

Estratégia na saúde

Nos últimos anos, o discurso da gestão estratégica tornou-se comum entre os gestores de hospitais brasileiros. Com base em princípios como eficiência, desempenho e rentabilidade, tal discurso reflete o ideário comumente atribuído à tradição norte-americana de gestão hospitalar. Este artigo, fruto de uma pesquisa inédita patrocinada pelo Núcleo de Pesquisas e Publicações da FGV-EAESP, analisa o modo como executivos da área de saúde do Brasil e dos Estados Unidos percebem o uso da administração estratégica em hospitais e discute os desafios específicos do país rumo à profissionalização do setor.

por **Ana Maria Malik** FGV-EAESP e **Fabio Patrus M. Pena** Hospital Sírio-Libanês

Freqüentemente, ouve-se que as inovações em administração demoram mais a chegar à área de saúde que aos demais setores da economia. No Brasil, ainda é comum comparar, desfavoravelmente, o conhecimento e as práticas de gestão utilizados em hospitais públicos e privados

do País com aqueles empregados nos Estados Unidos.

Costuma-se supor ainda que a formação em administração pode mudar esse cenário de baixa aderência às práticas administrativas mais recentes. Entre os conhecimentos que se imaginam cabíveis, com esse intuito, estão con-

ceitos como eficiência, eficácia e rentabilidade. Nesse sentido, a administração estratégica de hospitais norte-americanos vem sendo tomada como referência para o processo de profissionalização do setor no Brasil.

Este artigo baseia-se em uma pesquisa que buscou comparar a percepção de executivos da saúde sobre a administração estratégica do setor no Brasil e nos EUA. Ele mostra que há importantes diferenças entre o modelo brasileiro e o norte-americano, embora também aponte que as perspectivas para o Brasil são favoráveis, desde que o setor se empenhe fortemente em um projeto de profissionalização, sem, no entanto, perder de vista as necessidades do público carente a que atende.

A situação brasileira. No Brasil, desde a década de 1980, com a percepção da falência da Previdência Social, começou-se a falar na necessidade da profissionalização da gestão dos serviços de saúde. Os hospitais do País, tanto os públicos quanto os privados, funcionavam com algum tipo de controle por parte da Previdência, que participava ativamente de seu financiamento, e da Vigilância Sanitária, que fornecia os alvarás de funcionamento. Os recursos financeiros, a partir daí, eram considerados insuficientes. À época, os critérios que norteavam o financiamento eram ditados pelos hospitais, principalmente os privados, que negociavam as tabelas de remuneração.

A prevalência de médicos entre os gestores de hospitais brasileiros faz com que a administração seja pouco valorizada, considerada atividade menor e pouco profissional.

No final da década, o modelo tinha sido alterado, com uma série de medidas tomadas pelo setor público financiador da assistência médica e com o crescimento não regulamentado dos financiadores privados. Nessa nova situação, diversos hospitais privados se descredenciaram

da Previdência Social, buscando novas alternativas de financiamento e acreditando na viabilidade de deixar o mercado cuidar dos serviços.

No entanto, essas mudanças não foram acompanhadas por alterações nos modelos de gestão nem nos próprios administradores: os hospitais continuavam a ser gerenciados por médicos, com visões “médicas” de mundo, em que a necessidade dos pacientes e dos serviços era ditada pelos profissionais que os atendiam, e não pela perspectiva mais ampla de um negócio focado em resultado.

Nos anos de 1990, o Brasil começou a importar modelos e modismos norte-americanos, como a busca pela qualidade nos hospitais, o planejamento estratégico sob diferentes olhares, o *managed care*, a gestão mercadológica, o discurso da racionalização e da necessidade de profissionalização e instrumentos de administração como prontuários eletrônicos e sistemas de informação. Isso foi disseminado para hospitais públicos e serviços privados, embora não incorporado de fato à prática.

Estudos realizados no final dessa década e no início da década de 2000 mostraram que a alteração observada nos indicadores hospitalares no País foi tímida. O mercado não solicitava a incorporação de modelos e técnicas de qualidade, a existência de sistemas de informação não garantia que os gestores os utilizassem e a ação dos executivos com certificados de cursos de administração não se traduzia em melhores resultados.

De olho na América. Nos EUA vem ocorrendo, desde os anos de 1980, um movimento pela racionalização da assistência médica, estimulado por questões da economia em geral. As teorias da qualidade assumiam que um dos motivos pelos quais os diferentes produtos colocados no mercado não conseguiam reduzir seus preços era o crescente aumento de custos da mão-de-obra. A diminuição nos salários ou no ritmo de seu crescimento não conseguia controlar os benefícios, entre os quais a assistência médica, que passou a ser vista como grande vilã da redução da competitividade do mercado geral norte-americano. A contenção de despesas passou a ser uma das grandes metas do mercado da assistência à saúde.

Esse cenário levou a uma situação em que o *managed care* se tornou uma das melhores alternativas. Diante de uma realidade na qual se percebia excesso de leitos hospitalares, foi feito um esforço para a redução de seu número. Na Costa Oeste, chegou-se a um indicador, no final dos anos de 1980, de menos de 1 leito geral por 1.000 habitantes, abaixo dos 2,32 preconizados em 1999 pelo Ministério da Saúde no Brasil. Essa redução na oferta fez com que caíssem outros indicadores de utilização, como média de permanência, levando a estudos sobre qualidade da assistência. Estes evidenciaram que os indicadores tinham caído abaixo do aceitável, levando a reinternações de urgência. Foram então revistos estes padrões, de disponibilidade e utilização.

Modelos de gestão de qualidade, associados a *disease management* e a *case management*, se tornaram alternativas para substituir ou complementar a internação hospitalar. O conhecimento do mercado tornou-se cada vez mais necessário para otimizar as negociações com as fontes pagadoras. Modelos de financiamento baseados em DRGs (grupos homogêneos de diagnóstico), obrigando à gestão e ao acompanhamento dos casos internados e sistemas de gestão empresarial, como o *BSC* (*Balanced Scorecard*), entre outros, se popularizaram no país entre a década de 1980 e o começo da década de 2000.

A partir do ano 2000, aumentou a importância dos protocolos para o controle de doenças crônicas. A implantação e o seguimento dessas normatizações se tornaram fundamentais para garantir controle de gastos, eficácia e remuneração dos prestadores. A identificação da rentabilidade de atividades tem sido a norma, gerando o modelo de redes com atividades assistenciais especializadas distribuídas por diferentes serviços.

Comparando os países. Com o intuito de comparar a percepção de executivos da área de saúde sobre o processo de administração estratégica hospitalar no País com a norte-americana, realizamos uma pesquisa

com executivos de hospitais brasileiros e norte-americanos (ver Quadro). O resultado geral da pesquisa aponta diferenças significativas entre os dois países. Em específico, as diferenças referem-se a itens como a formação dos administradores de saúde; o tipo de prioridades do gestor do negócio; a clareza sobre a propriedade do negócio; e a influência de questões políticas nas definições estratégicas do hospital. Vejamos cada ponto a seguir.

Em relação à formação dos administradores de saúde, nota-se que, entre os brasileiros, há mais médicos, ao passo que, entre os norte-americanos, predominam administradores e contadores. Isso explica a maior familiaridade dos norte-americanos com questões de gestão, avaliação, orçamento e custos, em contraposição ao discurso mais voltado para a assistência e o assistencialismo dos brasileiros. Além disso, a prevalência de médicos entre os gestores de hospitais brasileiros faz com que a administração seja pouco valorizada, considerada atividade menor e pouco pro-



fissional. Os médicos, enquanto técnicos e sendo percebidos como aqueles que geram as receitas para os serviços, interferem no processo decisório e se sentem acima das regras, colocando-se mais como clientes do que como parceiros dos hospitais.

No que diz respeito à gestão, predominam no mercado hospitalar brasileiro práticas difusas que indicam uma perspectiva mais assistencialista do que focada em negócio. Os norte-americanos, freqüentemente com formação na área de negócios, têm muito claro entre seus objetivos a busca do *bottom line*. Para se ter uma idéia disso, embora nos Estados Unidos seja mais fácil obter indicadores hospitalares que no Brasil, lá as medidas de qualidade da assistência são mais difíceis de identificar e obter do que as de resultados operacionais. Naquele país, o resultado do negócio é premissa; a assistência, por sua parte, é uma mera consequência. Já no Brasil, a dimensão do “negócio” é pouco percebida.

Muitas associações brasileiras de profissionais da saúde olham para a realidade norte-americana e assumem que esse será o futuro modelo de saúde no Brasil. No entanto, uma análise cuidadosa do cenário mostra que essa premissa é falsa.

Outra diferença entre os dois países refere-se à propriedade do negócio, ou seja, a quem é o “dono”. Essa indefinição leva a uma baixa formalização dos processos e do planejamento estratégico, pois não fica claro a quem se deve prestar contas. Além disso, esse fato evidencia o baixo controle externo sobre essas organizações, a inexistência de um Conselho atuante, a falta de acionistas ou sócios buscando resultados, a carência de mecanismos reais de controle social ou a ausência de regulamentação e acompanhamento mais próximos por parte dos financiadores, dos órgãos governamentais etc. Nos EUA, a *accountability* faz parte do cenário, e o resultado financeiro sempre é

buscado, mesmo que nem sempre esteja claro a quem ele pertence.

Por fim, um último ponto de comparação entre os dois países refere-se à existência, e à força, de jogos de poder nas definições dos planos estratégicos nos hospitais. No Brasil, de acordo com a pesquisa que realizamos, há pouca comunicação dos planos ou projetos de negócio, seja por pura inexistência, falta de clareza ou simplesmente por ausência de interesses dos grupos que o definem e controlam em torná-los conhecidos. Com isso, a distância entre execução e gestão e a diferença entre o hospital percebido pelos gestores e aquele visto pelos técnicos interferem sensivelmente na disseminação de uma visão comum. O fato é que no Brasil os jogos de poder são mais aceitos que nos Estados Unidos, o que significa dizer que em nosso contexto as regras são pouco formalizadas, preservando, assim, o *status quo*.

Luz no fim do túnel. A comparação entre a realidade da gestão de nossos hospitais com a norte-americana não deve ser estímulo ao pessimismo. Já há por aqui uma diversidade de ações que incluem desde iniciativas do próprio governo até aquelas dos dirigentes hospitalares que indicam uma crescente profissionalização. A seguir destacamos algumas dessas principais iniciativas.

Em primeiro lugar, há um visível aprimoramento na gestão dos servi-

ços. No Brasil, as políticas de saúde passaram a ser uma grande preocupação no segmento privado. Há uma década, a realidade era bem diferente, pois o setor hospitalar privado se mantinha à distância das políticas setoriais. Isso mudou a partir dos anos de 1990, em parte pelas dificuldades de financiamento. A partir daí, todos os executivos do setor perceberam a insuficiência de recursos e a necessidade de melhorar a gestão dos existentes.

Em segundo lugar, cresce a preocupação com a competitividade desse mercado. Nos EUA, onde tal competição é mais antiga, planejamento e análise estratégica são ensinados tradicionalmente nos cursos voltados à gestão

de saúde. Naquele país, é esperado que os administradores e técnicos ligados à assistência, com nível de instrução superior ou médio, conheçam as características do setor e estejam dispostos a colaborar com os esforços de sua organização. Crises econômicas ocorridas no passado, com suas conhecidas influências sobre o emprego, moldaram a cultura dessas organizações a ponto de inclinar os trabalhadores norte-americanos à colaboração com o intuito de garantir a sobrevivência dos serviços e de seus empregos.

No Brasil, a preocupação com o mercado é mais recente. Novos conceitos vêm sendo introduzidos lentamente no País: hospitais passam a ser entendidos como organizações, médicos começam a ser chamados de parceiros e o resultado financeiro positivo é buscado com a utilização de ferramentas de gestão mais visíveis e mais caras. Tais novidades não necessariamente aparecem no mundo real, mas fazem diferença nos discursos, principalmente daqueles que

estão há mais tempo no setor. Com isso, a mentalidade de assistência presente neste setor deve regredir progressivamente em benefício de um foco mais nítido no negócio.

Desafios futuros. Encerramos este artigo com algumas observações sobre o futuro do setor no País. Em primeiro lugar, é preciso atenção para o fato de que o equilíbrio entre negócio e assistência ainda é um ponto de discussão em aberto e crítico. De fato, a responsabilidade social entendida como forma de satisfazer acionistas não é uma perspectiva suficiente quando pensamos na existência de cidadãos alijados dos progressos obtidos pela sociedade, especialmente em um país como o Brasil.

Em segundo lugar, a administração estratégica que existe nos Estados Unidos é apenas um modelo de apoio e orientação à decisão, não um caminho obrigatório para o Brasil. Muitas associações brasileiras de profissionais da saúde olham para a realidade norte-americana e assumem



O home broker acaba de virar beach broker, club broker, golf broker, dinner broker, over broker.

www.bcsul.com.br/ebroker
0800 726 9333

Investimento com rentabilidade e segurança requer responsabilidade.

O Banco Cruzeiro do Sul oferece um serviço eficiente e exclusivo, através da sua Corretora de Valores, para fazer o sobe-e-desce de seus investimentos virar "sobe-e-sobe": ebroker Cruzeiro do Sul. Do seu ebroker você faz tudo. É simples, fácil, prático e seguro. Agilidade no cadastramento e trâmite de documentos. Cotações Bovespa, Cotações BMF, Poderoso Módulo Gráfico, Agências de Notícias e serviços como Saldo Projetado, Fatura Online, Custódia Online. Cadastre-se hoje mesmo.

ebroker Cruzeiro do Sul.
Seu corretor eletrônico.
Você bem cotado.



**Banco
Cruzeiro
do Sul**

Quadro – Raio X da pesquisa

Objetivo principal	Analisar, a partir da percepção de executivos hospitalares, a utilização da administração estratégica no período 2001/ 2002.
Referencial teórico	Modelo teórico de administração estratégica [Ginter et al – <i>Strategic Management in Healthcare</i> (1998)]
Amostra	6 hospitais americanos, da região metropolitana de Atlanta, GA (23 executivos) e 4 hospitais brasileiros, da região metropolitana de São Paulo (17 executivos)
Categorias de análise	a) informações utilizadas para a análise da situação dos hospitais; b) identificação das prioridades e metas organizacionais; c) sincronismo entre o planejamento e o processo orçamentário; d) comunicação das decisões estratégicas a toda a organização; e) mecanismos de avaliação e revisão dos resultados do planejamento
Principais resultados	A análise do material obtido demonstrou que os executivos entrevistados nos Estados Unidos pareciam mais afeitos ao processo (ou ao discurso) de administração estratégica que os brasileiros. Entre os hospitais brasileiros, constatou-se que: <ul style="list-style-type: none"> • A definição de prioridades nos diferentes serviços não era clara; • O processo orçamentário apareceu dissociado do processo de planejamento; • As informações e os indicadores gerenciais eram utilizados raramente. Quando utilizados, eram obtidos com muito maior frequência dentro que fora da organização; • Os dados de produção do setor, Segundo a percepção dos entrevistados, quando existem ou são divulgados, são relativamente pouco fidedignos e referem-se muito mais ao setor público que ao privado; Os indicadores assistenciais existentes são com grande frequência coletados e informados com orientação voltada ao financiamento.

que esse será o futuro modelo de saúde no Brasil. No entanto, uma análise cuidadosa do cenário mostra que essa premissa é falsa, pois financiadores bem-sucedidos nos EUA que entraram no mercado brasileiro já o estão abandonando. O *managed care* não foi implantado no Brasil e, mesmo nos Estados Unidos, já mudou suas regras desde os anos de 1990.

Desse modo, análises de cenário bem-feitas não garantem a melhoria da assistência prestada. O mesmo pode ser dito da utilização de indicadores e da obtenção de mais recursos. Esses fatores são coadjuvantes, que tendem a facilitar a consecução bem-sucedida da atividade-fim, porém nenhum deles a garante ou a substitui. Por isso, diversas lógicas podem e devem coexistir.

Por fim, vem ocorrendo no País uma incorporação de executivos de outros setores na gestão dos hospitais. Isso contribui para a renovação da cultura dessas instituições, que passam a falar a linguagem da eficiência, do desempenho e

da avaliação de resultados. No entanto, se, de um lado, o setor privado é tradicional em termos de sua atenção a metas, clareza de papéis e foco na *accountability*, de outro é preciso que os profissionais envolvidos com a gestão no setor de saúde não percam de vista as características e necessidades próprias desse setor. É provavelmente nesse contexto que devemos compreender as atuais discussões sobre qual seria o perfil de competências próprio do executivo hospitalar.

Ana Maria Malik

Profa. do Departamento de Administração Geral e Recursos Humanos da FGV-EAESP
 Doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP
 E-mail: anamalik@fgvsp.br

Fabio Patrus M. Pena

Hospital Sirio-Libanês
 Mestre em Administração de Empresas pela FGV-EAESP
 E-mail: fabio.patrus@hsl.org.br