 2010.

MALTA, D.C. et al. **Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais**. Ciênc. Saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.9, n.2, 2004.

MALIK, Ana M.; PENA, Fabio, P. M. **Administração Estratégica em Hospitais**. Relatório de Pesquisa 21/2003. EAESP/FGV/NPP. São Paulo. 2003.

MARINHO, A.; MORENO, A; CAVALINI, L. **Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde – SUS**. Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2001.

MARINHO, A. **Evidências e modelos sobre a coexistência de hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde brasileiro**. (TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 1.0 41/2004).Rio de Janeiro, IPEA, 2004 .

MILES, M.; HUBERMAN, A. M.; **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. 2 ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.

MILLER, D; FRIESEN, P. H. **Structural change and performance: quantum versus piecemeal. Incremental approaches**. Academy of Management Journal. V.25, n.4, p.865-893. 1982.

MILLS, J; PLATTS, F; BOURNE, M. RICHARD, H. **Strategy and performance: competing through competences**. Cambridge: Cambridge University Press. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Terminologia Básica em Saúde**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília. 1983.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 115 de 19 de Maio de 2003**. Brasília, DF. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde**. Revista de Saúde Pública. Vol. 45. N 04. São Paulo. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – SUS. Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. CNES, 2012. In:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/estab>, 2012.

MINTZBERG, Henry. **Toward healthier hospitals**. Health Care Management Review. Gaithersburg, 1997.

MINTZBERG, Henry. **Tracking strategies: toward a general theory of strategy formation**. New York. Oxford University Press. 2007.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safari de Estratégia: Um roteiro pela selva do planejamento estratégico.** Porto Alegre, RS. Bookman, 2010.

MONTGOMERY Cynthia A.; COLLIS, David J.. "**Creating Corporate Advantage.**" Harvard Business Review 76, no.3 (May-June 1998): 70-83. 3. 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Informe Técnico n. 112. Genebra. 1957.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. In: http://www.who.int/topics/health_systems/es/, 2012.

PASCUCCI, Lucilaine; JUNIOR, Victor Meyer. **Formação de Estratégias em Sistemas Complexos: Estudo Comparativo de Organizações Hospitalares sob a Perspectiva Prática.** Rio de Janeiro, RJ. EnANPAD, 2011.

PENROSE, E. **The theory of the growth of the firm.** Oxford: Basil Blackwell, 1959.

PFEFFER, J; SUTTON, R. I. **Hard facts, dangerous half-truths and total nonsense: profiting from evidence-based management.** Massachusetts. Harvard Business Press. 2006.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha L. do; CAETANO, João C. **Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor.** Florianópolis, SC. 2008.

PLATT, J. **What can case study do?** In: BURGESS, R.G. Studies in Qualitative Methodology: a research annual. Londres: JAI Press, v.1, 1999.

PORCIUNCULA, Juliana; SAUSEN, Jorge Oneide; **Análise do Processo de Mudança Estratégica em uma Organização Hospitalar: o caso do Hospital de Caridade de Ijuí – RS.** São Paulo, SP. EnANPAD, 2009.

PORTER, Michael E., **Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance;** New York. Free Press. 1985.

PORTER, Michael E., **Estratégia Competitiva: Técnicas para análise de indústrias e da concorrência.** São Paulo, SP. Elsevier, 2004.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a Saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos**. Porto Alegre, RS. Bookman, 2007.

PRAHALAD, C.K.; HAMEL, G. **The core competence of the corporation**. Harvard Business Review. 1990.

PRAHALAD, C.K.; VENKAT, Ramaswamy. **O Futuro da Competição**. Rio de Janeiro, RJ. Elsevier Editora. 2004.

PROCACCI, G. **Gouverner la misère: la questions sociale em France – 1789/1848**. Paris, Seuil, 1993.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César de; **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. Feevale Editora. Novo Hamburgo, RS. 2009.

RESK, Sucena Shkrada; **A saúde pública e o controle social**. Revista Sociologia. 2011.

ROCHA NETO, Ivan. **Ciência, tecnologia & inovação: enunciados e reflexões: uma experiência de avaliação de aprendizagem**. Brasília. 2004.

RONCALLI, A.G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: PEREIRA, A. C. (org.). Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo a saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**. 3 edição. São Paulo, SP. Ed. Mc Graw Hill. 2006.

SANTOS, Naírio A. A. Pereira dos; **O trabalho do administrador hospitalar no gerenciamento do dia-a-dia dos hospitais filantrópicos gerais de grande porte no Estado do Rio Grande do Sul**. 1998. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, RS, 1998.

SAVEDOFF, William D. **Governance in the Health Sector: A Strategy for Measuring Determinants and Performance.** Office of the Chief Economist. Human Development Network. The World Bank. Working Paper n 5655. 2011.

SCHATZKI, T.R. **Peripheral vision: the sites of organizations.** Organization Studies. Vol. 26. 2005.

SEIDMAN, Dov. **Como: Por que o como fazer algo significa tudo nos negócios.** DVS Editora, 2 Edição. São Paulo, SP. 2011.

SHEILA, Maria Lemos Lima et al. **Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil.** Revista Saúde Pública 2007; 41(1): 116-23, 2007.

SHORTELL, Stephen M.; KALUZNY, Arnold D. **Health Care Management: organization design and behavior.** New York. 1993.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** 3 ed. UFSC. Florianópolis, SC, 2001.

SILVA, A. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico.** Porto Alegre, RS. 2003. In: http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_tópico_17704.asp., 2003.

SILVA, Bruno F.G.; PROCHNIK, Victor. **Seven challenges for the implementation of Balanced Scorecard in Hospitals.** Conference on Performance Measurement and Management Control. Nice, 2005.

SILVA FILHO, Antonio Isidoro. **Mapeamento de Competências: Novas direções para a prática em organizações.** EnANPAD 2011. Rio de Janeiro. 2011.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Portal da Saúde. **Entendendo o SUS.** In: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/345/entenda-o-sus.html>. 2012.

SLACK, Nigel et al. **Administração da Produção.** São Paulo, SP. Atlas, 1997.

SNOW, C.; THOMAS, J. **Field research methods in strategic management**: contributions to theory building and testing. Journal of Management Studies. 1994.

TEIXEIRA, J.M.C.; **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. Ed. Pioneira, São Paulo, SP, 1983.

VALADÃO, José A. D.; SILVA, Soraya S.S. **Justaposições da estratégia como prática e processo de estratégia**: Antes da visão pós – processual da estratégia. EnANPAD 2011. Rio de Janeiro. 2011.

VENKAT, Ramaswamy; GOUILLART, Francis. **A empresa cocriativa**. Rio de Janeiro, RJ. Elsevier Editora. 2011.

VILARINHO, Paulo Ferreira. **O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu**. Cadernos EBAPE FGV. 2004.

WERNERFELT; B. **A resource based view of the firm**. Strategic Management Review. 1984.

WHITTINGTON, R. **Completing the practice turn in strategy research**. Organization Studies. Vol. 27, n. 05. 2006.

WHITTINGTON, R. **Strategy practice and strategy process: family differences and the sociological eye**. Organization Studies. V. 28, n.10. 2007.

WIKIPEDIA. **Enciclopédia Livre**. In: www.wikipedia.com.br. 2012.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A

ROTEIROS DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA ELABORADO PARA O PÚBLICO DOS EXECUTIVOS DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

Apresentação Interpessoal Inicial. Agradecimentos iniciais.

Verificação se a entrevista podia ser gravada ou apenas anotada.

Verificação do nível de confidencialidade das informações: se pode ser publicado o nome da Instituição, do executivo ou especialista, atrelado ou não aos posicionamentos/afirmações.

Apresentação do problema de pesquisa e dos objetivos geral e intermediários da pesquisa.

Apresentação do público alvo da entrevista (demais entrevistados) e da contribuição que a pesquisa poderá trazer. Informar que será entregue cópia da pesquisa / trabalho final ao entrevistado.

Reafirmação do objetivo central da pesquisa: O objetivo principal desta pesquisa é identificar quais são os principais desafios estratégicos dos hospitais filantrópicos, na perspectiva dos executivos seniores e especialistas do setor.

QUESTÕES DE ENTREVISTA

(a) Identificação e descrição da instituição e do perfil do entrevistado.

Solicitar introdução acerca da organização estudada: quantidade de leitos, natureza jurídica, especialidades e especialidades ênfase etc.

(b) Favor explicar o atual modelo de filantropia de sua instituição e de que forma são gerados os recursos para a sustentabilidade da mesma?

(c) Como o senhor descreve o ambiente vivenciado pelos hospitais?

(d) Quais são os principais objetivos estratégicos de sua Instituição (e dos Hospitais como um todo) hoje? Existe planejamento estratégico? Como é desdobrado? Existe

acompanhamento estratégico? Como ocorre? Mapa Estratégico? BSC? Quais os principais elementos da gestão estratégica em sua instituição?

(e) Ao avaliar o ambiente interno, quais são as principais forças e fraquezas dos hospitais filantrópicos e de sua instituição? Quais as principais dificuldades na gestão de seu Hospital? Quais as principais competências existentes e competências a serem adquiridas por sua instituição?

(f) Como o senhor enxerga o ambiente externo dos hospitais? Ao avaliar o ambiente externo, quais são (e quais serão) as principais ameaças e oportunidades enfrentadas pelo senhor e/ou por sua Instituição? Quais as principais tendências deste mercado / ambiente?

(g) Como o senhor enxerga seu hospital (ou hospital filantrópico, genericamente falando modelo) num horizonte de 15, 20 ou 25 anos? Como será e/ou como deverá ser? Este caminho está sendo construído de forma ordenada?

(h) Quais os principais desafios estratégicos de sua Instituição (e dos Hospitais filantrópicos genericamente falando) hoje e no futuro (horizonte de 15, 20 anos)?

(i) Quais são as principais estratégias planejadas e as principais estratégias executadas com vistas a se alcançar os objetivos estratégicos e superar os desafios? Existem recursos (tecnologia, capital humano, e financeiro) suficientes para se transformar o hospital de hoje neste hospital desejado (ou para se superar os desafios estratégicos)?

DESFECHO DA ENTREVISTA

Pedidos de encaminhamento de Curriculum resumido.

Pedido de encaminhamento de materiais complementares: Mapas Estratégicos, Matrizes SWOT ou demais documentos / peças estratégicas.

Agradecimentos finais.

ROTEIRO DE ENTREVISTA ELABORADO PARA O PÚBLICO DOS ESPECIALISTAS DO SETOR DE SAÚDE

ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

Apresentação Interpessoal Inicial. Agradecimentos iniciais.

Verificação se a entrevista podia ser gravada ou apenas anotada.

Verificação do nível de confidencialidade das informações: se pode ser publicado o nome da Instituição, do executivo ou especialista, atrelado ou não aos posicionamentos/afirmações.

Apresentação do problema de pesquisa e dos objetivos geral e intermediários da pesquisa.

Apresentação do público alvo da entrevista (demais entrevistados) e da contribuição que a pesquisa poderá trazer. Informar que será entregue cópia da pesquisa / trabalho final ao entrevistado.

Reafirmação do objetivo central da pesquisa: O objetivo principal desta pesquisa é identificar quais são os principais desafios estratégicos dos hospitais filantrópicos, na perspectiva dos executivos seniores e especialistas do setor.

QUESTÕES DE ENTREVISTA

(a) Solicitar introdução acerca do trabalho desenvolvido pelo entrevistado e por sua Instituição atualmente. Identificação e descrição da instituição e do perfil do entrevistado.

(c) Como o senhor descreve o ambiente vivenciado pelos hospitais filantrópicos?

(e) Ao avaliar o ambiente interno vivenciado pelos hospitais filantrópicos, quais são as principais forças e fraquezas dos hospitais filantrópicos? Quais as principais dificuldades na gestão dos hospitais? Quais as principais competências existentes e competências a serem adquiridas pelos hospitais?

(f) Como o senhor enxerga o ambiente externo dos hospitais? Ao avaliar o ambiente externo, quais são (e quais serão) as principais ameaças e oportunidades enfrentadas pelos hospitais? Quais as principais tendências deste mercado / ambiente?

(g) Como o senhor enxerga os hospitais filantrópicos num horizonte de 15, 20 ou 25 anos? Como serão e/ou como deverão ser? Este caminho está sendo construído de forma ordenada?

(h) Quais os principais desafios estratégicos dos hospitais filantrópicos hoje e no futuro (horizonte de 15, 20 anos)?

(i) Quais são as principais estratégias implementadas pelos hospitais com vistas a superar os desafios? Existem recursos (tecnologia, capital humano, e financeiro) suficientes para se transformar o hospital de hoje neste hospital desejado (ou para se superar os desafios estratégicos)?

DESFECHO DA ENTREVISTA

Pedidos de encaminhamento de Curriculum resumido.

Pedido de encaminhamento de materiais complementares, caso pertinentes.

Agradecimentos finais.