

# Construção de Cenários para o Setor Hospitalar: Um Estudo no Estado de São Paulo

Paulo César  
Gonçalves

João Maurício Gama  
Boaventura

Benny Kramer Costa   Fabio Martins Marques

Centro Universitário Nove de Julho - UNINOVE

## RESUMO

*O objetivo deste estudo é a construção de cenários prospectivos para o setor hospitalar no Estado de São Paulo considerando o período de 2006 a 2015. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com especialistas pertencentes a distintos grupos de stakeholders do setor e consulta a dados secundários. O método empregado possibilitou a identificação e classificação de variáveis que poderão influenciar o setor hospitalar no Estado durante o período. Essas variáveis originaram-se de diferentes grupos de stakeholders e elementos do macroambiente. O método empregado também permitiu a seleção de variáveis-chave para compor os cenários, nos quais, destacaram-se a destinação de verbas para o setor de saúde e o poder aquisitivo da população como condição para o acesso aos serviços hospitalares. A partir da consideração de diferentes comportamentos dessas variáveis, foi possível, então, a construção de quatro cenários futuros para o setor hospitalar no Estado de São Paulo entre 2006 e 2015.*

Palavras-chave: Cenários. Estratégia. Stakeholders. Setor Hospitalar.

## 1. INTRODUÇÃO

As profundas modificações ocorridas no ambiente dos negócios, sobretudo, nas últimas décadas, têm obrigado os administradores a acompanhar e entender uma múltipla série de aspectos, que vão desde mudanças no comportamento dos consumidores até tendências do mercado internacional.

Neste contexto, os serviços prestados pelas instituições hospitalares têm passado por mudanças nos últimos anos, onde fatores como o aumento da oferta de serviços, a rápida inovação tecnológica, o maior nível de exigência dos pacientes, o aumento da inflação no setor, entre outros, têm influenciado o panorama setorial (MALIK e PENA, 2004).

Essa situação, cujas transformações dos diversos segmentos da sociedade ocorrem cada vez de forma mais rápida e inesperada, demanda que os gestores hospitalares conheçam e entendam quais aspectos futuros poderão influenciar o desenvolvimento dos negócios. A exploração de alternativas, nas quais esses gestores criem imagens do futuro por intermédio de um pensamento prospectivo, torna a utilização da metodologia de construção de cenários uma importante ferramenta no auxílio das definições e ações estratégicas.

A despeito dessa importância, o setor hospitalar no Brasil não fornece indícios do uso de estudos do futuro, mais precisamente no que tange a utilização de técnicas de cenários no desenvolvimento de sua gestão. Diante da situação, a construção de cenários pode ser utilizada como uma ferramenta eficaz que possibilita a diminuição dos impactos negativos

das mudanças, por intermédio do entendimento dos possíveis desdobramentos que o futuro do setor pode apresentar.

Assim, o presente estudo tem como objetivos descrever possíveis cenários futuros e identificar as principais tendências e incertezas que se apresentam para o setor hospitalar no Estado de São Paulo no período de 2006 a 2015.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O referencial teórico para o desenvolvimento do presente trabalho encontra fundamentos nos campos de Estudos do Futuro, Análise de *Stakeholders* e Análise do Ambiente Empresarial.

### 2.1. ESTUDOS DO FUTURO E CENÁRIOS

O interesse do homem em conhecer o futuro acompanha a humanidade desde seus primórdios e a despeito desse interesse ser percebido desde épocas tão longínquas, o campo de investigação conhecido como “Estudos do Futuro” surgiu somente há quase cinquenta anos.

Vários autores, a exemplo de Masini (2002), consideram que os estudos do futuro iniciaram-se na década de 1960, quando, após o impacto da Segunda Guerra Mundial, estudiosos e pesquisadores interessaram-se em estudar o futuro em um nível global.

Dentre as técnicas de estudos do futuro, a utilização de cenários apresenta-se como uma das mais utilizadas. Slaughter (2002) considera a técnica de cenários uma das mais produtivas e duradouras de todas as ferramentas desse campo de estudo.

Diversas definições de cenários podem ser verificadas na literatura. Por exemplo, Schwartz (2000, p. 16) define cenários como “*um conjunto de histórias escritas ou faladas, sendo construídas delicadamente ao redor de enredos que destacam com ousadia os elementos significativos do cenário mundial*”.

Os cenários alternativos, conforme Schwartz (2000), originaram-se após a Segunda Guerra Mundial como um método de planejamento militar, na qual a Força Aérea dos EUA tentou imaginar quais seriam as ações de seus oponentes, traçando estratégias alternativas.

O conceito de cenários como ferramenta empresarial foi aprimorado nos anos de 1960 por Herman Kahn, que fizera parte do grupo da Força Aérea dos E. U. A. Na década de 1970 o uso de cenários tomou uma nova proporção, com Ian Wilson, da General Electric e Pierre Wack, da Shell que redefiniram o seu emprego como ferramenta de auxílio no planejamento empresarial. Os cenários desenvolvidos por Wack e Newland na Shell marcam a primeira história de sucesso e reconhecimento mundial no uso desta técnica no âmbito empresarial.

O resultado positivo alcançado pela Shell ao enfrentar a crise do petróleo incrementou a utilização da técnica de cenários no mundo empresarial. Conforme Ringland (1998), na década de 1970, uma grande parcela das 1.000 maiores companhias (classificadas pela revista *Fortune*) adotaram a técnica de cenários. Essa euforia, porém, foi reduzida na década de 1980 em função de falhas na previsão de eventos importantes.

A partir da década de 1990, a utilização de cenários foi retomada. Mason (1994) argumenta que a volta pelo seu interesse decorre do fato das grandes corporações precisarem enfrentar mudanças que ocorrem em um ritmo acelerado, cujos modelos mentais baseados somente nas experiências passadas dos gestores não se mostram eficientes.

Quanto a sua classificação, conforme a literatura, os cenários podem ser distinguidos em dois níveis de abrangência: Cenários de Primeira e Segunda Geração. Os cenários de primeira geração correspondem aos cenários ambientais ou industriais que representam a forma dos gestores entenderem os desdobramentos do ambiente econômico e sua repercussão no ambiente empresarial; e com base nos cenários ambientais desdobram-se os cenários de segunda geração, destinados à tomada de decisão GEORGANTZAS E ACAR (1995).

As definições encontradas para cenários de primeira e segunda geração levam a conclusão de que os cenários de primeira geração destinam-se ao entendimento do ambiente em que as organizações estão inseridas. Podem ser considerados cenários exploratórios e servirão de base à construção dos cenários estratégicos ou de segunda-geração. Já os cenários de segunda geração destinam-se à tomada de decisão particular para cada organização.

A lógica interna dos cenários também representa razão de classificação dos métodos de construção de cenários. Dentre elas, podemos citar a Lógica Intuitiva, inicialmente descrita por Pierre Wack e utilizada na Shell e, posteriormente, por Peter Schwartz nas empresas de consultoria SRI International e Global Business Network (GBN). Para Ringland (1998), este método caracteriza-se por buscar meios de mudar o pensamento dos gestores para que possam antecipar e se prepararem para o futuro. Enfatiza a necessidade de criar um conjunto de histórias críveis e coerentes sobre o futuro para testar planos de negócios ou projetos.

Segundo Wilson (1998), a Lógica Intuitiva é um método intuitivo que provoca os administradores a pensar a respeito das incertezas e possibilidades futuras, sendo, porém, um modelo lógico, formal e disciplinado no uso da informação, análise e estruturação das tarefas.

Vários são os métodos de construção de cenários encontrados na literatura. Podemos destacar como os mais comumente citados os seguintes métodos: SRI – Stanford Research Institute (Ringland, 1998); GBN – Global Business Network (Schwartz, 2000); Battele Memorial Institute (Millet, 1992); Future Mapping (Mason, 1994); Análise Prospectiva (Godet, 2000); CSM – Comprehensive Situation Mapping (Georgantzas e Acar, 1995) e DSI – Decison Strategies International (Schoemaker, 1992).

Cabe destacar que não se pode considerar a existência de um método ideal, portanto, é prudente que as organizações, que decidam pelo uso de cenários, selecionem dentre os métodos existentes aquele que se constitui como o mais adequado às suas necessidades, considerando aspectos como: o segmento a que pertence a empresa, seu estágio em relação à estratégia vigente, a facilidade de entendimento e aplicação dos modelos, entre outros.

## 2.2. ANÁLISE DE *STAKEHOLDERS* E DO AMBIENTE EMPRESARIAL

As organizações sofrem influência e influenciam diversos agentes que compõem o ambiente em que estão inseridas. Cada vez mais os gestores sentem necessidade de entender quais são essas forças de influência e como podem interagir com os diferentes agentes, conhecidos na literatura como *stakeholders*.

Diversos autores, entre eles Wood (1990), Weiss (1998) e Frooman (1999), referem-se à definição de *stakeholders*, sugerida por Freeman (1984, p. 25) que é amplamente utilizada: “*stakeholders são indivíduos ou grupos que podem influenciar ou serem influenciados pelas ações, decisões, políticas, práticas ou objetivos da organização*”.

A idéia central da abordagem de *stakeholders* é que o sucesso das organizações depende da forma como gerenciam as relações com os grupos (clientes, fornecedores, comunidades, investidores, etc.) que podem afetar a realização de seus objetivos (FREEMAN e PHILIPS, 2002).

Para Freeman (1984), a análise de *stakeholders* é composta, pelo menos, por dois níveis. No primeiro, analisa as diferenças existentes entre os *stakeholders* de uma maneira relativamente isolada; e no segundo, tenta integrar os requisitos específicos dos *stakeholders* em um programa que serve a múltiplos grupos, servindo para o desenvolvimento de estratégias genéricas ou estratégias que poderão atender múltiplas situações e diversos *stakeholders*.

Além da influência dos *stakeholders*, o ambiente organizacional também pode ser bastante condicionado por fatores ambientais. A análise desses fatores, constituídos, entre outros, por elementos sociais, econômicos, políticos e tecnológicos, é conhecida como análise do ambiente. Aguilar (1967) define análise do ambiente como a “*busca de informações sobre eventos e relacionamentos no ambiente externo de uma empresa, que irão auxiliar os executivos principais na tarefa de definir a futura linha de ação da empresa*”.

Para Barbosa (1997), variáveis macroambientais podem exercer influência significativa sobre as oportunidades e operações das organizações. O autor classifica estas variáveis como: demográficas, econômicas, concorrenciais, culturais e sociais, políticas, tecnológicas e legais. Conforme cita o autor, estas forças estão inter-relacionadas, onde qualquer mudança em uma das variáveis pode alterar as outras. Seu controle pelas organizações, também, é relativo, já que o poder das instituições em influenciar o ambiente externo é limitado na maioria das vezes.

### 3. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste estudo, a metodologia de pesquisa adotada foi do tipo exploratória e sua abordagem do tipo qualitativa. A obtenção dos dados necessários à sua execução foi realizada no período de julho a novembro de 2006, contemplando os seguintes recursos: (a) dados secundários, visando obter conhecimentos mais profundos e uma visão mais apurada sobre o setor hospitalar, coletados em revistas, publicações especializadas, informações de órgãos governamentais, internet, entre outros; (b) entrevistas em profundidade amparadas por um roteiro pré-estabelecido e um questionário semi-estruturado, com profissionais ligados ao setor hospitalar, e pertencentes a diferentes grupos de *stakeholders*; e (c) entrevistas estruturadas com os profissionais participantes da etapa anterior e amparada por um questionário estruturado nas informações colhidas na fase anterior.

O método de construção de cenários selecionado ao desenvolvimento deste trabalho se baseia na proposição de Boaventura (2005), que conduz à geração das variáveis-chave de cenários com base na aplicação de fundamentos de métodos já consagrados, da teoria de análise de *stakeholders* e da consideração de variáveis do macroambiente contendo elementos Sociais, Econômicos, Políticos e Tecnológicos (SEPT). Trata-se de uma metodologia apoiada no conceito de Lógica Intuitiva e o fluxograma empregado pode ser observado na Figura 1.

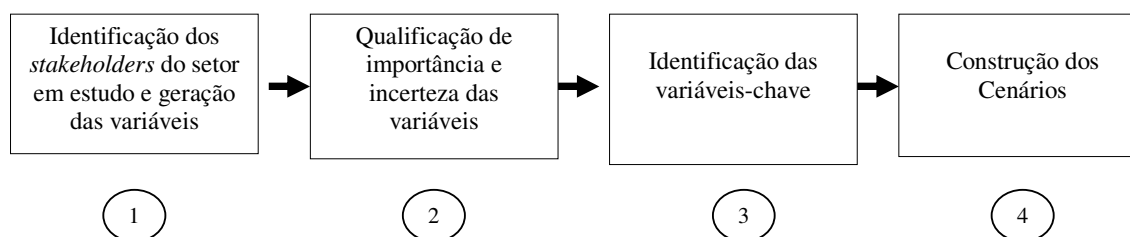


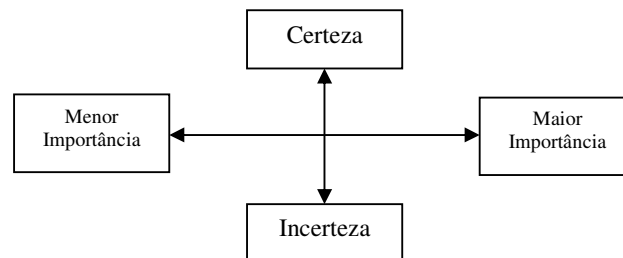
Figura 1. Fluxograma do método utilizado de Boaventura (2005)

### 1) Identificação dos *stakeholders* do setor e geração das variáveis do ambiente de estudo

Esta etapa objetiva identificar por meio de entrevistas em profundidade com profissionais do setor em estudo, quais são os *stakeholders* do setor e quais variáveis de influência são originadas por esses *stakeholders* e por elementos do macroambiente (Sociais, Econômicas, Políticas e Tecnológicas).

### 2) Qualificação de importância e incerteza

Nesta fase, o objetivo é a qualificação das variáveis identificadas na fase anterior em relação a dois atributos: sua importância e sua incerteza. Esta qualificação é obtida com uma segunda rodada de entrevistas com os especialistas que deverão atribuir conceitos às variáveis identificadas na fase anterior, seguindo uma escala pré-estipulada. As variáveis selecionadas são as que representam maior importância no setor em estudo, considerando o conceito de importância e incerteza desenvolvido por Mitroff e Emshoff (1979) e apresentado na Figura 2, em que: a) as variáveis situadas à esquerda são descartadas em função de sua irrelevância no sistema; b) as variáveis situadas na parte direita superior caracterizam tendências potenciais; c) as variáveis situadas na parte direita inferior caracterizam as potenciais incertezas que influenciam o sistema em estudo, porém, não sendo possível saber se ocorrerão.



Fonte: Mitroff e Emshoff (1979)

Figura 2. Gráfico importância e incerteza

### 3) Identificação das variáveis-chave

O objetivo desta fase é a identificação das variáveis-chave do setor. Os especialistas deverão atribuir conceitos em relação à importância e dependência das variáveis selecionadas na fase anterior. Com base nos resultados obtidos, é elaborado o gráfico de influência x dependência, que torna possível identificar as variáveis-chave, considerando a classificação proposta por Godet (2000a), conforme apresentado na figura 3 e detalhado a seguir.

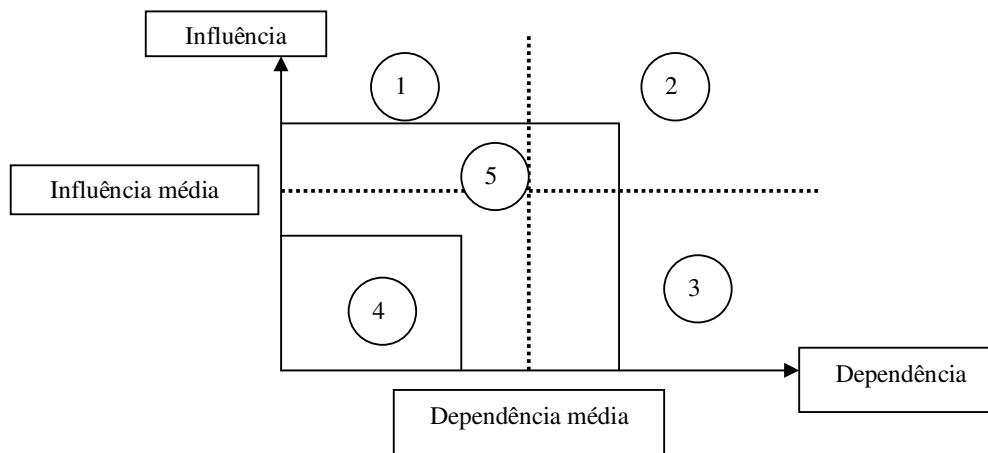


Figura 3. Gráfico influência x dependência

Fonte: Godet (2000a)

Setor 1 – localizam-se as variáveis que explicam e condicionam o sistema. São denominadas “variáveis de influência” e caracterizam-se por possuir alta influência e baixa dependência.

Setor 2 – localizam-se as chamadas “variáveis de transmissão”, que apresentam grande influência e dependência. Ações nestas variáveis são retransmitidas para outras variáveis.

Setor 3 – localizam-se as variáveis que sofrem influência das variáveis dos setores 1 e 2. São chamadas de “variáveis resultantes” e possuem baixa influência e alta dependência.

Setor 4 – localizam-se as variáveis de baixa influência e dependência. Essas variáveis não são determinantes para o sistema e podem ser excluídas da análise.

Setor 5 – localizam-se as variáveis denominadas “meio-termo”. São variáveis sobre as quais nada pode ser afirmado.

#### 4) Construção dos cenários

Com base na classificação das variáveis, considerando seu grau de influência e dependência no setor em estudo, é então desenvolvida a etapa seguinte que se dedica à construção dos cenários futuros.

## 4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 4.1. IDENTIFICAÇÃO DOS *STAKEHOLDERS*

Foram convidados a participar desta pesquisa especialistas do setor hospitalar. Como critério de seleção, levou-se em consideração que estes especialistas pertencessem a diferentes grupos de *stakeholders* do setor em estudo e que, de preferência, exercessem atividades de comando nos grupos a que pertenciam.

O perfil dos especialistas entrevistados correspondeu às seguintes funções: 1) Superintendente Executiva de organização não-governamental (ONG) voltada à área de saúde; 2) Diretor de Relacionamento ao Cliente de empresa de plano de saúde; 3) Membro do Conselho de Administração do Sindicato dos Estabelecimentos em Serviços de Saúde do Estado de São Paulo; 4) Chefe de Depto. de Sistema de Gestão da Qualidade de hospital privado de grande porte; 5) Gerente Administrativa de hospital privado de grande porte; 6) Gerente Distrital de Contas Corporativas de fabricante de material médico-hospitalar líder de mercado; 7) Professora e pesquisadora especializada na área hospitalar; 8) Gerente Regional de Negócios de fabricante de equipamentos médicos líder de mercado; 9) Gerente de Vendas de fabricante de medicamentos de grande porte; 10) Médico Anestesiologista; 11) Gerente do Depto. de Gerenciamento de Risco da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A primeira rodada de entrevistas objetivou identificar quais *stakeholders* compõem o setor hospitalar no Estado de São Paulo. Uma lista sugestiva de *stakeholders* do setor foi fornecida aos entrevistados, ficando claro, porém, que poderiam ser incluídos novos *stakeholders* ou desconsiderados os sugeridos.

A lista sugerida contemplou: Indústrias Farmacêutica, de Equipamentos Médicos e de Material Médico-Hospitalar; Saúde Suplementar; Instituições de Pesquisa; Ministério da Saúde; SUS; Médicos; Pacientes; Sindicatos; ONG's; Instituições Financeiras; Imprensa; Concorrentes; Associações (AHESP, AMB, ANAHP, COREN, etc.); Outros (especificar)

Os *stakeholders* identificados pelos especialistas não divergiram da lista apresentada. Solicitou-se, então, que os especialistas identificassem quais forças de influência os *stakeholders* e segmentos do macroambiente exercem ou poderiam exercer sobre o setor em um período de dez anos. A partir das variáveis apresentadas, fez-se uma avaliação objetivando adequar a descrição das citações que, ditas de forma diferente, tinham o mesmo significado.

#### 4.2. QUALIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

A segunda etapa da consulta se constituiu de entrevistas que objetivaram qualificar as variáveis identificadas na etapa anterior em relação a dois pontos: a) nível de importância das variáveis para o setor; b) nível de incerteza dessas variáveis.

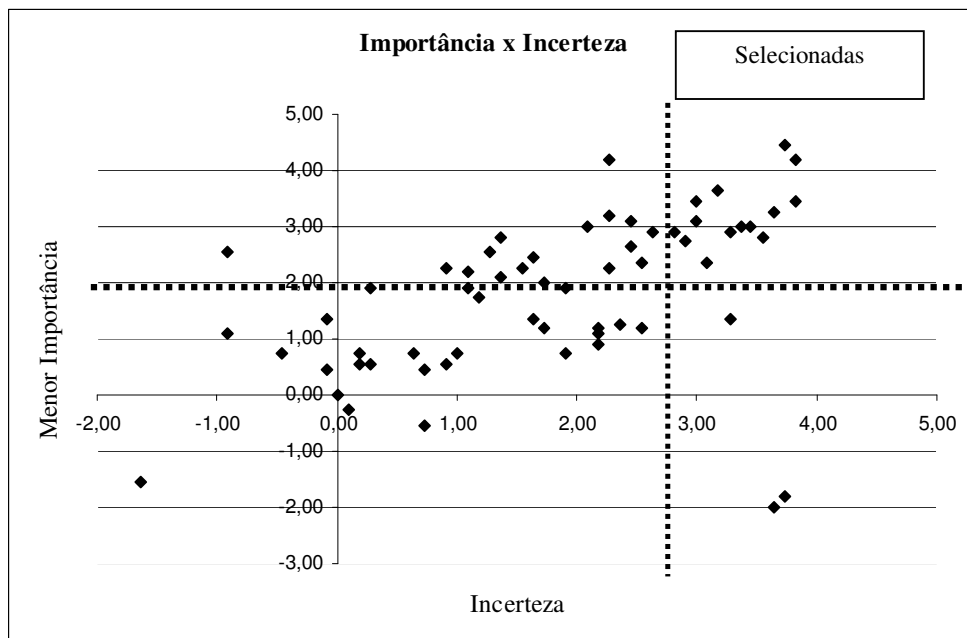


Figura 4.- Gráfico importância x incerteza das variáveis

A classificação em relação à importância permitiu a seleção das variáveis com maior influência sobre o setor, compondo a base para a próxima fase de entrevistas. O atributo incerteza permitiu classificar a natureza das variáveis em tendências e incertezas. Foi possível então a elaboração do gráfico de importância e incerteza, conforme proposto por Mitroff e Emshoff (1979). A Figura 4 demonstra a faixa onde se enquadram as variáveis em relação aos aspectos “importância x incerteza”.

Considerando o critério adotado, 15 variáveis enquadraram-se como mais importantes e adequadas para compor a etapa seguinte, conforme pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1. Principais tendências e incertezas

Concorrentes 1	Forçam a melhoria na infra-estrutura dos hospitais	Tendência
Tecnológicos 1	Novas tecnologias forçam os hospitais a adequarem a infra-estrutura	Tendência
Concorrentes 3	Forçam a profissionalização da gestão dos hospitais	Tendência
Políticos 2	A política governamental priorizará a área de saúde	Incerteza
Econômicos 5	O aumento do poder aquisitivo das classes menos favorecidas resultará em maior acesso aos serviços médicos	Incerteza
Tecnológicos 2	Sistemas integrados de gestão direcionados ao setor hospitalar podem colaborar para uma melhoria na gestão dos hospitais	Tendência
Políticos 1	O orçamento destinado ao setor de saúde será insuficiente para melhoria do sistema público de saúde	Tendência
Pacientes 2	Pressionam por serviços complementares de hotelaria	Tendência
Saúde Suplementar 2	Influenciam o atendimento nas redes próprias	Tendência
Médicos 2	Influenciam no volume de atendimento pela indicação de pacientes	Tendência



Econômicos 4	As altas taxas de juros serão mantidas, dificultando a utilização de linhas de financiamento para expansão e inovação dos serviços.	Incerteza
Sociais 1	Haverá aumento da população idosa, aumentando a demanda no atendimento.	Tendência
Governo 7	Regulamentação da saúde suplementar resultará em mensalidades mais elevadas e conseqüente diminuição do n° de associados aos convênios.	Tendência
Concorrentes 2	Forçam a busca por procedimentos com menor custo	Tendência
Sociais 2	O aumento da população idosa irá forçar os hospitais a readequarem sua infra-estrutura e atendimento	Tendência

#### 4.3. IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS-CHAVE

Na última etapa da consulta aos especialistas, o objetivo foi identificar as variáveis-chave do setor hospitalar com base na relação de 15 variáveis identificadas na fase anterior. Uma nova rodada de entrevistas foi realizada, em que as variáveis foram avaliadas quanto aos graus de influência no setor hospitalar e de dependência existente entre elas. As entrevistas foram conduzidas, considerando um questionário que solicitava aos especialistas a comparação das combinações possíveis entre as 15 variáveis identificadas na fase anterior, apontando para cada par o seguinte:

- (a) qual das variáveis têm maior influência no setor hospitalar;
- (b) se existe relação de dependência entre as variáveis. Se houver a relação, apontar qual variável dá origem a causa da dependência e qual sofre seu efeito. Solicitou-se também que considerassem o grau de dependência entre as variáveis, em uma escala de alta (valor 3), média (valor 2) e baixa dependência (valor 1).

O valor máximo que cada variável poderia alcançar em relação ao quesito influência seria 14, já que houve a comparação com as outras 14 variáveis relacionadas. Para o quesito dependência, o valor máximo atribuído seria 42, pois cada variável poderia sofrer até 14 dependências de alto grau (valor 3).

Com o propósito de elaborar o gráfico “influência x dependência”, as médias obtidas foram normalizadas considerando o seguinte critério: os valores referentes ao aspecto “influência” foram normalizados adotando-se o valor 100 para a variável que obtivesse a pontuação máxima de 14. Para o aspecto “dependência”, atribuiu-se o valor 50 ao valor médio da pontuação de dependência das variáveis. O Quadro 2 demonstra o resultado obtido.

Quadro 2 – Influência e Dependência – médias originais e normalizadas

Variável	INFLUÊNCIA		DEPENDÊNCIA	
	Média	Média Normalizada	Média	Média Normalizada
Concorrentes 1	10,63	75,89	8,63	48,35
Concorrentes 3	9,00	64,29	12,88	72,17
Políticos 1	8,75	62,50	8,63	48,35
Concorrentes 2	8,00	57,14	16,88	94,59
Tecnológicos 1	7,63	54,46	6,88	38,54
Saúde Suplementar 2	7,50	53,57	9,00	50,45
Econômicos 5	6,88	49,11	6,00	33,63
Tecnológicos 2	6,88	49,11	13,50	75,67
Políticos 2	6,75	48,21	12,00	67,26
Pacientes 2	6,75	48,21	10,38	58,16
Sociais 1	6,38	45,54	3,75	21,02
Médicos 2	5,88	41,96	9,38	52,55
Governo 7	5,88	41,96	3,88	21,72
Econômicos 4	5,25	37,50	7,00	39,24
Sociais 2	4,38	31,25	5,00	28,03

Fonte: os autores (2006)

Considerando o resultado obtido pela normalização das médias e desvios-padrão, foi possível elaborar o gráfico de influência e dependência, conforme apontado na Figura 5.

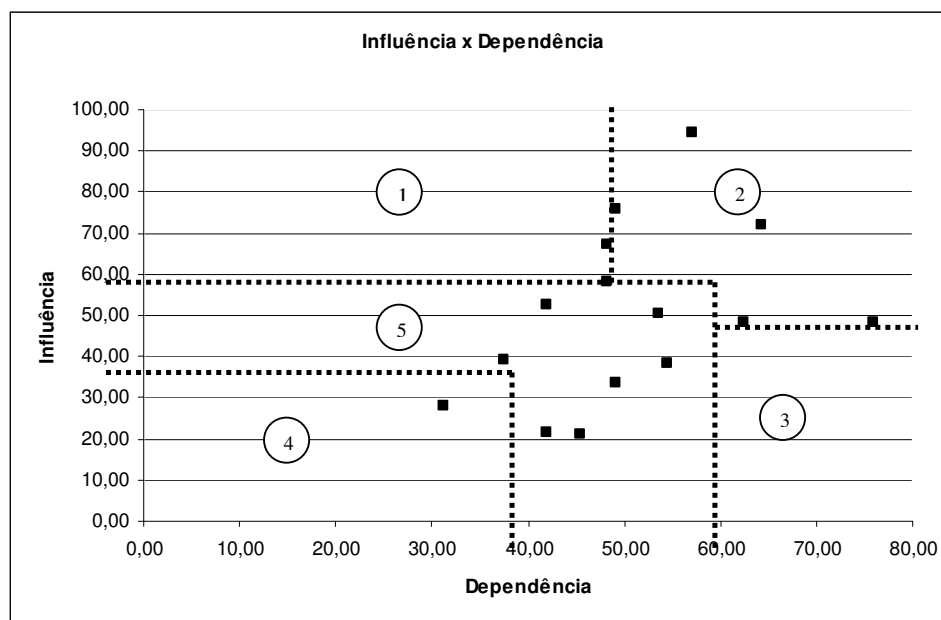


Figura 5 – Gráfico Influência x Dependência

#### 4.4 CONSTRUÇÃO DOS CENÁRIOS

O resultado da terceira etapa apresentou somente duas variáveis-chave e nenhuma delas se classificou naturalmente como incertezas; buscou-se, então, selecionar variáveis que apresentassem relativo grau de importância e incerteza em relação às demais e que não se apresentassem com alto grau de dependência.

Desta forma, avaliando as quinze variáveis de maior importância para o sistema, a variável “Políticos-1” foi selecionada, pois se classificou com um grau de influência de 62,5, um grau de dependência de 48,35 e um nível de incerteza de 2,82. Comparando-a com a variável “Concorrentes-1”, considerou-se o quesito incerteza, como diferencial para escolha, já que a variável “Concorrentes-1”, apesar de apresentar grau de influência superior (75,89) e

o mesmo grau de dependência (48,35), foi classificada com um grau de incerteza de 4,18 (muito provável). A variável “*Concorrentes-3*” foi descartada, pois, embora apresente um grau de influência maior que “*Políticos-1*”, classificou-se com altíssimo grau de dependência (72,17).

A escolha da variável “*Econômicos-5*” deu-se em função da mesma ter apresentado um relativo grau de influência sobre o setor (49,11), um baixo grau de dependência em relação às outras variáveis (33,63) e um alto grau de incerteza (-2).

Assim, as duas variáveis selecionadas para compor os eixos dos cenários são:

- a) “*Aspectos Políticos -1*” = recursos para o setor de saúde
- b) “*Econômicos -5*” = poder aquisitivo da população

O desenvolvimento dos cenários consistiu em considerar como diferentes comportamentos das variáveis levantadas durante esse estudo podem influenciar o setor hospitalar ao longo do período.

Desta forma, a influência dessas variáveis sobre o contexto atual, resultou em diferentes estados finais hipotéticos no ano de 2015.

#### 4.4.1.– CONTEXTO ATUAL DO SETOR HOSPITALAR

A seguir é apresentado um breve contexto em que se encontra o setor hospitalar, objetivando determinar um parâmetro inicial para a construção dos cenários futuros. Esse panorama foi baseado em informações colhidas durante as entrevistas realizadas com os especialistas, bem como em informações levantadas em fontes secundárias. O objetivo foi disponibilizar um parâmetro inicial para a construção dos cenários futuros do setor.

A Federação Brasileira de Hospitais (2006) cita que o setor hospitalar brasileiro possui 7.543 instituições, sendo 2.745 hospitais públicos, 4.671 privados e 127 universitários. Dentro desse universo, o Estado de São Paulo representa um importante centro, com 994 hospitais, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2006).

Em relação ao número de leitos, o setor passou por uma redução significativa em 2005. De acordo com pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) houve uma redução no número de leitos entre 2002 e 2005, passando de 2,7 leitos por mil habitantes para 2,4 leitos por mil habitantes. Este número representa o nível mais baixo dos últimos 30 anos. O setor privado, segundo a pesquisa, é o principal responsável por essa redução com 66,4% dos leitos desativados. Destes, 82,1% pertencem a estabelecimentos conveniados ao SUS. O Estado de São Paulo também apresentou redução significativa, passando de 3,9 leitos por mil habitantes em 1992 para 2,3 leitos por mil habitantes em 2005 (CREMESP, 2006).

Em relação ao orçamento destinado à área de saúde, os valores disponibilizados pelo Governo Federal não têm atingido 2% do PIB. No ano de 2005, o Estado de São Paulo destinou R\$ 4.798,80 milhões à área de saúde. De acordo com o deputado federal Valter Feldman, o Estado de São Paulo é um dos únicos da Federação que aplicam 12% de seus recursos em saúde, conforme determina a Emenda Constitucional nº 29/2000, que estabelece os percentuais mínimos a serem aplicados nos serviços públicos de saúde (REVISTA HOSPITALAR, 2006).

Em pesquisa realizada com os principais hospitais privados da Grande São Paulo pelo Instituto Datafolha, a pedido do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (SINDHOSP), tendo o objetivo de avaliar como estava o relacionamento entre hospitais e planos de saúde, ficou evidenciado que esse relacionamento está péssimo e tende a

deteriorar-se ainda mais. Entre os problemas apontados pela pesquisa, encontram-se: transferência de pacientes para hospitais próprios das operadoras; não pagamento de medicamentos de alto valor; imposição de pacotes com preços fixos sem reajustes; problemas com autorização de guias; atrasos nos pagamentos, entre outros (CREMESP, 2006).

Apesar dos problemas enfrentados pelo setor, existe uma parcela de hospitais que parece não sentir os efeitos destas dificuldades. São hospitais considerados de primeira linha, que têm investido altas somas na modernização de suas instalações e parque tecnológico.

#### 4.4.2 - CENÁRIO 1: “PRIVADO EM DESTAQUE”

O primeiro cenário apresentado é intitulado “Privado em Destaque” e considera que as variáveis-base dos eixos do cenário assumem os seguintes comportamentos: a) uma melhoria no poder aquisitivo da população, possibilitando maior acesso aos serviços médicos; b) redução na destinação de verbas públicas ao setor de saúde. Este cenário considera um período no qual o setor público enfrenta dificuldades e o setor privado vive uma boa situação.

Em 2015, os recursos governamentais destinados ao setor de saúde equiparam-se aos percentuais de 2006, ou seja, aproximadamente 2% do PIB. Os recursos estaduais para o setor de saúde também não apresentam mudanças em relação a 2006, representando, no Estado de São Paulo, 12% de seus recursos.

Os investimentos não são suficientes para atender a demanda do setor público, que é incrementada, entre outros fatores, pelo aumento do número de idosos que, em 2015, chega a 11% da população. Os hospitais da rede pública encontram-se sucateados pela falta de investimento em infra-estrutura e tecnologia, sendo obrigados a suspender boa parte dos procedimentos de média e alta complexidades.

Como forma de amenizar a incapacidade do setor público no atendimento à população, o governo oferece pacotes atraentes para que o setor privado passe a administrar parte dos hospitais públicos de médio e pequeno porte. Além dos benefícios fiscais, são oferecidas facilidades para aquisição de tecnologia com isenção de impostos e financiamentos a longo prazo com taxas de juros atraentes.

O ano de 2015 apresenta um desempenho regular da economia, incrementando o nível de emprego e melhorando o poder aquisitivo da população. Em decorrência desse contexto, a demanda pela utilização dos hospitais privados, também, é alavancada pelo aumento do número de beneficiários de contratos empresariais de planos de saúde. O número de beneficiários da saúde suplementar no Estado de São Paulo é 20% maior em relação a 2006.

O número de leitos é expandido e atinge uma média de três por mil habitantes. O percentual de atendimento do público usuário do “SUS” pelo setor privado atinge uma média de 80%.

O setor hospitalar privado sofre um processo de profissionalização de sua gestão, em virtude do aumento da concorrência. Esta tendência pressiona as instituições a procurar alternativas para manter e atrair os usuários.

A diminuição dos custos dos hospitais privados não estimula os planos de saúde a direcionar pacientes para uso de seus hospitais e centros diagnósticos próprios, bem como a expansão desses serviços. Há uma migração desses pacientes aos hospitais privados, resultando em melhora no índice de ocupação de seus leitos e utilização de seus centros diagnósticos, revertendo em aumento de receita.

#### 4.4.3. CENÁRIO 2: “ALTA PERFORMANCE”

O segundo cenário apresentado é intitulado “Alta Performance” e considera que as variáveis-base dos eixos do cenário assumem os seguintes comportamentos: a) melhoria no poder aquisitivo da população, possibilitando maior acesso aos serviços médicos; b) incremento na destinação de verbas públicas ao setor de saúde. É um cenário que considera um período de melhorias em relação à situação atual, tanto aos hospitais públicos como aos privados.

No ano de 2015, os recursos federais destinados ao setor de saúde representam 8% do Produto Interno Bruto (PIB) do País. O incremento de verbas por parte do Governo Federal, aliado ao investimento estadual que é mantido em, no mínimo 12%, possibilita ao setor público de saúde do Estado de São Paulo oferecer um atendimento de qualidade, atendendo a demanda e disponibilizando infra-estrutura adequada e tecnologia atualizada.

Os valores de repasse do Sistema Único de Saúde estão adequados em níveis que possibilitam cobrir os custos dos procedimentos e gerar receita para investimentos em infra-estrutura e tecnologia. O setor primário de saúde, representado pelos centros e postos de saúde, passa a ser a “porta de entrada” do setor de saúde, desonerando os hospitais desse tipo de atendimento.

O País atravessa uma situação econômica favorável em relação a 2006. O crescimento do PIB é de 6% ao ano. A produção industrial encontra-se aquecida, e a taxa de desemprego é de 8% no Estado de São Paulo.

A melhoria na situação econômica, comparando-a com o ano de 2006, possibilita o acesso de nova parcela da população aos serviços hospitalares por intermédio dos planos de saúde coletivos. O número de beneficiários da saúde suplementar no Estado de São Paulo é 30% maior em relação a 2006.

A maior demanda pelos serviços médicos, acompanhada de repasses mais atraentes do SUS, estimula o aumento do número de leitos que alcança o patamar recomendado pela Organização Mundial da Saúde de três leitos por mil habitantes.

A regulamentação da saúde suplementar é reformulada pela Agência Nacional de Saúde (ANS). O número de operadoras sofre aumento de aproximadamente 20% em relação a 2006. As novas regras não contemplam o controle das mensalidades pelo governo. Fatores como o aumento do número de operadoras, a melhor estrutura do sistema público de saúde, hospitais privados oferecendo atendimento e estrutura diferenciada incrementam a concorrência no setor de saúde suplementar, possibilitando aos hospitais negociar melhores condições contratuais com o setor.

No setor hospitalar, a concorrência, também, é acirrada. A parcela de hospitais que oferece além de competência no atendimento médico, serviços diferenciados de hotelaria para pacientes e acompanhantes, representa aproximadamente 60% da rede privada instalada. A situação leva a uma onda de profissionalização da gestão dos hospitais que, por sua vez, resulta em uma melhora na equação de resultados assistenciais e financeiros.

#### 4.4.4 – CENÁRIO 3: “ESTADO DE COMA”

O terceiro cenário apresentado é intitulado “Estado de Coma” e considera que as variáveis-base dos eixos do cenário assumem os seguintes comportamentos: a) queda no poder aquisitivo da população, dificultando o acesso aos serviços médicos; b) redução na destinação de verbas públicas ao setor de saúde. É um cenário que considera um período de dificuldades, tanto aos hospitais públicos como aos privados.

A situação econômica é recessiva e o resultado do PIB não ultrapassa 1,5%. O setor público de saúde encontra-se sucateado, sem condições de manter e inovar o parque tecnológico em virtude da redução das verbas federais que não chegam a atingir 1,5% do PIB. Os recursos estaduais destinados à saúde apresentam uma queda de 50% em relação a 2006, representando 6% dos recursos do estado.

Os valores pagos pelo Sistema Único de Saúde encontram-se congelados a cinco anos, o que leva a um resultado negativo médio de 90% entre os valores de repasse do SUS e os custos dos procedimentos hospitalares.

O setor primário de saúde, representado pelos centros e postos de saúde, está deteriorado pela diminuição de verbas governamentais, onerando ainda mais os hospitais com o atendimento primário, o que eleva seu custo.

A taxa de desemprego aumenta em 20% em relação a 2006, dificultando o acesso da população aos serviços hospitalares cobertos pela saúde suplementar. O número de beneficiários do setor apresenta-se reduzido em 15% no Estado de São Paulo em relação a 2006.

O setor hospitalar privado vê-se obrigado a atender pacientes oriundos do “SUS” por determinação legal, o que gera prejuízos. A obrigatoriedade acarreta um aumento significativo da dívida dos hospitais, resultando no fechamento de boa parcela de hospitais de médio e pequeno portes.

A saúde suplementar, em decorrência da diminuição de leitos e queda na qualidade de atendimento dos hospitais contratados, incrementa a utilização de serviços próprios, o que reduz em 20% o uso de serviços contratados no setor hospitalar. As operadoras de planos de saúde endurecem ainda mais as negociações com os hospitais privados, impondo tabelas de preços, de acordo com a realidade de custos de seus hospitais próprios, o que leva a uma queda no faturamento das instituições.

#### 4.4.5 – CENÁRIO 4: “PÚBLICO EM DESTAQUE”

O quarto e último cenário é intitulado “Público em Destaque” e considera que as variáveis-base dos eixos do cenário assumem os seguintes comportamentos: cenário a) redução no poder aquisitivo da população, dificultando o acesso aos serviços médicos do setor privado; b) incremento na destinação de verbas públicas no setor de saúde.

No ano de 2015, os recursos federais destinados ao setor de saúde representam 8% do Produto Interno Bruto (PIB) do País. O aumento do repasse de verbas públicas possibilita ao setor público atender a população em seu direito constitucional de acesso à saúde. O incremento de verbas por parte do Governo Federal, aliado ao investimento estadual que é mantido em, no mínimo 12%, possibilita ao setor público de saúde do Estado de São Paulo oferecer um atendimento de qualidade, atendendo a demanda e disponibilizando infraestrutura adequada e tecnologia atualizada.

Os valores de repasse do Sistema Único de Saúde estão adequados em níveis que possibilitam, além de cobrir os custos dos procedimentos, a geração de receita para investimentos em infra-estrutura e tecnologia. O setor primário de saúde, representado pelos centros e postos de saúde, passa a ser a “porta de entrada” do setor de saúde, desonerando os hospitais desse tipo de atendimento.

O País atravessa uma situação econômica parecida com o ano de 2006. Em 2015, o crescimento do PIB mantém-se em 2,5% ao ano. A produção industrial encontra-se estagnada

e a taxa de desemprego é de 18% no Estado de São Paulo, o que não favorece a expansão do número de beneficiários de planos de saúde empresarial.

A construção de novos hospitais públicos, o aparelhamento e a reforma dos já existentes, reverte o maior volume de atendimento “SUS” ao setor público, que passa a representar 75% desse atendimento.

A diminuição na utilização da rede privada para atendimento de pacientes usuários do SUS, acarreta uma perda de aproximadamente 40% no faturamento dos hospitais filantrópicos. Como consequência, a rede hospitalar filantrópica volta seu atendimento aos pacientes particulares e de planos de saúde.

Dentro desse contexto, as operadoras de planos de saúde endurecem ainda mais as negociações com os hospitais privados, impondo tabelas de preços, de acordo com a realidade de custos de seus hospitais próprios, o que leva a uma queda no faturamento das instituições.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou o desenvolvimento de cenários alternativos futuros para o setor hospitalar no Estado de São Paulo e metodologia utilizada pautou-se no conceito de Lógica Intuitiva, onde a coleta de dados por intermédio de entrevistas com especialistas de distintos grupos de *stakeholders* do setor hospitalar mostrou-se eficiente para identificar diversos aspectos que exercem influência sobre o setor. Entre outras razões, pode-se inferir que a composição eclética dos especialistas selecionados tenha contribuído para essa eficiência.

Com relação ao setor hospitalar, pôde-se verificar um equilíbrio na origem das principais variáveis que exercem influenciam sobre o mesmo, já que, dentre as 15 principais forças de influências, 08 originaram-se de elementos do macroambiente e 07 originaram-se de *stakeholders* do setor. Um outro ponto a ser destacado é a classificação das variáveis originadas pelo *stakeholder* “concorrentes”, em que, além de situarem-se entre as consideradas mais influentes, representou 03 diferentes variáveis entre as 15 principais levantadas durante o estudo. A preocupação demonstrada com as possíveis influências que a concorrência pode exercer sobre o setor pode significar que os hospitais começam a se preocupar em “enxergar” a prestação de serviços de uma maneira mais profissional.

Como possibilidade futura de estudo, pode-se considerar a realização de um trabalho que contemple a construção de cenários específicos para as diferentes realidades em que se enquadram os hospitais, ou seja, cenários distintos aos setores público e privado.

## 6. REFERÊNCIAS

AGUILAR, F.J. Scanning the business environment. New York: The Macmillan Company, 1967.

BARBOSA, Ricardo Rodrigues. Monitoração ambiental: uma visão interdisciplinar. Revista de Administração da Universidade de São Paulo, v. 32, n. 4, p. 42-53, 1997.

BOAVENTURA, João Maurício Gama. Desenvolvimento de um método para gerar as variáveis-chave de cenários: um ensaio no setor de automação comercial no Brasil. 24º EnANPAD, Brasília, set. 2005.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br> – acesso em 23/09/06.

CREMESP - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: [www.cremesp.org.br?siteAção=Noticias&id=552](http://www.cremesp.org.br/siteAção=Noticias&id=552). Acesso em 14/09/06.

- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. Disponível em: [www.fbh.com.br/index.php?a=inf\\_estat.php](http://www.fbh.com.br/index.php?a=inf_estat.php) – acesso em 20/09/06.
- FREEMAN, R. Edward. Strategic management: a stakeholder approach. Boston: Pitman, 1984.
- FREEMAN, R. Edward; PHILIPS, Robert A. Stakeholder theory: a libertarian defense. Business Ethics Quarterly, v. 12, n. 3, p. 331-349, 2002.
- FROOMAN, Jeff. Stakeholder influence strategies. Academy of Management Review, v. 24, n. 2, p. 191-205, 1999.
- GEORGANTZAS, Nicholas C.; ACAR, William. Scenario-driven planning: learning to manage strategic uncertainty. Westport, Connecticut: Quorum Books, 1995.
- GODET, Michel. The art of scenarios and strategic planning: tools and pitfalls. Technological Forecasting and Social Change, v. 65, p. 3-22, 2000.
- \_\_\_\_\_. A caixa de ferramentas da prospectiva estratégica. Lisboa, CEPES, 2000a.
- MALIK, Ana Maria; PENA, Fabio Patrus Mundim. Administração estratégica em hospitais. 3º Encontro de Estudos Organizacionais – ENEO. São Paulo, junho 2004.
- MASINI, Eleonora B. A vision of futures studies. Futures, v. 33, p. 249-259, 2002.
- MASON, David H. Scenario-based planning: decision model for the learning organization. Planning Review, v. 22, p. 6-11, 1994.
- MILLETT, Stephen M. Battelle's scenario analysis of a european high-tech market. Planning Review, v. 20, n.2, p. 20-24, 1992.
- MITROFF, Ian I.; EMSHOFF, J. R. On strategic assumption-making: a dialectical approach to policy and planning. The Academy of Management Review, vol. 4, n.1, p. 1-12, 1979.
- REVISTA HOSPITALAR. Disponível em: [www.hospitalar.com/imprensa/not1858.html](http://www.hospitalar.com/imprensa/not1858.html) - acesso em 22/09/06.
- RINGLAND, Gill. Scenarios in business. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, 1998.
- SCHWARTZ, Peter. A arte da visão de longo prazo. São Paulo: Nova Cultural, 2000.
- SCHOEMAKER, Paul J.H. How to link strategic vision to core capabilities. Sloan Management Review, Fall, 1992, p. 67-81.
- SLAUGHTER, Richard A. From forecasting and scenarios to social construction: changing methodological paradigms in future studies. Foresight, v. 4, p. 26-31, Jun 2002.
- WEISS, Joseph W. Business ethics: a stakeholder and issues management approach. 2ª. ed. Forth Worth, Texas: Dryden Press, 1998.
- WILSON, Ian H. Mental maps of the future: an intuitive logics approach to scenarios. In: FAHEY, Liam; RANDALL, R. M. Learning from the future. New York: John Wiley & Sons, 1998.
- WOOD, Donna J. Business and society. Pittsburgh: Harper Collins, 1990.