

## O Desafio do Uso da Administração Estratégica na Gestão Hospitalar: Uma análise Comparativa Brasil e EUA.

José Carlos Beker

(UNESA)

beker@wb.com.br

Ruben Huamanchumu Gutierrez

(UFF)

rubenhg@uol.com.br

### RESUMO

*Este artigo é um estudo sobre a análise comparativa realizada por Malik (2003) acerca do processo de construção da administração estratégica em hospitais de Atlanta (EUA) e São Paulo (Brasil) na ótica dos gestores dos respectivos hospitais. A análise das diversas abordagens utilizadas 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 da área de saúde, brasileira e americana, os desafios que os gestores devem lidar e estar preparados.*

**Palavras-Chave:** *Estratégia. Administração Estratégica; Gestão Hospitalar*

### 1. INTRODUÇÃO

São significativas as mudanças que vêm ocorrendo ultimamente no mundo na indústria da saúde. De um lado a pressão crescente da demanda e os esforços pela universalização do acesso aos serviços de saúde. Na outra ponta, o acelerado desenvolvimento e inovação tecnológica da área médica, influenciando o crescimento dos custos básicos do setor com índices cada vez mais elevados, despontando dos demais setores da economia.

No estudo de MALIK (2003), analisaram-se os sistemas de saúde vigentes no Brasil e nos EUA, constatou-se significativas diferenças, no financiamento, na prestação de serviços e no acesso da população usuária. Com isso, observa-se problemas semelhantes em ambos os sistemas, como: dificuldades na contenção de custos, dificuldades no atendimento da demanda crescente pelos serviços de saúde, desequilíbrio entre a demanda e a capacidade instalada, dificuldades na otimização de recursos financeiros e na definição de padrões de qualidade.

MALIK (2003) argumenta que, para enfrentar esses problemas, o discurso vigente nas organizações de saúde nos EUA mostra a vasta experiência em diferentes abordagens da administração estratégica, enquanto que o Brasil apresenta, de maneira geral, a incipiente formação dos gestores hospitalares, bem como a precária pesquisa de novas técnicas, e o lento desenvolvimento de métodos gerenciais profissionais.

A análise das diferentes abordagens estratégicas adotadas pelos hospitais dos EUA 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 gestão hospitalar.

Assim sendo, o presente artigo procurou fazer uma análise sobre o estudo de MALIK (2003), voltado para analisar como os hospitais do Brasil e dos EUA desenvolvem suas estratégias para o futuro e como os gestores dessas instituições percebem esse processo.

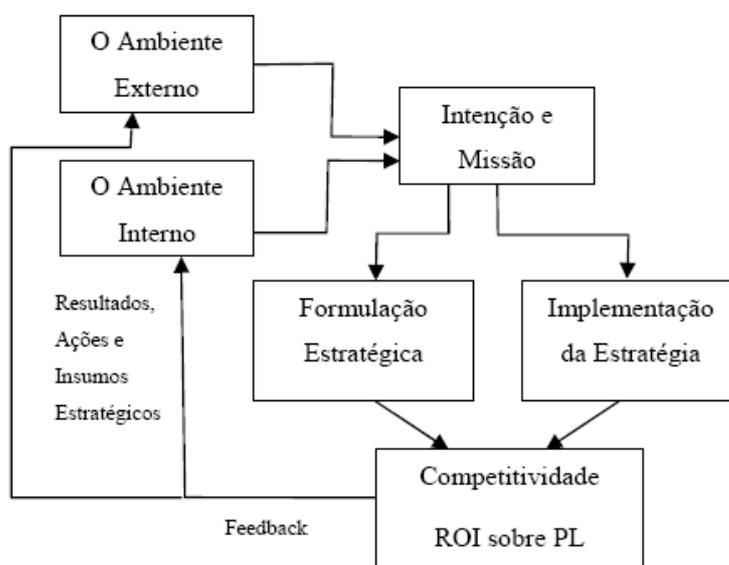
### 2. CONCEITO DE ESTRATÉGIA

Segundo GIMENEZ E MINTZBERG (1996), dentro da volumosa literatura sobre estratégia, não há uma definição universalmente aceita. Para eles a estratégia é um conjunto integrado e coordenado de compromissos e ações, cujo objetivo é explorar as competências essenciais e alcançar uma vantagem competitiva. Trata-se de um padrão ou plano que integra os principais objetivos e políticas da organização e forma uma seqüência de ações como um “todo” único. Tais definições caminham para o estabelecimento de ações premeditadas, ou seja, planejadas para atingir determinado objetivo, seja uma vantagem ou o estabelecimento de uma política.

Diferente das definições acima, MINTZBERG (1996), um dos maiores críticos da escola baseada no planejamento, destaca que a estratégia realizada é diferente da planejada, já que sofre influências dos padrões existentes, e muitas vezes há ausência de intenções. Para definir estratégia, MINTZBERG (1996) teve que adotar uma visão eclética, com cinco diferentes perspectivas: (1) Plano; (2) Estratagema (truque) (3) Padrão; (4) Posicionamento e; (5) Perspectiva, dessa maneira o autor acredita que o entendimento sobre como a estratégia que se forma, é facilitado, pois ele acredita que estratégia não segue uma única linha de definição.

Para HITT (2002), o processo de administração estratégica é representado pelo elenco completo de compromissos, decisões e ações necessárias para que uma empresa alcance a competitividade estratégica necessária para auferir retorno financeiro superiores à média do setor.

Figura 1 – Processo de administração estratégica



FONTE: Hitt, 2002

Conforme LONGENECKER (1998), um gestor precisa decidir sobre as alternativas e desenvolver sua estratégia básica após examinar as oportunidades, riscos e recursos; no entanto, não basta somente a criação, o gestor deve constantemente avaliar suas estratégias em novas rodadas de discussões. Para LONGENECKER (1998) existe uma contradição, pois normalmente o perfil do criador de estratégias, como um empreendedor, não está acostumado, em sua maioria, à investigação sistemática exigida para este caso.

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 a evolução. 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, seguida 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 que será 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 as 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.

### **3. ESTRATÉGIA E PLANEJAMENTO NO SETOR DE SAÚDE**

O debate no setor de saúde brasileiro é caracterizado pela questão da precedência entre administração e planejamento. Segundo TESTA (1993) além de todas as funções apresentadas na literatura técnica, o planejamento deveria também estimular o crescimento e as possibilidades de mudança. Para TESTA (1993) a inseparabilidade entre meios e fins, torna o planejamento um espaço de produção. Identifica no levantamento que o planejamento é com frequência visto como um ritual, sem sentido próprio e com predomínio da lógica instrumental. Uma das alternativas, 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. Este planejamento no Brasil, principalmente, aparece no marco da Reforma Sanitária dos anos 1980 e se fortalece na vigência do SUS.

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. Na década de 1970 começou a tomar corpo uma crítica que rompeu com estes preceitos e começou a falar em planejamento estratégico. A partir de 1975 começa a se explicitar o caráter político do planejamento. Durante a década de 1980 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, por meio de cursos de pós-graduação em todo 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 citados, 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: o resgate do potencial comunicativo do planejamento estratégico proposto por RIVERA (1989); o subsídio do planejamento estratégico para a gestão democrática na ótica de MERHY (1995); o aprimoramento de uma técnica de planejamento, na perspectiva de CECÍLIO (1997) e o planejamento frente às teorias da complexidade proposto por CHORNY (1990).

#### **4. INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA**

Para MALIK (2003) em seu estudo exploratório de grandes hospitais, localizados em Atlanta, EUA e em São Paulo, Brasil. A pesquisa baseou-se na visão de altos executivos dos hospitais selecionados para a amostra, obtida 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 organização. MALIK (2003) realizou a análise dos questionários utilizando-se de métodos qualitativos.

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 (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 saúde. No Brasil, a amostra incluiu 3 hospitais e uma organização financiadora de serviços de saúde.

A pesquisa realizada por MALIK (2003) visava avaliar o estado atual do desenvolvimento e da implantação da administração estratégica em hospitais dos EUA (região metropolitana de Atlanta) e do Brasil (região metropolitana da Grande São Paulo). A partir das entrevistas realizadas obteve-se uma visão geral que demonstrou que as organizações cujos gestores foram entrevistados nos EUA estavam mais envolvidas no processo que as brasileiras. Não necessariamente a Geórgia/EUA e a região metropolitana de Atlanta são comparáveis com São Paulo/BR e a região metropolitana da capital, em termos da relevância para a economia de cada um dos países considerados, mas isto não impediu a constatação realizada.

Na perspectiva de MALIK (2003) uma das questões que chamou a atenção durante a análise das respostas aos questionários foi o discurso “politicamente correto”, adotado principalmente entre os brasileiros.

Para MALIK (2003), no Brasil não é socialmente aceitável a saúde ser tratada como negócio, e o hospital ser visto como empresa, o 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 burocratas 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 todos os argumentos as justificativas variam, mas já existe claramente compreensão de ambos os lados.

O planejamento como um procedimento formal que ajuda a traduzir a estratégia pretendida numa estratégia realizada, também foi verificado na pesquisa, pelo menos em termos de intenções. De maneira contemporânea, no Brasil, o Programa Nacional da Qualidade, 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.

## 5. RESULTADOS DA PESQUISA

### 5.1 ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA NA ÁREA DA SAÚDE

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 EUA 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 do estudo realizado por MALIK (2003) trazem algumas evidências que chamam a atenção. 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 outras duas, 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 prazo.

### 5.2 OS HOSPITAIS E O CONCEITO DE VISÃO, MISSÃO E VALORES

Conforme o estudo de MALIK (2003) a diferença básica entre os hospitais brasileiros e os americanos é que todos os americanos têm definida a sua missão, sua visão e seus valores organizacionais, partindo de um processo formal de planejamento estratégico bastante padronizado. Segundo o autor, 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, é o foco na comunidade, muito presente na realidade hospitalar norte-americana. No Brasil, este assunto começou a ser introduzido nos hospitais filantrópicos. Hoje segundo BARBOSA (2002) a filantropia se transformou em questão conjuntural, deveria estar mais próxima do discurso encontrado.

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 planejado encontramos: a expansão de leitos para o atendimento à mulher, agregar outras especialidades como cardiologia e oncologia, o

aumento no atendimento da comunidade, ampliando serviços em áreas sem cobertura e o aprimoramento na operação dos leitos, com melhora nos indicadores.

As definições estratégicas dos hospitais brasileiros não são claras ou explicitadas como os americanos, mas o fato de serem comuns naqueles de mesma cultura, fala a favor da utilização deste instrumento do planejamento como mecanismo de homogeneização interna, conduzidos por agentes externos com formação semelhante ou por internos, também preparados nas mesmas fontes.

### 5.3 O CONCEITO DE EXCELÊNCIA

Para MALIK (2003), o conceito de excelência entre as organizações de saúde é um discurso do politicamente correto, e aparece nas respostas relacionadas a ética, inclusão, acesso, respeito e vínculo com a comunidade, mais explícita e mais difundida nos EUA que no Brasil. O fato de duas das organizações brasileiras afirmarem não ter seu planejamento explicitado, pode mostrar: 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.

### 5.4 A QUESTÃO DOS CUSTOS

Conforme a pesquisa de MALIK (2003), a preocupação com custos foi bastante manifestada, por todos os hospitais, como a necessidade de otimização de leitos, a redefinição de processos administrativos, controles orçamentários e etc. Isto contribui para reafirmar o material encontrado na revisão bibliográfica sobre planejamento na saúde no continente latino americano. CHORNY (1990) apresentam e criticam a possível tendência de enfatizar a eficiência administrativa, às vezes, em detrimento da assistência. Isto é um exemplo, como se observa nas respostas dos hospitais norte-americanos, de quanto eles valorizam o “bottom line” (o ponto entre lucros e perdas) para desenvolver o processo de planejamento. Ou, como se observa num depoimento, “*no margin, no mission*”, ou seja, a receita tem de cobrir, no mínimo, os custos da operação. Formula compreensível em relação a empresas. No entanto, esta frase foi título de um artigo do Journal of Health Care Finance. MELIONES (2001).

Tanto no Brasil quanto nos EUA se verifica, conforme os depoimentos uma intenção de diversificar os negócios, desde à busca de excelência em uma nova especialidade ou no aumento das atividades desenvolvidas. Uma diferença importante nestas possibilidades de desenvolvimento, inclusive de diversificação, foi a explicitação do conceito de linhas de cuidado pelos entrevistados de Atlanta/EUA. No modelo assistencial norte-americano ele aparece como 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 ligados ao setor público, portanto sem a preocupação prioritária com receita/despesa. Pelo contrário, a lógica é a da inclusão dos pacientes e a desalienação do trabalhador em relação a seu trabalho CECILIO (1997).

### 5.5 AS LINHAS DE CUIDADOS E OS RECURSOS HUMANOS

Na pesquisa de MALIK (2003) constatou-se que para os respondentes dos EUA, as linhas de cuidado aparecem como 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.

Para MALIK (2003), a carência de recursos humanos, mencionada em qualquer discussão de executivos brasileiros da área hospitalar voltada a 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 desenvolvem atividades em condições não adequada, agradáveis ou atraentes em termos de remuneração. Não é uma política organizacional de recursos humanos que vai resolver esta situação nos 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 EUA, 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 na sua área de atuação.

## 5.6 RELACIONAMENTO ENTRE CLIENTES, FUNCIONÁRIOS E MÉDICOS

Para MALIK (2003), este item aparece com mais ênfase nos EUA que no Brasil. Os clientes e a comunidade fazem parte dos critérios de avaliação externa voltada à excelência (PNQ no Brasil ou Baldrige Award nos EUA), o que pode justificar a diferença, uma vez que este tipo de prática é muito mais difundida naquele país.

Na pesquisa de TELES (2003), com 14 executivos entrevistados, verificou-se que doze concordaram pelo menos parcialmente que as 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 frequência, menor no Brasil. É interessante notar que pacientes e funcionários nos depoimentos norte-americanos aparecem como prioridade a sua satisfação e no caso dos médicos o relacionamento, evidenciando uma diferença notável no âmbito do reconhecimento.

## 5.7 INDICADORES E BENCHMARKING

De acordo a pesquisa, estes itens foram mais citados nos EUA que no Brasil, talvez 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 do SUS, levando a uma possível distorção PALMER (1998). No Brasil, os diretores de hospitais não 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, e 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 coerentes, 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, já acompanha este sistema de análise desde 2003. No entanto, se *benchmarking* tem a ver com a definição das melhores práticas, cabe a cautela de não, necessariamente, trata de indicadores a copiar, e sim de retratos da realidade.

## 5.8 GERENCIAMENTO DE PROCESSOS MÉDICOS

Nos EUA, depois da vigência do *managed care* se tornou prática tida como corrente, mesmo que não desempenhada com a frequência esperada ou desejada, seja pelos gerentes hospitalares seja pelos financiadores. No Brasil, salvo engano, 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.

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 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 EUA, no entanto, é vista como alternativa para a otimização das práticas gerenciais. Não está claro se os resultados de longo prazo serão o que se espera, mas os financiadores, principalmente, prescrevem estas práticas de maneira a controlar e a reduzir os custos desnecessários.

## 5.9. ORÇAMENTO, CENTRALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO

No orçamento, todos os hospitais brasileiros entrevistados afirmam utilizá-lo como instrumento de gestão, seja como base para definição de metas para o ano seguinte ou seja para o repasse de verbas pelo governo, no caso de hospital público. Os gestores afirmam comprometimento com o modelo descentralizado, e descrevem a 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.

O modelo norte americano é um híbrido entre o centralizado e descentralizado. Se por um lado cada área é ouvida na definição, por outro as premissas econômico-financeiras, baseadas 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, está em desenvolvimento o desenho descentralizado, que obriga um processo mais longo, porque ele não pode se concluir num único ciclo.

Entre as respostas brasileiras a descentralização/centralização ficou explícita, como questão a solucionar. No caso americano, 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. 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 de forma explícita, pois interfere no resultado final.

Os executivos de ambos os países foram questionados sobre sua percepção em relação a seus desafios para o presente e para o futuro. 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: a área de gestão hospitalar ou da 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.

Para os brasileiros, as questões relacionadas com o mercado se referem em grande parte ao aumento da competitividade, à ameaça dos concorrentes e ao relacionamento com as fontes pagadoras, explicitando a percepção de que o mercado de saúde está se organizando, principalmente considerando seu relacionamento com as fontes pagadoras, seja o SUS ou as operadoras privadas, sob pena de perderem possibilidade de investimento e levando a 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 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.

Para enfrentar este problema, a resposta 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. Nesse país o aumento da demanda também se relaciona ao envelhecimento da população, mas também com a especificidade do estado no qual foi feita a pesquisa, onde tem ocorrido aumento populacional de até 10% anual.

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.

Os americanos se preocuparam com a 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 EUA foi mais sofisticada, tentando desenhar uma equação na qual entra o número decrescente de recursos humanos, o financiamento mais restrito, e a demanda maior por procedimentos caros e incorporação de tecnologia onipresente. De fato, a percepção do quadro completo desta realidade no Brasil ainda é incipiente. 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.

Também faz parte das preocupações dos gestores americanos, no 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.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de um cenário no qual a saúde – a prestação de assistência – seja um valor social, com base no planejamento, ainda não está firmada nas realidades estudadas. As diferentes modas em planejamento e gestão não evoluem necessariamente nesse caminho, pois os dilemas e desafios que o sistema de saúde enfrenta são muito complexos e comuns a diferentes países.

Talvez a bibliografia da saúde, que defende como objeto privilegiado do planejamento a saúde, seja o caminho a ser trilhado, mas nem a eficiência nem a eficácia podem ser esquecidas nestes processos.

Os principais desafios são: (a) fazer escolha certa num ambiente em que a velocidade da geração de conhecimentos, são transitórias, e maior que o enriquecimento das nações; (b) propor estratégias capazes de adequar e alinhar os interesses individuais e coletivos; (c) educar e atribuir ao cidadão a responsabilidade pela sua saúde; (d) conciliar as diferenças sociais e econômicas ameaçada pelo alto custo do acesso a assistência.

Assim a responsabilidade social como forma de satisfazer acionistas não é suficiente quando há cidadãos alijados do progresso que a sociedade obteve. Aí temos um desafio para o futuro, ao qual os gestores e gerentes de saúde deverão dar resposta.

## 7. REFERÊNCIAS

BARBOSA, Pedro Ribeiro, PORTELA, Margareth Crisóstomo et al. Hospitais Filantrópicos no Brasil. Rio de Janeiro, BNDES, 2002

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. - 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.

GIMENEZ, Fernando A. Escolhas Estratégicas e Estilo Cognitivo: um Estudo com Pequenas Empresas. Revista de Administração Contemporânea (RAC) ISSN 1415-6555, v. 2, n. 1 jan./abr., 1998.

HITT, Michael A.; Ireland, Duane R.; HOSKISSON, Robert E. Administração estratégica. Tradução: José Carlos B. dos Santos e Luiz Antonio P. Rafael. Revisão: Moacir Miranda Oliveira Jr. São Paulo: Thomson, 2002. ISBN 85-221-0270-8

LONGENECKER, Justin G; MOORE, Carlos W; PETTY, J. William. Administração de Empresas: Ênfase na Gerência Empresarial. Tradução: Maria Lucia G. L. Rosa e Sidney Stancatti. Revisão: Roberto Luís Margatho Glingani. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 1997. ISBN 85-346-0706-0.

MALIK, Ana Maria; PENA, Fabio Patrus Mundim. Administração Estratégica em hospitais. Relatório de Pesquisa Nº 21/2003. EAESP/FGV/NPP - núcleo de pesquisas e publicações.

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.

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

MINTZBERG, Henry; QUINN, James B. *The strategy process*. 3. ed. São Paulo: Prentice Hall, 1996. ISBN 0-13-234030-5

PALMER, Heather. Using health outcomes data to compare plans, networks and providers. *International Journal for Quality in Healthcare*, vol 10 (6), 477- 83, 1998.

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

TELES, João Pedro. *Administração estratégica de hospitais*. São Paulo, FGV-EAESP, Dissertação de Mestrado, 2003.

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