

## **RESUMO**

Trata-se de análise comparativa do processo de construção da administração estratégica em hospitais de Atlanta (EUA) e São Paulo (Brasil) sob a ótica de executivos dos respectivos hospitais.

O estudo das diversas abordagens utilizadas por esses hospitais poderá contribuir para a discussão sobre a importância da aplicação de técnicas modernas de gestão e de um modelo sistemático de administração estratégica em hospitais. Além disso, os resultados fornecem pistas sobre tendências dos mercados de saúde brasileiro e americano e sobre os desafios para os quais os executivos hospitalares devem estar preparados.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Administração estratégica; Planejamento estratégico em hospitais; Processo decisório; Visão do executivo hospitalar; Alta administração; Liderança; Administração hospitalar.

## **ABSTRACT**

Comparative study on the strategic planning methods in hospitals of Atlanta (USA) and Sao Paulo (Brazil), according to their executives' viewpoint.

The study of the different strategic management approaches adopted by these hospitals may contribute to the discussion about the importance of using modern management methods as well as of a systematic approach on strategic management. It may also provide insights on the Brazilian and American healthcare trends and on the challenges hospital executives should be prepared to face.

## **KEY WORDS**

Strategic planning in hospitals; Decision-making process; Hospital executive perception; Top level management; Leadership; Hospital administration.

## SUMÁRIO

I.	Introdução .....	4
II.	Objetivos .....	5
III.	Referencial teórico .....	6
	1. A evolução da administração estratégica .....	6
	2. Definições de planejamento .....	10
	3. As escolas de pensamento segundo Mintzberg.....	12
	4. Administração estratégica em saúde .....	15
IV.	Metodologia .....	18
	1. Apresentação .....	18
	2. Amostra de hospitais .....	18
	3. Executivos entrevistados .....	20
	4. Instrumento de pesquisa .....	20
	5. Categorias de análise .....	21
V.	Resultados – hospitais brasileiros .....	23
	1. Objetivos estratégicos.....	23
	2. Parcerias estratégicas.....	26
	3. Fontes de informação.....	27
	4. Processo orçamentário .....	28
	5. Mecanismos de comunicação.....	31

---

6. Mecanismos de avaliação .....	32
7. Mecanismos de revisão .....	33
8. Os desafios do mercado hospitalar .....	34
VI. Resultados – hospitais americanos .....	37
1. Objetivos estratégicos .....	37
2. Parcerias estratégicas .....	40
3. Fontes de informação .....	40
4. Processo orçamentário .....	42
5. Mecanismos de comunicação .....	44
6. Mecanismos de avaliação .....	45
7. Mecanismos de revisão .....	46
8. Os desafios do mercado hospitalar .....	47
VII. Discussão .....	51
VIII. Conclusão .....	67
IX. Bibliografia .....	75
X. Anexos .....	82
Anexo I A – Carta de autorização – hospitais americanos .....	83
Anexo I B – Carta de autorização – hospitais brasileiros .....	85
Anexo II A – Consentimento informado – hospitais americanos .....	86
Anexo II B – Consentimento informado – hospitais brasileiros .....	89
Anexo III – Instrumento de pesquisa .....	91

# ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA EM HOSPITAIS <sup>1, 2</sup>

*Ana Maria Malik*

*Fabio Patrus Mundim Pena*

## I. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, mudanças dramáticas têm ocorrido na indústria de serviços de saúde no mundo todo. Por um lado a crescente pressão da demanda e a luta pela universalização do acesso aos serviços de saúde. Por outro, o rápido desenvolvimento e inovação da tecnologia médica, fazendo com que os custos do setor venham apresentando índices cada vez mais elevados, descolando-se dos demais setores da economia.

Analisando-se os sistemas de saúde vigentes no Brasil e nos Estados Unidos, verificamos que apresentam significativas diferenças entre eles, tanto no que diz respeito ao financiamento quanto à prestação de serviços quanto, ainda, ao acesso e conhecimento da população usuária. Observa-se, porém, problemas semelhantes em ambos, tais como dificuldades na contenção de custos, no atendimento da demanda crescente dos serviços de saúde, no equilíbrio entre esta e a capacidade instalada, na otimização de recursos e na definição de padrões de qualidade.

Para enfrentar esses problemas, o discurso vigente nas organizações de saúde nos Estados Unidos aponta para a disponibilidade de vasta experiência em diferentes

---

<sup>1</sup> O NPP agradece à aluna que participou da pesquisa que originou o presente relatório como monitora de pesquisas, Alessandra Masson Lerario.

<sup>2</sup> Esta pesquisa inclui um estudo iniciado por Fábio Patrus em Atlanta, GA, EUA, em julho de 2001, como parte do Hubert Humphrey Fellowship of the US State Department, aprovado pelo Human Investigation Committee da Rollins School of Public Health, Emory University, HIC 206/2001.

abordagens de administração estratégica, enquanto que no Brasil se comenta a incipiente formação dos executivos hospitalares, de maneira geral, nesta área de conhecimento bem como da precária implementação dessas técnicas e de desenvolvimento de métodos gerenciais profissionais.

A análise das diferentes abordagens estratégicas adotadas pelos hospitais estudados nos Estados Unidos e no Brasil pode contribuir para discussão sobre a importância do uso de modernas técnicas gerenciais, em particular, o uso sistemático da administração estratégica na administração hospitalar.

Assim sendo, considerou-se relevante o desenvolvimento de um projeto orientado para analisar como os hospitais no Brasil e nos Estados Unidos desenvolvem suas estratégias para o futuro e como os executivos dessas instituições percebem esse processo.

## **II. OBJETIVOS**

Este estudo tem como objetivos:

- Avaliar o estado atual do desenvolvimento e implantação da administração estratégica em hospitais dos Estados Unidos e do Brasil.
- Identificar as principais tendências metodológicas em relação ao processo de desenvolvimento da administração estratégica dos hospitais.
- Analisar criticamente as abordagens adotadas pelos hospitais para o desenvolvimento da administração estratégica.
- Identificar possíveis semelhanças e diferenças do processo de administração estratégica entre os hospitais brasileiros e americanos pesquisados.

- Identificar quais as principais questões para os executivos hospitalares, na atualidade e no prazo de 5 anos.

### III. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 1. A EVOLUÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA

A aplicação dos conceitos de planejamento e estratégia à área empresarial se difundiu a partir dos meados dos anos 60, embora sua origem na área militar remonte ao século IV a.C., quando SUN TZU escreveu o texto que no Brasil é conhecido como “A arte da guerra”. CLAVEL, dentre outros autores, resgatou os conhecimentos de estratégia militar escritos por Sun Tzu como sendo aplicáveis no mundo dos negócios (CLAVEL, 1983).

A estrutura industrial criada nos Estados Unidos durante a Revolução Industrial foi desenvolvida e consolidada na primeira metade do século XX. Nesta fase, o grande objetivo gerencial se relacionava com a eficiência do processo produtivo. Supunha-se que as estratégias existissem implicitamente na cabeça dos gerentes da empresa. As mudanças em função das alterações do ambiente externo eram lentas, até mesmo porque, nessa época, os fatores próprios do ambiente externo apresentavam evolução incremental e sem grandes repercussões para as empresas. Durante esse período, o planejamento baseava-se no controle orçamentário e financeiro feito tendo como horizonte o prazo de um ano. Seu objetivo principal era o lucro, como base para o alcance dos demais propósitos da empresa.

Na década de 50, o ambiente externo das empresas ainda era estável, com tendências de evolução facilmente previsíveis. O mercado passava por uma fase de grande crescimento e o grau de competição das empresas era baixo. O planejamento passou a considerar um horizonte de cinco anos, que passou a ser definido como

longo prazo. Já havia uma preocupação com o futuro que, no entanto, era visto como uma “extrapolação do passado”. O prognóstico era baseado no volume de vendas e não no mercado (LEITÃO, 1995).

Nos anos 60, o ambiente externo começou a apresentar instabilidade mais perceptível, principalmente devido aos avanços tecnológicos. A redução das taxas de crescimento e consumo acarretou um aumento da competição entre as empresas. No ambiente interno, a preocupação gerencial deixou de ser somente com a produção, mas passou a incorporar também a comercialização de produtos. Houve um aumento na diversificação das atividades da empresa, a fim de manter os lucros. Com isto, os gerentes passaram a se preocupar mais com a utilização dos conceitos estratégicos na administração de empresas. A “nova” forma de planejamento adotou a idéia de segmentação da empresa por unidade estratégica de negócio e foram desenvolvidas metodologias denominadas “carteiras de negócio”. O objetivo dessas carteiras era avaliar o posicionamento do negócio em uma matriz que comparava suas forças competitivas com as oportunidades e ameaças do ambiente externo. Nota-se, já nesse período, o uso da estratégia por meio de metodologias estruturadas. Os orçamentos deixaram de ser meras extrapolações da experiência do passado e passaram a ser instrumentos gerenciais com implicações estratégicas e operacionais.

Na década de 70, a turbulência do ambiente externo se acentuou e houve uma redução no crescimento econômico global, diminuindo as taxas de crescimento do mercado e acirrando a competição entre as empresas. No ambiente interno, a preocupação voltou-se, novamente, para a área de produção, porém agora começando a focar a qualidade em detrimento da quantidade. Questões como produtividade e custos ganharam importância face à grande concorrência pelo mercado. O planejamento passou a considerar um horizonte entre 5 e 10 anos e a prever três níveis hierárquicos: corporativo, setorial e funcional. Sua intenção era compatibilizar os objetivos da corporação com as estratégias dos diferentes setores e negócios nela inseridos. Nessa época, o planejamento estratégico corporativo

conforme era entendido passou a ser questionado, em razão das dificuldades na implantação das estratégias e do reconhecimento da importância de se considerar o fator humano e a cultura organizacional para o sucesso de todo o processo. Tais questionamentos conduziram ao conceito de administração estratégica, consequência direta da contribuição de Herbert Simon e de outros pesquisadores na área do comportamento organizacional (ANSOFF, 1984).

A administração estratégica coloca ênfase na integração do planejamento às demais funções administrativas, na integração da estratégia à operação e na importância do fator humano. MINTZBERG chega a sugerir o abandono do planejamento em favor de maior uso da intuição e da experiência. No entanto, por subentender um processo de mudança, a administração estratégica é de longo prazo e requer apoio constante da gerência de topo para superar as resistências. Além disso, há o risco de excessiva burocratização, por ser um processo estruturado, pouco conhecido pela maioria dos gerentes e por requerer constante atualização e aperfeiçoamento, para se ajustar às características da cultura organizacional (MINTZBERG, 1976 In: ANSOFF, 1984). Por outro lado, há quem defina administração estratégica como a busca da convergência entre o ambiente externo e as capacidades internas da empresa (GINTER et al, 1998).

Um interesse generalizado nos meios acadêmicos pela elaboração/formação de estratégias, especialmente devido ao trabalho de MINTZBERG e pelas relações entre estratégia e estrutura, começou a oferecer novas visões da natureza do comportamento estratégico, bem como sugestões para aumentar sua eficácia (ANSOFF, 1984).

Nas décadas de 80 e 90, em função da turbulência cada vez maior do ambiente externo, o planejamento passou a ser visto como agente do processo de mudança. Como consequência, o conceito de administração estratégica passou a ser identificado como mais abrangente que o de planejamento estratégico, pois



considera a importância não apenas da formulação estratégica, mas também da implementação e do controle estratégicos.

Na década de 90, alguns autores começaram a questionar os modelos tradicionais de planejamento por julgarem-nos inadequados a um contexto de rápidas mudanças no mercado. MINTZBERG (1994) defende a substituição do planejamento estratégico (*strategic planning*) pelo pensamento estratégico (*strategic thinking*). Para este autor, o processo de formulação de estratégia deve ser a captação daquilo que o administrador aprende (*hard data*, como experiências pessoais e *soft data*, como pesquisas de mercado) e a síntese desse aprendizado numa visão da direção do negócio. Na sua opinião, o planejamento seria um processo analítico de programação de estratégias já existentes. Por outro lado, o pensamento estratégico seria um processo sintético envolvendo intuição e criatividade, que produziria uma perspectiva integrada da empresa. Nesse sentido, o planejamento estratégico convencional reduziria a capacidade do administrador de formular estratégias, em razão das falácias de previsibilidade, descolamento (*detachment*) e formalização (MINTZBERG, 1994; MOTTA, 1990). A estratégia poderia ser compreendida como o comportamento da organização, cuja consistência é guiada por valores e objetivos organizacionais (LUTHANS, HODGETTS e THOMPSON, 1990).

Na mesma época, na área de saúde, principalmente no setor público e no setor social, sobretudo na América Latina, começaram a ser apresentadas críticas e proposições formuladas por Mario Testa (médico e pesquisador argentino, notadamente sobre Pensamento Estratégico) (TESTA, 1995) e por Carlos Matus (ex-Ministro de Allende no Chile e com experiências ligadas à Rand Corporation, que divulgou o chamado Planejamento Estratégico Situacional) (MATUS, 1993). Em ambos se encontram críticas ao modelo tradicional de planejamento, apresentado como normativo, e a apresentação de novas propostas. ONOCKO (2001) realiza um estudo a respeito do movimento de planejamento em saúde na América Latina, que aponta para especificidades do processo no setor da saúde e apresenta os autores com produção mais relevante na América Latina. Apesar da existência desta

produção, poucos dos gestores hospitalares, tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, estão familiarizados com esta bibliografia, porque ela costuma ser apresentada em cursos de gestão ou de saúde pública nos quais há relativamente poucos executivos hospitalares; além disso, ela é raramente apresentada nos cursos de gestão empresarial ou hospitalar frequentados pelos gestores deste tipo de serviço.

Atualmente, a dicotomia entre os aspectos analíticos e criativos da formulação estratégica e situacional, associados respectivamente a ANSOFF, PORTER, MINTZBERG, TESTA e MATUS, tem sido questionada, já que a existência de dicotomia passa a impressão de que planejamento e pensamento estratégicos são incompatíveis. Alguns autores defendem a tese de que os processos de planejamento estratégico não impedem o pensamento estratégico, mas sim o apóiam e operacionalizam as estratégias por ele criadas. Estratégias inovadoras não surgem de análises numéricas, porém, para que a intuição seja útil na formulação estratégica, ela deve ser fundamentada em fatos. Assim, planejamento e pensamento estratégicos seriam necessários e complementares (LIEDTKA, 1998; HERACLEOUS, 1998; WILSON, 1998).

## 2. DEFINIÇÕES DE PLANEJAMENTO

Uma primeira distinção importante a se fazer é entre planejamento e estratégia. Segundo Mintzberg, planejamento é definido como um *“procedimento formal, para produzir um resultado articulado, na forma de um sistema integrado de decisões (...). O planejamento ajuda a traduzir a estratégia pretendida em estratégia realizada, dando o primeiro passo que pode levar a uma implementação eficiente”* (MINTZBERG, 1994; p. 333 – trad. autor). Em geral, a estratégia está associada aos meios empregados para atingir resultados consistentes com a missão e os objetivos da organização. (Wright et al in: MINTZBERG, 1994)

Para ACKOFF “o planejamento estratégico destina-se tanto à formulação dos objetivos quanto à escolha dos meios para atingi-los. Planejamento estratégico, portanto, se orienta para os fins e para os meios” (ACKOFF, 1976, p. 3).

Segundo GINTER, administração estratégica é o “processo organizacional para identificar o futuro pretendido e desenvolver guias de decisão para alcançar esse futuro. O resultado do processo de planejamento estratégico é um plano ou estratégia” (GINTER, 1998:13).

Diversos autores distinguem entre planejamento e administração estratégica. Em geral, administração estratégica tende a ser definida como algo mais abrangente, pois se trata de uma filosofia de administração orientada para o ambiente externo, que procura integrar pensamento estratégico, análise e ação organizacional. Para GINTER, por exemplo, administração estratégica incorpora liderança e é vista como uma atitude, uma maneira de pensar. Segundo ele, “para que a administração estratégica seja bem sucedida, todos deveriam ser encorajados a pensar como líderes” (GINTER, 1998: 13-18).

Outro importante conceito explorado na literatura recente é o de “pensamento estratégico”. Em contraste com o processo analítico de desmembramento de metas e objetivos do processo de planejamento formal, alguns autores descrevem o pensamento estratégico como um processo de síntese, que envolve intuição e criatividade. O argumento é que somente a partir de um processo livre, informal e descentralizado em todos os níveis da organização, é possível desenvolver uma perspectiva inovadora da corporação (MINTZBERG, 1994). Outros, dos mais ligados à saúde, dizem que, independentemente de como se venha a usar o planejamento, este é uma prática.(TESTA 1995). Este mesmo autor sugere que falta desencadear um processo. Segundo ele, “Ao falar em desencadear um processo estamos estabelecendo prazos curtos, ou seja, começos e não pontos de chegada...” (TESTA, 1995: 23)

### 3. AS ESCOLAS DE PENSAMENTO SEGUNDO MINTZBERG

MINTZBERG realizou uma síntese das diferentes correntes sobre o processo de formulação estratégica. Em seu estudo, identificou dez escolas de pensamento, agrupadas segundo três correntes principais: escolas prescritivas, descritivas e escola de configuração.

#### **Escolas Prescritivas**

As escolas de natureza prescritiva estudam a formulação da estratégia como processo deliberado e estão mais preocupadas com o conteúdo e a análise. Originam-se nas organizações industriais e procuram entender *o quê* funciona estrategicamente do ponto de vista econômico.

Os modelos das escolas prescritivas são racionais ou analíticos e se baseiam no desenvolvimento de uma seqüência lógica de etapas ou processos, ou seja, no pensamento linear. Os principais autores dessas escolas são ANSOFF, da Escola de Planejamento e PORTER, da Escola de Posicionamento.

Para ANSOFF, o planejamento estratégico é considerado como o documento-chave, orientando e distribuindo recursos entre as principais linhas de atividade da empresa. Esse documento seria composto por: a) objetivos; b) estratégias de produtos, de mercados, financeira e administrativa; c) orçamento estratégico; A preparação do documento seria feita a partir de três sub-planos: um plano detalhado de alteração das linhas de produto e mercado, um plano de estrutura e aquisição de recursos, e um plano para a direção da empresa no dia-a-dia. Segundo esse modelo, a formulação de estratégia seria, então, um procedimento formal, decomposto e deliberativo. O modelo teria execução quase mecanicamente programada, através de uma elaborada seqüência de etapas. (ANSOFF, 1965).

Para PORTER, o desenvolvimento de uma estratégia competitiva parte da definição de uma fórmula ampla para o modo como uma empresa irá competir, quais deveriam ser suas metas e quais as políticas necessárias para levar a cabo essas metas. A essência da formulação de estratégia competitiva é relacionar uma companhia ao seu meio ambiente, cujo aspecto principal é a indústria<sup>3</sup> em que a companhia compete. Seu modelo de formulação de estratégia competitiva inclui análise estrutural da indústria e análise da concorrência. Esse modelo é baseado em cinco forças competitivas: entrantes potenciais, ameaça de substituição, poder de negociação dos compradores e fornecedores e rivalidade entre os atuais concorrentes. As cinco forças em conjunto determinam a intensidade da concorrência da indústria e sua rentabilidade, sendo que as forças mais acentuadas predominam e tornam-se cruciais do ponto de vista da formulação de estratégias. Características técnicas e econômicas de uma indústria são críticas para a intensidade de cada força competitiva. Uma vez diagnosticadas as forças que afetam a concorrência em uma indústria e suas causas básicas, a empresa terá condições de identificar seus pontos fracos e fortes e se posicionar em relação à indústria (PORTER, 1980).

Para MINTZBERG, a formulação estratégica segundo a perspectiva das escolas prescritivas é mais recomendada em situações estáveis, em que a estratégia pretendida não será afetada por cenários turbulentos ou imprevisíveis. Dentre as limitações dos modelos dessas escolas, o autor destaca que as escolas prescritivas deram demasiada atenção ao modelo analítico. O risco relacionado a esta abordagem é que as organizações adotem de forma rigorosa a estratégia deliberada, podendo desconsiderar estratégias emergentes e novas dinâmicas do mercado (MINTZBERG et alli, 1998).

---

<sup>3</sup> O autor utiliza o termo “indústria” para caracterizar o mercado daquele setor ou ramo de atividade.

## **Escolas Descritivas**

Diferentemente das escolas prescritivas, que focam o conteúdo da formulação estratégica (*o que é*), as escolas descritivas preocupam-se mais com a forma de elaboração do processo de formulação estratégica (*como é*).

Caracterizados como modelos emergentes, tais escolas baseiam-se no pensamento intuitivo, na liderança, no aprendizado e na cultura das organizações. Dentre eles, vale a pena destacar a contribuição dos autores HAMEL e PRAHALAD, da Escola de Aprendizado.

HAMEL e PRAHALAD utilizam o termo “arquitetura estratégica” para abordar a formulação de estratégias, em que prevalecem elementos como criatividade, exploração e entendimento de discontinuidades. Empresas precisam de “*um novo processo de formulação estratégica, um que seja mais exploratório e menos ritualístico(...), utilizar recursos variados, basear-se na criatividade de centenas de administradores e não só na sabedoria de alguns planejadores*” (HAMEL; PRAHALAD, 1994:282).

Mintzberg também critica as escolas descritivas que, ao preconizarem a aplicação das estratégias emergentes, estão sujeitas a um risco maior de adotarem estratégias equivocadas pela falta de uma análise detalhada.

## **Escola de Configuração**

A Escola de Configuração procura integrar os conceitos das abordagens anteriores, levando em consideração tanto o processo quanto o conteúdo da formulação estratégica.

Os principais autores dessa escola são provenientes da Universidade McGill e incluem o modelo do próprio MINTZBERG.

#### 4. ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE

Para fins deste estudo, trabalhamos com duas linhas teóricas. Uma delas, voltada ao modelo analítico de administração estratégica proposto por GINTER (1998) que abrange as diferentes etapas de um processo de formulação estratégica, além de estar voltado para as especificidades da área da saúde no modelo norte-americano. A outra resgata uma escola latino-americana e brasileira de planejamento em saúde (ONOCKO 2000 e 2001).

Segundo Ginter, métodos analíticos e métodos intuitivos são complementares e contraditórios. É difícil iniciar e sustentar ações organizacionais sem um plano lógico. No entanto, em um ambiente dinâmico, como a área da saúde, deve-se aprender e estabelecer novas direções conforme se progride. O modelo de Ginter divide a administração estratégica em quatro etapas: a análise situacional, a formulação, a implementação e o controle da estratégia.

A *análise situacional* consiste (1) na análise do ambiente externo (através de quatro etapas: mapeamento, monitoração, previsão e avaliação); (2) na análise da concorrência (identificação dos concorrentes, das suas forças e fraquezas, e antecipação dos seus movimentos); (3) na análise do ambiente interno (diagnóstico, inspeção, análise e avaliação); e (4) no desenvolvimento de missão, visão e valores da organização (estratégias direcionais que estabeleçam foco e parâmetros para os objetivos estratégicos mais operacionais).

Na *formulação da estratégia*, existe uma hierarquia de estratégias alternativas: estratégias direcionais, seguidas por estratégias adaptativas, estratégias de entrada de mercado, estratégias de posicionamento e estratégias operacionais. Em cada nível hierárquico deve haver uma avaliação das estratégias e a escolha daquela a ser implementada.

Na *implementação estratégica* os esforços dos diferentes setores da organização – marketing, sistemas de informação, recursos humanos e finanças - devem estar direcionados ao cumprimento da missão da organização e da sua visão para o futuro. Um dos pontos críticos do processo de implantação é a comunicação.

O processo de *controle da estratégia* inclui (1) estabelecimento de padrões (objetivos), (2) medidas de performance, (3) avaliação da performance em relação aos padrões estabelecidos, (4) ações corretivas. O controle estratégico afeta estratégias operacionais, a estratégia geral da organização e os processos de análise situacional.

A organização procura uniformizar a compreensão nos seus diferentes níveis em torno do foco e dos objetivos estratégicos e garantir, assim, o envolvimento de todos na consecução das metas estabelecidas.

ONOCKO (2000; 2001) resgata o debate presente no setor de saúde brasileiro, no qual continua a questão da precedência entre administração e planejamento. Por exemplo, TESTA (1993) afirma que, além de todas as funções apresentadas em qualquer livro texto, o planejamento deveria também estimular o crescimento e as possibilidades de mudança. TESTA (1995) e ONOCKO (2001) também se apegam à inseparabilidade entre meios e fins, tornando o planejamento um espaço de produção. Esta autora identifica em seu levantamento que o planejamento é com frequência visto como um ritual, sem sentido próprio e com um predomínio da lógica instrumental. Uma das alternativas a isto, presente na literatura brasileira, é a de que as organizações devem se movimentar no sentido de atingir duas finalidades: a eficácia e a promover algum tipo de subjetivação grupal para permitir aos trabalhadores o envolvimento e a realização no trabalho (CAMPOS, 2000). Este planejamento no Brasil, principalmente, aparece no marco da Reforma Sanitária dos anos 80 e se fortalece na vigência do SUS (ESCOREL, 1998).



A história deste planejamento na saúde tem como uma de suas origens reconhecidas um método, preconizado e divulgado pela OPS (1965), voltado à programação em saúde e ao chamado planejamento normativo. Nos anos 70 começou a tomar corpo uma crítica que rompeu com estes preceitos e começou a falar em planejamento estratégico (RIVERA, 1989). A partir de 1975, segundo RIVERA(1989) e CHORNY(1990), começa a se explicitar o caráter político do planejamento. Durante os anos 80 começa a ser amplamente difundido no Brasil o PES (Planejamento Estratégico Situacional), que passou a ser entendido pelos atores do setor saúde, notadamente na área pública, como o método de planejamento estratégico. Foi o mais difundido pela Reforma Sanitária Brasileira (ONOCKO, 2001), por meio de cursos de pós graduação em todo o país. A partir dos anos 90 surgiu uma crítica, principalmente a partir de CHORNY(1990), no sentido de que boa parte dos modelos de planejamento utilizados na área de saúde está orientada no sentido de reduzir gastos, privilegiando os meios sobre os fins.

Esta crítica evidenciou que o objeto da planificação em saúde deixou de ser a produção de saúde para priorizar a administração eficiente de recursos. Naturalmente, esta contradição é apresentada pelos autores que vimos citando, muito mais engajados no setor público e na formulação de políticas do que diretamente no cotidiano da prestação de serviços. Nesta visão, há quatro linhas teóricas predominantes (ONOCKO 2000, 2001): o resgate do potencial comunicativo do planejamento estratégico (RIVERA 1992 e GALLO 1992); o subsídio do planejamento estratégico para a gestão democrática (MERHY 1995;1997 e CAMPOS 1994); o aprimoramento de uma técnica de planejamento (CECILIO 1997) e o planejamento frente às teorias da complexidade (CHORNY 1998).

## IV. METODOLOGIA

### 1. APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa é um estudo exploratório de grandes hospitais, localizados em Atlanta, GA, EUA e em São Paulo, Brasil. Baseia-se na visão de altos executivos dos hospitais selecionados para a amostra, obtidas em entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas pessoalmente pelo pesquisador e pelo auxiliar de pesquisa.

Os dados referentes à descrição dos hospitais foram obtidos por meio de documentos de cada uma das organizações. A análise dos questionários foi realizada utilizando-se métodos qualitativos.

As entrevistas foram realizadas após obtenção de autorização por escrito dos dirigentes dos hospitais e de cada um dos executivos entrevistados, formalizada mediante assinaturas da *Carta de Autorização* e do *Termo de Consentimento Informado*. Ambos documentos, parte dos protocolos de pesquisa na Emory University School of Public Health, definem o estudo e informam sobre o procedimento da entrevista. O Termo de Consentimento informa também os possíveis riscos e benefícios da pesquisa e assume o compromisso de confidencialidade das fontes das informações.

A Carta de Autorização e o Termo de Consentimento Informado são apresentados, respectivamente, nos Anexos I e II.

### 2. AMOSTRA DE HOSPITAIS

A amostra do estudo proposto inclui hospitais de grande porte das regiões metropolitanas de Atlanta, EUA e de São Paulo, Brasil. Esta definição caracteriza

hospitais com capacidade de 151 a 500 leitos, conforme definição do Ministério da Saúde do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985). Como a fase inicial da pesquisa foi realizada em Atlanta, a seleção dos hospitais brasileiros foi feita buscando-se obter entre os hospitais brasileiros características semelhantes às do grupo anterior.

Dentre as instituições americanas, foram pesquisados 5 hospitais e uma organização gestora de contratos de *Managed Care*. No Brasil, a amostra incluiu 3 hospitais e uma organização financiadora de serviços de saúde.

O quadro 1 aponta os critérios de seleção da amostra dos hospitais brasileiros em relação aos pesquisados em Atlanta.

### Quadro 1

#### Características dos Hospitais Americanos (2001) e Brasileiros (2002) Pesquisados

Hospitais americanos	Hospitais brasileiros
Complexo hospitalar universitário – sistema de rede com 3 hospitais privados, sem fins lucrativos.	Complexo hospitalar público, universitário, com fundações de apoio.
Organização gestora dos contratos de Managed Care de uma rede de 4 hospitais privados, sem fins lucrativos.	Organização financiadora com rede própria de hospitais, privado, com fins lucrativos.
	Hospital público, administrado por órgão privado, por meio de contratos de gestão
Hospital privado, sem fins lucrativos.	Sociedade privada, sem fins lucrativos, com um hospital e clínicas externas.
Sistema de rede da comunidade com 1 hospital privado e clínicas, sem fins lucrativos	
Sistema de rede da comunidade com 1 hospital privado e clínicas, sem fins lucrativos	
Sistema de rede da comunidade com 1 hospital privado e clínicas, sem fins lucrativos	

### 3. EXECUTIVOS ENTREVISTADOS

As entrevistas foram realizadas com o executivo principal (*Chief Executive Officer* –CEO – nos hospitais americanos e Superintendente ou Diretor Técnico, no Brasil) e com até cinco executivos da alta administração dos hospitais selecionados. A premissa desta pesquisa é que estes executivos participam do processo de decisão estratégica, mas possivelmente têm percepções diferentes a seu respeito. Membros da mesa diretora (*board*, que no Brasil é órgão menos definido/regulamentado na área de saúde que nos EUA e que pode receber denominações como Conselho Deliberativo) não foram incluídos na amostra enquanto tal. Ocorreu, no entanto, que algum de seus membros exercesse função executiva no hospital. As entrevistas foram individuais e gravadas para garantir autenticidade e uma análise mais apurada.

Ao todo, foram feitas 23 entrevistas nos hospitais americanos e 17 entrevistas nos hospitais brasileiros. A duração total das entrevistas foi de 24 horas, com uma duração média de 36 minutos por entrevista.

### 4. INSTRUMENTO DE PESQUISA

Cada entrevista foi realizada com base em questionário semi-estruturado, dividido em duas seções:

1. *Dados sobre o entrevistado*: nome, cargo, tempo de trabalho no hospital, tempo na função atual.
2. *Planejamento Estratégico*: esta seção está dividida em:

- a) *Descrição do plano estratégico*: inclui missão, visão, valores e prioridades estabelecidas pela organização, bem como objetivos estratégicos e eventuais parcerias existentes ou buscadas.
- b) *Processo de administração estratégica*: inclui processo de decisão, fontes de informações usadas, processo de elaboração do orçamento, métodos de comunicação e mecanismos para avaliação e revisão do plano estratégico.
- c) *A visão dos executivos a respeito do hospital*: inclui a opinião dos executivos sobre os principais desafios identificados no momento presente e esperados após cinco anos.

O questionário utilizado para esta pesquisa é apresentado no Anexo III.

## 5. CATEGORIAS DE ANÁLISE

O estudo adotou o modelo teórico descrito por GINTER para mapear, junto aos executivos, as principais etapas de construção da administração estratégica. Tais etapas foram agrupadas segundo oito categorias de análise, definidas com o objetivo de caracterizar o plano estratégico e obter a percepção do executivo sobre os desafios do mercado hospitalar e de saúde para o presente e futuro. As categorias de análise, as perguntas feitas aos entrevistados (questões de caracterização) e as questões de avaliação estão apresentadas no Quadro 2.

## Quadro 2

### Categorias de Análise Utilizadas no Estudo sobre Planejamento em Hospitais (2001/2002)

<b>Categoria</b>	<b>Questões de caracterização</b>	<b>Questões de avaliação</b>
<b>Objetivos estratégicos</b>	A missão, a visão, os valores e as prioridades estratégicas estão definidas formalmente? Se sim, qual é o foco principal da missão e das prioridades organizacionais no presente?	A missão, a visão, os valores e as prioridades estratégicas foram definidas como parte do processo de planejamento ou de um programa de qualidade? As prioridades estratégicas foram definidas com base na análise do ambiente interno e externo? O entendimento dos executivos sobre o plano estratégico é uniforme?
<b>Parcerias estratégicas</b>	Quais as parcerias e qual o objetivo principal das parcerias citadas?	As parcerias estratégicas citadas pelos executivos referem-se a prestadores de serviços ou a alianças com outras instituições do setor ou concorrentes?
<b>Fontes de informação</b>	Quais são as fontes principais de informação?	As informações para elaboração do plano são provenientes de fontes externas e internas?
<b>Processo orçamentário</b>	Qual o macro-fluxo do processo orçamentário?	O processo orçamentário é descentralizado (feito a partir das áreas operacionais) ou centralizado no departamentos financeiro e na alta direção? O processo orçamentário foi vinculado ao processo de planejamento estratégico?
<b>Mecanismos de comunicação</b>	Quais são os principais veículos de comunicação do plano estratégico?	Existe um processo formal de comunicação em todos os níveis da organização?
<b>Mecanismos de avaliação</b>	É feita a avaliação dos resultados do plano? Como?	A avaliação dos resultados do planejamento é feita de forma sistemática? Utilizam-se indicadores para avaliação? A avaliação vai além da avaliação financeira e de produção?
<b>Mecanismos de revisão</b>	É feita a revisão do processo de planejamento? Como?	Há revisão periódica do processo de planejamento?
<b>Os desafios do mercado hospitalar</b>	O que os executivos apontam como sendo desafios do mercado hospitalar e de saúde para o presente e futuro?	

## V. RESULTADOS – HOSPITAIS BRASILEIROS

### 1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Com relação à elaboração do plano estratégico, foi possível identificar, entre os hospitais brasileiros, dois grupos com características distintas: aquelas instituições com e aquelas sem uma definição formal dos objetivos estratégicos.

#### *Instituições sem objetivos estratégicos definidos formalmente*

Neste grupo, foram identificadas duas instituições que se caracterizam por não possuírem um processo formal de definição dos objetivos estratégicos. A visão e os valores não são citados pelos executivos e a missão tende a focar de forma pontual as principais atividades da instituição. Nos depoimentos dos executivos aparece que a missão não está “formatada”, mesmo que tenham ciência da missão da organização e considerem, em alguns casos, que ela esteja “introjetada”:

*“... embora não esteja escrito em nenhum quadro no começo, na parede, isto é uma coisa muito introjetada”*

*“Não tem definidos. Talvez até o fim do ano a gente tenha se formalizado. Se você perguntar para diversas pessoas vai ter respostas diferentes”*

*“Não da forma que vocês [administradores, da GV] estão acostumados a fazer, com quadrinhos e tudo mais... é tudo meio abstrato, não tem nada assim formatado, uma coisa meio vaga.*

A definição das prioridades estratégicas não é uniforme entre os entrevistados de cada instituição e não há evidência de que elas tenham sido definidas com base na análise do ambiente externo e interno. Em uma das organizações, alguns depoimentos definiram o processo de priorização como confuso e nem sempre orientado para os interesses institucionais:

*“Muito confuso... O processo de aprovação às vezes confunde interesses pessoais com institucionais... (...) Às vezes as decisões de um projeto estratégico que depende de uma coisa institucional, ela é levada muito para o lado pessoal, então isso atrapalha um pouco a amarração política.”*

*“Planejamento a posteriori... Por razões de ordem político- estratégico-familiar, você acaba admitindo um determinado funcionário e ai após a admissão do funcionário você faz um planejamento estratégico nas atividades do setor.”*

Dentre as prioridades citadas, não houve pontos em comum. No entanto, a ênfase nos aspectos financeiros se fez presente em ambas organizações. As prioridades citadas por este grupo foram:

- Descentralização administrativa
- Controle orçamentário
- Sustentação financeira
- Diversificação de negócios



### ***Instituições com objetivos estratégicos definidos formalmente***

Nas outras duas instituições, os executivos descreveram missão, visão e valores a partir de uma definição formal da organização. Em ambas, a missão enfatizava a promoção da saúde com qualidade e as prioridades estratégicas tinham em comum a expansão de mercado e a implantação de melhoria na qualidade dos processos.

A definição das prioridades tende a ser mais uniforme neste grupo e os critérios são melhor estabelecidos:

*“Todo o planejamento vai explodindo em objetivos e metas atreladas às metas globais da empresa. Essas metas requerem investimentos e desembolso de caixa e despesas; essas despesas são pré aprovadas pelo conselho e por cada diretoria.”*

Outras prioridades citadas pelas instituições deste grupo são:

- Fixação da marca e posicionamento da empresa no mercado
- Redução de custos
- Inovação tecnológica
- Descentralização administrativa

Em uma das instituições, em diversos depoimentos obteve-se a afirmação de que, apesar de definidas formalmente, nem sempre as prioridades reais coincidem com aquelas estabelecidas no planejamento:

*“Objetivos estratégicos estão definidos, mas quais são as prioridades, eu não sei se tenho tanta clareza.”*

## 2. PARCERIAS ESTRATÉGICAS

As parcerias estratégicas citadas nos depoimentos são de três naturezas diferentes: alguns casos se referem a parcerias tradicionais, que fazem parte da organização durante muito tempo ou têm lugar como base da existência da organização. Um exemplo seria a parceria de uma operadora de saúde com a sua rede credenciada de clínicas, laboratórios e médicos. Outro grupo citado de parcerias trata, na verdade, de contratos com prestadores de serviço. Por exemplo, contratos com empresas de consultoria ou fornecedores de serviços terceirizados. Por fim, um terceiro agrupamento de potenciais parcerias aborda associações com instituições do mesmo setor, cujo objetivo é essencialmente aumentar o poder de barganha junto aos fornecedores e fontes pagadoras. Dentre essas a mais presente foi uma associação com outros hospitais para compra conjunta de medicamentos.

Todas as instituições mencionaram a tentativa de estabelecer algumas parcerias neste sentido, porém a maioria delas constatou ainda não ter obtido êxito. Na única instituição em que a parceria com outros hospitais foi citada como um fato, de forma consistente, muitos dos entrevistados reconhecem que ainda se trata de uma parceria “informal” e que está “apenas começando”, embora seja conhecida como Aliança Estratégica.

*Eu não sei se é bem uma parceria, a bem da verdade ela é uma associação de hospitais no qual, na verdade são 5 ou 6 hospitais que estão envolvidos que de uma forma ou de outra vão buscar energias dentro de seu grau de atuação e eu entendo que uma delas possa ser um teste de forças contra o peso pesado que são as seguradoras.*

Uma última característica comum entre as parcerias citadas são os acordos firmados entre instituições públicas e privadas. Em três instituições foi possível identificar algum tipo de atuação em conjunto com o SUS, seja por intermédio de Secretarias Municipais ou da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Os objetivos vão

desde a contratação de empresas privadas para a direção de hospitais públicos até o atendimento de pacientes SUS por hospitais privados.

### 3. FONTES DE INFORMAÇÃO

Em todos os hospitais pesquisados, os entrevistados afirmaram que as informações coletadas de forma sistemática se referem, pelo menos, a dados de volume de produção e financeiros. Estes dados são provenientes de bancos de dados internos e seu objetivo principal é acompanhar o desempenho financeiro, o atingimento das metas estabelecidas no orçamento e o volume de atendimentos da instituição. Na maioria das instituições não houve referência à utilização das informações referidas como sistematicamente coletadas para subsidiar a administração estratégica.

Em um estágio intermediário entre a coleta sistemática de informações internas e externas, uma das instituições menciona encomendar a coleta de informações de mercado quando precisa avaliar a necessidade ou a viabilidade de um determinado projeto:

*“... eu não entendo que exista uma consistência de buscar no mercado que é onde eu acredito que vem a maior parte da informação, senão toda, para a construção de um novo planejamento estratégico, essas coisas são estanques, elas não estão organizadas. Algumas vezes a gente pega consultorias externas que fazem a pesquisa de mercado, outras vezes internamente, em determinadas áreas, como a gerência, enfim, essa pesquisa é feita. (...) Eu acho que ela não é consistente, ela se faz por encomendas estanques.”*

Uma das instituições desenvolveu *workshops* para levantamento de informações externas, a partir do estudo das tendências do cenário tecnológico, de medicina, do mercado de saúde, da legislação e dos concorrentes. No entanto, os depoimentos

foram unânimes em apontar as dificuldades de coleta de informações do mercado de saúde no Brasil:

*“o mercado da saúde é um mercado ainda muito carente de informação com base de confiabilidade, então você trabalha em todas essas informações, no tecnológico está tudo muito claro, no econômico não está tão claro, porque depois do dia 11 de setembro[de 2001] ninguém sabe mais nada. (...) Mas quando você fala de mercado da saúde e concorrência dentro do mercado da saúde aqui, a coisa é frágil.”*

*Esse é um ponto de anomalia, hoje a gente ainda tem uma dificuldade, e a gente está buscando consolidar e estruturar as informações dentro da empresa. (...) O que é informação macroeconômica , cenários, taxas etc., isso é fácil conseguir, isso centraliza na minha área, eu busco através do mercado financeiro, pesquiso, etc, e elaboro o trabalho. Quando você entra na parte de informações setoriais, informações do desempenho dos concorrentes , isso é complicado, esse fechamento do setor, ele traz um problema muito sério.*

#### 4. PROCESSO ORÇAMENTÁRIO

Todos os hospitais pesquisados utilizam orçamento como instrumento de gestão. Ele costuma ser utilizado, seja como base para definição das metas para o ano seguinte, seja como base para o repasse de verbas pelo governo, no caso de hospital público. No entanto, observam-se duas características distintas com relação ao processo de elaboração do orçamento:

### ***Processo centralizado***

Os executivos de dois hospitais caracterizaram o processo orçamentário como essencialmente centralizado, desenvolvido pela área financeira em conjunto com a direção. O cálculo é feito basicamente a partir de séries históricas e variações de inflação, taxas de câmbio e salários. Os depoimentos apresentados a seguir ilustram essas características:

*“O orçamento é feito nessa base histórica, e com correções que podem acontecer com análise de novas oportunidades, novos investimentos, inflação e isso depois é juntado, mas a base é uma base histórica.”*

*“É definido pelo superintendente geral, ele faz uma proposta orçamentária em conjunto com o tesoureiro, o tesoureiro da diretoria estatutária e pelo gerente financeiro aqui da casa, eles discutem a proposta de orçamento e é aprovada pela diretoria estatutária.”*

*“... é meio de cima para baixo e um pouco série histórica com pequenas modificações, ele é meio engessado não é uma coisa muito dinâmica, né, na verdade não existe um orçamento.”*

*“Nós conseguimos fazer, mas foi feito dentro de séries históricas e percepção de meia dúzia de pessoas, não foi ainda aquilo que eu gostaria: cada clínica olhar sua capacidade, quanto você vai atender, com base no atendimento previsto poder quantificar os insumos e conseqüentemente as despesas do ano... mas provou-se razoavelmente certo.”*

### ***Processo descentralizado***

Em dois hospitais, verificou-se que a elaboração do orçamento ocorre a partir das unidades operacionais, que definem suas necessidades de recursos humanos, aquisição de equipamentos e outros em função da expectativa de volume de atendimentos para o ano seguinte. As propostas das áreas são consolidadas no departamento de custos e encaminhadas para aprovação pela diretoria, que verifica o resultado final (citado como “bottom line”) em função da expectativa de desempenho. Esse processo, que ocorre entre as áreas operacionais, o departamento financeiro e a diretoria pode se repetir algumas vezes até se chegar a um consenso. Os depoimentos que seguem ilustram esse fluxo:

*“O orçamento anual ele é definido a partir de cada gerência. Cada gerência tem a autonomia de fazer o seu orçamento. Essa peça orçamentária individualizada é enviada para área de custos e orçamento, a partir dessa consolidação essa peça é pré aprovada com a diretoria executiva e depois, por sua vez, com o conselho de administração da empresa, para ver se os grandes números estão de acordo com aquilo que o conselheiro ou o acionista quer. Se isso não é aprovado, essa discussão desce novamente, volta para as áreas para revisão e ai eventualmente se há alguma ação isolada em cada diretoria, a diretoria específica vai analisar e vai cortar, ai volta e é consolidado.”*

Em um dos hospitais, os executivos apontam que, além das séries históricas e dos ajustes monetários, o cálculo orçamentário inclui os planos de melhoria reivindicados por cada área.

*“na controladoria chegam todos os planos, nós vamos trabalhar esses planos, as reivindicações de cada um, vão reunir ..... esse meu comitê, vamos discutir e ver qual a taxa de crescimento que a gente*

*quer, quais são os objetivos financeiros que nós queremos e definir tudo nesse consenso.”*

Apenas em uma das instituições, os depoimentos citaram as metas do planejamento estratégico como ponto de partida para o processo de elaboração do orçamento:

*“[O orçamento] é montado assim, com base nas metas globais que nós estabelecemos para o business. Nós definimos dentro dessas metas globais o lucro líquido, o faturamento, a satisfação de clientes, o conhecimento de nossa marca, os planos que a gente estabeleceu agora. (...) É uma conta de trás para frente, eu quero chegar nessa visão de lucro líquido, eu quero esse investimento na minha marca, quero ter essa satisfação de clientes, para isso então, eu vou ter que ter um faturamento e um crescimento adequado em tanto, eu vou ter que ter um custo controlado por tanto...”*

## 5. MECANISMOS DE COMUNICAÇÃO

Os depoimentos em sua maioria não apontam a existência de mecanismos formais de comunicação do planejamento dentro do hospital. Em instituições onde o planejamento não ocorre de forma organizada, as decisões são comunicadas por meio de reuniões, geralmente restritas ao nível gerencial.

*“Este planejamento é divulgado de uma maneira muito genérica, nunca foi assim levado com detalhes para outros níveis. Não só entre os níveis da organização, como também aos nossos prováveis clientes. Não existe uma preocupação de estar exibindo isso, entende?”*

Em uma das organizações a comunicação foi interpretada como consequência do próprio processo de elaboração do planejamento estratégico, que envolveu todo o

grupo de gerentes em um *workshop* desenvolvido especificamente para este fim. Mesmo nesse caso os executivos relataram a dificuldade encontrada para disseminar essas informações até as equipes operacionais:

*“Todo mundo que participou de todos os grupos teve acesso a tudo o que foi discutido de tal forma que teve até níveis de coordenador envolvidos. Então praticamente toda parte: diretorias, conselho, gerências de coordenadores ficaram a par, foi uma difusão muito grande. Realmente não chegou abaixo desse nível ainda, mas algumas coisas já vão ser permeadas para eles, por exemplo: missão, valores, visão...”*

## 6. MECANISMOS DE AVALIAÇÃO

É reconhecida a falta, na maioria das instituições de saúde brasileiras, de um processo sistematizado de avaliação. Naquelas pesquisadas, onde não se identificou planejamento estratégico estruturado, tampouco se verificou, nos depoimentos colhidos, evidências de que tais organizações possuam uma sistemática de avaliação das metas estabelecidas.

A avaliação citada nos depoimentos foca fundamentalmente o uso de indicadores clássicos de produção, desempenho assistencial e alguma preocupação incipiente com qualidade (taxa de ocupação, indicadores de infecção hospitalar) e financeiros (receitas, despesas, acompanhamento orçamentário). O depoimento citado em seguida ilustra essa realidade:

*“Não [há mecanismos de avaliação]. Mecanismos cientificamente montados, metodologia própria não, indicadores, a gente tem alguns indicadores na área de profissão .....trabalha na área de produção. Eu tenho um conjunto de indicadores, mas na verdade esse conjunto de indicadores eles não estão ligados para avaliar as estratégias e sim para*



*estar avaliando a produção da rotina, rendimento, são bem assim.”*

Apenas uma das instituições adota formalmente um mecanismo de avaliação das metas estabelecidas no planejamento estratégico. Neste caso, os resultados estão atrelados à remuneração variável, por meio de um bônus distribuído ao final do ano.

*“Mecanismo é justamente em cima das metas globais e de um acompanhamento do que vem acontecendo no mercado, você tem que ter retro – alimentação dos resultados, mensalmente são divulgados, ou é divulgado o nosso... para toda a gestão da empresa que faz esse trabalho de comunicação dos funcionários mostrando quais foram os resultados, e como estamos em relação à meta estabelecida, inclusive a gente tem um programa de participação nos resultados em que os funcionários acabam acompanhando as metas, porque elas influenciam no que eles vão receber no final do ano.”*

O questionário introduzia a questão da avaliação com a afirmação de quais eram os pontos fortes da organização, de maneira comparativa. Em uma das organizações, três dos quatro executivos entrevistados se surpreenderam com a formulação, a rigor questionando se de fato a sua organização se sobressaía entre suas congêneres.

## 7. MECANISMOS DE REVISÃO

Nenhum dos entrevistados nas instituições brasileiras pesquisadas referiu possuir uma sistemática de revisão do processo de planejamento, uma vez que alegadamente nenhuma delas concluiu um ciclo formal de planejamento estratégico. Mesmo na instituição que está iniciando o processo, os gestores reconhecem que não há ainda mecanismos de revisão implantados:

*“...eu só vou conseguir validar isso para poder questionar (...) se aquela metodologia está correta ou não quando eu terminar pelo menos um primeiro [ciclo], seguido de doze meses, antes disso eu não tenho condições.”*

## 8. OS DESAFIOS DO MERCADO HOSPITALAR

Esta categoria procurou identificar quais são, para os executivos, os principais desafios do mercado hospitalar e de saúde no presente e no futuro (descrito como sendo a partir de 2005).

As observações dos entrevistados foram categorizadas *a posteriori* segundo sua relação com a competitividade do mercado, com a gestão do serviço, as políticas de saúde e a gestão de recursos humanos. Não foi possível identificar uma clara distinção entre os desafios citados para o presente e para o futuro. Nas respostas referentes a ambas situações foi possível perceber que, pela ordem, as preocupações com a competitividade e com a gestão organizacional, principalmente quando relacionada com a eficiência operacional, são predominantes.

### **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;

- Possibilidade de companhias estrangeiras no setor, fusões;
- 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 frequentes 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.

## VI. RESULTADOS – HOSPITAIS AMERICANOS

### 1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Todas as instituições americanas pesquisadas apresentaram um planejamento estratégico formal e, como parte desse processo, têm definidas a sua missão, visão e valores organizacionais. O processo em si de planejamento estratégico, no geral, mostrou-se muito homogêneo quanto à metodologia adotada. A declaração da missão e da visão não variou muito entre as instituições e, em 90% dos casos, enfatiza as seguintes questões:

- Foco na comunidade: há um claro direcionamento da instituição para a comunidade sobre a qual exerce influência;
- Sentido de liderança: todas as instituições pesquisadas tinham algum foco de atuação sobre o qual pretendiam ser líderes;
- Excelência da qualidade: é traduzida em objetivos estratégicos como qualidade da assistência e satisfação dos clientes.

São exemplos de missão que ilustram esses conceitos:

*Serve the community of the Southern Crescent by improving the health status and quality of life of the community.*

*“To be premier tertiary provider of healthcare services to the market it serves.”*

São exemplos de visão:

*“To be healthcare provider of choice for the residents of the Southern Crescent”.*

*“To be the health system of choice in the metro Atlanta area, by providing the best value to people (value as being a formula of clinical quality x service quality x access to our services / cost).”*

Os valores citados são também muito semelhantes entre as instituições e abordam, de maneira geral, aspectos relacionados com:

- Percepção do paciente como cliente prioritário e a importância de atender ou superar suas expectativas;
- postura ética e responsável;
- compaixão, respeito, comprometimento e inclusão.

Entre as prioridades estratégicas das diversas instituições foi possível identificar como as mais comuns aquelas voltadas para aumentar a capacidade de atendimento e a rentabilidade. Foram citadas como iniciativas para aumento da capacidade de atendimento:

- Expansão dos leitos para atendimento à mulher;
- Construção de serviços clínicos de especialidades, tais como Cardiologia e Oncologia;
- Melhora no acesso da comunidade aos serviços da instituição, desenvolvendo serviços em áreas ainda sem cobertura e aumentando a atuação junto à comunidade.

Como ações para aumento da rentabilidade foram citadas:

- Redução do tempo médio de permanência

- Redução do custo do atendimento farmacêutico

Outras ações estratégicas estão relacionadas com:

- Reestruturação administrativa: organização segundo linhas de cuidado (*service lines*).
- Gestão de Recursos Humanos: retenção do quadro de enfermagem.
- Satisfação do paciente e do funcionário e melhor relacionamento com os médicos.
- Gerenciamento da qualidade: *benchmarking* de indicadores de desempenho clínico, gerenciamento de processos médicos, revisão de processos.
- Investimento em tecnologia da informação: o uso de prescrição informatizada, prontuário eletrônico, bancos de dados compartilhados entre instituições parceiras.

O depoimento a seguir ilustra a preocupação predominante dos executivos:

*“... financing health care, figure out ways to continue existing (no margin, no mission), how to increase revenue and decrease expenses... Our costs are growing up faster than our revenues, we’ve been squeezed by third party payers – managed care and even the government through Medicare. On the expense side our costs keep rising (because of manpower shortage), contract labors have increased a lot, the cost of blood has increased... So our costs are going up, revenue curve slope is decreasing and they are about to cross.*”

## 2. PARCERIAS ESTRATÉGICAS

Das oito instituições pesquisadas (3 hospitais vinculados ao sistema universitário, 3 hospitais de rede comunitária, um hospital sem finalidade lucrativa e uma organização gestora de Managed Care, ver página 20), apenas uma não pertence a um sistema de rede de saúde. As demais fazem parte de alguma associação de hospitais, à qual estão vinculadas com o objetivo de gerenciar contratos de Managed Care, realizar compras em conjunto e/ou compartilhar recursos em projetos estratégicos comuns. Outra parceria presente em todas as instituições é a participação como membro da *Georgia Voluntary Hospitals of America*, associação de colaboração entre hospitais que compartilham informações e fornecem recursos para projetos comuns que um hospital isolado não poderia assumir.

## 3. FONTES DE INFORMAÇÃO

A totalidade dos hospitais pesquisados na Geórgia utiliza, de forma sistemática, fontes de informação interna e externa para a gestão do serviço. Segundo os depoimentos colhidos, baseiam-se nessas informações para a elaboração do planejamento estratégico.

Com relação às fontes internas de informação, a maioria dos hospitais possui bancos de dados capazes de identificar quantos pacientes, com que diagnóstico e proveniente de qual região (com base no CEP) são admitidos pelo hospital. Isso permite mapear a cobertura do hospital e compará-la com o perfil epidemiológico da comunidade sobre a qual o hospital exerce influência. Os dados da cobertura realizada por outros hospitais e serviços da comunidade estão disponíveis junto aos órgãos governamentais (Departamento de Saúde Pública – equivalente à Secretaria de Saúde) que exigem dos hospitais o envio de relatórios mensais de atendimentos públicos e privados.



Além dos indicadores financeiros, utilizados por todos os hospitais pesquisados, alguns possuem um sistema de custeio individual, que lhes permite identificar internamente os serviços mais rentáveis. A identificação dos serviços mais rentáveis ou com demanda não atendida é feita utilizando a classificação do sistema DRG (*Diagnostic Related Groups* – grupos diagnósticos homogêneos). Como essa classificação é feita segundo grupos diagnósticos, que tem sido um dos modelos prevalentes de financiamento do sistema norte americano, a análise não resulta em identificar os departamentos funcionais mais rentáveis e sim qual a linha de cuidado (*service line*) com maior potencial de crescimento e rentabilidade.

O discurso predominante é o de que a preocupação com a rentabilidade de cada serviço não está associada à finalidade lucrativa das instituições (todas as instituições são ditas filantrópicas), mas à viabilidade e sustentabilidade da instituição e a sua capacidade de manter outros serviços não rentáveis disponíveis para a comunidade. O depoimento a seguir ilustra esse discurso:

*“Even though we are not a profitable hospital, we still have to find a way to have enough cash to cover all our expenses and grow. We know we have several of our services which are significant financial losses; we just need to take them into account and try to find ways to run them efficiently and still offer the service to the community.”*

Uma das instituições, que possui uma rede de hospitais e clínicas, realiza um amplo estudo mercadológico. Este contém dados do mercado de saúde, análise de informações de mídia, mudanças na regulamentação, entre outros. Este estudo faz parte do relatório de planejamento estratégico, é divulgado entre os líderes das instituições da rede e serve como suporte ao desenvolvimento das estratégias organizacionais.

O Quadro 3 aponta as principais fontes de informação interna e externa citadas:

### Quadro 3

#### Fontes de Informação Interna e Externa Utilizadas nos Hospitais Americanos

Fontes de Informação Interna	Fontes de Informação Externa
Banco interno de dados clínicos	Banco de dados do Medicare
Sistemas de custeio	Dados do mercado obtidos através de consultorias específicas
Indicadores financeiros	Informações do Departamento de Saúde Pública
Pesquisas de satisfação do paciente	Estatísticas epidemiológicas do Estado da Geórgia
Pesquisas de opinião e de satisfação direcionadas aos médicos	
Pesquisa de opinião junto aos funcionários	

## 4. PROCESSO ORÇAMENTÁRIO

Em 6 das 8 instituições americanas pesquisadas, o orçamento é constituído a partir das “linhas de cuidado” (*service lines*). Nestas instituições, a elaboração do orçamento faz parte do ciclo anual de planejamento e as projeções se iniciam seis meses antes do fim do ano fiscal.

A maioria dos hospitais desenvolve a base orçamentária por meio de um *software* que utiliza dados dos anos anteriores e considera as premissas definidas pelos gestores para o ano seguinte (taxas de inflação e de crescimento populacional, expectativa de utilização de cada serviço, aumentos salariais e outros). O ponto de partida para as projeções feitas pelos setores é a definição, pela alta administração, do “*bottom line*”, ou seja, a expectativa de Resultado Operacional. Essa meta é definida com base em duas perguntas: a) como queremos que nosso balanço financeiro esteja daqui a cinco anos? b) o que temos que alcançar no próximo ano para chegar a esta meta em 5 anos?

Os orçamentos desenvolvidos por cada área são levados à Diretoria para análise e são revisados novamente pelas áreas. Este processo pode se repetir várias vezes, até a aprovação final pela Diretoria. Os depoimentos reproduzidos abaixo ilustram esse processo orçamentário:

*We look at the case volumes of five service lines, going back a couple of years and sit with service line managers to discuss future trends. They look at market share, presence in the community, profitability, trends in volumes. Then the case volumes say for instance 100 DRG in 127 (cardiac). Then they figure out their length of stay and lab consuming (utilization profile) and match them with the number of cases and that makes the budget. Those budgets are pushed out to the directors, they are reviewed, changed, back and forward...*

*“... the annual budget is defined based on what needs to be accomplished, once we know what the strategies are, we know what needs to be done, we know what kind of resources are required.”*

*“... to look out further than a year and go 2 and 5 years out and say what are our capital needs and how much cash are we going to generate here.”*

*“... we work [the budget] backwards and specify on a current basis what you need to accomplish from a financial performance standpoint...”*

*“The budget itself is based on the parameters we set under our long range financial plan along with what our expectations are for demand and services and formulate the expenses based on managed care contracts and Medicare/Medicaid reimbursement”.*

*“You can look at it from top-down or bottom-up. The president of the corporation says that our bottom line and the margin should be at certain percentage. Before we get to that point internally we look at historical data and make projections on patient days, lengths of stay and all those variables. So we project volume, they give us what the bottom line is and then we begin to draw in some assumptions and if the bottom line and the margin that we end up with is not what they asked for, then a new round is made.”*

## 5. MECANISMOS DE COMUNICAÇÃO

A comunicação foi apontada como uma das etapas mais deficientes do processo de planejamento estratégico. Ela flui naturalmente desde os níveis da alta administração até os gerentes de departamento, pois até esse nível há uma intensa participação em seu processo de elaboração. A dificuldade está em estender essa comunicação aos níveis operacionais de cada hospital, que recebe informações genéricas por meio de boletins e *e-mails*, em sua maioria reforçando a missão e a visão da organização e informando sobre projetos, quando já estão sendo implantados.

Uma das razões apontadas para este problema é a necessidade de manter as informações em sigilo para evitar o acesso dos concorrentes a elas. Uma vez que os hospitais entrevistados são hospitais filantrópicos, mantendo fortes vínculos com a comunidade (inclusive com representantes desta no Conselho), essa necessidade conflita com o compromisso de transparência das estratégias do hospital para com a comunidade. O depoimento abaixo ilustra esse dilema:

*“[Communication] is a tough part. Because the plan, by its nature, is confidential until you actually do it. The senior leaders, physician leaders and management team are aware because they are the ones who are in the process. Once the info goes out of the room it becomes very difficult to protect it from competitors. Non profit hospitals that have linkages with county governments have laws saying that they must have open records and open meeting walls. And they not only permit but have to invite the media to come in to our meetings. That makes communication a challenge of wanting to communicate to our employees and physicians but there is a point beyond that we cannot until the time is right.*”

Além dos veículos de comunicação comumente utilizados (boletins, *e-mails*, reuniões e seminários), uma das instituições utiliza fitas cassetes e CD's para divulgação junto ao corpo clínico. Nesta instituição, a cada 6 meses são feitas entrevistas com 2 ou 3 médicos renomados do corpo clínico onde são explicadas as

principais estratégias e os impactos para a prática do profissional. Segundo os entrevistados desta instituição, a iniciativa teve êxito, pois os médicos alegavam ter ouvido as fitas no carro, enquanto se deslocavam para o trabalho.

## 6. MECANISMOS DE AVALIAÇÃO

Todas as instituições pesquisadas possuem, como parte do próprio processo de planejamento estratégico, um fluxo definido para avaliação das metas. Além da avaliação mensal dos indicadores financeiros, clínicos e de produção, a cada quadrimestre há uma análise sistemática das metas em função do desempenho clínico, financeiro, satisfação do cliente e participação de mercado. Essa base metodológica, utilizada como modelo em 4 dos 5 hospitais pesquisados, é o *Balanced Scorecard* que gera como resultado uma planilha (*dashboard*) que agrega resultados segundo 4 categorias principais: cliente/mercado, processos internos, financeiro e crescimento/aprendizado. No caso dos hospitais pesquisados, essas categorias foram adaptadas para satisfação do cliente, participação no mercado, desempenho clínico e desempenho financeiro, conforme mostram os depoimentos a seguir:

*“Dashboard – is a set of 25 matrix quantifiable indicators that are reported through our management team to our board on a monthly basis. Some of those are only reported quarterly. They include the four dimensions of the strategic priorities (clinical quality, operational performance, employee satisfaction / customer satisfaction and market share).”*

*“They are becoming more focused on the Balanced Score Card. It measures not only financial but also clinical quality, service quality and how we are serving our market place. The BSC gets specific data elements from each of the LIDS [Local Integrated Delivery System - other hospitals of the same health system] and so they can see if they are truly successful in balance.”*

Além da verificação dos indicadores, 2 hospitais (40%) realizam um acompanhamento sistemático das ações planejadas para cada objetivo estratégico. O depoimento apresentado abaixo ilustra como ocorre essa avaliação e destaca sua importância para o sucesso do planejamento:

*“That [the indicators dashboard] plus the six priorities can show their performance. And for the priorities it is very clear whether they have done them or not. The tasks are “to do” items. [They] are obvious to evaluate if they have been done. The essence of the strategic planning is how you manage your balance sheet. The strategic planning is a meeting of what is the market opportunity and what is our balance sheet need.”*

Nos hospitais que já implantaram as “linhas de cuidado” (*service lines*) essa análise tem sido feita segundo essa estrutura:

*Every quarter, they run their cost accounting system against the 12 service lines to determine whether they are profitable or not. Every quarter the Planning and Marketing organization attempts to update the database to determine where there are patient volumes by zip codes, or market share to match the expectations.*

## 7. MECANISMOS DE REVISÃO

Não se encontrou evidência, nos relatos, da existência de um processo específico para a revisão do processo de planejamento. Essa revisão ocorre basicamente no início ou pouco antes dos ciclos de planejamento como parte da avaliação das metas alcançadas e dos ajustes ocorridos no plano anterior.

*Before they start the new planning cycle this summer, they have a planning meeting. The first half-day they look at what they put at the plan last year and what they have accomplished. The other half they start their planning process by reviewing the last plan modifications.*

*Every year the senior team and eventually the board of directors have the*

*planning retreat. The board has two planning retreats every year. The fall planning retreat is to set long-term objectives and review what progress has been made in the last year.*

## 8. OS DESAFIOS DO MERCADO HOSPITALAR

Houve uma percepção uniforme entre os executivos americanos quanto aos maiores desafios para o presente e futuro. Em função disso, foi possível agrupar os desafios segundo três questões principais: redução da capacidade financeira, escassez de mão-de-obra e gestão da qualidade.

### **Redução da capacidade financeira**

Questões relacionadas com a dificuldade financeira foram observadas como sendo a maior preocupação dos executivos entrevistados, sendo apontadas por mais de 90% dos 24 entrevistados como desafio atual e por 65% como desafio futuro. O maior problema são as taxas decrescentes de reembolso tanto por parte das seguradoras e dos planos de saúde (*managed care*) quanto por parte dos programas governamentais (*Medicare e Medicaid*).

Essa dificuldade é agravada pela necessidade de expandir a capacidade operacional, em função do aumento crescente da demanda. O aumento da demanda está relacionado com a mudança do perfil demográfico (crescimento da população idosa, fenômeno mundial mas ali atribuído ao *baby-boom* pós-45) e com o crescimento populacional no Estado da Geórgia (em algumas regiões chegando a 10% ao ano). Esse novo perfil demográfico também impacta na disponibilidade de recursos do *Medicare*, pois a tendência é aumentar a proporção de aposentados (cobertos pelo *Medicare*, após os 65 anos) em relação aos trabalhadores ativos. Estas questões foram apontadas por 6 entrevistados (25% do total) como uma preocupação no presente e por 7 (30% do total) como um desafio importante para o futuro.

Os depoimentos a seguir ilustram esta preocupação:

*“... shrinking margins and shrinking bottom line - problem being able to fund all the capital.”*

*“Demand going up and resources to meet those demands exerting negative pressure, which is quite the opposite of what healthcare in America has been for the last 30 years.”*

*“More service for a shrinking amount of money – have to be very creative to deliver services for less reimbursement...”*

*“...demographic issues (more people supported by less people) – innovation: how to do more with less use of technology?”*

### **Escassez de mão-de-obra**

A dificuldade de recrutamento e retenção do quadro de enfermagem é o ponto mais crítico citado, mas os depoimentos mencionam também dificuldades com o preenchimento do quadro dos demais técnicos em saúde, sendo os técnicos de Raios-X os mais citados. Essa dificuldade foi citada por 18 entrevistados (80% do total) como uma preocupação atual e por 15 (65% do total) como um problema que deve persistir pelo menos nos próximos 5 anos. Os depoimentos mostram que eles reconhecem esse como sendo um problema crônico e não conseguem visualizar uma solução possível no curto prazo:

*“Nursing shortage growing - you can't encourage young people to go into a nursing field when they fear charity, they fear all the things that are out there, the infectious diseases that we've been exposed to in the last years, they have no desire to be in the health care. There are other professions, the computer industry, and a lot of things growing.”*

*“Labor shortage – look at demographics: baby boomers, nursing retirement.”*



*“... recruitment and retention of staff (not just nursing) - dollars are not the primary driver for retention. It has to be a satisfying place to work. The environment is full of stress, so how do you keep the environment healthy?”*

*“Staffing – healthcare is not the preferred place to work...”*

*“Cope with shortage of technical skills, in terms of numbers, not competency.”*

### **Gestão da Qualidade**

Essa preocupação, citada por 17% dos entrevistados, esteve em sua maioria associada à segurança do paciente, em especial por meio do gerenciamento de risco (*risk management*) compreendendo o gerenciamento de erros médicos e de eventos adversos devidos a medicamentos. Também foi muito mencionada a necessidade de um melhor gerenciamento da prática médica, citada por alguns como sendo a alternativa viável para aumentar a capacidade de atendimento, sem criar novos leitos ou aumentar a capacidade operacional. Como exemplo, a redução do tempo de permanência seria um meio de aumentar o giro do leito e assim melhorar a produtividade.

*“Capacity – we are having problems at taking on more volume because we are at our capacity limit. Two ways to solve it: 1-build more buildings, which is very capital intensive and we have a limitation of our capital resources; 2- improve the speed with which some of the patients is admitted and discharged and get them in and out quicker. That requires better medical management.”*

Alguns depoimentos conseguiram traduzir em uma frase a percepção predominante entre os executivos hospitalares entrevistados:

*The big challenge will be to make that equation work: The challenge is how do you leverage fewer dollars and fewer people to provide an ever increasing set of demand both in terms of numbers (aging population) as*

*well as the service expectation caused by technology and information revolution.*

*“We’re going to have to learn to do more with less”.*

Outras questões apontadas, embora em menor número, foram:

- Disponibilidade enorme de informação e dificuldade de saber a melhor forma de utilizá-la.
- Mudanças rápidas na tecnologia da informação e a dificuldade de saber a melhor forma de utilizá-la.
- Necessidade de se pensar tecnologia como meio para aumentar a produtividade, pois é consenso que a tecnologia não tem ajudado a reduzir os custos.
- Questões relacionadas com a regulamentação, tanto para os planos de saúde quanto para os programas governamentais.
- Questões relacionadas com os direitos do paciente, principalmente no desenvolvimento de pesquisas clínicas.
- Questões relacionadas com a satisfação dos médicos: *“Our physicians are very unhappy – they thought they would be more successful economically, they thought they would not be overwhelmed with paperwork, by patient complaints, by the public overall attitude towards healthcare”.*
- Questões relacionadas com a satisfação do paciente e funcionário.

## VII. DISCUSSÃO

No que diz respeito à administração estratégica na área da saúde, há algumas afirmações correntes: 1) trata-se de um conhecimento ou uma tecnologia que ainda não chegou ao setor da saúde e 2) nos Estados Unidos está mais avançado, sob o prisma empresarial, que no Brasil. A teoria afirma que o planejamento é útil e faz diferença no resultado final. Desde as definições mais antigas de administração presume-se que ele é indissociável da atividade de gestão. Atualmente, acredita-se que o planejamento pode servir para interferir na realidade ou na comunidade em volta dos serviços.

Os achados deste trabalho trazem algumas evidências que chamam a atenção. Por exemplo, no que diz respeito às definições estratégicas, que deveriam ser características de cada organização, entre as organizações brasileiras, duas não as tinham de forma explícita. Nas duas outras, de maneira quase homogênea, e com conhecimento de todos os entrevistados, observaram-se resultados bastante semelhantes, embora as organizações não tivessem semelhança nem em sua finalidade: em ambas, a missão enfatizava a promoção da saúde com qualidade e as prioridades estratégicas tinham em comum a expansão de mercado e a implantação de melhoria na qualidade dos processos. Às vezes, parece contraditório que um hospital afirme dedicar-se à promoção da saúde, pois salvo engano sua produção depende de vender serviços ligados à doença. Quando se fala de sistemas de saúde ou de financiadores esta formulação faz mais sentido, pois pelo menos existe a intenção de controle de custos no curto/médio prazos.

Uma diferença básica entre os hospitais brasileiros e os americanos entrevistados é que todos os americanos têm definidas a sua missão, sua visão e seus valores organizacionais, partindo de um processo formal de planejamento estratégico bastante padronizado. Porém uma semelhança teoricamente inesperada é que a declaração da missão e da visão não variou muito entre as instituições, privilegiando de forma explícita algumas características. Uma delas, o foco na comunidade, que é

muito presente na realidade hospitalar norte-americana. No Brasil, este assunto começou a ser introduzido pelo prisma dos hospitais filantrópicos. Hoje em dia, como a filantropia se transformou em questão conjuntural, deveria estar mais próxima do discurso encontrado (BARBOSA, 2002). Também alguns modelos de avaliação externa da qualidade, como o PNQ (Prêmio Nacional da Qualidade), já conseguido por uma organização hospitalar (aliás, filantrópica, a Santa Casa de Porto Alegre), enfatizam esta característica. Com isto é possível que num futuro próximo seja possível observar esta nova visão. Outra, a definição de alguma área de atuação na qual fossem os melhores. Também foi comum a busca da excelência, voltada para qualidade na assistência e satisfação do cliente. Na formulação das missões, as organizações norte-americanas conseguem explicitar mais claramente a questão de custos e de viabilidade econômico-financeira e o foco na comunidade sobre a qual exerce influência. Os valores também eram absolutamente inquestionáveis, assumindo no discurso os pacientes como clientes prioritários, a necessidade de uma postura ética e a compaixão, o respeito, o comprometimento e a inclusão. Entre as ações propostas para atingir o planejamento estavam a expansão de leitos para o atendimento à mulher, outras especialidades como cardiologia e oncologia, o aumento no acesso da comunidade, ampliando serviços em áreas sem cobertura e o aprimoramento na operação dos leitos, com melhora nos indicadores.

As definições estratégicas dos brasileiros não são tão claras ou tão explicitadas quanto as dos americanos, mas o fato de elas serem comuns dentro daqueles de mesma cultura fala a favor de uma utilização deste instrumento do planejamento como um mecanismo de homogeneização interna, conduzidos por agentes externos com formação semelhante ou por internos, também preparados nas mesmas fontes. A presença de facilitadores, com frequência, faz com que o planejamento seja induzido por estes elementos, um risco quase sempre omitido tanto pelas propostas mais voltadas à área empresarial quanto por aquelas mais engajadas, próprias da saúde. Seja como for, o fato de, nos Estados Unidos, a assistência hospitalar ser vista como um mercado pode ser uma explicação para a maior disseminação do conceito de planejamento estratégico naquele país.

O discurso do politicamente correto aparece, quando nas respostas relacionadas a ética, inclusão, acesso, respeito e vínculo com a comunidade, ainda muito mais explicitamente nos EUA. Também é muito mais difundido nos EUA que no Brasil o conceito de excelência entre as organizações de saúde. (MALIK & TELES 2000; 2001) O fato de duas das organizações brasileiras afirmarem não ter seu planejamento explicitado pode mostrar três coisas: 1) a não prioridade para a atividade administrativa; 2) a não demonstração de seu planejamento por não ter a quem prestar satisfação (talvez em função do baixo controle existente na falta de acionistas ou de regulamentação e acompanhamento mais fortes por parte dos financiadores, governamentais ou outros); 3) o reconhecimento de jogos de poder importantes o suficiente para interferir na definição dos planos e das estratégias, se e quando eles forem publicamente negociados, tornando mais adequada a possibilidade de solução caso a caso. O termo planejamento *a posteriori* foi bastante ilustrativo desta situação. Pesquisa recentemente realizada no Brasil sobre Administração Estratégica mostrou que de catorze entrevistados em hospitais apenas quatro concordaram com a afirmação de que a excelência assistencial é o tema estratégico de maior relevância para os hospitais privados. (TELES, 2003)

Seja como prioridade seja como estratégia, a preocupação com custos foi bastante manifestada, por todos os hospitais, mencionando desde ações com vistas à otimização de leitos quanto de processos administrativos, controles orçamentários e outros. Isto corrobora o encontrado na revisão bibliográfica a respeito de planejamento em saúde latino americano, em que os autores apresentam (e criticam) uma possível tendência a enfatizar a eficiência administrativa, às vezes em detrimento da assistência (CHORNY, 1998). Isto pode ser um exemplo, como se observa nas respostas dos hospitais norte-americanos, de quanto se valoriza o “bottom line” para desenvolver o processo de planejamento. Ou, como se observa num depoimento, “*no margin, no mission*”, formulação compreensível e associada a empresas. No entanto, esta frase foi título de um artigo do Journal of Health Care Finance (MELIONES, 2001).

Tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos se verifica uma intenção de diversificar os negócios, podendo tender desde à busca de excelência em alguma nova especialidade ou ao aumento de atividades desenvolvidas, conforme os depoimentos. Uma diferença importante nestas possibilidades de desenvolvimento, inclusive de diversificação, foi a explicitação do conceito de linhas de cuidado pelos entrevistados de Atlanta. No modelo assistencial norte-americano ele aparece como uma forma de racionalização da assistência, com vistas a evitar re-trabalho e aumentar a satisfação da clientela. No caso brasileiro, porém, a intenção é outra. Este modelo vem sendo divulgado por consultores/formuladores ligados ao setor público, portanto sem a preocupação prioritária com receita/despesa. Pelo contrário, a lógica é a da inclusão dos pacientes e a de desalienação do trabalhador em relação a seu trabalho (CECILIO 1994).

Para os respondentes dos Estados Unidos, as linhas de cuidado aparecem como uma preocupação fundamental do momento enquanto no Brasil sequer são mencionadas, talvez por ainda não terem entrado para o discurso hegemônico. Pode ser que este novo modelo, centrado no paciente, se torne um determinante das futuras mudanças de estrutura nos hospitais, atribuindo relevância ao que é específico da saúde e não resgatando o que é comum a todas as organizações.

A carência de recursos humanos, mencionada em qualquer discussão de executivos brasileiros da área hospitalar voltada aos seus serviços específicos aparece valorizada nas falas dos norte-americanos, que se referem a ela ao mesmo tempo em função da não procura da profissão pelos jovens, tendendo a gerar uma continuidade deste problema e da dificuldade em reter os trabalhadores que trabalham em condições não necessariamente as mais adequadas, agradáveis ou atraentes em termos de remuneração. (LIMA JR & ÉSTHER 2001). Não é uma política organizacional de recursos humanos que vai resolver esta situação para os hospitais como um todo. Trata-se de uma percepção obtida em função dos dados do ambiente externo, sobre os quais eventualmente pode ser necessário atuar, porém apontada com mais ênfase nos Estados Unidos, talvez porque lá ocorra há mais tempo, talvez

porque exista maior oferta de empregos em outros setores no país, competindo mais com o setor hospitalar, talvez porque no Brasil os recursos humanos da saúde, exceto o médico, serem menos valorizados pelos profissionais tomadores de decisão nos hospitais.

O relacionamento com clientes, funcionários e médicos apareceu como sendo importante com muito mais ênfase nos Estados Unidos que no Brasil. Os clientes e a comunidade fazem parte dos critérios de avaliação externa voltada à excelência (mais uma vez, PNQ no Brasil ou Baldrige Award nos EUA), o que pode justificar a diferença no terreno das citações, uma vez que este tipo de prática é muito mais difundida naquele país. Na pesquisa já mencionada (TELES, 2003), entre os 14 executivos entrevistados verificou-se que doze concordaram pelo menos parcialmente que avaliações externas são essenciais para atingir objetivos voltados à excelência assistencial. Mesmo assim, esta nítida separação entre funcionários e médicos é comum em ambos os países, porém, com freqüência, menos claramente no Brasil. É interessante notar que no caso dos pacientes e funcionários nos depoimentos norte-americanos aparece como prioridade a sua satisfação e no caso dos médicos o relacionamento, evidenciando uma diferença notável no âmbito do reconhecimento.

Indicadores e *benchmarking* foram muito mais citados nos Estados Unidos que no Brasil até porque lá existem bases de dados confiáveis, locais e nacionais, e o hábito de consultá-las. Não há como negar um aspecto cultural, a obrigação de reportá-las aos órgãos públicos, não importando se o atendimento for público ou privado. No Brasil esta obrigatoriedade era restrita ao Estado de São Paulo, sendo que hoje em dia não se distinguem mais as informações fornecidas para fins de perfil nosológico daquelas usadas para financiamento SUS, levando a uma possível distorção (PALMER, 1998). No país, os diretores de hospitais não necessariamente estão habituados a utilizá-los.

O DATASUS é uma base de dados nacional, que tem uma série de problemas e, entre eles, está seu desconhecimento, conseqüente utilização e a não percepção de sua utilidade por dirigentes dos setores públicos e privados. Há dois sistemas de adesão voluntária, o CQH e o SIPAGEH, o primeiro com mais de 10 anos de existência e o outro mais recente, porém ambos com amostras bastante viesadas, pois abrangem os hospitais que estão em busca de conhecimentos e de informações, o que certamente não é o padrão deste tipo de serviço no país. Na verdade, o SIPAGEH, atendendo a pedidos, vem fazendo análises por categorias de hospitais afins, aproximando-se mais de um *benchmarking* que o outro modelo, que aparentemente passará a acompanhar este sistema de análise a partir de 2003. No entanto, se *benchmarking* tem a ver com a definição das melhores práticas, cabe a cautela de que não necessariamente se trata de indicadores a copiar, mas sim de retratos da realidade. Mesmo os Indicadores PROAHSA, vistos por muitos hospitais brasileiros como indicadores de comparação, em tese não podem servir para isto, porque as amostras utilizadas em suas quatro páginas são extremamente diferentes, indo desde um grupo de hospitais privados que permite que seja divulgada parte de seus indicadores financeiros até dados do DATASUS, colocados em tabelas com intenções específicas. A pesquisa de TELES (2003) aponta que a atividade de mensuração de desempenho existe, entre os executivos brasileiros entrevistados, em diferentes graus na prática de gestão, com mais freqüência na atividade operacional que nos aspectos estratégicos. Interessante é que a atribuição de metas aos indicadores foi pouco mencionada como algo consolidado.

Quanto ao gerenciamento de processos médicos, nos Estados Unidos, após a vigência do *managed care* esta se tornou uma prática considerada corrente, mesmo que não desempenhada com a freqüência esperada ou desejada, seja pelos gerentes hospitalares seja pelos financiadores. No Brasil, salvo raras e honrosas exceções, há algumas recomendações, que não se configuram em protocolos, legitimadas por serem emanadas do Ministério da Saúde ou da Associação Médica Brasileira. Entre os hospitais, principalmente os privados, há situações em que foram desenvolvidos protocolos, muito raramente implantados e seguidos por aqueles que os desenharam.



Pode-se dizer que são instrumentos para mobilização do corpo clínico ou para valorização da imagem do serviço. Na maioria dos hospitais a própria menção a esta prática é mal vista pela categoria médica. Se for aceita a premissa, já mencionada neste trabalho, de que o relacionamento entre médicos e direção hospitalar deve ser diferenciado, isto torna o assunto uma questão ainda extremamente incipiente. Todo tipo de argumento é utilizado para evitar o assunto, desde o interesse dos financiadores até a autonomia da profissão.

A revisão de processos no Brasil, na área da saúde, ainda não é prática corrente. Nos Estados Unidos, no entanto, já é vista como uma possível alternativa para a otimização das práticas gerenciais. Não é claro se seus resultados de longo prazo serão o que se espera, mas os financiadores, principalmente, prescrevem estas práticas de maneira a reduzir custos desnecessários. Rever a engenharia de processos de maneira a melhorar a qualidade ainda não se tornou hegemônica no discurso dos executivos do setor. A tecnologia de informação (seja por meio do uso de prescrição informatizada ou prontuário eletrônico) tem sido vista por muitos como uma panacéia, tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil. Não se pode dizer que nos EUA os resultados sejam muito mais promissores que aqui, na área da saúde. Já há produção nacional demonstrando o que aqui ocorre e citando farta literatura internacional a respeito (MURAHOVSKI 2000, PAES 2003, QUEIROZ 2003). As experiências existentes não apontam para soluções, até o momento, apenas para modelos ainda em estudo, independente de quanto se tenha investido. Quanto ao compartilhamento de informações entre instituições parceiras, pode-se dizer que esta experiência existe nos EUA. No Brasil, porém, ainda se está numa fase em que ocorre muito mais desconfiança do que parcerias, mesmo em situações de declarada aliança (FERREIRA, 2000).

As parcerias estratégicas, então, a respeito das quais foi feita uma pergunta específica, na realidade brasileira mostram um entendimento distorcido do conceito, referindo-se a: 1) características da própria organização (como no caso de uma operadora de saúde com sua rede credenciada de clínicas, laboratórios e médicos).

2) contratos com prestadores de serviço (como empresas de consultoria ou fornecedores de serviços terceirizados), que na verdade são simplesmente contratos. Hoje existe um eufemismo, ainda da família do politicamente correto, no sentido de chamar fornecedores ou compradores de parceiros, por mais envolta em desconfiança que seja a relação; 3) associações com instituições do mesmo setor, cujo objetivo é essencialmente aumentar o poder de barganha junto aos fornecedores e fontes pagadoras (a mais comum foi a percepção da existência de associações para compra conjunta de medicamentos, mesmo que estas se dediquem a muitas outras atividades). Talvez estas respostas se dêem devido à localização dos executivos na organização, em atividades mais executivas do que estratégicas. Deve ficar claro que não se tratou de um teste conhecimento, mas sim de entendimentos. Então, vale a percepção dos executivos, com a caracterização que lhes parecia mais adequada para o conceito.

Uma característica comum – e certamente datada dos primeiros anos do milênio – entre as parcerias citadas são alguns acordos entre instituições públicas e privadas. Em três das instituições brasileiras entrevistadas foi possível identificar algum tipo de atuação em conjunto com o SUS. Uma das organizações é pública, portanto pertencente ao SUS. Outras duas, sem finalidade lucrativa, se mobilizaram no sentido de fazer parcerias ou de formalizar suas relações com o sistema público. Apenas a organização que se define com finalidade lucrativa mantinha uma relação distante e burocrática. Isto pode ser atribuído ao aumento de visibilidade do SUS e a suas tentativas de regular mais de perto a atuação do setor privado, bem como a disponibilidade – direta ou indireta – de recursos financeiros. (BARBOSA, 2002)

Nos EUA também se verifica o expediente de desenvolver parcerias com o intuito de realizar compras em conjunto e compartilhar recursos em projetos estratégicos comuns. Além disso, os hospitais investigados, mesmo pertencendo a donos diversos, participam em caráter voluntário de uma associação de colaboração entre hospitais que compartilham informações e fornecem recursos para projetos comuns que um hospital isolado não poderia assumir. Fica difícil definir se nesse país os

dirigentes hospitalares têm mais confiança uns nos outros ou se conseguem partilhar parte das informações e manter as questões mais estratégicas resguardadas.

Uma vez que o substrato da evidência da confiança ou da desconfiança é o sistema de informações, em todos os hospitais pesquisados, os entrevistados afirmaram que as informações coletadas de forma sistemática se referem, pelo menos, a dados de volume de produção e financeiros. Estes dados são provenientes de bancos de dados internos e seu objetivo principal é acompanhar o desempenho financeiro, o atingimento das metas estabelecidas no orçamento e o volume de atendimentos da instituição. Nos hospitais norte-americanos ainda houve respostas no sentido de privilegiar informações externas.

A grande diferença entre Brasil e Estados Unidos, neste caso, foi que a maioria dos dirigentes de hospitais brasileiros entrevistados não referiu a utilização das informações sistematicamente coletadas para subsidiar o planejamento estratégico, enquanto que todos os americanos afirmaram o contrário. Pode-se voltar a utilizar o argumento de que nos EUA os sistemas de informação externos são mais confiáveis: como se trata de um mercado mais estruturado é fundamental e possível ter as informações a respeito da concorrência (ou dos parceiros do mesmo segmento). Talvez isto ainda ajude a explicar porque os assuntos referentes a perfil epidemiológico da comunidade e da demanda, perfil de atendimentos dos demais hospitais, que no Brasil começam a ser difundidos sob o título de epidemiologia hospitalar (SCHOUT; MALIK 2002), são mais comuns no linguajar dos tomadores de decisão hospitalares, inclusive financeiros, nos EUA. Um dos discursos mais comuns entre os executivos norte-americanos não é o da lucratividade, mas sim o da viabilidade e sustentabilidade da organização e para isso se torna importante estudar quais as linhas de cuidado (não aquelas voltadas ao acolhimento mas sim ao potencial de crescimento de mercado) mais rentáveis. Este conhecimento já está disponível no Brasil, mas as entrevistas realizadas ainda não mostraram seu reconhecimento como relevante.

Quanto ao orçamento, todos os hospitais brasileiros entrevistados afirmam utilizá-lo como instrumento de gestão, seja como base para definição das metas para o ano seguinte seja para o repasse de verbas pelo governo, no caso de hospital público. Há dois hospitais que assumem desenvolver o processo de forma centralizada e dois assumem o discurso do modelo descentralizado.

Aqueles que assumem a centralização como modelo afirmam que ele é feito pela área financeira em conjunto com a direção, usando indicadores econômico-financeiros tradicionais e séries históricas. Os executivos que afirmam se comprometer com o modelo descentralizado descrevem uma sistemática que se inicia a partir das necessidades das unidades operacionais, calculadas em função da expectativa de volume de atendimentos para o exercício seguinte. Também são consideradas as intenções de crescimento e de melhoria. As propostas das diferentes áreas são consolidadas na unidade de custos e encaminhadas para aprovação pela diretoria, que define o resultado final desejado frente à expectativa de desempenho. Foi exceção a declaração da utilização das metas do planejamento estratégico como ponto de partida para o processo de elaboração do orçamento.

Ficou patente que nas organizações brasileiras o orçamento apenas começa a ser realizado, por isto ainda assume um modelo de contornos burocráticos. Já entre as americanas existe mais o hábito deste processo, permitindo abordagens mais vinculadas à produção, como fazer o orçamento a partir das chamadas linhas de cuidado e optando, por exemplo, por ampliar procedimentos que no exercício anterior se tenham mostrado mais rentáveis.

O modelo norte americano é um híbrido entre o centralizado e o descentralizado brasileiros. Se por um lado cada área é ouvida na definição, por outro as premissas econômico-financeiras, baseadas também nos indicadores tradicionais, são definidas em função dos gestores, assumindo uma visão de pelo menos cinco anos, explicitada como de longo prazo. Com isso, a finalização do orçamento definitivo se torna demorada, pois leva mais de um ciclo. Neste caso, parece que se está trabalhando no

desenho descentralizado. A descentralização, tanto segundo os executivos brasileiros quanto segundo os americanos, praticamente obriga a um processo mais longo, justamente porque ele não pode se concluir num único ciclo.

Entre as respostas brasileiras a descentralização/centralização ficou explícita, como uma questão a solucionar. No caso dos Estados Unidos isto se colocou como momentos do processo, não ocorrendo defesa nem das vantagens nem das desvantagens de cada um dos processos. O conhecimento das estratégias do hospital é visto como normal, pois são elas que definem o que será feito e, portanto, o que será necessário. A teoria fala em temas estratégicos, que não podem se restringir a um ou outro aspecto da vida organizacional, sendo importante seu conhecimento amplo e divulgação maciça (KAPLAN; NORTON 2000). Um dos depoimentos inclusive aponta para o fato de que o processo por vezes vem de cima para baixo e em outras de baixo para cima. A questão política, apontada no caso da formalização do processo de planejamento, não se coloca, pelo menos de forma explícita, pois interfere no resultado final.

Um dos assuntos mais delicados na área de gestão é a comunicação interna. Na teoria do planejamento em saúde, aparece como uma das abordagens mais contemporâneas o resgate do potencial comunicativo do planejamento estratégico (RIVERA 1992; GALLO, 1992). Ambos os autores se basearam nas teorias de Habermas, mas mesmo nas organizações distantes deste tipo de discussão mais acadêmica se percebe o quanto se trata de um problema mal resolvido. De fato, a maioria das respostas obtidas, tanto no Brasil quanto nos EUA, dá conta da falta de mecanismos formais de comunicação do planejamento dentro da organização. Reuniões, restritas ou não às instâncias gerenciais, costumam substituir qualquer outro tipo de medida para avaliação ou instrumento gerencial.

É inegável que em 2003 em tese os mecanismos organizacionais de comunicação mudaram. Principalmente quando se tenta atingir os níveis operacionais, utiliza-se e-mail ou outros comunicados genéricos, cujo maior propósito é divulgar projetos em

andamento, em acordo com a missão da organização. Há um instrumento formal relatado em um caso entre as organizações brasileiras, um *workshop*, que foi parte do processo propriamente dito. No entanto, este processo também se restringiu ao grupo gerencial, que teve dificuldades em multiplicar a experiência. Assim, independentemente das alterações nos instrumentos, que se tornaram potencialmente mais eficientes, possivelmente a eficácia ainda deixe a desejar.

Diz-se que o plano é confidencial até ser posto em ação. Se os envolvidos não o conhecerem, não poderão auxiliar na sua implantação. Não fica claro se inexistente o interesse em divulgar o planejamento ou se existe a intenção de não divulgá-lo. Uma das razões apontadas para as falhas de comunicação é a necessidade de manter algumas informações em sigilo para evitar o acesso dos concorrentes a elas. Quando se pensa que nesta amostra há hospitais públicos, filantrópicos, com alegados vínculos com a comunidade cabe pensar se há conflito entre proteção das estratégias do hospital e transparência nas informações. Os entrevistados brasileiros e norte-americanos oscilaram entre estes dois tipos de explicação.

Um dos entrevistados brasileiros chegou a afirmar que os trabalhadores envolvidos com a prestação de assistência direta estão ocupados demais para dar atenção aos processos administrativos da organização e às mudanças que se pretende implantar neles. Uma das conseqüências deste fato, caso seja real, é que o processo de compreensão do que tiver sido comunicado será prejudicado, por falta de interesse. Se esta premissa estiver correta, está aí uma das explicações para o desconhecimento encontrado em tantas organizações a respeito de suas políticas institucionais, pelo menos no Brasil, mesmo quando elas passam por processos de avaliação externa que valorizam estes conhecimentos.

Tornar conhecidas missão, visão e prioridades das organizações em todos os níveis da hierarquia tem sido uma tarefa árdua da gerência, mesmo que com durabilidade baixa. Assim, os hospitais brasileiros que dizem não ter os processos de formulação de estratégias claramente explicitados, possivelmente ainda não se submeteram a

avaliações externas até o momento em que responderam à entrevista para este trabalho. Afinal, estas organizações assumem como premissa que todos devem ser capazes de recitar estas definições organizacionais. Trata-se de um reducionismo, porque a premissa real é que estas definições são úteis quando realizadas mediante um processo participativo e, neste caso, seu conhecimento é consequência.

Nas organizações brasileiras não se observou processo sistematizado de avaliação nem de revisão, nem mesmo naquela que afirma estar iniciando um processo de planejamento estratégico. A única forma de avaliação citada foi a revisão dos indicadores mais tradicionais de produção, desempenho assistencial e, eventualmente, tentativas incipientes de analisar receita, despesa e acompanhamento orçamentário. A única instituição que refere adotar um mecanismo de avaliação do cumprimento das metas estabelecidas o utiliza de forma a fazer distribuição de bônus. A pesquisa de Teles (2003) encontrou a “inexistência de uma cultura de avaliação por resultados, frente à inexistência de qualquer mecanismo de premiação, bonificação ou remuneração variável frente ao atingimento de metas” (p.123) entre seus 14 entrevistados.

Um dos hospitais brasileiros questionou o fato de ser considerado excelente. Isto chamou a atenção pois permite algumas interpretações: ou estava dando início a uma revisão de suas atividades, buscando indicadores de avaliação e, portanto, dando uma resposta técnica a uma pergunta genérica ou estava com o tecido organizacional esgarçado, em fase de baixa auto-estima organizacional, apresentando um sintoma a ser abordado num futuro próximo sob pena de agravar problemas de gerência ou ainda estava em processo de mudança e desqualificar uma situação anterior é uma boa maneira de introduzir a necessidade de inovação.

Quanto aos hospitais americanos, todos os pesquisados possuem, como parte do próprio processo de administração estratégica, um fluxo definido para avaliação das metas. Pode-se dizer que entre as organizações investigadas o *Balanced Scorecard* é uma realidade, ainda que não seja possível afirmar se os hospitais pesquisados

utilizam o modelo na íntegra ou se privilegiam a parte que trata do acompanhamento de indicadores sob diferentes categorias (por exemplo, o uso do *dashboard*), diferentemente do que se costuma encontrar no Brasil. (TELES, 2003). No caso dos hospitais pesquisados, as categorias estudadas foram satisfação do cliente, participação no mercado, desempenho clínico e desempenho financeiro. Como ocorre a definição de objetivos estratégicos, há um acompanhamento das ações voltadas para eles. Nos hospitais que já implantaram as “linhas de cuidado” (*service lines*) essa análise é feita voltada para elas, tentando avaliar se a priorização foi feita de maneira adequada, seja em termos de custos e origem e concentração dos pacientes.

Apesar de os hospitais americanos se preocuparem mais tanto com o planejamento quanto com a avaliação, em relação aos brasileiros, ainda não chegaram a processos sistemáticos de revisão do processo de planejamento. Segundo relatam os seus dirigentes, a cada início de novo processo de planejamento faz-se uma avaliação das metas alcançadas e dos ajustes observados no período anterior. Pode-se dizer que a partir daí se inicia o novo ciclo.

Os executivos de ambos países foram questionados a respeito de sua percepção em relação a seus desafios para o presente e para o futuro, após 2005. A primeira verificação foi que tanto para brasileiros quanto para norte-americanos foi difícil diferenciar presente de futuro nas respostas oferecidas. As preocupações mais verbalizadas pelos brasileiros foram voltadas ao mercado e à eficiência operacional da gestão, voltando à questão de fundo quanto a se de fato a área de gestão hospitalar ou em saúde é tratada de maneira diferente daquela de outros setores da economia. Além disso, eles demonstraram interesse por políticas de saúde e por recursos humanos. Os norte-americanos mencionaram capacidade financeira ou de investimentos, recursos humanos e gestão da qualidade. Na pesquisa de Teles (2003), sem qualquer intenção de distinção temporal, os temas estratégicos mais escolhidos por executivos brasileiros – portanto ligados diretamente ao seu interesse e ao de sua organização – foram excelência assistencial, gestão do conhecimento e



competências, viabilidade financeira, liderança tecnológica e foco e responsabilidade social. Ficou patente também que se tratava de abordagem operacional, com objetivos de curto prazo.

Para os brasileiros do presente trabalho, as questões relacionadas com o mercado se referem em grande medida ao aumento da competitividade, à ameaça dos concorrentes e ao relacionamento com as fontes pagadoras, explicitando a percepção de que o mercado em saúde está se organizando, principalmente considerando seu relacionamento com as fontes pagadoras, sejam elas o SUS ou as operadoras privadas, sob pena de perderem possibilidade de investimento levando a uma estagnação do setor. Começam a identificar seus concorrentes e aliados potenciais, percebem a importância da mudança do perfil epidemiológico para sua ocupação, a movimentação instável dos estrangeiros no mercado brasileiro e a insuficiência dos mecanismos tradicionais de relacionamento com os médicos, sempre definidos seja como clientes ou como trabalhadores e agora cada vez mais percebidos como parte dos parceiros relevantes. Os americanos se preocupam com as dificuldades financeiras, principalmente, como no modelo brasileiro, em função da alegada precariedade dos reembolsos, públicos e privados.

De maneira a enfrentar este problema, a resposta ouvida dos brasileiros foi tentar aumentar a eficiência na gestão dos serviços, reduzindo custos. Faz parte deste processo o bom atendimento ao paciente (mencionando assistência interdisciplinar), possivelmente com medo de perder clientela, e o melhor gerenciamento financeiro, incluindo os recursos orçamentários, introduzindo a questão da profissionalização da gestão.

No caso dos EUA o problema de financiamento é visto com maior gravidade frente à necessidade de expandir a capacidade operacional, em função do aumento crescente da demanda, apesar do grande número de estudos apontando para uma redução no número de leitos (SOEIRO, 2002). Nesse país o aumento da demanda também se relaciona ao envelhecimento da população, mas também tem a ver com a

especificidade do estado no qual foi feita a pesquisa, onde tem ocorrido aumento populacional de até 10% anuais.

No Brasil os executivos de todo tipo de organização demonstraram preocupação com as políticas de saúde, basicamente em função do futuro do SUS e conseqüentemente com as questões relacionadas ao financiamento. Os argumentos mais freqüentemente citados foram o deslocamento do foco dos serviços, da doença para a saúde, o surgimento de parcerias entre setor público e privado e as novas políticas e regulamentações envolvendo o setor e o gerenciamento do financiamento.

Além disso, os gestores lembraram a gestão de recursos humanos como uma questão para considerar, no presente e no futuro, tanto voltada para a qualificação quanto a remuneração e retenção de profissionais. Entre os americanos a preocupação com recursos humanos teve mais peso que entre os brasileiros e estava muito mais focada em relação à escassez absoluta e relativa encontrada, principalmente em algumas categorias profissionais como enfermagem para citar nível universitário e as de nível técnico de forma geral, mas com mais foco nos técnicos de Raios-X. Eles identificam este problema com algo da conjuntura atual mas não antevêm melhora do quadro nos próximos cinco anos. Chama a atenção que em alguns depoimentos esta situação foi atribuída também a questões demográficas, como o envelhecimento (e conseqüente aposentadoria) de enfermeiros, e a assuntos econômicos como a abertura de novas áreas de emprego, tornando a saúde um campo de ocupação menos procurado do que já foi, frente aos riscos à saúde que traz frente a compensações financeiras pouco atraentes e a um baixo reconhecimento social. Além de assuntos intra-organizacionais, há uma série de questões de âmbito mais amplo, como políticas nacionais de formação, negociação e emprego.

Os respondentes norte-americanos se preocuparam com uma questão, tanto para o presente quanto para o futuro, que não apareceu nas respostas dos brasileiros: a

gestão da qualidade, principalmente voltada ao chamado gerenciamento de risco e à gestão da prática médica. Esta pode vir a ter como função também a otimização da capacidade instalada. Neste caso, volta a questão da gestão financeira, na qual se mencionou a qualidade da assistência, também mencionada no Brasil. No entanto, a argumentação nos Estados Unidos foi mais sofisticada, tentando desenhar uma equação na qual entram o número decrescente de recursos humanos, o financiamento mais restrito e uma demanda maior por procedimentos caros e incorporação de tecnologia onipresente. De fato, a percepção do quadro completo desta realidade no Brasil ainda é incipiente (QUEIROZ, 2003). Por outro lado, dos catorze entrevistados de Teles (2003) 12 discordaram, total ou parcialmente, da afirmação de que estratégias de diferenciação por tecnologia e qualidade de serviços são incompatíveis com estratégias de liderança em custos. Apesar disso, não se trata de algo muito presente.

Ainda fazem parte das preocupações dos gestores americanos com o assunto qualidade os direitos do paciente, a utilização de indicadores e a comprovação de sua utilização no sentido de aprimorar processos e a satisfação dos médicos, pacientes e funcionários. Na verdade, entre a literatura especializada na área, que nos EUA começou nos anos 80, os mecanismos de avaliação externa (a JCHA, hoje JCAHO iniciou sua história nos anos 50), os movimentos dos consumidores, desde os anos 70 e a pressão dos financiadores, pode-se dizer que esta explicitação de objeto é no mínimo esperada.

## **VIII. CONCLUSÃO**

A intenção desta pesquisa foi avaliar o estado atual do desenvolvimento e da implantação da administração estratégica em hospitais dos Estados Unidos (região metropolitana de Atlanta) e do Brasil (região metropolitana da Grande São Paulo). Não foi possível avaliá-lo de fato, mas a partir das entrevistas realizadas obteve-se uma visão geral que demonstrou que as organizações cujos executivos foram

entrevistados nos Estados Unidos estavam mais afeitas ao processo que as brasileiras. Não necessariamente a Georgia e a região metropolitana de Atlanta são comparáveis com São Paulo e a região metropolitana da capital, em termos da relevância para a economia de cada um dos países considerados, mas isto não impede a constatação realizada. Pelo contrário, se assim fosse, talvez os resultados fossem mais homogêneos.

A metodologia utilizada para estudar as duas regiões foi semelhante. Apesar do que diz a bibliografia específica de planejamento em saúde, ensinada de maneira hegemônica nos cursos de administração das escolas de saúde pública no Brasil, cursados por gerentes de organizações públicas e privadas, encontrou-se nas organizações públicas e privadas, brasileiras e norte-americanas um direcionamento ou pelo menos um discurso que aponta para o planejamento estratégico tradicional. O ensino mais voltado para o setor privado é muito mais recente e tem se nutrido da bibliografia da área de negócios. Alguns poucos cursos de excelência trabalham com bibliografia das duas áreas, oferecendo aos alunos (gerentes) mais alternativas para pensar. No início dos anos 2000 vê-se que gestores públicos começam a utilizar o discurso e até algumas práticas diretamente provenientes do setor privado, independente de onde se tenham formado.

No entanto, não se consegue fazer uma ponte clara na presente pesquisa com a administração estratégica (e menos ainda com o pensamento estratégico). A bibliografia consultada e, a partir dela, o questionário elaborado foram voltados para a administração estratégica e, conseqüentemente, as respostas dos entrevistados – tanto brasileiros quanto norte-americanos – também. Os conceitos mais atuais apontam para administração e pensamento estratégicos, mas a prática, bem como os resultados do trabalho, apontam para um momento anterior. Talvez a formação heterogênea dos entrevistados (ou seja, a maior presença de médicos entre os brasileiros e de graduados em administração e/ou contabilidade entre os norte-americanos) explique a maior familiaridade destes últimos com questões de gestão, avaliação e custos e o discurso mais voltado para a assistência – mais legítimo em

nossa realidade - encontrado entre os brasileiros. Aqui aparece uma das questões que chamou a atenção durante a análise das respostas aos questionários: o discurso “politicamente correto”, principalmente entre os brasileiros.

No Brasil, não é socialmente aceitável saúde ser tratada como negócio, hospital ser visto como empresa, médico ser tratado como funcionário. Os eufemismos vêm sendo introduzidos lentamente, com hospitais sendo entendidos como organizações, médicos chamados de parceiros, lucro aceitável como resultado. Não necessariamente esta aceitação (ou a falta dela) interfere no mundo real, mas certamente faz diferença nos textos e nos discursos, principalmente dos que estão há mais tempo no setor. Por isto, com frequência, as negociações entre hospitais e clínicas (serviços intensamente gerenciados ou influenciados por médicos, como quaisquer burocracias profissionais) e financiadores privados (orientados por profissionais da área de finanças) parecem não evidenciar diálogos. Nos anos 80, quando este tipo de relação teve início no Brasil, de fato as lógicas eram diferentes. Atualmente, mais que tudo os argumentos ou as justificativas variam, mas já existe claramente compreensão lado a lado. Como este trabalho é voltado acima de tudo para os prestadores (e para suas estratégias), é importante compreender o fenômeno da mudança no vocabulário e nas lógicas de funcionamento e de financiamento.

Tentando analisar as abordagens dos hospitais investigados em relação à administração estratégica, faz sentido lembrar que se encontrou aquilo que a literatura preconiza, desde 1976: a orientação para fins e para meios. Da mesma forma, aquilo que Mintzberg sugere, o planejamento como um procedimento formal que ajuda a traduzir a estratégia pretendida numa estratégia realizada, também foi verificado, pelo menos em termos de intenções. De maneira mais contemporânea, no Brasil, o PNQ, quando avalia o planejamento das organizações como critério de excelência, se preocupa não só com a realização do planejamento, mas também com sua implementação. Este passo ainda não pode ser considerado realizado entre os entrevistados, em função da análise e avaliação dos resultados.

Mesmo assim, talvez a falta do componente da administração estratégica faça parte dos elos perdidos, pois o processo sozinho não garante resultados, como afirma Mintzberg desde seu texto sobre a ascensão e queda do planejamento estratégico. Aparentemente a definição de Ginter para administração estratégica, na qual todos deveriam ser encorajados a pensar como líderes, não está ainda próxima a ocorrer, ainda mais quando descentralização ainda é um assunto a respeito do qual não há consenso. Por outro lado, parece que o futuro pretendido está mais ou menos claro em todas as organizações estudadas, associando tanto os conceitos do planejamento estratégico empresarial quanto o situacional, no qual o planejamento preside a ação e ajuda a interferir de maneira deliberada sobre a realidade.

A impressão que se tem a partir das entrevistas realizadas é que os hospitais se filiam mais à forma de pensar das escolas prescritivas, pois parece que, embora reconheçam a existência de um mercado competitivo, assumem que os demais componentes deste mercado comportar-se-ão de maneira previsível. Na verdade, aparentemente a análise não se prende a como cada um irá competir, mas sim a o que cada um se propõe fazer. É como se os recursos não fossem partilhados nem disputados.

Analisando as respostas globalmente, em função do modelo de Ginter, aparentemente a única etapa seguida com maior empenho é a da análise situacional; a formulação da estratégia não pode ser considerada cumprida de maneira satisfatória em função da não hierarquização das alternativas, a implementação é relativamente falha em função dos processos de comunicação e o controle é assumidamente um dos pontos fracos entre os hospitais.

Tentando realizar uma comparação entre os processos de planejamento conforme compreendidos pelos executivos brasileiros e americanos, há algumas diferenças a apontar. Entre elas, o fato de que, entre os brasileiros, em dois dos quatro hospitais entrevistados, não se verifica a explicitação dos objetivos estratégicos, visão, missão e valores. Isto quase com certeza se deve à diferença entre as culturas

administrativas dos hospitais nos dois países e à difusão dos conceitos e técnicas estudadas. Esta característica tem impacto na forma pela qual estas variáveis são (ou não) disseminadas dentro das organizações: se não há clareza ou explicitação incontestes dos objetivos e das metas a alcançar, como divulgá-las e como cobrá-las? De fato, no Brasil problemas referentes a comunicação e a controle aparecem nos depoimentos com mais ênfase que nos EUA.

A definição das prioridades também foi diferente em ambos os países: no Brasil, a preocupação com a gestão (talvez fenômeno recente) levou à menção constante de assuntos como descentralização, redução de custos, fixação de marca. Nos EUA apareceu menção a especialidades (como saúde da mulher, oncologia e cardiologia), a objetivos voltados a especificidades do setor (redução de custos na assistência farmacêutica) e, na gestão, menção a assuntos também específicos, como enfermagem. Talvez os executivos norte-americanos estejam mais acostumados a discorrer sobre estes assuntos, interna ou externamente, tornando-os mais preparados para responder a questões deste teor.

O assunto parcerias estratégicas também pareceu mais familiar aos executivos norte-americanos, que mencionaram fazer projetos estratégicos em comum e pertencer a uma ou mais redes. Os brasileiros, com frequência, solicitavam mais definições a respeito do tema, citavam exemplos e se perguntavam se seu entendimento era adequado. Esta situação pode ser reflexo do desconhecimento das estratégias de uma organização, mesmo conhecendo seus objetivos e as metas a cumprir.

Nos Estados Unidos parece mais fácil lidar com dados sobre o ambiente externo dos hospitais, em função da existência de bases de dados mais acessíveis e mais fidedignas. No entanto, isto pode ser o resultado de maior utilização: quanto mais se usa, mais se detecta a insuficiência dos dados e das informações disponíveis e mais se contesta e mais aprimoramento se consegue. Não se pode afirmar isto para os hospitais brasileiros entrevistados, mas certamente o parque hospitalar brasileiro dispõe de menos acesso à informática que o americano, levando à menor

familiaridade com a Internet e assim por diante. Além disso, as exigências dos órgãos públicos nos EUA tendem a ser mais objetivas e mais cobradas que no Brasil, onde se solicitam dados, talvez se aplique alguma penalidade a quem não os envia mas muito pouco se utiliza daquilo que se obtém.

O processo orçamentário, exceto no que diz respeito à discussão sobre descentralização/centralização, à precisão dos dados e ao hábito de desenvolvê-lo, parece ser uma área na qual as duas realidades são semelhantes. Mais burocrático ou mais criativo, o processo respeita procedimentos técnicos e objetivos de concorrência e sobrevivência.

Assim como o orçamento é semelhante nos dois países em função de sua característica eminentemente técnica e dos seus resultados adequados, o processo de comunicação também apresenta semelhanças, porém neste caso em função das dificuldades e da relatividade de seus resultados. Neste caso, independentemente da competência do processo, depende dos receptores (e de seu interesse) o seu sucesso. Aparentemente, a divulgação nos EUA é feita com maior conhecimento técnico que no Brasil, mas a dificuldade na obtenção de resultados é vista de forma bastante homogênea em ambas as realidades.

Finalmente, dado que há maior experiência nos Estados Unidos que no Brasil no sentido de trabalhar com indicadores de avaliação, nestes primeiros anos do milênio, a diferença entre os dois países no quesito avaliação ainda é importante. Possivelmente, no tocante a este critério, na presente amostra pode-se esperar mudanças substantivas nos próximos anos. No entanto, culturalmente, no Brasil a resistência aos processos de avaliação continua sendo grande, seja por questionar competências e atingimento de resultados por fatores fora do controle dos avaliados seja pela tendência a personalizar qualquer julgamento, presente na formação dos trabalhadores. Por isto, a aceitação da avaliação como um processo contínuo, desde a área de RH até a financeira, deve tomar ainda algum tempo. Consta que nos EUA este processo tem sido menos traumático.



Pareceu importante neste trabalho levantar a percepção dos executivos com relação às demandas que teriam nos próximos anos. Como já foi exposto, estranhamente, as demandas do curto prazo pareciam aos executivos muito semelhantes às de médio/longo prazo. No Brasil, a preocupação com o mercado começa a ser percebida, principalmente em função da competitividade (envolvendo concorrentes e financiadores), incluindo necessidade de recursos para incorporação de tecnologia (que serão necessários para todos, principalmente caso não seja possível trabalhar em aliança) e mudanças na demanda, tanto em termos demográficos quanto nosológicos. A gestão dos serviços também foi mencionada como demanda, pensando tanto na satisfação dos usuários quanto na dos financiadores, obrigando à maior profissionalização da gestão. As políticas de saúde passaram a ser preocupação no segmento privado (até há pouco não o eram, pois o setor hospitalar, principalmente privado, se mantinha à distância das políticas públicas setoriais, o que deixou de ser possível desde os anos 90); entre os nossos entrevistados vinculados ao setor público, a grande preocupação se situa no financiamento, que é visto como a principal ameaça entre todos os executivos consultados.

Nos Estados Unidos, a uniformidade nas respostas permitiu identificar dois grandes problemas (redução da capacidade financeira e redução na disponibilidade de RH) e uma demanda (a necessidade de gestão de qualidade, de maneira a associar capacidade financeira e disponibilidade de RH, reduzindo riscos e aumentando satisfação dos usuários). Pode-se talvez atribuir estas respostas semelhantes a um hábito maior de discutir abertamente questões e soluções, ou seja, alianças e profissionalização. No Brasil ainda se tem a prática de tentar esconder novos diagnósticos de problemas percebidos e, principalmente, eventuais soluções encontradas.

Pode-se dizer, à guisa de conclusão, que no Brasil uma das grandes mudanças observadas no processo de planejamento nos últimos anos se deveu à percepção de que o processo participativo tende a ter melhores resultados, seja por comprometer mais pessoas seja por obter mais pontos de vista a respeito do mesmo assunto.

Muitos depoimentos colhidos mostraram a surpresa dos entrevistados frente a situações nas quais foi necessário pensar em cortar custos e a melhor forma de conseguir fazê-lo foi perguntar aos gerentes intermediários ou aos técnicos, em vez de a gerência superior criar modelos traumáticos e distantes da realidade. Assim, a descentralização como questão faz sentido, bem como a necessidade de profissionalização, em função da necessidade de aumentar a competitividade, seja melhorando os serviços seja reduzindo custos.

Nos EUA, uma vez que o mercado em saúde já é francamente competitivo há mais tempo, observa-se menos transição e mais aprimoramento dos modelos de planejamento, ensinados tradicionalmente nas escolas de graduação ou de pós graduação em gestão de saúde. Nesse país já é esperado que os técnicos prestadores de assistência, de nível de instrução superior ou médio, tenham conhecimento das características do setor e estejam dispostos a colaborar com os esforços de sua organização. Lá, algumas crises econômicas ocorridas no setor, causando desemprego entre todas as categorias profissionais, já mexeram na cultura a ponto de praticamente obrigar a colaboração no sentido de garantir a sobrevivência das organizações contratantes de trabalhadores, seja como funcionários, seja como terceiros, seja como campo de prática. Não necessariamente a administração é vista como um time adversário. Pelo contrário, lá é mais perceptível a visão de que a administração tem como função a garantia da infraestrutura para atuação dos técnicos, enquanto no Brasil ainda é vista como quem tem como função básica a criação de mecanismos burocráticos, de mais restrições ao trabalho criativo.

Há anos se discute qual será o modelo para o qual caminha o sistema de saúde brasileiro: um modelo como aquele preconizado pela Constituição de 1988, com acesso universal, equânime e financiado pelos impostos e pelo poder público; um modelo onde se oferece a cada um segundo sua possibilidade de pagamento e, para quem não consegue pagar o governo cobre, ou ainda um modelo baseado na restrição, em que o grande financiador seria o governo e o acesso é definido por um modelo de cesta básica. Há entre os formadores de opinião brasileiros os que se espelham no modelo dos EUA, onde boa

parte da educação técnica e gerencial e da divulgação enfatiza a assistência privada, embora mais de 35% da população esteja totalmente excluído da assistência. Isto vale para nossos técnicos, para nossos gestores e para nossos educadores. Muitas das associações profissionais brasileiras olham para a realidade norte-americana, assumem que o presente de lá será o futuro no Brasil e movimentam-se para facilitar ou dificultar que isto ocorra. No entanto, uma análise mais cuidadosa do cenário mostra que isto não é verdade: muitos dos financiadores bem sucedidos naquela realidade entraram no Brasil e já partiram, o mesmo ocorrendo com consultores e outros atores.

A construção de um cenário no qual a saúde – a prestação de assistência – seja um valor social, com o concurso do planejamento, ainda não está firmada em nenhuma das realidades estudadas. As diferentes modas em planejamento e gestão não evoluem necessariamente nesse caminho. Talvez a bibliografia da saúde, que defende como objeto privilegiado do planejamento a saúde, seja um caminho, mas nem a eficiência nem a eficácia podem ser esquecidas nestes processos. A responsabilidade social como forma de satisfazer acionistas não é suficiente quando há cidadãos alijados dos progressos que a sociedade obteve. Aí está um dos desafios para o novo milênio, ao qual os gestores e gerentes de saúde deverão dar resposta.

## IX. BIBLIOGRAFIA

ACKOFF, R.L. **Planejamento Empresarial**. Tradução de Marco Túlio de Freitas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1974.

ANDERSEN, T. J. Strategic Planning Autonomous Actions and Corporate Performance. **Long Range Planning**, No. 33, pp.184-200, 2000.

ANSOFF, H. Igor; MCDONNELL, Edward J. **Implantando a Administração Estratégica**. Tradução de Antonio Zoratto Sanvicente, Guilherme Ary Plonky. São Paulo, Atlas, 1993.

- ANSOFF, H. Igor. **Estratégia Empresarial**. Tradução de Antonio Zoratto Sanvicente. Revisão técnica de Eduardo Vasconcellos e Jacques Marcovitch. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1977.
- BARBOSA, Pedro Ribeiro (coord), PORTELA, Margareth Crisóstomo et al. **Hospitais Filantrópicos no Brasil**. Rio de Janeiro, BNDES, 2002.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo, Hucitec, 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In Cecílio, L.C.O. (org) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org). **Inventando a mudança na saúde**. SP, Hucitec, 1994.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.E & ONOCKO, R. (orgs)- **Agir em saúde**. RJ, Hucitec, 1997.
- CHORNY, Adolfo H. Enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. **Educación médica y salud**, Washington, 24 (1), 1990.
- CHORNY, Adolfo H. Planificación en salud: viejas ideas em nuevos ropajes. **Cuadernos Medico-Sociales**, Rosário, 73, 5-30, 1998.
- SCOREL, Sara. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998.

- FERREIRA, José Henrique Germann. **Alianças Estratégicas em Hospitais Privados: Estudo de Caso com 8 Hospitais**. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo (Tese Doutorado), 2000.
- GINTER, Peter M.; Swayne, Linda M.; Duncan, W. Jack. **Strategic Management of Health Care Organizations**. 3<sup>rd</sup>. Edition, Blackwell Publishers, 1998.
- HAMEL, G; PRAHALAD, C.K. **Competing for the future**. Boston: Harvard Business School Press, 1994.
- HERACLEOUS. L. Strategic Thinking or Strategic Planning? **Long Range Planning**, Vol. 31, No. 3, pp.481-487, 1998.
- KALUZNY, Arnold D. (Editor); SHORTELL, Stephen M. **Health Care Management: Organization Design & Behavior**. 4<sup>th</sup> Edition. 2000.
- KAPLAN, R.S e NORTON, D.P. **A estratégia em ação – Balanced Scorecard**. Harvard Business Press – RJ, Campus, 2000.
- LEITÃO, D. M. **Administração Estratégica: abordagem conceitual e atitudinal**. Rio de Janeiro: SENAI/DN: Petrobrás, 1995.
- LIEDTKA, Jeanne M. Strategic Thinking: Can it be Taught? **Long Range Planning**, vol. 31, No. 1, pp. 120-129, 1998.
- LIMA JR. José Humberto Viana; ÉSTHER, Ângelo Brigato. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, 41(3), 2001, 20-30.

LUTHANS, F.; HODGETTS, R.M.; THOMPSON, K.R. – **Social Issues in Business: Strategic and Public Policy and Perspective**, 6<sup>th</sup> edition, Upper Saddle River, New Jersey, Prentice Hall, 1990.

MALIK, Ana Maria. **Qualidade em saúde**. São Paulo, FGV-EAESP, 2000.

MALIK, Ana Maria; TELES, João Pedro. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. **RAE**, 41(3), 2001, 51-9.

MATUS, Carlos . **Política, planejamento e governo**. Brasília, IPEA, 1993.

MELIONES, J.N et al No mission, no margin: it's that simple. **Journal of Health Care Finance**, Spring 2001, pp.21-29.

MERHY, Emerson Elias. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org) **Razão e planejamento**. RJ, Hucitec, 1995.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo. In: MERHY, E.E & ONOCKO, R. (orgs) - **Agir em saúde**. RJ, Hucitec, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terminologia Básica em Saúde**. 2 ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

MINTZBERG, H. **The Rise and Fall of Strategic Planning**. New York, The Free Press, 1994.

MINTZBERG, Henry. The Rise and Fall of Strategic Planning. **Harvard Business Review** 72, no. 01, January-February 1994, pp. 107-114.

- MINTZBERG, H; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de Estratégia: Um Roteiro pela Selva do Planejamento Estratégico**. Porto Alegre, Bookman, 2000.
- MONTGOMERY, Cynthia A., Porter, Michael E., eds. **Strategy: Seeking and Securing Competitive Advantage**. Boston: Harvard Business School Publishing, 1991.
- MURAHOVSKI, Denis. **Implantação de prontuário eletrônico em um hospital de grande porte: estudo de caso**. São Paulo, FGV-EAESP, Dissertação, Mestrado, 2000.
- ONOCKO, Rosana. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. Campinas, UNICAMP, Tese (Doutorado), 2001.
- ONOCKO, Rosana. Planejamento e razão instrumental: análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde nos anos 90, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 16(3): 723-31, 2000.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Problemas conceptuales y metodológicos de la programación en salud**. Washington, OPS, Publicaciones científicas 111, 1965.
- PAES, Libânia de Andrade. **O uso da informática no processo de tomada de decisão médica em cardiologia**. São Paulo, FGV-EAESP, Dissertação (Mestrado), 2003.
- PALMER, Heather. Using health outcomes data to compare plans, networks and providers. **International Journal for Quality in Healthcare**, vol 10 (6), 477-83, 1998.

PORTER, Michael E. **Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors**. New York: Free Press, 1980.

PORTER, Michael E. **Estratégia Competitiva**. Tradução de Elizabeth Maria de Pinto Braga. Revisão técnica Jorge A. Garcia Gomez. Rio de Janeiro, Campus, 1991.

QUEIROZ, Ana Carolina Spolidoro. **Novas tecnologias e transformação organizacional: estudo de caso para analisar a relevância da variável confiança nos processos de implementação de tecnologia em um hospital privado**. São Paulo, FGV-EAESP, Tese (Doutorado), 2003.

RIVERA, Francisco Javeir Uribe. **Planejamento e programação em saúde – um enfoque estratégico**. São Paulo, Cortez, 1989.

RIVERA, Francisco Javeir Uribe. O planejamento situacional: uma análise reconstrutiva. In: GALLO, Edmundo; RIVERA, Javier U. & MACHADO, Maria Helena. (orgs). **Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1992.

SCHOUT, Denise; MALIK, Ana Maria. **Morbidade hospitalar: principais usos e limitações**. Barcelona, ALASS, Epistula setembro 2002, trabalho 48.

SOEIRO, Everton. **Análise do Padrão das Hospitalizações: Um Estudo em Hospitais Gerais de Campinas em 2000-2001**. São Paulo, FGV-EAESP, Tese (Doutorado), 2002.

TELES, João Pedro. **Administração estratégica de hospitais: o Balanced Scorecard e suas contribuições**. São Paulo, FGV-EAESP, Dissertação (Mestrado), 2003.



TESTA, Mario. **Pensamento estratégico e lógica de programação:** o caso da saúde. Tradução de Ângela Maria Tijwa. RJ, Hucitec - ABRASCO, 1995.

TESTA, Mario. **Pensar en salud.** Buenos Aires, Lugar Editorial, 1993.

TYLER, J. Larry; Biggs, Errol L. **Practical Governance.** Softbound, 2001.

WEBSTER, James L., Reif, William E., Bracker, Jeffery S. The Manager's Guide to Strategic Planning Tools and Techniques. **Planning Review** 17, no. 06 (1989), pp. 4-13.

WILSON, Ian. Strategic Planning Isn't Dead. It Changed. **Long Range Planning**, Vol. 27, No. 4, pp. 12-24, 1994.

WILSON, Ian. Strategic Planning for Millennium: Resolving the Dilemma. **Long Range Planning**, Vol. 31, No. 4, pp. 507-513, 1998.

## **X. ANEXOS**

## ANEXO I A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO – HOSPITAIS AMERICANOS

**To:** [NAME]  
[JOB TITLE]  
[NAME OF HOSPITAL]

**From:** FABIO PATRUS  
Principal Investigator  
Strategic Management in Hospitals

Dr. [NAME],

My name is Fabio Patrus and I am currently affiliated to the International Health Department, at Emory University, through the Hubert H. Humphrey Fellowship (HHH), supported by the US State Department. The HHH Fellowship brings accomplished professionals from developing countries to the United States at a midpoint in their careers for a year of study and related professional experiences. Information on the Program and fellows can be found at <http://www.sph.emory.edu/ih/humphrey/fellowshome.html>

I am a business administrator from Brazil and I hold a Master of Science in Hospital Administration. I am one of the three-member Management Committee, responsible for the administration of the 75-bed Critical Care Unit of Albert Einstein Hospital, the largest private hospital in Brazil.

As part of my professional development during this year, I am developing a joint-research on Strategic Management within large private hospitals in Atlanta (USA) and the municipality of Sao Paulo (Brazil). As mentioned in the protocol (brief summary enclosed), it would require your authorization to interview members of the top-level management team for a 45-minute interview, including the CEO.

This research intends to cover 12 large hospitals in both Atlanta and Sao Paulo cities. As stated in the protocol, results may be published for scientific purposes without identifying individuals. Analysis of the results and conclusions will be drawn based on a aggregate data and will not be presented as an individual case-study.

A copy of the final paper will be delivered to you and to each of the respondents.

Finally, it is important to emphasize that the research protocol has been approved by the Human Investigation Committee, at Emory University.

I appreciate very much your attention and I am looking forward to having your authorization.

Fabio Patrus  
Principal Investigator

I agree:

---

President

Atlanta, [DATE]

## ANEXO I B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO – HOSPITAIS BRASILEIROS

Para: [NOME]  
[CARGO]  
[NOME DO HOSPITAL]

De: PROF. ANA MARIA MALIK

Ref.: **Planejamento Estratégico em Hospitais: Um Estudo Comparativo Exploratório entre Grandes Hospitais em Atlanta, EUA e em São Paulo, Brasil.**

Dr. [NOME],

Como parte do Projeto de Pesquisa do Núcleo de Pesquisas e Publicações da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, estou desenvolvendo uma pesquisa conjunta sobre Planejamento Estratégico entre hospitais de Atlanta (EUA) e São Paulo (Brasil). O objetivo principal do estudo é entender como os hospitais no Brasil e nos Estados Unidos desenvolvem o seu planejamento em nível estratégico, a partir da visão dos altos executivos.

A visão dos executivos será obtida por meio de entrevistas pessoais, utilizando-se questionário semi-estruturado e a entrevista deverá durar até 45 minutos. Conforme o protocolo de pesquisa, é necessária a aprovação de V.Sa. para entrevistar os seguintes executivos desta Instituição:

- [NOME] - [CARGO]
- [NOME] - [CARGO]
- [NOME] - [CARGO]

Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins estritamente acadêmicos e não haverá qualquer identificação de indivíduos ou instituições. Da mesma forma, a análise dos resultados e conclusões não serão apresentados como estudo de caso individual. Cada entrevistado irá receber e deverá concordar com um termo de consentimento informado no qual estão descritos o objetivo do trabalho, o procedimento da entrevista e seus possíveis riscos e benefícios.

Uma cópia do trabalho final será entregue a V.Sa. e a cada um dos entrevistados.

Agradecemos a atenção dispensada e aguardamos ansiosamente seu parecer.

Atenciosamente,

Prof. Ana Maria Malik, PhD

De acordo:

---

Presidente ou Representante  
São Paulo, [DATA]

## ANEXO II A – CONSENTIMENTO INFORMADO – HOSPITAIS AMERICANOS

### ROLLINS SCHOOL OF PUBLIC HEALTH – EMORY UNIVERSITY

#### RESEARCH CONSENT FORM

*Date:* 2/22/01

*Title:* Strategic Management in Hospitals: an exploratory comparative study among large hospitals in Atlanta, USA and Sao Paulo, Brazil in 2001.

*Principal Investigator:* Fabio Patrus

#### **Purpose**

You are being asked to volunteer for a research project as part of the Hubert Humphrey Fellowship Program, at the International Health Department at Rollins School of Public Health, Emory University. The project is a joint-research among Emory University and Getulio Vargas Foundation in Sao Paulo, Brazil.

The purpose of the study is to understand perception of hospital executives on the strategic management process within their hospitals. Your participation is important because as a senior executive of this organization, you are able to answer questions related to the strategic management process at your organization as well as your concerns related to the hospital internal and external environment.

We are also trying to:

- Understand how hospitals in the USA and in Brazil develop their strategic plans and obtain the perception of senior management executives on hospital internal and external environment, as well as on the major issues for the future.
- Develop a comparative study on the differences and similarities among the hospital management in USA and Brazil.

#### **Procedure**

If you agree to participate, you will be interviewed using a semi-structured questionnaire. The interview should not exceed 45 minutes. The interview will be tape recorded and then destroyed after the information has been accurately transcribed.

The results of the research will be based on an analysis of approximately 48 interviews with other senior executives in 12 large hospitals, distributed among Metro Atlanta Region (USA) and the municipality of Sao Paulo (BRAZIL).

### ***Benefits***

There may be no benefits to you. Once the study is finished, you will receive a copy of the paper. The paper may be of interest to you and to hospital leaders because it will include a literature review on strategic management as well as the major concerns and trends from the perspective of hospital senior executives.

### ***Risks***

The main risk related to the interview procedure is associated with the confidentiality of the information provided. Ways to minimize such risk are described in the next section *Confidentiality*.

Due to the investigational nature of this study there may be other risks that are currently unknown.

### ***Confidentiality***

All information concerning you will be kept private. No names of organizations or subjects will be identified. The tapes from our interview will be destroyed immediately after the information has been transcribed and nothing will be recorded in a manner that personally identifies you.

Results of the protocol may be published for scientific purposes without identifying individuals. Research records, may be obtained by court order. If information about you is published, it will be written in a way that you cannot be recognized. In addition to this, analysis of the results and conclusions will be drawn based on a aggregate data and will not be presented as an individual case-study.

### ***Voluntary Participation/Withdrawal***

Participation in this study is voluntary. You are free to withdraw from participation at any time. If, at any time, you intend to terminate your participation, you may contact the Principal Investigator (Fabio Patrus) to proceed with the withdrawal of his information from the research data.

**Contact Persons**

To make inquiries concerning this study, contact the Principal Investigator Mr. Fabio Patrus at (404) 251-9794. If you have any questions or concerns about your rights as a participant in this research study, you may contact James W. Keller, Chairman, Human Investigations Committee at 404-727-5646.

A copy of this consent form will be given to you.

Your signature below indicates that you consent to volunteer for this study.

---

Subject

---

Date/Time

---

Person Obtaining Consent

---

Date/Time



## ANEXO II B – CONSENTIMENTO INFORMADO – HOSPITAIS BRASILEIROS

**ROLLINS SCHOOL OF PUBLIC HEALTH – EMORY UNIVERSITY**

**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO – FUNDAÇÃO  
GETULIO VARGAS**

### FORMULARIO DE CONSENTIMENTO PARA PESQUISA

Data: 22/02/01

*Titulo:* Planejamento Estratégico em Hospitais: um estudo exploratório comparativo entre hospitais de grande porte em Atlanta, EUA e em São Paulo, Brasil em 2001.

*Investigador Principal:* Ana Maria Malik

#### **Propósito**

Você esta sendo solicitado para participar de um projeto de pesquisa como parte do Programa Hubert Humphrey Fellowship, do Departamento de Saúde Internacional da Rollins School of Public Health, Emory University. Este projeto e uma pesquisa conjunta entre a Emory University e a Fundação Getulio Vargas de São Paulo, Brazil.

O propósito do estudo e compreender a percepção de executivos hospitalares sobre o processo de planejamento estratégico em seus hospitais. Sua participação e importante porque como executivo sênior desta organização, você poderá responder questões relacionadas com o processo de planejamento estratégico em sua organização bem como suas preocupações com o ambiente interno e externo do hospital.

Procuramos também:

- Entender como hospitais no Brasil e nos EUA desenvolvem seu planejamento estratégico e obter a percepção dos executivos sobre o ambiente interno e externo, bem como as principais questões para o futuro.
- Desenvolver um estudo comparativo sobre as diferenças e similaridades entre o gerenciamento hospitalar nos EUA e no Brasil.

#### **Procedimento**

Se você concordar em participar, você será entrevistado utilizando-se um questionário semi-estruturado. A entrevista não devera exceder 45 minutos. A entrevista será gravada em fita-cassete e apos a informação ter sido adequadamente transcrita, as fitas serão destruídas.

Os resultados da pesquisa serão obtidos a partir da analise de aproximadamente 48 entrevistas com executivos em 12 hospitais de grande porte, distribuídos entre a região metropolitana de Atlanta (EUA) e o município de São Paulo (BRASIL).

## **Benefícios**

Pode ser que não haja nenhum benefício para você. Quando o estudo for concluído, você receberá uma cópia do artigo. O artigo poderá ser de seu interesse e também de outros líderes na área hospitalar porque incluirá uma revisão da literatura sobre planejamento estratégico bem como as principais questões e tendências sob a perspectiva dos executivos hospitalares.

## **Riscos**

O risco principal relacionado com o procedimento da entrevista está associado à confidencialidade das informações fornecidas. A próxima seção “*Confidencialidade*” descreve maneiras de minimizar esse risco.

Devido à natureza investigativa deste estudo, outros riscos ainda não conhecidos poderão ocorrer.

## **Confidencialidade**

Toda informação referente a você será mantida em sigilo. Nenhum nome de organização ou de entrevistado será identificado. As fitas-cassetes com as entrevistas serão destruídas imediatamente após a informação ter sido transcrita e nada será gravado de maneira que identifique a sua pessoa.

Os resultados do protocolo poderão ser publicados para fins científicos sem que haja identificação dos indivíduos. Os registros da pesquisa poderão ser obtidos por ordem judicial. Se alguma informação sobre você for publicada, será escrita de maneira que você não possa ser reconhecido. Além disso, a análise dos resultados e as conclusões serão feitas com base em dados agregados e não serão apresentados como um estudo de caso individual.

## **Participação Voluntária / Exclusão**

Sua participação neste estudo é voluntária. Você é livre para excluir sua participação a qualquer momento. Se, a qualquer momento, você decidir excluir sua participação, você deverá contactar a coordenadora do estudo no Brasil (Prof. Ana Maria Malik) para que sua informação seja excluída dos dados da pesquisa.

## **Contatos**

Para perguntas relacionadas com este estudo, contactar a coordenadora do estudo no Brasil, Prof. Ana Maria Malik, na Fundação Getulio Vargas, telefone (011)3281-7717 (São Paulo, Brasil). Para questões relacionadas com seus direitos como participante desta pesquisa, contactar James W. Keller, presidente do Human Investigations Committee da Emory University pelo telefone (404) 727-5646 (Atlanta, EUA).

Uma cópia deste formulário de consentimento será entregue a você.

Sua assinatura abaixo indica que você consente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Data / Hora

\_\_\_\_\_  
Pessoa que aplicou o consentimento

\_\_\_\_\_  
Data / Hora

## ANEXO III – INSTRUMENTO DE PESQUISA

### PARTE I – DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

1. Nome da instituição
2. Tipo de empresa (publico x privado, com ou sem fins lucrativos):
3. Numero de médicos contratados:
4. Numero de empregados: inclui médicos? \_\_\_\_
5. Numero de leitos
6. Serviços oferecidos
7. Orçamento total (despesa total e receita total) em 2000
8. Estrutura administrativa (anexar organograma)

### PARTE II – DADOS DO ENTREVISTADO

1. Nome:
2. Cargo / função:
3. Profissão e formação em administração:
4. Tempo de trabalho na organização:
5. Tempo de trabalho na posição atual:

### PARTE III – PROCESSO DE PLANEJAMENTO NO NÍVEL ESTRATÉGICO

#### A- DESCRIÇÃO DO PLANEJAMENTO

1. A sua organização têm definidos sua missão, visão e valores? Quais são?
2. Quais são as prioridades no nível estratégico da organização no presente?
3. A sua organização faz parcerias (atividades com outras organizações cuja decisão depende do nível estratégico) com outras organizações? Se sim, com quem são feitas essas parcerias e com que propósito?

#### A- PROCESSO DE PLANEJAMENTO

1. Como se dá o processo decisório para a elaboração e aprovação do planejamento no nível estratégico?
2. Qual informação é utilizada como base para a elaboração do planejamento no nível estratégico? Onde são obtidas tais informações?
3. Como as prioridades são definidas no nível estratégico da organização?
4. De que forma o orçamento anual é definido?
5. De que forma o planejamento é comunicado aos diferentes níveis da organização?
6. Há algum mecanismo para avaliar os resultados do planejamento? Se sim, quais são e com que frequência são realizados?
7. Há algum mecanismo para revisão do (processo de) planejamento? Se sim, descreva o processo?

**A- PERCEPÇÃO DOS EXECUTIVOS**

1. Você considera o processo de planejamento no nível estratégico da sua organização eficaz (o processo de elaboração resulta em algo que a organização utiliza)? Por que?
2. Você considera o processo de planejamento no nível estratégico da sua organização consistente (tem regularidade e a metodologia é constante)? Por que?
3. Você considera o processo de planejamento no nível estratégico da sua organização confiável (os dados são reais e as estimativas se cumprem)? Por que?
4. Você acha que os planos desenvolvidos no nível estratégico são bem comunicados aos demais níveis da organização (as pessoas no nível operacional estão cientes das decisões estratégicas)? Explique.
5. Na sua opinião, quais são os pontos fortes da sua organização? Ha alguma estratégia que procura reforçar esses pontos fortes?
6. Na sua opinião, quais são os pontos fracos da sua organização? Tais aspectos são tratados no nível estratégico da organização? De que forma?
7. Na sua opinião, quais são as boas oportunidades que, se exploradas pela sua organização, poderiam contribuir para manter ou melhorar seu desempenho?
8. Em que sua organização é melhor do que as outras?
9. Como executivo hospitalar, quais são as suas três maiores preocupações?
10. Quais serão os principais desafios para o executivo hospitalar em 2005?