



**ARLETE APARECIDA DE ABREU**

**ESTRATÉGIAS HOSPITALARES E O Pro Hosp:  
UMA ANÁLISE DA PARCERIA PÚBLICO-  
PRIVADA COM O ESTADO DE MINAS GERAIS**

**LAVRAS – MG**

**2012**

**ARLETE APARECIDA DE ABREU**

**ESTRATÉGIAS HOSPITALARES E O Pro Hosp: UMA ANÁLISE DA  
PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA COM O ESTADO DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós Graduação em Administração, área de concentração Gestão Estratégica, Marketing e Inovação, para a obtenção de título de mestre.

Orientador

Dr. Ricardo de Souza Sette

Coorientador

Dr. José Roberto Pereira

**LAVRAS – MG**

**2012**

**Ficha Catalográfica Elaborada pela Divisão de Processos  
Técnicos da Biblioteca da UFLA**

Abreu, Arlete Aparecida de.

Estratégias hospitalares e o PRO HOSP : uma análise da  
parceria público-privada com o Estado de Minas Gerais / Arlete  
Aparecida de Abreu. – Lavras: UFLA, 2012.

163 p.: il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Lavras, 2012.

Orientador: Ricardo de Souza Sette.

Bibliografia.

1. Hospitais. 2. Saúde. 3. Nova gestão pública. 4. Administração  
estratégica. I. Universidade Federal de Lavras. II. Título.

CDD – 658.9136211

**ARLETE APARECIDA DE ABREU**

**ESTRATÉGIAS HOSPITALARES E O Pro Hosp: UMA ANÁLISE DA  
PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA COM O ESTADO DE MINAS G**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós Graduação em Administração, área de concentração Gestão Estratégica, Marketing e Inovação, para a obtenção de título de Mestre.

APROVADA em 03 de fevereiro de 2012.

Dr. Luiz Marcelo Antonialli                      UFLA

Dr. Eric Delane Botelho                      FGV

Dr. Ricardo de Souza Sette

Orientador

Dr. José Roberto Pereira

Coorientador

**LAVRAS – MG**

**2012**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, por ter me dado forças para começar a luta e terminá-la com sucesso. Agradeço a ele por ter me proporcionado este caminho e ter me guiado para que tudo ficasse bem.

Agradeço a toda minha família, em especial à minha mãe e meu pai, pessoas em quem me espelho e que confiam em minha capacidade. Agradeço pela paciência, conselhos e ensinamentos que trago desde criança e que compõem a adulta que sou.

Agradeço ao meu esposo, Alberto, também pela paciência e dedicação que tem comigo, por ter me “suportado” nas horas de crise e por ser amigo, companheiro e confidente.

Agradeço aos amigos do mestrado, pela boa convivência e troca de experiência e risos que tivemos durante esses dois anos.

Ao meu orientador, Ricardo Sette e ao meu coorientador, José Roberto, por terem paciência e dedicação comigo e com meu “processo criativo”. Agradeço pelos ensinamentos, críticas e conselhos, que puderam tornar este trabalho realmente possível. Aos demais professores da UFLA, pelos ensinamentos e convivência.

Agradeço à Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de estudos; ao Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) e à Universidade Federal de Lavras (UFLA), pela oportunidade concedida através do mestrado.

Aos hospitais participantes desta pesquisa, de maneira geral representados pelos entrevistados, agradeço toda a compreensão e confiança em mim depositada. Agradeço a todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para o sucesso e a conclusão deste trabalho.

“É Deus que te faz entender toda a poesia, torna mais valiosa a vida e prova que ainda dá para ser feliz.”

Guilherme de Sá

“O conhecimento chega, mas a sabedoria demora.”

Alfred Tennyson

## RESUMO

Este estudo foi realizado com o objetivo de demonstrar as estratégias adotadas por três hospitais participantes de um programa direcionado à saúde e à reconstrução do parque hospitalar de Minas Gerais: o Programa de Melhorias e Fortalecimento dos Hospitais Filantrópicos de Minas, ou Pro Hosp. Baseando-se na perspectiva de parcerias público-privadas (PPPs), o programa utiliza metas e indicadores de desempenho para avaliar os hospitais participantes. As instituições assinam um contrato de metas e objetivos (contratualização) e, mediante o alcance deles, recebem recursos financeiros. Trata-se de uma iniciativa do governo de Minas, apoiada nos princípios da Nova Gestão Pública (NGP), pelo qual práticas gerenciais e análises sobre eficiência, efetividade, controle e resultados são aplicadas à gestão de bens públicos. Buscou-se demonstrar como e quais recursos organizacionais foram mobilizados em estratégias gerenciais adotadas pelos hospitais pesquisados, tendo em vista o alcance de algumas metas e objetivos estabelecidos pelo programa, adotando-se a perspectiva teórica *Resource Based View* (RBV). Foram realizadas entrevistas com gestores de três instituições participantes do programa, por meio de um roteiro de entrevistas confeccionado a partir de metas e objetivos comuns a todos os hospitais, bem como a tipologia de recursos adotada por Grant (1991) formando-se um arcabouço de variáveis a serem analisadas em cada entrevista. As entrevistas foram gravadas e transcritas e os dados foram tratados por análise de conteúdo. Este estudo estrutura-se sob o formato de três artigos, sendo o primeiro uma reconstrução da forma de intervenção do Estado na saúde. O segundo artigo trata especificamente da utilização de PPPs como forma de intervenção contemporânea e o uso de indicadores de desempenho para o monitoramento destas parcerias. Demonstra um quadro construído a partir dos indicadores do Pro Hosp alcançados nos três hospitais, revelando suas adequações ao programa e este como o incentivador na construção de um sistema de informações importantes antes não reconhecidas pela instituição. O terceiro e último artigo trata das estratégias e recursos mobilizados nestas para o alcance destes indicadores e outros objetivos do Pro Hosp, como a construção do Plano Diretor. Os resultados demonstram estratégias alinhadas com as dificuldades de cada instituição, além de afirmar a importância dos recursos humanos na prestação de serviços em saúde. Acredita-se que este estudo represente o “despertar” para outras pesquisas que apontem aspectos importantes para a discussão e a concretização de políticas públicas destinadas à saúde.

Palavras-chave: Nova Gestão Pública. Pro Hosp. Saúde. Hospitais. Estratégias.

## ABSTRACT

This study aimed to demonstrate the strategies adopted by three hospitals participating in a program directed towards the health and reconstruction of the hospital park in Minas Gerais: Pro Hosp (Program for the Improvement and Strengthening of Philanthropic Hospitals in Minas Gerais). Based on the perspective of public-private partnerships (PPPs), the program uses targets and performance indicators to evaluate the participating hospitals. The institutions have signed a contract of goals and objectives (contracting) and receive funding according to the scope of these. This is an initiative of the Government of Minas Gerais, based on the principles of New Public Management (NPM), through which management practices and analysis of the efficiency, effectiveness, control and results are applied to the management of public properties. Another aim was to demonstrate how and which resources were mobilized in organizational management strategies adopted by surveyed hospitals, with a view to achieving certain goals and objectives established by the program, adopting the theoretical RBV (Resource Based View). Interviews were conducted with managers of three institutions participating in the program through a set of interviews made from common goals and objectives to all hospitals, as well as the types of resources taken by Grant (1991) forming a framework of variables to be analyzed in each interview. The interviews were taped and transcribed and the data were analyzed by content. This study was structured in the form of three articles, where the first is a reconstruction of a form of state intervention in health. The second one deals specifically with the use of PPPs as a contemporary form of intervention and the use of performance indicators for monitoring these partnerships. It demonstrates a frame constructed from indicators of Pro Hosp achieved in the three hospitals, revealing their adaptations to the program and this as an incentive to build a system and important information not previously recognized by the institution. The third and final article deals with strategies and resources mobilized to achieve these and other indicators of Pro Hosp objectives, such as the construction of the Master Plan. The results demonstrate strategies aligned with the difficulties of each institution, and affirm the importance of human resources in the provision of health services. This study is believed to represent the "awakening" to other studies that show important points for discussion and implementation of public policies aimed at health.

Keywords: New Public Management. Pro Hosp. Health. Hospital. Strategies.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| Quadro 1 | Resumo dos principais autores utilizados no trabalho.....      | 25  |
| Figura 1 | Relação entre uma análise competitiva tradicional e a RBV..... | 100 |
| Quadro 2 | Teóricos sobre estratégia e suas contribuições .....           | 110 |
| Quadro 3 | O Plano Diretor e as principais mudanças propostas.....        | 122 |

## LISTA DE TABELAS

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| Tabela 1 | Dados sobre a cobertura em cuidados pré-natais, em alguns países (2000-2010).....                            | 17  |
| Tabela 2 | Gasto público direcionado à saúde em relação aos gastos totais do governo, em alguns países (2000-2008)..... | 17  |
| Tabela 3 | Leitos hospitalares particulares e públicos, por 1000 habitantes, em algumas regiões brasileiras.....        | 19  |
| Tabela 4 | Características dos hospitais participantes da pesquisa.....   | 34  |
| Tabela 5 | Características dos sujeitos entrevistados para a pesquisa .....   | 34  |
| Tabela 6 | Situação das taxas referentes ao Hospital 1.....   | 85  |
| Tabela 7 | Situação das taxas referentes ao Hospital 2.....   | 86  |
| Tabela 8 | Situação das taxas referentes ao Hospital 3.....   | 86  |
| Tabela 6 | Situação das taxas referentes ao Hospital 1.....   | 125 |
| Tabela 7 | Situação das taxas referentes ao Hospital 2.....   | 126 |
| Tabela 8 | Situação das taxas referentes ao Hospital 3.....   | 126 |

## **LISTA DE SIGLAS**

AMS – Associação Médica de Saúde  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
BMC – Beches Management Centre  
CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão  
CF – Constituição Federal  
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
ENANPAD - Encontro Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em  
Administração  
ESP – Escola de Saúde Pública  
GRS – Gerência Regional de Saúde  
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
IES – Instituição de Ensino Superior  
IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
LOB – Lei de Diretrizes e Bases  
MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
NGP – Nova Gestão Pública  
NPM – New Public Management  
NR – Norma regulamentadora  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OSCIP - Organizações de sociedade civil e interesse público  
OPS – Organização Panamericana de Saúde

PAM – Plano de Ajustes e Metas  
PDR – Plano Diretor de Regionalização  
PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde  
PIB – Produto Interno Bruto  
PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado  
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios  
POP – Procedimento Operacional Padrão  
PPAG - Plano Plurianual de Ação Governamental  
PPP – Parceria Público-Privada  
PPRA – Plano de Prevenção de Riscos Ambientais  
PRO HOSP – Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SND – Serviço de Nutrição e Dietética  
RBV – Resource Based View  
RDC – Resolução de diretoria colegiada  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SRS – Secretaria Regional de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

|            |   |    |
|------------|---|----|
|            | <b>PRIMEIRA PARTE</b> .....   | 13 |
|            | Aspectos gerais sobre o programa pro hosp e as instituições hospitalares objeto desta pesquisa .....                    | 13 |
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO GERAL</b> .....   | 13 |
| <b>2</b>   | <b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....   | 16 |
| <b>2.1</b> | Qual a atual situação dos serviços de saúde? .....  | 16 |
| <b>2.2</b> | A gestão eficiente de recursos na saúde: o desempenho de instituições do setor .....                                    | 20 |
| <b>3</b>   | <b>PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....  | 24 |
| <b>3.1</b> | Problema de pesquisa .....  | 26 |
| <b>3.2</b> | Objetivos .....   | 32 |
| <b>3.3</b> | Hospitais estudados .....   | 33 |
| <b>3.4</b> | Justificativas .....  | 35 |
| <b>4</b>   | <b>CONSIDERAÇÕES GERAIS</b> .....   | 38 |
|            | <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 39 |
|            | <b>SEGUNDA PARTE - ARTIGOS</b> .....  | 43 |
|            | <b>ARTIGO 1</b> Reforma do estado e choque de gestão em minas gerais: uma análise dos programas públicos de saúde ..... | 43 |
|            | <b>ARTIGO 2</b> Parcerias público-privadas na saúde: o programa Pro Hosp e seus indicadores de resultados .....         | 68 |
|            | <b>ARTIGO 3</b> Estratégias hospitalares e o programa Pro Hosp: a mobilização de recursos organizacionais .....         | 95 |

## **PRIMEIRA PARTE**

### **ASPECTOS GERAIS SOBRE O PROGRAMA PRO HOSP E AS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES OBJETO DESTA PESQUISA**

#### **1 INTRODUÇÃO GERAL**

É notável a importância dos serviços de saúde para a sociedade mundial e é mais clara ainda a situação de crise em que esta se encontra. Vários são os fatores que corroboram para esta situação: o crescimento do número de doenças crônicas relacionadas ao estilo de vida das pessoas (obesidade, stress, etc.), altos custos na área (intensificação da tecnologia, problemas com repasses governamentais; especulação de convênios, etc.), problemas relacionados ao financiamento do sistema e o efeito de crises econômicas em diversos países, dentre outros fatores. Alguns estudos têm tratado destes temas, discutindo os efeitos destes fatores na saúde como um todo (DE VOGLI, 2011; KARIDIS; DIMITROULIS; KOURAKLIS, 2011; PECK, 2005; RECHEL et al., 2011), dentre outros.

Em um país como o Brasil, de grande extensão territorial e populacional, o gerenciamento de um sistema de saúde único, democrático e universal representa um grande desafio para o Estado. De acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, o IPEA, em 2009 foram executados, pelos órgãos públicos federais da área social, recursos da ordem de 442 bilhões de reais (BRASIL, 2010a). A maioria absoluta desses recursos (94,6%) ficou concentrada em apenas cinco ministérios, que são o da Previdência Social (53,8%), o da Saúde (14,2%), o do Trabalho e Emprego (9,5%), o da Educação (9,4%) e o do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (7,5%). Esses dados demonstram a importância da saúde como investimento estatal para o país. Além

disso, dados do Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que a população brasileira saltou de 169.590.693 habitantes, no ano 2000, para 190.755.799 habitantes, em 2010.

Outro fator preocupante e que afeta diretamente a saúde é o fato de que a população brasileira está envelhecendo rapidamente, ou seja, temos taxas de natalidade menores aliadas a uma expectativa maior de vida da população. Dados demonstram que 68,5% de toda a população brasileira se encontram na faixa de idade que vai de 15 a 64 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010c). Todo este processo leva a crer que os gastos em saúde ainda deverão ser pauta de muitas decisões e a alocação eficiente de recursos na área é uma regra a ser seguida.

Nesse cenário, destaque especial deve ser dado para as instituições que prestam serviços de saúde e para as políticas e programas adotadas pelo Estado com o objetivo de transpor muitos desafios colocados à sua gestão. As instituições hospitalares podem ser consideradas elementos primordiais para a área. O setor hospitalar brasileiro conta com mais de 7.400 unidades e cerca de meio milhão de leitos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Estes números demonstram um pouco a extensão de toda a atividade hospitalar no país.

Com o objetivo de intervir no mercado de saúde, não somente regulando as atividades deste, mas incentivando melhorias contínuas e visando enfrentar os desafios já considerados, o governo coloca-se como um agente de mudanças, utilizando estratégias voltadas para o alcance da qualidade na prestação de serviços de saúde. Estas estratégias são idealizadas por meio de programas e políticas voltadas para a área, objetivando, além da qualidade, da eficiência e do acesso igualitário, oferecer um serviço que esteja em conformidade com os princípios estabelecidos pelo sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ressalta-se o trabalho desenvolvido pelo governo de Minas Gerais que, implantando o chamado choque de gestão, acabou por atingir estrategicamente vários setores que precisavam de mudanças urgentes, sendo a saúde um destes. Após uma análise encomendada pelo governo, observou-se que o parque hospitalar de Minas era fragmentado e defasado estruturalmente. Essa informação deu ao Estado razões para implementar ações direcionadas à saúde e que pudessem combater estes e outros desafios enfrentados. O Programa Pro Hosp – Programa de Melhorias e Fortalecimentos dos Hospitais Filantrópicos de Minas é parte destas ações, direcionado especificamente ao setor hospitalar.

Baseando-se na relação contratual e no sistema de parcerias público-privadas (PPPs), o Programa Pro Hosp é uma forma de propor mudanças importantes em diferentes áreas das instituições hospitalares, abordando temas como sua gestão, indicadores que expressam os resultados em saúde, a segurança do ambiente, sua estrutura, etc. Estas mudanças são alcançadas mediante a pactuação de metas, tendo em vista o recebimento de recursos financeiros por parte das instituições.

Portanto, acredita-se que o Programa Pro Hosp seja um mobilizador de estratégias organizacionais, já que os hospitais têm que se adequar às metas pactuadas para receber o incentivo financeiro, repassado pelas mãos governamentais. Trata-se de um incentivo a mudanças, um tipo de parceria, uma relação de soma positiva para ambos, no qual os três principais envolvidos ganham: governo, instituições e cidadãos.



## **2 CONTEXTUALIZAÇÃO**

### **2.1 Qual a atual situação dos serviços de saúde?**

De acordo com a Resolução nº 58.33/2005, da Assembleia Mundial de Saúde realizada em 2005, todos devem ter acesso aos serviços de saúde, sem a necessidade de sacrifícios financeiros. Contudo, a própria Organização Mundial da Saúde – OMS (2011) revela, em seu Relatório Mundial de Saúde, que o mundo ainda está longe da cobertura universal. Ainda existem muitas discrepâncias quando o assunto é o acesso aos serviços de saúde.

Dados do documento World Health Statistics (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2011) demonstram um pouco esta situação, por meio de dados que informam a porcentagem de cobertura em cuidados pré-natais em diferentes países, como pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 Dados sobre a cobertura em cuidados pré-natais, em alguns países (2000-2010)

| <b>País</b> | <b>Pelo menos 1 visita</b> | <b>Pelo menos 4 visitas</b> |
|-------------|----------------------------|-----------------------------|
| Índia       | 75%                        | 50%                         |
| Nigéria     | 58%                        | 45%                         |
| Etiópia     | 28%                        | 12%                         |
| Paraguai    | 96%                        | 91%                         |
| Brasil      | 97%                        | 87%                         |
| Argentina   | 91%                        | 89%                         |
| México      | 98%                        | 88%                         |

Fonte: WHO (2011)

Outro ponto discutido no mesmo documento, e de extrema relevância quando a questão é a situação em que os serviços de saúde se encontram, é a questão do financiamento do sistema, a porcentagem que a administração pública de cada país direciona a saúde. Informações sobre estas questões são tratadas na Tabela 2.

Tabela 2 Gasto público direcionado à saúde em relação aos gastos totais do governo, em alguns países (2000-2008)

| <b>País</b> | <b>Gasto direcionado à saúde em relação à porcentagem de gasto total</b> |             |
|-------------|--|-------------|
|             | <b>2000</b>  | <b>2008</b> |
| Índia       | 27,5   | 32,4        |
| Nigéria     | 33,5   | 36,7        |
| Paraguai    | 40,1   | 40,1        |
| Brasil      | 40,3   | 44,0        |
| México      | 46,4   | 46,9        |
| Etiópia     | 53,9   | 51,9        |
| Argentina   | 64,9   | 71,3        |

Fonte: WHO (2011)

O acesso aos serviços de saúde de maneira igualitária e justa ainda é um desafio para muitos países. Além disso, promover um serviço de qualidade e que atenda aos anseios da população é outro problema a ser combatido. Problemas de acesso e de destinação de recursos são constantes. A própria OMS define três problemas que dificultam a aproximação dos países à cobertura universal: 1- a disponibilidade de recursos; 2- a dependência excessiva de pagamentos diretos e 3- o uso ineficiente e desigual dos recursos disponíveis. No mesmo documento, o Relatório Mundial de Saúde, contudo, destaca os avanços realizados por países como Brasil, China, México, Ruanda e Tailândia, com o objetivo de enfrentar os problemas mencionados (OMS, 2011).

Tratando-se do Brasil, mesmo com as melhorias reconhecidas pela OMS, as discrepâncias internas no sistema de saúde ainda são constantes. O país enfrenta desafios com relação à disponibilidade de recursos para que os serviços de saúde atinjam a maioria da população. Um exemplo são alguns dados sobre o número de profissionais de saúde por habitante em cada região brasileira, no ano de 2009, ou seja, quantos médicos por mil habitantes, ficando assim distribuídos: Distrito Federal, 3,8; Rio de Janeiro, 2,7; Maranhão, 0,64 e Minas Gerais, 1,84 (BRASIL, 2010b). Para Travassos et al. (2000), o número de profissionais e serviços por habitante, além da distância percorrida entre eles, é um aspecto relacionado à disponibilidade e à acessibilidade, influenciando, portanto, o uso do cuidado em saúde.

Para que os serviços de saúde sejam executados, instituições como os hospitais são consideradas pontos-chave em todo o processo. O número de funcionários ou de leitos disponíveis pode não ser determinante da qualidade dos serviços prestados, mas é importante, pois representam, de certa forma, uma possibilidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde. Dados da Assistência Médico-Sanitária (AMS), relativos a uma pesquisa realizada em 2009, revelam o número de leitos hospitalares, tanto públicos quanto

particulares, por mil habitantes, em cada região brasileira, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 Leitos hospitalares particulares e públicos, por 1000 habitantes, em algumas regiões brasileiras

| <b>Região</b>     | <b>Particulares</b> |      |
|-------------------|---------------------|------|
| Rio Grande do Sul | 2,44                | 0,41 |
| Rio de Janeiro    | 1,62                | 1,04 |
| Minas Gerais      | 1,64                | 0,55 |
| Sergipe           | 1,20                | 0,44 |
| Piauí             | 0,86                | 1,59 |
| São Paulo         | 1,73                | 0,58 |
| Amazonas          | 0,23                | 1,33 |
| Pernambuco        | 1,04                | 1,14 |
| Pará              | 1,06                | 0,78 |

Fonte: IBGE (2010a)

A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) realizada em 2008 (IBGE, 2010b) destacou uma autoavaliação sobre o estado de saúde dos cidadãos, estimando que 77,3% dos brasileiros autoavaliaram seu estado de saúde como “muito bom ou bom”; 18,9%, como “regular” e 3,8%, como “ruim ou muito ruim”. Houve destaque para a região sudeste, com 80,1% de seus cidadãos autoavaliando sua saúde como “boa ou muito boa”. As regiões sul e centro-oeste também estiveram no mesmo patamar, com 75,5% e 77,8% da população com a mesma opinião, respectivamente.

Para que os serviços de saúde sejam realmente efetivos e contribuam para uma autoavaliação positiva, a presença do Estado se faz necessária. Atuando estrategicamente nos três problemas definidos pela OMS (a falta de recursos, seu uso ineficiente e a dependência de pagamentos), o sistema poderá evoluir juntamente com as instituições que o compõem. Não basta que as

políticas e programas públicos modifiquem a gestão interna do sistema, desburocratizando-a, tornando-a flexível e autônoma. É preciso que as ações governamentais tenham as organizações prestadoras de serviços de saúde como foco, auxiliando em sua gestão, promovendo um trabalho conjunto que contribua com melhorias em seu desempenho. Por esta razão, as Parcerias Público-Privadas (PPPs) e os novos arranjos organizacionais que estas mobilizam representam um esforço sistemático que pode gerar mudanças importantes no sistema de saúde e nos serviços por ele prestados. Somente assim problemas, como as discrepâncias no acesso à saúde, a falta de recursos e a má utilização dos existentes, número de leitos e de funcionários, dentre muitos outros, poderão ser visualizados como passíveis de melhorias que possam ser trabalhadas internamente ao sistema (dentro das organizações), se tornando, portanto, mais sólidas.

## **2.2 A gestão eficiente de recursos na saúde: o desempenho de instituições do setor**

Alguns problemas na consecução de um sistema de saúde ágil, de qualidade e equitativo foram abordados. A questão da escassez de recursos e a sua alocação em saúde possuem um discurso considerável na literatura acadêmica (FALEIROS, 2009; FERRAZ; VIEIRA, 2009; NEVES, 2009; OKORAFOR; THOMAS, 2007) dentre outros.

A gestão eficiente de recursos é uma das prerrogativas para um sistema de saúde mais justo e, conseqüentemente, um dos caminhos “tortuosos” em sua gestão. Por esta razão, e focando-se no desempenho de instituições que prestam serviços em saúde, indicadores são utilizados para avaliar os resultados de ações como políticas e programas direcionados ao setor ou, até mesmo, planos estratégicos desenvolvidos internamente à organização. Estas ações estratégicas

buscam, na maioria dos casos, a gestão eficiente dos poucos recursos alocados no sistema, sendo os indicadores uma forma de mensurar as mudanças ocasionadas por tais ações, seu desempenho frente ao que foi estabelecido. Para Yates e Davidge (1984), esta performance pode ser medida por meio de alvos previamente especificados, contudo, há uma tendência no uso de medidas comparativas de um ano para o outro ou, ainda, medidas entre diferentes instituições. Esta é uma forma de obter bases para estabelecer metas e melhorias (objetivas) a serem alcançadas, comparando-as com o desempenho passado ou, ainda, com instituições do mesmo ramo.

Ainda tratando da necessidade de mobilizar ações que levem ao desempenho superior em saúde, Viacava et al. (2004) objetivaram formular uma metodologia que pudesse compreender quais são e como se inter-relacionam os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do SUS, melhorando a formulação de políticas e monitorando as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais do Brasil. Baseando-se em metodologias utilizadas em propostas de avaliação de desempenho de diferentes sistemas de saúde (os sistemas canadense, australiano e inglês e o sistema abordado pela Organização Pan Americana de Saúde, OPS), os autores elaboram uma proposta voltada para a situação brasileira. A proposta é defender um modelo baseado em um processo amplo de discussão nacional, formando um quadro conceitual, base para a definição de indicadores adequados para a avaliação de desempenho do SUS. Propõem, portanto, que todas as especificidades relacionadas ao contexto da saúde no Brasil sejam reconhecidas (desigualdades sociais, culturais, políticas, econômicas, fatores ambientais, comportamentais, a própria estrutura do sistema, seu financiamento, seus recursos, etc.), para que, a partir destas informações, sejam construídos indicadores justos e adequados à realidade nacional.

Entendendo-se que desempenho superior em saúde é um conceito altamente atrelado à qualidade da prestação de serviços, assim como em organizações de outros setores, alguns estudos têm contribuído com a discussão sobre este tema, especificamente aplicado a instituições hospitalares, por meio da análise de seu desempenho superior (GROENE et al., 2008; LI; COLLIER, 2000; NAVEH; STERN, 2005; TRAVASSOS; NORONHA; MARTINS, 1999), dentre outros. A avaliação de desempenho em organizações hospitalares pode tomar diversas formas, passando de indicadores administrativos a taxas que reflitam a produção em saúde.

O tempo de internação é um destes indicadores e é objeto de uma pesquisa realizada por Kulinskaya, Kornbroat e Gao (2005). Este índice é considerado um importante indicador de desempenho hospitalar e fator chave para o planejamento relativo ao número de leitos. Contudo, os autores afirmam que há a necessidade de que sejam feitos ajustes em seu cálculo, compreendendo os fatores que influenciam seu valor. Para eles, variáveis como a região, o tipo de provedor, o método de admissão, a especialidade atendida e o destino da dispensa do paciente são fatores cruciais para a análise desta medida de desempenho.

Nessa mesma linha de raciocínio, em outro estudo, realizado por Leyland e Boddy (1997), defende-se que os indicadores de desempenho não conseguem descrever o quadro total da instituição. Indicadores de diferentes áreas contribuem para uma ideia da atual situação organizacional, mas as partes, por si, só podem transmitir uma imagem enganosa sobre a instituição. Os autores também primam pela incorporação de mais informações importantes aos indicadores de desempenho. Utilizando um método estatístico, eles avaliaram variações no tempo de internação de pacientes escoceses, referentes à especialidade ginecológica. Chegaram à conclusão de que é importante

distinguir as influências nestes índices, tanto aquelas que são próprias da instituição quanto aquelas que são características dos próprios pacientes.

Percebe-se que as medidas de desempenho hospitalar devem levar em consideração outros aspectos importantes, muito além do simples alcance ou não de uma meta especificada. É necessário compreender o ambiente organizacional, as contingências que este revela, além de detalhes importantes sobre o paciente e sua enfermidade. Compreender, portanto, quais são as estratégias encabeçadas para que estes indicadores sejam melhorados é parte importante no entendimento de características cruciais que podem afetá-los.



### **3 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO**

O desenvolvimento da presente pesquisa teve como foco a intervenção do Estado no setor de saúde e as estratégias adotadas pelas instituições que necessitam atender a políticas adotadas por este organismo. Trabalha-se com o conceito de Parcerias Público-Privadas como uma nova forma de intervenção do Estado sobre o sistema de saúde, forma esta embasada nos princípios da Nova Gestão Pública (NGP), implantada no Brasil a partir da década de 1990. Nesse contexto, destaca-se o choque de gestão em Minas Gerais e a aplicação da perspectiva estratégica na gestão dos setores sob responsabilidade do governo do estado. Por meio de projetos para cada área, o governo do estado de Minas Gerais colocou em prática os ideais defendidos pela NGP. Estes projetos são compostos por programas direcionados a problemas de cada setor, sendo o Pro Hosp um programa direcionado à reestruturação e à melhoria da qualidade do serviço prestado por hospitais filantrópicos de Minas Gerais.

O Programa Pro Hosp pode ser considerado uma forma de parceria público-privada, pois se baseia na assinatura de um contrato de acordo de metas que estão vinculadas ao repasse de recursos financeiros aos hospitais participantes. Portanto, esses hospitais precisam se adequar estrategicamente às metas e objetivos defendidos pelo programa, a fim de receber os benefícios que o programa oferece.

As perspectivas teóricas adotadas em cada parte do trabalho podem ser resumidas de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1 Resumo dos principais autores utilizados no trabalho

| <b>Elementos do texto</b>  | <b>Principais autores utilizados</b>  |
|--|---|
| <b>PARTE 1</b>   |   |
| Introdução geral e contextualização  | La Forgia e Couttolenc (2009); Travassos et al. (2000); Viacava et al. (2004); Yates e Davidge (1984)   |
| Percurso teórico-metodológico  | Bonato (2003); Fajardo Ortiz (1972); Gil (1991); Gostin e Mok (2009); Miles e Huberman (1994); Theodorson e Theodorson (1970); Vergara (2000); Yin (2005) |
| <b>PARTE 2 - ARTIGOS</b>   |   |
| <b>ARTIGO 1</b>  |   |
| Reforma do Estado e choque de gestão em Minas: uma análise dos programas públicos de saúde |   |
| Intervenções do governo sobre a saúde  | Escores e Teixeira (2008); Foucault (1996); Mendes (2002); Paim e Teixeira (2006); Polignano (2001)   |
| NGP e descentralização da saúde  | Bresser-Pereira (1996, 2007, 2008); Faoro (2001); Mendes (2002)   |
| Choque e gestão em Minas Gerais  | Almeida e Guimarães (2006); Anastasia (2006); Rocha (2009); Vilhena, Martins e Marini (2006)  |
| <b>ARTIGO 2</b>  |   |
| Parcerias público-privadas na saúde: o programa Pro Hosp e seus indicadores de resultados  |   |
| As parcerias público-privadas  | Alcoforado (2007); Bult-Spiering e Dewulf (2007); Galvão (1997); Pasin e Borges (2003); Sundfeld (2005)   |
| Pro Hosp   | La Forgia e Couttolenc (2009); Lima et al. (2009); Mendes (2007); Molina (2002)   |
| Indicadores de resultado   | Andersen (2004); Ghalayini e Noble (1996); Neely e Bourne (2000)  |
| <b>ARTIGO 3</b>  |   |
| Estratégias hospitalares e o Programa Pro Hosp: a mobilização de recursos organizacionais  |   |
| RBV  | Barney (1991); Grant (1991); Lima (2005); Penrose (1959); Porter (1980, 1986); Wernerfelt (1984)  |

Quadro 1, conclusão

|   |   |
|---|---|
| RBV e sua aplicação à prestação de serviços | Barney (1991); Blinder (2009); Bryson, Ackermann e Eden (2007); Prahalad e Hamel (1990)   |
| Estratégia                                  | Ansoff (1965); Chandler (1962); Davies (2000); Drucker (1985); Mintzberg (1979); Mintzberg e Lampbel (1999); Porter (1980, 1985); Selznick (1957); Senge (1990) |
| Estratégias aplicadas ao setor de saúde     | Exton (2010); Greener (2008); Marchal, Dedzo e Kegels (2011); Porter e Teisberg (2007)  |

### 3.1 Problema de pesquisa

As instituições que prestam serviços na área de saúde estão inseridas em um ambiente complexo e hostil, sujeito à regulação por parte do Estado. Os hospitais são instituições milenares, passando de organizações destinadas ao repouso dos pobres a locais de cura e exercício da medicina (FOUCAULT, 1996).

De acordo com Bonato (2003), os hospitais são instituições de grande importância social, que prestam serviços e se configuram como sistemas abertos que, além de sofrerem a ação do meio, são também influenciados por várias mudanças que ocorrem nos campos sociais.

La Forgia e Couttolenc (2009) definem o sistema hospitalar brasileiro como um sistema pluralista. Para os autores, tanto no setor público quanto no privado existem múltiplos arranjos de financiamento, propriedade e organização, além de uma longa tradição de financiamento público a hospitais privados. Por esta razão, os hospitais filantrópicos detêm uma importância relativa quando o assunto é o sistema de saúde brasileiro. A gestão destas instituições é, portanto, um ponto crucial para a qualidade da prestação de serviços em saúde.

Alguns autores dedicaram-se a delimitar os desafios enfrentados por gestores de instituições hospitalares e pelo sistema de saúde em geral. São eles: insuficiência de pessoal, insuficiência de recursos econômicos e materiais,

administração antiquada, além de locais e equipamentos inadequados (FAJARDO ORTIZ, 1972); sistema altamente estratificado, em que poucos hospitais conseguem ser centros de excelência e atendem a uma minoria privilegiada; a maioria dos estabelecimentos encontra-se abaixo dos padrões mínimos aceitáveis (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009) e desafios específicos com relação ao sistema de saúde brasileiro, como sua universalização, seu financiamento, seu modelo institucional, seu modelo de atenção à saúde, a gestão das relações de trabalho e a participação popular (BRASIL, 2006).

De forma mais generalizada, Gostin e Mok (2009), em seu artigo intitulado *Grand Challenges in Global Health Governance*, no qual os autores discutem os problemas para o sistema de saúde partindo de uma perspectiva global, seis desafios são definidos e levam em consideração a construção de uma governança global em saúde. São eles: 1- há falta de uma liderança global para atuar em prol da saúde; 2- é necessário aproveitar a energia, a criatividade e os recursos para a saúde global; 3- são necessárias a colaboração e a coordenação dos vários atores envolvidos; 4- existe negligência em relação a algumas necessidades básicas de sobrevivência e ao reforço aos sistemas de saúde; 5- há também falta de financiamento, de prioridade e de definição para as ações de saúde e 6- é preciso prestar contas, agindo com transparência, além de prezar pelo acompanhamento e execução destas ações.

O sistema de saúde, de maneira geral, e especificamente as instituições que prestam serviços neste setor são, portanto, organizações que enfrentam sérios problemas em sua gestão. Cabe ao Estado intervir neste cenário, regulando o ambiente, tomando decisões que beneficiem os cidadãos e ofereçam melhor acesso, serviços mais eficientes e de qualidade. Desafios internos (referentes à gestão das instituições) são interligados a desafios de origem

externa (próprios do sistema de saúde), um afetando o outro e contribuindo para que o ambiente se torne cada vez mais complexo e de gestão desafiante.

Partindo do princípio de que uma destas ações elaboradas pelo governo, no caso o choque de gestão em Minas Gerais, que tem como objetivo fortalecer e renovar o parque hospitalar mineiro com vistas à melhoria na prestação de serviços de saúde pelo SUS, representa o posicionamento do Estado em relação a alguns destes desafios; reconhecendo-se que esta ação estratégica idealizada pelo governo de Minas é concretizada nos moldes contratuais e de pactuação entre secretarias estaduais e hospitais, representando, portanto, um tipo de parceria público-privada e acreditando que estas parcerias são capazes de mobilizar recursos organizacionais internos, com o objetivo de formular estratégias para alcançar as metas pactuadas entre Estado e instituições participantes do programa, com a presente pesquisa deseja-se responder ao seguinte questionamento: Quais as estratégias adotadas por hospitais participantes do Programa Pro Hosp para alcançar as metas pactuadas entre estes e a Secretaria Estadual de Saúde (SES)?

O tipo de metodologia adotada em uma pesquisa depende do objeto a ser analisado e o objetivo do pesquisador que dele se utiliza. Segundo Quivy e Campenhoudt (1992, p. 41), “a intenção dos pesquisadores em ciências sociais não é só descrever, mas compreender os fenômenos e, para tanto, torna-se necessário recolher dados que mostrem o fenômeno de forma inteligível”. Desse modo, é necessário que o pesquisador traga informações que respondam a seus questionamentos levando em consideração o tipo de abordagem a ser aplicada.

A presente pesquisa pode ser caracterizada como um estudo qualitativo, pois não utiliza procedimentos estatísticos na análise dos dados. Para Miles e Huberman (1994), a pesquisa qualitativa oferece descrições ricas sobre uma realidade específica, ajudando o pesquisador a superar concepções iniciais, revisando estruturas teóricas adotadas e oferecendo a base para descrições e

explicações mais ricas em contextos específicos. Por ela, um fenômeno pode ser mais bem compreendido em seu contexto, devendo ser analisado em uma perspectiva integrada (GODOY, 1995).

Por ser um estudo no qual se objetivou o delineamento das ações estratégicas em três instituições pesquisadas, levando-se em consideração os recursos organizacionais utilizados e os fatores contingenciais enfrentados, trata-se de um estudo exploratório e descritivo. De acordo com Gil (1991), o estudo exploratório visa proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito. O estudo exploratório também pode ser visto como um estudo preliminar, com o propósito maior de se familiarizar com determinado fenômeno que está sendo investigado (THEODORSON; THEODORSON, 1970).

Já o estudo descritivo tem como objetivo “a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 1991, p. 46).

Por esta razão, com a presente pesquisa buscou-se obter uma melhor compreensão sobre um fenômeno organizacional, a definição de estratégias em instituições de saúde. Toma-se como perspectiva de análise a descrição destas ações, baseando-se nos recursos organizacionais utilizados e as delimitações encontradas em sua gestão.

Por ser um estudo focado em entidades que participam de um programa público implementado pelo governo de Minas Gerais, direcionado à melhoria da prestação de serviços de saúde, a melhor estratégia de pesquisa a ser utilizada é o estudo de caso.

Para Vergara (2000), o estudo de caso é aquele circunscrito a uma ou poucas unidades, entendidas essas como uma pessoa, uma família, produto, empresa ou país. Também pode ser utilizado para estudar, além de uma pessoa, uma organização ou grupos dentro de uma organização, uma comunidade, um meio ou, até mesmo, um acontecimento em especial, como uma mudança

política, um conflito (LAVILLE; DIONNE, 1999). Trata-se, portanto, de uma estratégia de pesquisa que pode ser utilizada em diversas situações, contribuindo para o conhecimento que se tem sobre os fenômenos organizacionais, individuais, sociais e de grupo (YIN, 2005).

Por ser uma pesquisa direcionada a mais de uma instituição, trata-se de um estudo de múltiplos casos ou um estudo multicase. Para Yin (2005), as evidências resultantes de casos múltiplos são consideradas mais convincentes e o estudo global é visto, por conseguinte, como algo mais consistente.

Os critérios de escolha das instituições a serem pesquisadas foram os seguintes:

- a) a efetiva participação da instituição no Programa Pro Hosp;
- b) a facilidade de acesso a membros da instituição que pudessem revelar a movimentação estratégica adotada para cada objetivo definido pelo programa.

Portanto, para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas com três colaboradores (dois gestores gerais e um gestor setorial), em cada uma das três instituições pesquisadas, com o objetivo de definir quais foram as ações estratégicas realizadas para alcançar as metas estabelecidas pelo Programa Pro Hosp. Como o mesmo foi implantado em 2003 e cada instituição é avaliada anualmente, foi feito um corte transversal no estudo, no qual a referência de dados e informações sobre os resultados do programa versa, especificamente, sobre a competência 2008-2009, já avaliada. Os hospitais pesquisados estão pactuados com o Programa Pro Hosp desde sua implantação, em 2003, e ambos situam-se em cidades do sul de Minas Gerais.

Para a confecção do roteiro de entrevistas, foram utilizadas variáveis provenientes de dois focos teóricos: 1) algumas metas e objetivos que foram

comuns a todos os hospitais participantes do programa (dado obtido por meio de contato com a Secretaria Regional de Saúde, SRS) e 2) a definição e a classificação de recursos organizacionais utilizada por Grant (1991). A partir desta perspectiva, foram criadas categorias de análise para identificar as estratégias adotadas em cada meta pactuada e os recursos organizacionais mobilizados em cada uma destas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, a fim de que nenhuma informação importante pudesse ser descartada. Para o tratamento dos dados, a escolha metodológica foi a análise de conteúdo, já que as categorias e variáveis a serem pesquisadas já tinham sido definidas.

De acordo com Bardin (1977, p. 42), a análise de conteúdo pode ser definida como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo também pode ser utilizada tanto para fins exploratórios quanto para a confirmação de proposições e hipóteses. Para Berelson (1952), trata-se de uma técnica de investigação que, por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa daquilo que está presente nas comunicações, tem a finalidade de interpretá-las. Portanto, no presente estudo, utilizou-se um quadro conceitual como base de análise. Este quadro é construído pelas metas e objetivos pactuados pelo programa, aliados à concepção estratégica calcada na movimentação de recursos organizacionais, especificamente a tipologia utilizada nos trabalhos de Grant (1991).

A partir deste quadro pretendeu-se, por meio de um estudo de casos múltiplos, realizar uma análise comparativa das estratégias utilizadas em três



hospitais situados na região do sul de Minas Gerais. Esta movimentação estratégica a ser delineada teve como foco principal o alcance das metas encabeçadas pelo governo na execução do chamado choque de gestão em Minas, especificamente as ações direcionadas à saúde, representadas pelo Programa Pro Hosp, também objeto de análise.

### **3.2 OBJETIVOS**

O presente estudo foi realizado com o objetivo de identificar as estratégias adotadas por três hospitais participantes do Programa Pro Hosp, tendo como horizonte de análise a competência 2008-2009, pactuada entre a SES e cerca de 126 hospitais do estado de Minas Gerais.

Para a análise e a compreensão das estratégias definidas pelas unidades hospitalares pesquisadas e em cada meta analisada, utilizou-se a perspectiva da Teoria *Resource Based View* (RBV) ou Teoria da Visão Baseada em Recursos. De acordo com a mesma, as organizações são reconhecidas como um conjunto de recursos, disponíveis e que podem ser usados como inputs no processo produtivo (GRANT, 1991). Portanto, a RBV é empregada para explicar o desempenho superior de muitas firmas.

Os objetivos específicos para o estudo foram:

- a) identificar se indicadores que correspondem às metas pactuadas foram melhorados, analisando-se três perspectivas adotadas pelo programa (indicadores de gestão, de produção – taxas, de resultados – taxas, e indicadores de estrutura – segurança);
- b) identificar quais os recursos organizacionais mais mobilizados em cada entidade pesquisada;

- c) demonstrar fatores facilitadores/dificultadores de todo o processo estratégico em busca das metas pactuadas, bem como as contingências enfrentadas pelas instituições no alcance das melhorias.

### **3.3 Hospitais estudados**

Para esta pesquisa, foram escolhidos três hospitais participantes do Programa Pro Hosp. Esta escolha foi feita levando-se em conta a conveniência e o acesso do pesquisador aos dados necessários à pesquisa. As três instituições estão situadas em cidades do sul de Minas e seus nomes foram mantidos em sigilo para que nenhuma informação prejudicial pudesse ser veiculada. Portanto, a partir deste momento, estas instituições serão identificados como Hospital 1, Hospital 2 e Hospital 3.

Na Tabela 4 mostram-se algumas características importantes de cada hospital escolhido e na Tabela 5, versa-se sobre os sujeitos entrevistados.

Tabela 4 Características dos hospitais participantes da pesquisa

| <b>Hospital</b> | <b>Número de leitos</b> | <b>Natureza jurídica</b> | <b>Natureza assistencial</b> | <b>Número de funcionários</b> | <b>Corpo clínico</b> |
|-----------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| 1               | 126                     | Filantrópico             | Secundária                   | 307                           | Fechado              |
| 2               | 78                      | Filantrópico             | Secundária                   | 323                           | Aberto               |
| 3               | 136                     | Filantrópico             | Secundária                   | 364                           | Aberto               |

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 5 Características dos sujeitos entrevistados para a pesquisa

| <b>Hospital</b> | <b>Tempo de trabalho</b> | <b>Formação profissional</b> | <b>Cargo ocupado</b>              |
|-----------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 1               | 32 anos                  | Ciências biológicas          | Diretor-presidente<br>Coordenador |
| 2               | 3 anos                   | Administração                | administrativo                    |
| 3               | 4 anos                   | Administração                | Administrador                     |

Fonte: Dados da pesquisa

Pode-se perceber que os três hospitais pesquisados têm características bem semelhantes quanto ao número de leitos, natureza jurídica e assistencial, número de funcionários e corpo clínico. Sobre as características dos entrevistados, somente o representante do Hospital 1 não é administrador, mas, de acordo com o mesmo, tem duas especializações na área hospitalar, além de ser o que está há mais tempo na instituição.

Essas informações tornam a pesquisa mais homogênea em seus resultados, mesmo que não possam ser feitas inferências significativas sobre outras instituições. Além disso, acredita-se que a identificação das estratégias utilizadas pelos hospitais pesquisados, bem como os recursos mobilizados nestas, podem contribuir tanto para a gestão dos hospitais quanto para as políticas públicas em saúde e para a ciência administrativa. Primeiro, porque indicarão os recursos mais utilizados e os problemas referentes a estes, podendo

constituir um meio de divulgação para que outros hospitais participantes do programa, e que passam pelos mesmos percalços, modifiquem sua visão estratégica através da prática do *benchmarking*.

As análises também contribuirão com as políticas públicas, na medida em que demonstram detalhes importantes em sua consecução, aspectos que devem ser levados em consideração na formulação e na implementação do programa.

Já com relação à ciência administrativa, com esta pesquisa, reafirma-se a importância dos recursos organizacionais como elementos estratégicos preponderantes no processo decisório. Além disso, demonstra-se a importância do recurso humano como elemento primordial na formulação e na implementação de estratégias voltadas para a qualidade em saúde.

### **3.4 Justificativas**

O presente estudo justifica-se por assumir como eixo de pesquisa uma ação estratégica adotada pelo Governo de Minas, baseada em princípios gerenciais e avaliativos que buscam melhorar as condições de oferta de serviços de saúde. Justifica-se pela importância do choque de gestão no estado, sendo uma experiência pioneira que vem reafirmar os princípios da Administração Pública Gerencialista, implantada em nosso país a partir de 1994. Além disso, o programa representa uma tentativa de gerenciamento eficiente dos recursos destinados pelo Estado, uma vez que a saúde é o segundo mais expressivo setor em gastos do Brasil, ficando atrás somente da Previdência Social.

O Programa Pro Hosp, representando um tipo de parceria entre entidades corresponsáveis pelo funcionamento eficiente do sistema de saúde como um todo, deve ser objeto de intensiva análise, a fim de verificar até que ponto o programa realmente estimula mudanças efetivas.

Outro ponto a ser ressaltado é a escassez de estudos que tenham esta perspectiva sobre o programa, ou seja, pesquisas que fujam de análises centradas somente sobre o alcance ou não de metas pré-estabelecidas, sem entender exatamente as contingências ambientais enfrentadas pelas instituições, contingências que podem explicar, em parte, as estratégias adotadas para a execução do programa. Com base neste pressuposto, um estudo realizado pela Fundação João Pinheiro, em 2005, objetivou realizar uma avaliação externa do Pro Hosp módulo macrorregional (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005). Essa avaliação identificou lacunas no desenho do programa e problemas em sua implantação, como:

- a) não houve diagnóstico prévio da situação de cada hospital antes do início do programa;
- b) o Pro Hosp foi implementado tendo como base um termo de compromisso padronizado, que não permitiu adaptações a diferentes categorias de hospitais;
- c) os hospitais aderiram ao programa sem questionar seus fundamentos; alguns diretores viram na iniciativa uma oportunidade de retomada de investimentos, tendo em vista a crise financeira;
- d) alguns gestores municipais atuam apenas como intermediários entre o hospital e o governo estadual, garantindo somente o repasse de recursos.

Portanto, compreender a movimentação de recursos organizacionais na construção e na execução de estratégias que objetivem melhorias viabilizadas pelo Programa Pro Hosp são necessárias, pois estas permitem um maior fluxo de informações relevantes sobre um setor tão complexo e necessário à sociedade.

As informações devem ser úteis tanto para a própria instituição, que tem a chance de situar-se e reconhecer-se em um ambiente tão intenso, quanto para o governo, para que este entenda um pouco os mecanismos das instituições por ele afetadas. Este discernimento poderá auxiliar na construção de novos programas, políticas, direcionadas a determinadas regiões ou a grupos de entidades em específico, com vistas a potencializar as ações governamentais, atingindo diretamente problemas mais urgentes e passíveis de solução.

#### 4 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Objetivando identificar as estratégias utilizadas por três hospitais participantes do Programa Pro Hosp e baseando-se na mobilização de recursos organizacionais que estas estratégias podem promover, o estudo traz, em uma perspectiva comparativa, os diferentes cursos de ação tomados no intuito de atender a um programa idealizado pelo governo de Minas Gerais.

O Programa Pro Hosp traz em seu bojo o ideal da reestruturação e modernização do complexo hospitalar de Minas Gerais, visando o alcance de melhorias nos serviços prestados pelo SUS, especificamente aqueles oriundos do trabalho de hospitais filantrópicos. Representa uma das ações governamentais em busca de melhorias no acesso e no fornecimento de serviços de saúde aos cidadãos.

Por meio de um tipo de parceria entre o governo do Estado (representado pela SES) e os hospitais participantes, recursos financeiros são repassados mediante um acordo de melhorias, avaliadas através de indicadores e metas de desempenho a serem alcançadas. Estas ações demonstram um estado mobilizando-se estrategicamente para enfrentar os vários problemas do sistema.

É preciso compreender as ações organizacionais e as contingências enfrentadas por organizações deste tipo e neste cenário, pois se acredita que as políticas governamentais devam levar estas informações em consideração, a fim de construir de novos cursos de ação que objetivem a melhoria do acesso e da prestação de serviços na área. Trata-se de informações que revelam o ambiente interno e externo aos quais as muitas organizações hospitalares estão sujeitas e a influência destes nas decisões estratégicas.

Conhecer as especificidades deste setor pode auxiliar na construção de novos caminhos para que o sistema de saúde se mobilize e alcance melhorias efetivas para a saúde da população.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p.

BERELSON, B. **Content analysis in communication research**. Glencoe: Ed. The Free, 1952. 220 p.

BONATO, V. L. **Programas de qualidade em hospitais do município de São Paulo**. 2003. 206 p. Tese (Doutorado em Administração)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

BRASIL. Governo Federal. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Brasil em desenvolvimento 2010: estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2010a. 210 p. (IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, v. 1).

BRASIL. Indicadores e Dados Básicos. **Datasus** – Departamento de Informática do SUS. 2010b. Disponível em:  
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/e01.def>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

DE VOGLI, R. Neoliberal globalization and health in a time of economic crisis. **Social Theory & Health**, London, v. 9, n. 4, p. 311-325, Nov. 2011.

FAJARDO ORTIZ, G. **Teoría y práctica de la administración de la atención médica y de hospitales**. México: La Prensa Médica Mexicana, 1972. 286 p.

FALEIROS, V. P. Prioridade versus escassez de recursos em saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 1-5, nov. 2009.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, mar. 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996. 295 p.



FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Centro de Estudos Econômicos e Sociais. **Estudo de avaliação externa do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG: módulo macrorregional.** Belo Horizonte, 2005. 155 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1991. 171 p.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995.

GOSTIN, L. O.; MOK, E. A. Grand challenges in global health governance. **British Medical Bulletin**, London, v. 90, p. 7-18, Apr. 2009.

GRANT, R. The resource-based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation. **California Management Review**, Berkeley, v. 33, n. 3, p. 114-135, Apr. 1991.

GROENE, O. et al. The world health organization performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH): an analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. **International Journal of Quality in Health Care**, Oxford, v. 20, n. 3, p. 155-161, June 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da saúde: Assistência Médico-Sanitária (AMS) 2009.** Rio de Janeiro, 2010a. 167 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) 2008: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde.** Rio de Janeiro, 2010b. 245 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico 2010.** 2010c. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>>. Acesso em: 07 out. 2011.

KARIDIS, N. P.; DIMITROULIS, D.; KOURAKLIS, G. Global financial crisis and surgical practice: the greek paradigm. **World Journal of Surgery**, New York, v. 35, n. 11, p. 2377-2381, Nov. 2011.

KULINSKAYA, E.; KORN BROAT, D.; GAO, H. Length of stay as a performance indicator: robust statistical methodology. **IMA - Journal of Management Mathematics**, Oxford, v. 16, n. 4, p. 369-38, Apr. 2005.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Ed. Singular, 2009. 446 p.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. As estratégias de verificação. In: \_\_\_\_\_. **A construção do saber**. Belo Horizonte: UFMG, 1999. p. 131-163.

LEYLAND, A. H.; BODDY, F. A. Measuring performance in hospital care: length of stay in gynaecology. **Europe Journal Public Health**, Stockholm, v. 7, n. 2, p. 136-143, June 1997.

LI, L. X.; COLLIER, D. A. The role of technology and quality on hospital financial performance: an exploratory analysis. **International Journal of Service Industry Management**, Bradford, v. 11, n. 3, p. 202-224, Aug. 2000.

MILES, M.; HUBERMAN, M. **Qualitative data analysis**. London: Sage, 1994. 352 p.

NAVEH, E.; STERN, Z. How quality improvement programs can affect general hospital performance. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bradford, v. 18, n. 4, p. 249-270, Apr. 2005.

NEVES, M. C. P. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. **Revista Bioética**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 155-163, Nov. 2009.

OKAFOR, O. A.; THOMAS, S. Protecting resources for primary health care under fiscal federalism: options for resource allocation. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 22, n. 6, p. 415-426, Nov. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial de saúde 2011**: financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Geneva: World Health Organization, 2011. 113 p.

PECK, J. C. Institutional change in health care: opportunities in the coming crisis. **On The Horizon**, Minneapolis, v. 13, n. 1, p. 36-45, Mar. 2005.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The core competence of the corporation. **Harvard Business Review**, Boston, v. 68, n. 3, p. 3-15, May/June 1990.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradativa, 1992. 284 p.

RECHEL, B. et al. Economic crisis and communicable disease control in Europe: a scoping study among national experts. **Health Policy**, Amsterdam, v. 103, n. 2/3, p. 168-175, Dec. 2011.

THEODORSON, G. A.; THEODORSON, A. G. **A modern dictionary of sociology**. London: Methuen, 1970. 469 p.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C.; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 367-381, 1999.

VERGARA, S. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2000. 102 p.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics**. France, 2011. 171 p.

YATES, J. M.; DAVIDGE, M. G. Can you measure performance? **British Medical Journal**, London, v. 288, n. 6434, p. 1935-1936, June 1984.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 205 p.

**SEGUNDA PARTE - ARTIGOS**

**ARTIGO 1**

**REFORMA DO ESTADO E CHOQUE DE GESTÃO EM MINAS  
GERAIS: UMA ANÁLISE DOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE SAÚDE**

## 1 INTRODUÇÃO

A intervenção do Estado sobre a saúde é uma prática antiga. Mesmo munido de diferentes justificativas e objetivos, o Estado sempre procurou interferir no setor, visando o restabelecimento de condições tanto econômicas quanto as de saúde, propriamente ditas.

O primeiro seguro social (1883) e o Relatório Beveridge (1942) podem ser considerados dois pontos importantes quando o assunto é a saúde como direito. Somente a partir desta época o setor tornou-se o foco de ações que estavam correlacionadas com a construção e solidificação do chamado *bem-estar social*, sendo estas ações, até então, baseadas em modelos de polícia médica.

O capitalismo e as diferentes formas de medicina adotadas em países como França, Inglaterra e Alemanha foram os precursores da forma de gestão da saúde adotada no Brasil, após 1808. Inicialmente focada no interesse de poucos, especificamente da família real portuguesa, a gestão da saúde no Brasil somente ganhou “contornos sociais” por volta de 1930, com Getúlio Vargas e a criação de seguros formados pela contribuição das empresas, dos trabalhadores e do próprio governo.

Com o tempo, estes seguros foram modificados, a base de atendimento foi ampliada por meio da incorporação dos trabalhadores informais e o sistema se expandiu tornando-se um complexo médico-hospitalar. Neste ponto, o sistema entra em crise, devido à sua incapacidade de atender à demanda e aos efeitos da crise econômica de 1975. Como resultado, a população brasileira mobiliza-se, lutando por melhores condições de saúde e, assim, corroborando a criação do sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de ser um sistema que sofre dificuldades (FAJARDO ORTIZ, 1972), o SUS conheceu um novo “ânimo” a partir dos anos 1990, com a

chamada de Reforma do Estado e a introdução de princípios gerenciais da administração pública. Estas mudanças trouxeram para a área da saúde, além de uma visão gerencial (permeada por práticas administrativas empresariais como indicadores de gestão, administração por objetivos, controle de resultados, descentralização, etc.), novos arranjos organizacionais, como as organizações sociais de saúde (OSS) e novas formas de relacionamento interorganizacional, como as parcerias público-privadas (PPPs).

Um bom exemplo de aplicação dessas alterações é o chamado choque de gestão em Minas Gerais, uma nova forma gerencial que acabou gerando planos estratégicos para todos os setores de responsabilidade do governo, inclusive a saúde. A construção de uma perspectiva estratégica para a saúde acaba por reafirmar o princípio da descentralização administrativa, além de corroborar a democratização do processo decisório, já que a construção da agenda para Minas contou com a participação de membros da sociedade.

O presente trabalho foi realizado com o objetivo de demonstrar a evolução da intervenção pública no setor de saúde, além de algumas mudanças ocorridas no setor com a implantação da Nova Gestão Pública. Também se admite o choque de gestão como uma ação dentro dos ideais estabelecidos pela NGP, reafirmando o princípio da descentralização.

## **2 INTERVENÇÕES PÚBLICAS, SAÚDE E POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS**

Uma das principais maneiras utilizadas pelo Estado para intervir em diversos setores, especialmente o de saúde, são as políticas e os programas públicos.

Paim e Teixeira (2006) conceituam política de saúde como a resposta social (a ação ou a omissão) de uma organização (como o Estado, por exemplo) diante das condições de saúde dos indivíduos, das populações e seus determinantes, assim como em relação à produção, à distribuição, à gestão e à regulação de bens e serviços que afetem o ambiente e a saúde humana. O objetivo das políticas e programas é intervir, afetando o funcionamento e a organização do próprio sistema de saúde.

Os sistemas de serviços de saúde são arranjos milenares. Na época medieval, estes sistemas foram organizados de duas formas distintas: a prática religiosa, característica do campo e a prática técnico-profissional, surgida no século XII e praticada no ambiente urbano (NOGUEIRA, 1977). Na Europa do século XV, e configurando-se como uma resposta ao mercantilismo, o sistema de saúde emergiu através de diferentes modelos de polícia médica (MENDES, 2002). O programa de polícia médica consistia em ações, como o registro dos diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos por meio da observação da morbidade; contabilidade solicitada aos hospitais e médicos que exerciam a medicina; normalização do ensino da medicina; criação de um departamento especializado para coletar informações transmitidas pelos médicos; controle das atividades dos profissionais da saúde junto à população e criação de um corpo de funcionários médicos, nomeados pelo governo, para interferir diretamente sobre uma determinada região.

O objetivo deste modelo era aperfeiçoar e desenvolver a força do Estado por meio de intervenções sobre o corpo dos indivíduos, organizar um saber médico no interior do Estado, regulamentar a medicina, subordinar os médicos a uma administração central e integrá-los em uma organização médica estatal (FOUCAULT, 1996).

Os chamados seguros sociais, reflexos da necessidade de proteção à saúde dos trabalhadores, iniciaram-se somente em 1883, por meio de decisões tomadas por Bismarck, primeiro ministro alemão. Representa a primeira legislação de seguridade social para os trabalhadores da Europa e foi idealizada por meio de seguros pagos pelos trabalhadores, sendo seguida por leis semelhantes em vários países, como Bélgica, em 1884; Noruega, em 1909 e Reino Unido, em 1911 (TAYLOR, 1995).

Um documento importante e que marca o posicionamento estatal sobre as questões sociais, em especial a saúde, é o Relatório Beveridge. Publicado na Inglaterra, em 1942, este documento lançou as bases do Estado de bem-estar social no Reino Unido. Para Przeworski e Wallerstein (1988), o relatório trazia uma nova forma de assistência social, diferente da já observada em vários países. Tratava-se de uma assistência social saindo da esfera privada para se tornar objeto de política pública. Este relatório identifica os sistemas de serviços de saúde como um dos três requisitos básicos para uma política de seguridade social (BEVERIDGE, 1942).

Todas as decisões tomadas por parte do Estado, especificamente aquelas relacionadas à saúde, tinham como objetivo manter o bom funcionamento do sistema capitalista e de seus desdobramentos. Trata-se de um reflexo da Revolução Industrial e das mudanças sociais e econômicas que esta acarretou, como, por exemplo, a necessidade de reprodução intensa da força de trabalho. De acordo com Bravo (2006), a conquista de alguns direitos sociais pelas classes



trabalhadoras foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais.

O capitalismo, desenvolvido em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção (FOUCAULT, 1996). Contudo, o mesmo autor relata que a questão do corpo como força a favor do capitalismo é procedente de formas mais antigas de medicina social: a chamada medicina de Estado na Alemanha, a medicina urbana na França e a medicina da força de trabalho na Inglaterra.

A Alemanha foi considerada a primeira nação a germinar uma ciência do Estado, munida de conhecimentos e preocupações com seu próprio funcionamento. Para Foucault (1996), com o mercantilismo e o surgimento das primeiras questões econômicas, países, como França, Inglaterra e Áustria, começaram a calcular a força ativa de suas populações, utilizando estatísticas que revelavam o número de nascimentos e as taxas de mortalidade. Contudo, a preocupação do Estado estava limitada somente à construção de tais tabelas e não no entendimento das causas de sua formação. Havia índices de saúde, mas a preocupação era aumentar a população (força de trabalho) sem ações que melhorassem, efetivamente, as condições de saúde desta. Somente na Alemanha foi desenvolvida uma prática médica centrada na melhoria do nível de saúde da população, contudo, colocada em prática somente com o objetivo de alcançar benefícios financeiros.

A medicina urbana praticada na França era voltada para métodos de vigilância, hospitalização e higiene pública. O objeto de ação deste tipo de medicina não era somente o corpo em função do trabalho, mas o controle da circulação de tudo que poderia afetá-lo. Já a medicina da força de trabalho desenvolve-se na Inglaterra e é aquela que pode ser realmente analisada sob o ponto de vista social, ou seja, aquela voltada para o pobre, ao operário como fonte de perigo médico.

A medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último. Em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos da medicalização (FOUCAULT, 1996, p. 55).

Já no Brasil, a presença do Estado como um indutor de mudanças e promotor de benefícios sociais somente ocorreu, de fato, no século XX, especificamente na década de 1930. Foi Getúlio Vargas quem deu início ao processo de industrialização no país e assim consolidou bases para que direitos sociais e trabalhistas fossem alcançados. Nessa época, o Brasil dava os primeiros passos para a sua inserção no modo de produção capitalista.

Prova disso é que data de 1923 a criação das chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensões, as CAPs, por meio da promulgação da Lei Eloi Chaves, o que deu início à medicina previdenciária. As CAPs eram fundos criados a partir da contribuição dos trabalhadores, das empresas e do Estado, com o objetivo de financiar os serviços de saúde. É importante ressaltar que estes fundos beneficiavam somente os trabalhadores com carteira assinada, ou seja, aqueles que podiam contribuir com o sistema, o que deixava de fora os demais trabalhadores. Mais tarde, em 1933, elas se transformaram em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizados não mais por empresas, mas por classe operária.

Até essa época, o sistema de saúde do país era tratado apenas como fonte de interesse econômico, já que muitas cidades se encontravam em situação de epidemia e isso afetava diretamente as exportações. O importante era o controle da situação de saúde e o restabelecimento das atividades econômicas. O modelo de intervenção da época, chamado de campanhista, foi concebido sob uma visão militar, em que os fins justificavam os meios e no qual o uso da força e da autoridade eram os instrumentos preferenciais de ação (POLIGNANO, 2001). As ações do Estado com relação à saúde, portanto, eram baseadas na

força e na violência, sendo constituídas de ações paliativas, não dotadas de elementos preventivos ou de educação sanitária. Esta situação foi alterada somente em 1920, por meio de mudanças trazidas por Carlos Chagas, nomeado, então, diretor do Departamento Federal de Saúde Pública.

Para Escóres e Teixeira (2008), somente a partir de 1946 o modelo de capitalização e seguro social adotado no período anterior foi sendo substituído pela noção de seguridade social que parte de uma ideologia de um Estado com obrigações naturais e inalienáveis com qualquer cidadão. Desse modo, tanto trabalhadores como inativos, pensionistas, gestantes foram inseridos no modelo. De acordo com os mesmos autores, nessa época surgiu o que se pode chamar de “sanitarismo desenvolvimentista”, que considera que o nível de saúde de uma população depende, primeiramente, do grau de desenvolvimento econômico de um país.

Todos os diferentes fundos que financiavam a saúde do trabalhador foram unificados em 1967, por meio da implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Isso permitiu a formação de um complexo médico industrial, a partir da grande soma de recursos levantados pelo Estado e provenientes dessa unificação (NICZ, 1988). Apesar de ter incorporado mais benefícios aos cidadãos e de ter atingido uma massa beneficiária mais extensa, o sistema entrou em colapso, pois não conseguia atender a toda a demanda. A solução encontrada foi direcionar os serviços à iniciativa privada, por meio de convênios e contratos com hospitais. Somente assim o sistema conseguiria, em um curto espaço de tempo, angariar recursos para atender a todos os cidadãos.

Outro ponto de convergência sobre a saúde brasileira e seu sistema é a crise capitalista de 1975. Esta crise acabou abrindo caminho ao modelo neoliberal, cancelando a fase economicamente expansiva vivida até o momento e implantada pelo governo militar. Como resultado, houve uma redução do fluxo de capital estrangeiro para o país, o que afetou a economia nacional, causando

desemprego, pobreza, aumento da marginalidade e problemas em diversos setores. O modelo direcionado à saúde, calcado, então, sob contratos e convênios com diversas instituições, também sofreu os efeitos da crise: voltado para a medicina curativa, não se mostra capaz de resolver os problemas de saúde pública agravados por tal situação, como endemias, epidemias e péssimos indicadores de saúde. Como reflexo, os custos deste modelo se tornam crescentes ao mesmo tempo em que a base de contribuição previdenciária se reduz, devido ao aumento do número de desempregados e também a problemas com o repasse de recursos por parte da União (POLIGNANO, 2001). Como o modelo direcionado à saúde, implantando a partir de 1967, já vinha demonstrando suas falhas, a população brasileira resolveu se mobilizar, dando início ao chamado Movimento Sanitário.

Composto por diversos membros da sociedade, o Movimento Sanitário se propunha a discussão dos problemas de saúde e questões relacionadas à democracia. Bravo (2006) define as principais propostas debatidas pelo movimento: a universalização do acesso à saúde, a concepção desta como direito social e dever do Estado, a reestruturação do sistema a partir de um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva, a descentralização dos processos decisórios para a esfera estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local, por meio dos Conselhos de Saúde.

Dessa luta e da reivindicação popular nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Apoiado em uma nova Constituição Federal, baseada em princípios democráticos e igualitários, o SUS se lançava como um sistema capaz de equalizar diferenças. Baseando-se em princípios como integralidade, universalidade, equidade, hierarquização, participação popular e descentralização político-administrativa, o SUS tinha como objetivo ser um sistema universal, único e gratuito, atendendo a todos os cidadãos brasileiros, sem distinção.

A construção do SUS foi o reflexo da força e da luta do povo brasileiro, reivindicando melhores condições de saúde. Nesse contexto, o Estado se tornou o responsável direto pelo gerenciamento desse novo sistema, um sistema extremamente complexo e que enfrenta inúmeros desafios para fazer cumprir as diretrizes detalhadas na Constituição de 88. Por essa razão, o Estado utiliza-se de políticas públicas de saúde, muitas vezes com o objetivo de complementar todo o ciclo de prestação de serviços, influenciando o mercado de saúde e as organizações que nele se inserem, a fim de que a saúde seja a mais próxima possível daquilo que é definido no artigo 198 da Constituição Federal de 88.

### **3 A NOVA GESTÃO PÚBLICA E A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE**

Após o advento da Revolução Industrial, ocorrida no século XVIII, muitas transformações ocorreram e afetaram o modo de produção capitalista. A globalização da economia, dos meios de comunicação, as transformações sociais e tecnológicas ocorridas a partir da década de 1980, foram capazes de afetar as organizações, forçando-as a rever seus conceitos produtivos. Novas estratégias e maneiras de reagir às mudanças constantes precisavam ser pensadas; era preciso integrar o conhecimento e a informação que ocorria em fluxo contínuo aos objetivos da empresa. O primordial era a sobrevivências das organizações em um ambiente tão complexo.

O mesmo ocorreu com a administração pública. Era preciso transformar as estruturas burocráticas e engessadas em estruturas flexíveis e racionais, voltadas para os interesses públicos, na tentativa também de romper as amarras patrimonialistas da cultura pública brasileira. Nesse aspecto, não somente as transformações culturais, tecnológicas e econômicas contribuíram para estas mudanças, mas também todo o processo democrático que se reinstalava em muitos países a essa época. Para Bresser-Pereira (1996), antes da integração mundial dos mercados e dos sistemas produtivos, os Estados podiam ter, como um de seus objetivos primordiais, proteger suas economias da competição internacional, papel que fora diminuído após a globalização. Para o autor, o novo papel do Estado era facilitar para que a economia nacional se tornasse internacionalmente competitiva.

Os processos de gestão dos bens públicos precisavam ser revistos. Conceitos como efetividade, eficiência, indicadores, resultados e qualidade total foram somados ao modo de gerir a “coisa pública”, tornando esta gestão um processo racional que levava à “competitividade”. O cidadão, agora visto como o cliente de uma empresa, tinha em suas mãos mecanismos de defesa para as

suas prioridades e vontades, podendo deles utilizar-se, questionando as ações governamentais. De acordo com Przeworski (2007, p. 68), “A reforma do Estado deve ser concebida em termos de mecanismos institucionais pelos quais os governos possam controlar o comportamento dos agentes econômicos privados e os cidadãos possam controlar os governos”.

Com relação ao Brasil, considerado um país de características marcantes, quando o assunto é a gestão de bens públicos, a reforma visou, também, combater alguns problemas históricos. Para Faoro (2001), a administração pública brasileira tem resquícios de características que remontam à época da colonização. Muitos traços que caracterizam anos de nossa gestão pública são encontrados no modo de gestão da Coroa Portuguesa, em que o rei, dono das terras e assim dispo de poder político e econômico, não distinguia entre o que era seu bem particular e o que era bem público. Essa confusão afetava diretamente a gestão dos bens públicos, que eram tratados como alvo de interesses do rei e não da população.

Como resultado deste ideal de mudança, nos anos 1990, a chamada Reforma do Estado propõe a revisão das estruturas que até então perduravam na administração pública brasileira, por meio da implantação de conceitos gerenciais e empresariais à realidade do setor. Contudo, esta reforma não era recente. De acordo com Bresser-Pereira (2008), a mesma já havia se iniciado no Reino Unido, em meados dos anos 1980, por meio das mãos de um governo conservador. Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia foram os primeiros países a reconhecer a necessidade de uma reforma no aparelho do Estado.

Segundo Bresser-Pereira (2007), a Administração Pública Gerencial, ou Nova Gestão Pública (NGP), emergiu na segunda metade deste século, em resposta à crise do Estado, sendo um meio para enfrentar a crise financeira e uma estratégia para reduzir o custo e tornar mais eficiente a administração dos inúmeros serviços prestados. Além disso, a chamada NGP também objetivava

proteger o patrimônio público contra a corrupção e contra resquícios do patrimonialismo incrustado na forma de gerenciar os bens públicos. O objetivo era promover melhorias tanto financeiras quanto processuais, contribuindo para serviços de maior qualidade e eficiência.

Isso pode ser observado por meio de um estudo realizado por Luke, Kearins e Verreyne (2011) e que objetivou analisar os riscos e retornos financeiros da NGP em empresas estatais da Nova Zelândia. Os autores se utilizaram de informações obtidas nos relatórios anuais em um período de cinco anos, além de entrevistas aplicadas aos executivos seniores de 12 entre 17 empresas estatais que operavam no país. Os resultados indicaram que, mesmo não ocorrendo em todos os casos, muitas empresas estatais tinham potencial para operar investimentos governamentais rentáveis, apoiados pelo ideal da NGP. Já os riscos associados a essas operações, percebidos pelos executivos, eram variados: financeiros, políticos, de reputação e responsabilização, demonstrando um lado frágil nos ideais da NGP.

Inspirada nos avanços obtidos pelas empresas frente à globalização e à intensa concorrência, a NGP trabalha com seis pontos importantes, de acordo com Bresser-Pereira (1996, p. 6), que são: “a descentralização política, a descentralização administrativa, organizações com poucos níveis hierárquicos, o pressuposto da confiança limitada, o controle por resultados e a *posteriori* e a administração voltada para o atendimento ao cidadão”. O mesmo autor ainda defende que a regulação e a intervenção do Estado na educação, na saúde, na cultura, no desenvolvimento tecnológico e nos investimentos em infraestrutura ainda continuam necessárias, não somente compensando os desequilíbrios distributivos, mas capacitando os agentes econômicos a competir em âmbito mundial.

Dessa maneira, todos os setores relacionados à gestão pública e à prestação de serviços aos cidadãos estão envolvidos, sendo o setor de saúde um



deles. O que se percebe, a partir dos anos 1990, e que pode ser observado como o reflexo das mudanças ocasionadas pela Reforma do Estado e pela implantação da NGP, é a descentralização do SUS, princípio já observado na Constituição de 88, mas que foi aplicado somente a partir da década de 1990.

Mills, Bennett e Russel (2001 apud MENDES, 2002), definem que a NGP utiliza políticas institucionais para alcançar as mudanças propostas na saúde, como a separação entre as funções de financiamento/regulação da prestação de serviços de saúde; a descentralização, o uso de contratos para promover a transparência; o incentivo à escolha dos usuários; o desenvolvimento de cartas que definam os direitos dos usuários; a utilização de incentivos positivos para desempenhos de produtividade; o fortalecimento de mecanismos de *feedback* e o estímulo a mecanismos indutores de competição.

A descentralização da saúde significou uma mudança nas relações de poder, nas atribuições e nas responsabilidades de cada ente federativo. Para Lecovitz, Lima e Machado (2001), o processo de descentralização ocorrido no Brasil envolve não somente a transferência de serviços, mas também a transferência de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Cada ente federativo ganhou mais autonomia quanto aos recursos, decisões e atividades direcionadas à saúde.

O princípio da descentralização foi operacionalizado por meio das chamadas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB – SUS), publicadas no Diário Oficial da União, as quais compeliavam estados e municípios a agirem conforme os ideais descentralizadores, reorganizando o modelo de atenção à saúde no país e regionalizando a assistência à saúde. Esse documento era a síntese dos pactos firmados entre entes nacionais, estaduais e municipais, com o objetivo de conseguir melhorias para a saúde brasileira por meio de princípios norteadores da NGP.

Por ser o resultado da aplicação de princípios da NGP e por sua importância como elemento mobilizador de autonomia administrativa, flexibilidade e rapidez, a descentralização constitui-se objeto de pesquisas em vários países (BOSSERT; MITCHELL, 2011; HEYWOOD; CHOI, 2010; JAFARISIRIZI; IBRAHIMPOUR; TIJANG, 2011; LANGRAN, 2011; PIERANTONI; GARCIA, 2011; ZHONG, 2010). Especificamente no Brasil, o tema tem sido discutido por vários autores, havendo destaque para temáticas como a análise do desempenho do setor de saúde após a descentralização (ATKINSON; HARAN, 2004; VIANA et al., 2002; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007) e análises sobre a implantação da reforma e do processo de descentralização na saúde (CORDEIRO, 2001; VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

Para Peters e Waterman (1982), a centralização causa paralisia e rigidez, impedindo o processo de inovação. A partir deste princípio, a descentralização torna-se necessária para que as organizações (e de forma geral, estados e municípios) estejam livres para reagir às pressões ambientais, atingindo, dessa maneira, os ideais da NGP. Estando livres, estados e municípios podem agir de acordo com suas especificidades, buscando melhorias em diferentes setores, potencializando resultados e gerenciando os bens públicos com maior eficiência. Este é o caso do estado de Minas Gerais que, utilizando da prerrogativa da descentralização administrativa, estabeleceu planos estratégicos para diversas áreas sob seu domínio, sendo a saúde uma delas.

#### 4 O CHOQUE DE GESTÃO EM MINAS GERAIS: UMA AÇÃO DENTRO DOS IDEAIS DA NGP

O choque de gestão em Minas Gerais foi implantado em 2003 e representa uma ação dentro dos ideais da Administração Pública Gerencialista, especificamente a aplicação de um de seus princípios: a descentralização. De acordo com Vilhena, Martins e Marini (2006), o choque de gestão pode ser considerado como um conjunto integrado de políticas de gestão pública, orientadas para o desenvolvimento do Estado. Formado por políticas compreendidas em três diferentes perspectivas de aplicação, 1) perspectiva macrogovernamental, ou seja, a unidade de aplicação é o governo como um todo; 2) perspectiva institucional, na qual a unidade de aplicação são as organizações governamentais; 3) perspectiva individual, na qual a unidade de aplicação é o servidor, o programa é direcionado ao incentivo da eficiência em diversos setores sob responsabilidade do Estado.

Essas três perspectivas também estão alinhadas a mais três categorias distintas de agregação de valor aos serviços públicos. O Estado busca, por meio de ações políticas, alcançar **resultados** através de **processos**, utilizando **recursos**. Para que isso ocorra, a lógica do planejamento estratégico foi implantada em Minas Gerais, trazendo características que marcariam a gestão pública mineira. Essas características podem ser observadas nos contratos de gestão, nos acordos de resultados, na gestão da qualidade, na eficiência, na busca pela redução de despesas, na avaliação de desempenho, na gestão de cargos e de carreiras públicas, nas políticas de reajustes salariais e mais um infindável número de ações que demonstram a transição.

O choque de gestão foi resultado de uma análise sobre a situação do estado de Minas Gerais. Todas as alterações propostas pelo programa visavam melhorar o quadro dramático em que o mesmo se encontrava em 2002. À

semelhança de outros estados, Minas Gerais apresentava um quadro fiscal gravíssimo, com um déficit orçamentário gigantesco desde 1996 e faltavam recursos para todos os tipos de despesas, inclusive para a folha de pagamento pessoal e investimentos, o que levava ao sucateamento da máquina administrativa (ANASTASIA, 2006). A proposta do programa veio, portanto, confrontar todas as dificuldades pelas quais o Estado passava.

Corrêa (2007) afirma que o processo de reforma administrativa do estado de Minas Gerais começou pela definição da visão, da missão e das metas do estado. A estratégia foi construída na perspectiva do chamado Duplo Planejamento, ou seja, estratégias de curto e de longo prazo, tendo como modelos o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) e o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), respectivamente. Esses planos representavam as ações propostas para que mudanças fossem alcançadas, além de ter como objetivo traçar uma agenda de ações e os responsáveis por cada estratégia.

Vilhena, Martins e Marini (2006) colocam que a reforma do estado de Minas foi feita em duas fases. A primeira geração (anos 1980 e 90) tinha uma orientação essencialmente econômica e fiscal, tendo como elemento central a crise do Estado. Pressupunha-se, assim, que somente o ajuste fiscal bastaria e que geraria credibilidade e investimentos, seria uma pré-condição ao desenvolvimento. Contudo, o ajuste fiscal puro somente trouxe um contexto negativo de cortes e restrições. As reformas de segunda fase aconteceram no início do século XXI e foram, então, calcadas na governança social, visando fortalecer o Estado e não somente reduzir custos e despesas. As reformas de segunda fase envolveram três esferas da sociedade. Trata-se, portanto, de uma fase que deu espaço às estratégias estabelecidas entre o próprio governo, o mercado e a sociedade, o que pode ser conferido por meio de vários contratos de

gestão estabelecidos, a presença das Organizações de Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIPs) e as várias parcerias na área.

Almeida e Guimarães (2006) afirmam que o objetivo era deixar claro, para todos os executivos-chave do governo, a importância de combinar as duas agendas, uma centrada no ajuste fiscal e na redução das estruturas (estratégias de curto prazo) e outra centrada em investimentos que apontassem a construção do futuro desejado para o estado.

O processo de definição das mudanças a serem implementadas e a construção da perspectiva estratégica para o estado de Minas foi fundamentado em um caráter extremamente democrático. A elaboração do PMDI contou com a participação dos cidadãos mineiros por meio da análise de quatro questões centrais: Onde estamos? Aonde podemos chegar? Onde queremos estar? Como chegar lá? Estas ações formaram os *inputs* para a criação da Visão Estratégica de Futuro, além de definir as orientações estratégicas a serem seguidas para alcançar o almejado (ALMEIDA; GUIMARÃES, 2006).

Baseando-se em estudos anteriores, nos quais foram utilizados indicadores socioeconômicos para estabelecer o panorama de Minas Gerais, aliados à análise de cenários exploratórios para o futuro a partir de dados como o (Produto Interno Bruto - PIB) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a imagem futura de Minas foi construída. O objetivo traçado para 2020 foi: ser o melhor estado para se viver.

Todos os objetivos discutidos, tanto no PMDI quanto no PPAG, foram materializados em três opções estratégicas gerais, sendo: i) reorganizar e modernizar o setor público estadual; ii) promover de forma inovadora o desenvolvimento econômico e iii) recuperar o vigor político do estado. Juntamente com esses direcionamentos estratégicos são estabelecidos dez objetivos voltados para melhorias em diferentes áreas, como segurança,

educação, saúde, habitação, meio ambiente, geração de empregos, agronegócio e redução das desigualdades, além de melhorias na própria gestão do estado.

As mudanças estratégicas desenvolvidas para cada setor foram definidas em projetos específicos que compunham a chamada Carteira de Projetos Estruturadores. Para cada projeto havia a delimitação do resultado esperado (quantificável) e uma estimativa inicial de custos, fontes de financiamentos e prazos, refletindo a gestão por objetivos incrustada na reforma do Estado e nos princípios da NGP. Corroborando com esta perspectiva, Rocha (2009) sintetizou o quadro sobre os componentes doutrinários da *New Public Management*, deixando, assim, claras algumas características da NGP:

[...] gestão profissional, não no sentido de gestão dos profissionais, mas na profissionalização da gestão; explicitação das medidas de performance; ênfase nos resultados; fragmentação das grandes unidades administrativas; competição entre agências; adoção de estilos de gestão empresarial; e insistência em fazer mais com menos dinheiro (HOOD, 1996 apud ROCHA, 2009, p. 54).

Estas características revelam mudanças em busca de uma gestão pública mais eficiente, focando processos e resultados por meio da descentralização, do incentivo à competição e do uso racional dos recursos disponíveis.

Os chamados Projetos Estruturadores, elaborados pelo governo de Minas, objetivavam tratar problemas específicos em cada área, sendo a saúde uma das contempladas. Buscava-se, com estes projetos, “Melhorar e ampliar o atendimento ao cidadão, através da oferta de serviços públicos de qualidade, especialmente na educação, saúde e habitação” (ALMEIDA; GUIMARÃES, 2006, p. 60).

O projeto Regionalização da Assistência à Saúde vem reafirmar os princípios da reforma do Estado, especificamente aqueles que se referem à descentralização. Corrobora, assim, a qualidade no atendimento ao usuário dos

sistemas de serviços de saúde, atendendo-os localmente, por meio da construção de redes de atenção. Para isso, o projeto é composto por programas públicos que agem em quatro vertentes distintas, atingindo diferentes aspectos da prestação de serviços: o programa Viva Vida, destinado ao controle de índices de mortalidade materna e infantil; o programa Farmácia de Minas, dedicado à distribuição de medicamentos aos usuários do SUS; o programa Saúde em Casa, direcionado às ações preventivas em saúde e o programa Pro Hosp, direcionado à modernização e à reconstrução do parque hospitalar mineiro.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção estatal na saúde sofreu as modificações incorporadas pela implantação dos princípios gerencialistas à gestão pública por meio da reforma do Estado. Juntamente com a aplicação de práticas administrativas antes utilizadas somente em empresas privadas, a Nova Gestão Pública foi capaz de mobilizar-se estrategicamente para que vários setores pudessem melhorar seu desempenho.

A descentralização da saúde foi uma das mudanças abordadas com relação a esta nova visão, pois visava potencializar os resultados de cada ente federativo em sua respectiva área de atuação. A descentralização também é uma prerrogativa defendida pela Constituição Federal de 1988 e faz parte das iniciativas para um SUS mais justo, universal e resolutivo.

A iniciativa adotada pelo governo de Minas Gerais, quando decidiu implantar o choque de gestão no estado, é parte não somente da aplicação de tudo que a reforma do Estado veio preconizar, mas também a reafirmar a descentralização como princípio organizativo do SUS.

Por meio de planos estratégicos e projetos direcionados a cada área sob responsabilidade do governo, Minas Gerais foi o estado pioneiro na consecução da Nova Gestão Pública. Aplicando o princípio da descentralização administrativa e reafirmando os princípios democráticos, Minas Gerais identificou formas de enfrentar as diversas situações de crise pelas quais passava. O projeto de Regionalização da Saúde pode ser considerado parte dos esforços idealizados para que o SUS opere com eficiência, atendendo aos seus princípios, tanto doutrinários quanto organizativos. Portanto, acima de tudo, trata-se de um novo olhar sobre problemas já há muito tempo discutidos, representando a busca de novas alternativas de ação destinadas a um setor imprescindível para a economia e bem-estar de uma nação.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, B. de; GUIMARÃES, T. B. O planejamento estratégico de longo prazo. In: VILHENA, R. et al. (Org.). **O choque de gestão em Minas Gerais: políticas da gestão pública para o desenvolvimento**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 55-65.
- ANASTASIA, A. A. Apresentação. In: VILHENA, R. et al. (Org.). **O choque de gestão em Minas Gerais: políticas da gestão pública para o desenvolvimento**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 13-17.
- ATKINSON, S.; HARAN, D. Back to basics: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceará in north-east Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 82, n. 11, p. 822-827, 2004.
- BEVERIDGE, W. Social insurance and allied services. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 78, n. 6, p. 847-855, 2000.
- BOSSERT, T. J.; MITCHELL, A. D. Health sector decentralization and local decision-making: decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 72, n. 1, p. 39-48, 2011.
- BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde, formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2011.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 01-28, 1996.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo estado. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Org.). **Reforma do estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007. p. 21-38.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de gerência pública. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 391-410, 2008.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

CORRÊA, I. M. Planejamento estratégico e gestão pública por resultados no processo de reforma administrativa do estado de Minas Gerais. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 487-504, maio/jun. 2007.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 333-384.

FAJARDO ORTIZ, G. **Teoría y práctica de la administración de la atención médica y de hospitales**. México: La Prensa Médica Mexicana, 1972. 286 p.

FAORO, R. **Os donos do poder: a formação do patronato brasileiro**. 3. ed. rev. São Paulo: Globo, 2001. 913 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996. 295 p.

HEYWOOD, P.; CHOI, Y. Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization. **BMC – International Health and Human Rights**, London, v. 10, n. 3, p. 1-12, 2010.

JAFARISIRIZI, M.; IBRAHIMPOUR, H.; TIJANG, R. D. PHP154 Iranian Health System decentralization reform: a qualitative study of various levels of autonomy granted to public hospitals affiliated with Ministry of Health in Iran. **Value in Health**, Malden, v. 14, n. 7, p. A361, 2011.

LANGRAN, I. V. Decentralization, democratization, and health: the Philippine experiment. **Journal of Asian & African Studies**, Leiden, v. 46, n. 4, p. 361-374, 2011.

LECOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LUKE, B.; KEARINS, K.; VERREYNNE, M. L. The risks and returns of new public management: political business. **International Journal of Public Sector Management**, Bradford, v. 24, n. 4, p. 325-355, 2011.

MENDES, E. V. **Serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre este sistema complexo. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 166 p.

NICZ, L. F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, E. L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988. cap. 3, p. 163-197.

NOGUEIRA, R. P. **Medicina interna e cirurgia**: a formação social da prática médica. 1977. 176 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Social)–Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. especial, p. 73-78, 2006.

PETERS, T.; WATERMAN, P. J. **In search of excellence**. New York: Harper & Row, 1982. 360 p.

PIERANTONI, C. R.; GARCIA, A. C. P. Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. **Human Resources for Health**, London, v. 9, n. 12, p. 1-6, 2011.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Belo Horizonte: UFMG, 2001. 35 p. (Cadernos do Internato Rural).

PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do estado: uma perspectiva agent x principal. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Org.). **Reforma do estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007. p. 39-73.

PRZEWORSKI, A.; WALLERSTEIN, M. O capitalismo democrático na encruzilhada. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 22, p. 29-44, out. 1988.

ROCHA, J. A. O. **Gestão pública e modernização administrativa**. Portugal: INA, 2009. 203 p.

TAYLOR, A. S. P. **Bismarck, the man and the statesman**. London: The Penguin Books, 1995. 288 p.

VIANA, A. L. D'A. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, Supl., p. 139-151, 2002.

VIANA, A. L. D'A.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em um novo contexto: lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

VILHENA, R.; MARTINS, H. F.; MARINI, C. Introdução. In: VILHENA, R. et al. (Org.). **O choque de gestão em Minas Gerais**: políticas da gestão pública para o desenvolvimento. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 21-39.

ZHONG, H. The impact of decentralization of health care administration on equity in health and health care in Canada. **International Journal of Health Care Finance and Economics**, Amsterdam, v. 10, n. 3, 219-237, 2010.

**ARTIGO 2**

**PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NA SAÚDE: O PROGRAMA PRO  
HOSP E SEUS INDICADORES DE RESULTADOS**

## 1 INTRODUÇÃO

As parcerias público-privadas (PPPs) representam uma nova forma de intervenção do governo em diversos setores, sendo a saúde um destes. Trata-se de uma forma de aplicar a visão gerencialista aos bens públicos, ação adotada no Brasil a partir da década de 1990. Um dos objetivos primordiais da aplicação das PPPs ao contexto público é resgatar a capacidade de investimento em alguns setores sob responsabilidade do Estado, devido à dificuldade que o mesmo vem encontrando neste quesito.

O programa Pro Hosp é um representante desse tipo de parceria, na medida em que, por meio da contratualização entre SES e hospitais filantrópicos do estado de Minas Gerais, há uma pactuação de metas e objetivos destinados à melhoria da prestação de serviços de saúde. Diante destes, os hospitais são avaliados e o programa é monitorado por meio de indicadores de desempenho (outra prática advinda da administração empresarial aplicada à gestão de bens públicos).

Estes indicadores, segmentados em cinco áreas, refletem algumas mudanças estabelecidas pelo programa, como redução/aumento de taxas que demonstram o resultado da produção hospitalar (cesárea, mortalidade, ocupação, permanência e infecção). Uma análise sobre tabelas construídas com estes indicadores, pertencentes a três hospitais pesquisados, revela que estes alcançaram melhorias em quase todas as taxas.

Contudo, a construção das tabelas também revela que a informação solicitada pelo Pro Hosp não era obtida antes da adesão ao programa. Isso demonstra que o programa, além de buscar melhorias relacionadas à qualidade na prestação de serviços, contribui para a formação de um sistema de informações que auxilia os gestores em suas decisões estratégicas.

Adotando-se o programa Pro Hosp como uma forma de parceria público-privada, o objetivo do presente artigo é demonstrar a evolução de alguns indicadores de desempenho utilizados pelo programa Pro Hosp por meio de uma tabela comparativa. Essa tabela de indicadores, além de demonstrar melhorias adotadas na prestação de serviços pelas instituições, também acaba por revelar o Pro Hosp como um meio de incentivo à produção de informações importantes para a gestão.

## **2 AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS (PPPs): CONCEITO E ESPECIFICIDADES**

As parcerias público-privadas, ou PPPs, são uma forma de intervenção estatal no mercado, especificamente o mercado de saúde, com o objetivo não somente de regulá-lo, mas de contribuir para uma prestação de serviços igualitária e de qualidade. Estas parcerias iniciaram-se na Inglaterra, devido a desafios encontrados pelo país na busca de modos para o fomento aos investimentos, sem comprometer os escassos recursos públicos, sendo a iniciativa rapidamente difundida em outros países (PASIN; BORGES, 2003).

De forma geral, as parcerias público-privadas são o resultado de uma visão gerencialista por parte do governo e na qual o Estado é visualizado em termos de sua capacidade de produzir serviços economicamente sustentáveis. Trata-se de uma nova estratégia de recuperação da capacidade de investimento público (PECI; SOBRAL, 2006). É um tipo de relacionamento interorganizacional construído no contexto da Nova Gestão Pública, com o objetivo de aumentar a eficiência, a qualidade e a competitividade dos serviços do setor público enquanto resolve problemas macroeconômicos (LANE, 2000). “O governo precisa do setor privado para implementar seus projetos, pois estes possuem os recursos e investimentos necessários. Isso muda o relacionamento entre governo e mercado” (BULT-SPIERING; DEWULF, 2007, p. 1).

Existe também uma conceituação de PPP presente no documento da Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), destinada especificamente à viabilização de projetos de infraestrutura.

Acordos entre Governo e entidades do setor privado com a finalidade de prover, às comunidades, equipamentos de infraestrutura pública e serviços correlatos. Tais parcerias



são caracterizadas pela repartição compartilhada, entre os parceiros, dos investimentos, riscos, responsabilidades e ganhos. As condições para o estabelecimento de tais parcerias variam, mas geralmente envolvem o financiamento, projeto, construção, operação e manutenção dos equipamentos e serviços de infraestrutura (BRASIL, 2001 apud SOARES; CAMPOS NETO, 2002, p. 6).

Contudo, existe ainda certa confusão na definição do conceito de PPPs (AKINTOYE; BECK; HARDCASTLE, 2003; BULT-SPIERING; DEWULF, 2007), explicada por sua similaridade com as privatizações e pelo extenso número de tipos de parcerias. Klijn e Teisman (2003) descrevem as PPPs como uma cooperação “mais ou menos” sustentável entre entidades públicas e privadas, em que produtos e serviços são desenvolvidos e riscos, custos e lucros são compartilhados. Já o conceito de privatização representa a “transformação de tarefas e responsabilidades para o setor privado, ficando ambos os custos e receitas em mãos privadas” (BULT-SPIERING; DEWULF, 2007, p. 3).

Os arranjos formados pelas parcerias ressaltam e demonstram a incapacidade e a dificuldade enfrentadas pelo Estado para oferecer estrutura e serviços públicos de qualidade aos cidadãos. Na verdade, as parcerias público-privadas são estratégias adotadas pelo governo, a partir da década de 1990, juntamente com a ideia de Reforma do Estado, no intuito de alavancar os setores que necessitavam de recursos.

No Brasil, as normas gerais para a contratação das PPPs foram editadas com a Lei 11.079/ 04, durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. A lei das PPPs pode ser considerada como o resultado da insuficiência de um arcabouço composto pela Lei das Concessões (nº 8.987, de 1995) e a reforma das Leis das Licitações e Contratos Administrativos (nº 8.666, de 1993), além de outras leis de cunho regulatório e social. Estas se mostraram insuficientes na atração de investimentos privados para áreas nas quais o potencial de lucratividade ficou abaixo dos níveis almejados no setor. Apesar disso, estas leis

visam viabilizar a gestão não exclusivamente estatal dos interesses públicos (SUNDFELD, 2005).

Por sua importância e representatividade no cenário atual, as PPPs têm sido objeto de muitos estudos e questionamentos acadêmicos, tanto em diferentes áreas, quanto sob diferentes perspectivas: sob seu risco (ALONSO-CONDE; BROWN; ROJO-SUAREZ, 2007; FREDEBEUL-KREIN; KNOBEN, 2010; KE et al., 2010; TAKASHIMA; YAGI; TAKAMORI, 2010); aplicadas à construção civil (JONG et al., 2010; TANG; SHEN; CHENG, 2010); à indústria energética (MARTINS; MARQUES; CRUZ, 2011); à educação (QUAH; LIM; BROOK, 2010); ao transporte (EVENHUIS; VICKERMAN, 2010; MU; JONG; KOPPENJAN, 2011) e à agricultura (KHAN; MUSHTAG, 2009; NARROD et al., 2009; POULTON; MACARTNEY, 2011).

Na área da saúde não poderia ser diferente. As PPPs também vêm se tornando fonte de mudanças na busca pela gestão eficiente, nesse cenário tão conturbado e envolto em crises. Estas parcerias objetivam não somente contribuir com a equalização da prestação de serviços em saúde, sua qualidade e efetividade, mas também influenciar o mercado e reduzir as disparidades geradas pelo gasto público.

Galvão (1997) analisou onze empreendimentos em execução, com o objetivo de identificar as características de uma PPP. Um dos modelos de parceria observados foi a chamada “contratualização”, cujas características foram assim definidas pelo autor:

- i) possibilidade de livre escolha do parceiro;
- ii) relação contratual negociada – objetivos, controles, metas, garantias, parâmetros de qualidade, financiamento, vigência;
- iii) Diversidade de tipos de contratos – convênio, protocolo de intenções, termo de compromisso, contrato inominado, contrato típico, etc.;
- iv) possibilidade da relação entre parceiros ser precedida por autorização legislativa e/ou ato do Poder Executivo, ou ainda ser estabelecida sem

interferência desses poderes; v) natureza do parceiro – público ou privado com ou sem fins lucrativos (GALVÃO, 1997, p. 47).

Os contratos estabelecidos entre o setor público e o terceiro setor são os específicos para serviços sociais. Trata-se da parceria estabelecida com organizações da sociedade civil, para a prestação de serviços públicos (ALCOFORADO, 2005). O mesmo autor relata que a contratualização com as entidades dos terceiro setor pode ser instrumentalizada por meio de contratos de gestão ou termos de parceria, compostos por resultados, indicadores e metas que refletem os serviços que estão sendo contratados.

Especificamente na saúde, muitos desafios enfrentados na gestão do SUS podem ser listados, como aqueles demonstrados por meio de um documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), intitulado SUS: Avanços e desafios, publicado em 2006. De acordo com este documento, o SUS enfrenta seis desafios a serem superados: o desafio da universalização (oferecer serviços segmentados ou um sistema público universal? De acordo com o mesmo documento este não é um dilema pertencente somente ao Brasil); o desafio do financiamento (como lidar com a insuficiência de recursos para implementar um sistema de saúde universal?); o desafio do modelo institucional (incentivar as parcerias entre os entes federativos – união, estados e municípios); o desafio do modelo de atenção à saúde (trabalhar a prevenção mudando o foco centrado nas condições agudas); o desafio da gestão do trabalho (colocar o trabalhador no centro produtivo do processo) e o desafio da participação popular (como incentivar a população a participar mais das decisões que interferem no campo da saúde?). Estes problemas demonstram a necessidade de ações governamentais aplicadas especificamente a estes desafios. O sistema de saúde brasileiro é específico e

tem características únicas e, por essa razão, precisa ter ações adaptadas a seu contexto.

Nesse sentido, o governo de Minas destaca-se, tanto em relação aos princípios da NGP quanto em relação à adoção de parcerias público-privadas, especialmente na saúde. Por meio do Programa Pro Hosp, o governo de Minas Gerais incentiva os hospitais filantrópicos a prestarem um serviço de qualidade, mediante a assinatura de um termo de compromisso que especifica metas, sendo estas avaliadas por meio de indicadores de desempenho. O hospital que alcança as mudanças pretendidas recebe o incentivo financeiro.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, documento que estabelece as diretrizes da NGP, buscou incentivar a competitividade nos serviços sociais. Prezando pela eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos por instituições privadas, o governo combate a ideia de desperdício na administração pública. O Pro Hosp representa uma iniciativa do governo de Minas dentro do conceito de PPP, influenciando o mercado de saúde, motivando a iniciativa privada e canalizando recursos na busca da eficiência.

### **2.1 O Programa Pro Hosp: a aplicação da NGP e do conceito de PPP aos serviços de saúde**

A saúde brasileira tem nos hospitais um de seus principais componentes, respondendo por dois terços dos gastos do setor (LIMA et al., 2009). Esse dado revela a dimensão da importância das instituições hospitalares para a saúde no país. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), havia no Brasil 73.516 estabelecimentos de saúde que ofereciam atendimento ambulatorial/hospitalar, no ano de 2009.

De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), essa natureza “hospitalocêntrica” do país e a ênfase no tratamento de casos agudos têm

deixado o Brasil despreparado para enfrentar a incidência crescente de doenças crônicas. Já com relação ao contexto mineiro, Mendes (2007) afirma que os problemas hospitalares enfrentados se agruparam em três dimensões: a ineficiência, a baixa qualidade dos serviços ofertados e o subfinanciamento. Além disso, em 2003, um estudo feito pelo Comitê Estratégico da SES/MG apontou para uma rede hospitalar fragmentada e com unidades que estavam longe de constituírem espaços efetivamente adequados à atenção hospitalar.

Desse modo, o governo de Minas agiu no intuito de implementar políticas que pudessem lidar com esses problemas e melhorar os serviços em saúde no estado. Por meio do chamado choque de gestão e da aplicação de princípios da NGP à saúde, Minas foi um estado pioneiro na formação de estratégias gerenciais que fossem voltadas ao setor. Uma dessas ações foi a implantação de um programa que fosse baseado em um sistema de parceria entre o governo do estado e os hospitais, visando à potencialização da qualidade no acesso aos serviços do SUS.

O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG, ou Pro Hosp, foi concebido no intuito de consolidar a oferta em atenção hospitalar nos polos macro e microrregionais<sup>1</sup> de Minas Gerais, com o desenvolvimento de um parque hospitalar para que o SUS opere com eficiência e qualidade, tendo como alvo os hospitais públicos e filantrópicos do estado (LIMA et al., 2009). De acordo com o PDR-SUS/MG -2003/2006 (Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais), estabelecido pelo choque de gestão, os polos microrregionais exercem força de atração para a demanda por serviços no

---

<sup>1</sup> Os pólos macro e microrregionais de Minas foram estabelecidos em razão do choque de gestão e da necessidade de dividir o estado em regiões específicas para que essas pudessem ser afetadas pelas estratégias adotadas pela reforma. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização 2003-2006, o território mineiro foi dividido segundo a complexidade da assistência envolvida e os fluxos intermunicipais. As microrregiões atendem a serviços de média complexidade hospitalar e ambulatorial (níveis 1 e 2), enquanto as macrorregiões atendem à média complexidade ambulatorial de nível 3 e à alta complexidade hospitalar e ambulatorial. No total, são 13 macrorregiões e 75 micro.

nível de “atenção secundária”, ofertando poucos procedimentos de “alta complexidade tecnológica”. Já os polos macrorregionais exercem força de atração para alguns serviços, com oferta de procedimentos de “média complexidade”, cuja demanda é rara e que exigem grande especialidade de diagnósticos. Os polos macrorregionais exercem grande força de atração para a maioria dos serviços de “alta complexidade”<sup>2</sup>.

A partir deste ponto, os hospitais não seriam mais considerados pontos isolados de atenção à saúde, mas seriam partes de redes de atenção integrando atenção primária, secundária e terciária (MENDES, 2007). Outro ponto importante salientado pelo autor foi a mudança dos convênios para os contratos de gestão, por meio de metas pactuadas em termos de compromisso, o que reafirma a característica de parceria dotada pelo programa.

O programa propõe uma alocação de recursos aos hospitais como um incentivo à mobilização de arranjos organizacionais e práticas de gestão interna, tendo como objetivos a eficiência, a equidade e a melhoria da qualidade do atendimento e dos serviços (LIMA et al., 2009). Muitos pequenos hospitais coexistiam com poucos hospitais com escala e densidade tecnológica suficiente para funcionar eficaz e eficientemente no enfrentamento de eventos agudos de saúde – razão de ser da atenção hospitalar (MENDES; SILVA, 2004).

Por meio de metas e contratos de gestão, a política do Pro Hosp adentra o ambiente hospitalar, impulsionando melhorias na atenção à saúde e contribuindo com as mudanças tidas como necessárias pelo governo de Minas. O programa conta também com incentivo à capacitação de gestores e o monitoramento intensivo do desempenho do hospital, tendo em vista as metas

---

<sup>2</sup> A atenção primária em saúde refere-se aos serviços de “baixa complexidade”. São serviços mais simples e que ficam à porta do sistema de saúde; são os cuidados preventivos. A atenção secundária são os serviços que se referem à “média complexidade”. São aqueles tratamentos curativos e que se destinam a casos menos complexos. Já a atenção terciária refere-se aos serviços realizados em nível de “alta complexidade”, como transplantes, hemodiálise, quimioterapias, etc.

pactuadas e o contrato de gestão entre a instituição e a Secretaria Estadual de Saúde. Assim, a cada exercício do programa, os hospitais elaboram um Plano de Ajustes e Metas (PAM), contendo seus compromissos e projetos para aplicação dos recursos.

O uso de contratos de gestão e o estabelecimento de acordos e metas são algumas maneiras pelas quais o programa Pro Hosp se utiliza para colocar em prática a política que defende. De maneira geral, o programa age sob o foco de sete linhas estratégicas, trabalhando, sob diferentes perspectivas, a melhoria almejada para o acesso aos serviços do SUS. Estas linhas estratégicas incentivam o uso de características adotadas na NGP, como descentralização e regionalização, padronização, cooperação e eficiência alocativa. São elas:

- a) estratégia gerencial: se refere à pactuação de compromissos e metas formalizadas pelo termo de compromisso de gestão, firmado entre a SES/MG, o gestor municipal e os hospitais;
- b) estratégia assistencial: se refere à inserção orientada dos hospitais em rede, permitindo à SES/MG direcionar a atuação dos hospitais como pontos de atenção alinhados às prioridades assistenciais;
- c) estratégia clínica: estabelecimento de protocolos clínicos que padronizam os principais processos assistenciais;
- d) estratégia de cooperação técnica: direcionamento à cooperação técnica horizontal entre hospitais participantes, o que permite a troca e a associação de tecnologias e processos;
- e) estratégia educacional: desenvolvimento de um quadro profissional de excelência e busca de uma mudança de comportamento em direção ao Estado para resultados;
- f) estratégia econômica: relacionada ao incentivo financeiro repassado pela SES/MG aos hospitais participantes e que auxilia na consecução

de investimentos, sendo direcionada para a capacitação e a melhoria da gestão no hospital (10% do recurso total), a melhoria da qualidade da assistência, a manutenção e o aumento da capacidade instalada (40% do recurso) e os outros 50% do recurso podem ser utilizados no aumento de qualquer uma das aplicações anteriores ou na execução do custeio hospitalar;

- g) estratégia redistributiva: refere-se à alocação de recursos de acordo com as necessidades.

Molina (2002) afirma que o Pro Hosp pode ser considerado um programa de natureza interativa, em que vários atores participam do processo de execução e controle das metas, citando a Comissão Estadual de Avaliação do Pro Hosp, os comitês de avaliação macro e microrregional do Pro Hosp; as gerências regionais de saúde, os próprios hospitais que assinam o termo, as secretarias municipais de saúde, a Comissão Intergestores Bipartite, o conselho municipal de saúde e, por fim, o Conselho Estadual de Saúde. Desse modo, todos estes atores participam do programa, contribuindo para a sua execução, discutindo melhorias e repensando a saúde como um bem coletivo.

Como já dito, o monitoramento do programa se dá por meio de indicadores de desempenho hospitalar. Esses indicadores permitem o acompanhamento das metas e compromissos pactuados entre a instituição e a SES/MG, além de demonstrar ações que, embora não pactuadas, também reflitam a melhoria da qualidade na gestão e prestação de serviços hospitalares.

Para isso, esses indicadores foram segmentados em cinco áreas temáticas, que são: indicadores referentes à gestão, indicadores referentes a processos, indicadores de resultados e indicadores referentes à relação com os usuários e com a comunidade.



Cada área temática tem sua importância e revela mudanças em áreas importantes da prestação de serviço hospitalar, demonstrando, muitas vezes, a melhoria na eficiência e na efetividade, por meio de informações sobre taxas de ocupação, tempo médio de permanência, índices que demonstram melhorias com relação à gestão do trabalho, taxa de absenteísmo, treinamentos e número de acidentes, dentre outros.

Percebe-se, portanto, que o Pro Hosp representa o reflexo dos princípios da NGP, aplicados especificamente à saúde. Outros estudos nesta mesma vertente demonstram a aplicação destes ideais à prestação de serviços por parte do poder público, especificamente com relação às PPPs, à inserção da iniciativa privada na saúde e os ganhos em eficiência desta abordagem (MAYSTON, 1999).

Nesta mesma perspectiva, Russel, Bennett e Mills (1999) abordaram a extensão e a profundidade da reforma ocasionada pela NGP em cinco países, refletidas em quatro arranjos políticos considerados chave, como taxas de usuários, hospitais autônomos, contratação, regulação e capacitação do setor privado. Além disso, os autores revisaram as várias dimensões de capacidades que impedem o desenvolvimento e a aplicação de políticas embasadas neste ideal. Pesquisando os países de Gana, Zimbábue, Sri Lanka, Tailândia e Índia, os autores chegam à conclusão de que a aplicação da NGP não exige somente reformas complexas, mas uma liderança política forte, maiores mudanças institucionais e alterações na cultura organizacional. Por este motivo, era facilmente aceitável o fato de que nenhum dos cinco países estudados tivesse implantado reformas que tivesse obtido longo alcance, pois não foi implantada nessas condições.

A pesquisa de Russell, Bennett e Mills demonstra, portanto, revela a necessidade de mudanças mais concisas com os ideais da NGP. Acredita-se que

o mesmo ocorre no contexto brasileiro, já que o país tem uma cultura que guarda resquícios de uma administração pública pouco racional e objetiva.

A descentralização, a gestão por resultados, as parcerias e os contratos, os acordos de metas e o aprimoramento profissional constituem o primeiro passo para alcançar os objetivos estratégicos do futuro.

### **3 INDICADORES DE RESULTADOS UTILIZADOS PELO PROGRAMA Pro Hosp: MENSURANDO O DESEMPENHO HOSPITALAR**

Medir o desempenho empresarial tornou-se prática mais comum a partir do momento em que os mercados tornaram-se globalizados e altamente competitivos. Trata-se da formação de um complexo sistema de informações que possam auxiliar nas decisões estratégicas das empresas. Os indicadores financeiros foram os primeiros a serem utilizados, especialmente em empresas como a Dupont e a General Motors, no início do século XX (NEELY; BOURNE, 2000).

Segundo Ghalayini e Noble (1996), a literatura que trata sobre as medidas de desempenho pode ser dividida em duas fases distintas: a primeira, por volta de 1880, na qual indicadores de desempenho financeiro, como medidas sobre o lucro e a produtividade, eram as mais utilizadas e a segunda fase, ocorrida por volta de 1980, quando empresas começaram a perder espaço no mercado, a concorrência começou a se acirrar, o que demonstrou que as medidas tradicionais de desempenho eram limitadas e precisavam ser repensadas. A partir deste momento, indicadores que envolviam outras informações relevantes para o processo decisório começaram a ser utilizadas.

A utilização de indicadores de desempenho empresarial passou a compor a agenda de ações destinadas à gestão de bens públicos a partir da década de 1990. Com a implantação da chamada Nova Administração Pública, gestores de vários níveis de governo puderam buscar, na administração de empresas privadas, elementos que agregassem valor aos serviços públicos.

A partir de então, indicadores de desempenho vêm sendo utilizados em diversos setores, como saúde, educação e saneamento, dentre tantos outros. Estes indicadores permitem um diagnóstico da realidade local e revelam grandes diversidades existentes, mesmo dentro do município e da região ao qual o

indicador se refere (ANDERSEN, 2004). Podem, assim, ser considerados como uma ferramenta de avaliação das ações e políticas públicas destinadas a determinado setor da sociedade.

Utilizados como forma de avaliação, os indicadores de desempenho também compõem o arcabouço de ações destinadas às mudanças implementadas pelo choque de gestão em Minas Gerais. Por meio destes, o governo monitora as mudanças estabelecidas pelas instituições hospitalares que estabelecem um acordo de metas e resultados com o Pro Hosp. Segundo o próprio manual do programa,

A proposta do sistema de monitoramento pressupõe o acompanhamento tanto dos compromissos e metas estabelecidos entre o hospital e a SES-MG, decorrente do modelo contratual adotado, quanto de indicadores que, embora não pactuados, refletem a qualidade da assistência hospitalar (MINAS GERAIS, 2007, p. 22).

Os indicadores acabam por refletir as mudanças propostas por cada contrato de gestão e também por reafirmar o acordo e o comprometimento do hospital com o programa, uma vez que o não cumprimento de alguma metas implica em perda de recursos financeiros. Trata-se de uma forma de fazer cumprir a política implícita no programa, gerando os benefícios esperados e as mudanças estabelecidas.

Para a avaliação e o monitoramento do Pro Hosp, os indicadores foram agrupados em cinco áreas temáticas: gestão, processos, relação com os usuários e com a comunidade, resultados e estrutura. A área denominada gestão abrange indicadores referentes à direção da instituição, à gestão dos recursos humanos, à gestão administrativo-financeira e à gestão da informação hospitalar.

A segunda área, denominada processos, abrange indicadores que demonstram mudanças na organização da assistência prestada e medidas com relação à produção, à produtividade e ao tempo de espera. A área que trata da relação com os usuários e com a comunidade trata de indicadores referentes à

relação com o usuário e à interação da instituição com a comunidade. A área de resultados traz indicadores que retratam taxas importantíssimas e que refletem todo o processo dedicado à atenção dos pacientes: taxas de mortalidade, de infecção hospitalar e taxas sobre a movimentação de pacientes. Por fim, a quinta e última área abrange informações sobre a estrutura do hospital, sendo composta de indicadores que demonstrem informações gerais sobre a entidade e a adesão desta a programas oficiais do governo.

Estes indicadores demonstram um pouco o panorama organizacional em que cada instituição acordada com o programa se encontra. Refletem as mudanças alcançadas em alguns setores importantes da prestação de serviços como um todo, sendo, por este motivo, um bom indicativo de desempenho.

#### 4 INDICADORES UTILIZADOS PELO PROGRAMA Pro Hosp: UM REFLEXO DE MUDANÇAS?

Uma vez pactuados com o programa Pro Hosp, todos os hospitais devem apresentar, periodicamente (o programa é estabelecido por competências anuais), o chamado Relatório Circunstanciado, comprovando a aplicação dos recursos repassados pelo programa. Neste documento também são demonstradas as taxas relativas aos resultados da produção hospitalar e suas mudanças.

Nas Tabelas 6, 7 e 8 observa-se a situação dos hospitais 1, 2 e 3, respectivamente, com relação às suas taxas de cesárea, ocupação, permanência, mortalidade e infecção, em relação a todo o tempo de adequação ao programa.

Tabela 6 Situação das taxas referentes ao Hospital 1

| <b>Hospital 1</b>  | <b>Taxa cesárea</b>     | <b>Taxa ocupação</b> | <b>Taxa permanência</b>                     |
|--------------------|-------------------------|----------------------|---|
| Antes do Pro Hosp  | 62%                     | ---                  | Melhora em todas as clínicas menos as UTIs. |
| Depois do Pro Hosp | 38%                     | Em torno de 80%      |   |
|                    | <b>Taxa mortalidade</b> | <b>Taxa infecção</b> |   |
| Antes do Pro Hosp  | Houve redução           | ---                  |   |
| Depois do Pro Hosp | significativa           | Em torno de 2% a 3%  |   |

Tabela 7 Situação das taxas referentes ao Hospital 2

| <b>Hospital 2</b>  | <b>Taxa cesárea</b>     | <b>Taxa ocupação</b> | <b>Taxa permanência</b>   |
|--------------------|-------------------------|----------------------|---|
| Antes do Pro Hosp  | Início, 36,36%          | ---                  | Exceto clínica médica, ginecológica, obstetrícia, e UTI adulto. |
| Depois do Pro Hosp | Hoje, cerca de 80%      | Em torno de 73,29%   |   |
|                    | <b>Taxa mortalidade</b> | <b>Taxa infecção</b> |   |
| Antes do Pro Hosp  | Cerca de                | ---                  |   |
| Depois do Pro Hosp | 4,55%                   | Em torno de 2,9%     |   |

Tabela 8 Situação das taxas referentes ao Hospital 3

| <b>Hospital 3</b>  | <b>Taxa cesárea</b>     | <b>Taxa ocupação</b> | <b>Taxa permanência</b>                          |
|--------------------|-------------------------|----------------------|--|
| Antes do Pro Hosp  | 75%                     | Mantida              | Melhora considerável Clínica médica e cirúrgica. |
| Depois do Pro Hosp | 44%                     | Em torno de 78,38%   |  |
|                    | <b>Taxa mortalidade</b> | <b>Taxa infecção</b> |  |
| Antes do Pro Hosp  | Cerca de                | ---                  |  |
| Depois do Pro Hosp | 5,9%                    | Em torno de 0,75%    |  |

Fonte: Dados da pesquisa

Pode-se perceber que os três hospitais pesquisados alcançaram melhorias expressivas em seus indicadores referentes ao programa Pro Hosp. Há destaque para os Hospitais 1 e 3, pois estes conseguiram melhores indicadores na maioria das taxas avaliadas.

O Hospital 2 não conseguiu manter seu êxito na redução da taxa de cesárea devido a problemas com relação à contratação de uma enfermeira que estaria dedicada à obstetrícia. Além disso, a quebra de um contrato com a prefeitura (que permitia que o hospital atendesse a gestantes provenientes do SUS) acabou por reduzir a base de cálculo para este indicador, uma vez que seu cálculo é realizado mediante a relação percentual entre o número de partos cirúrgicos realizados em determinado período e o número total de partos realizados (normais e cirúrgicos) do mesmo período.

A taxa de ocupação calculada por meio da relação entre o número de pacientes-dia em determinado mês e o número de leitos-dia do mesmo período, foi mantida entre 73,29%, no Hospital 2; 78,38%, no Hospital 3 e cerca de 80%, no Hospital 1. Esses valores corroboram a perspectiva defendida por La Forgia e Coutollenc (2009) de que a taxa desejável de ocupação de leitos deve estar entre 75% e 85%. Percebe-se que há uma conformidade entre as informações obtidas nos três hospitais, o que, provavelmente, é reflexo dos recursos financeiros repassados pelo programa e que são utilizados na renovação da estrutura, como a construção de novos leitos.

A taxa de permanência também foi melhorada em todos os hospitais, ficando as UTIs de fora destas mudanças, devido ao fato de que esta área do hospital recebe pacientes em estados mais críticos e que, portanto, acabam ficando mais tempo no leito. Esta taxa, também chamada tempo médio de permanência, é obtido por meio da relação entre o número de pacientes-dia em determinado mês e o número de saídas hospitalares no mesmo período.

Com relação à taxa de mortalidade, apenas os hospitais 2 e 3 declararam seus indicadores, ficando com 4,55% e 5,9%, respectivamente. O cálculo desta taxa é estabelecido pela relação percentual entre o número de óbitos ocorridos no hospital em determinado mês e o número de saídas do mesmo período. Já a taxa de infecção, uma das mais importantes, foi mantida entre 0,75% (Hospital



3) até 3% (Hospital 1). O cálculo desta taxa é realizado por meio da relação percentual entre os números de episódios de infecção hospitalar em determinado mês e o total de saídas do mesmo período.

A falta de informações anteriores sobre os diversos índices demonstram que o programa Pro Hosp, além de incentivar melhorias, foi capaz de ser o indutor na conformação de um sistema de informações preponderantes para a consecução da atividade hospitalar. É preciso lembrar que todas as informações trazidas pelos indicadores são baseadas em um complexo sistema de coleta e observação, o chamado censo hospitalar. Trata-se de um documento que contém várias estatísticas consideradas vitais para a prestação de serviços de saúde, como número de leitos vagos e ocupados e contagem e registro do número de internações, altas, óbitos, transferências internas e externas ocorridas em um espaço de tempo de 24 horas.

Para que este sistema funcione da maneira mais fidedigna possível, é preciso haver a colaboração entre os funcionários envolvidos no processo de atendimento ao paciente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As PPPs são um tipo de relacionamento interorganizacional, baseado na contratualização entre Estado e entidades privadas, o que pode ser observado na aplicação da NGP ao estado de Minas Gerais, especificamente às ações estratégicas direcionadas à saúde. O programa Pro Hosp, dedicado à reestruturação dos hospitais filantrópicos de Minas Gerais, insere-se nesta perspectiva, pois tem como meio de ação o estabelecimento de contratos de metas e objetivos entre hospitais e a SES. Estes contratos contemplam e incentivam melhorias em diversas áreas e estas são mensuradas por meio de indicadores de desempenho.

Como incentivo às mudanças, os hospitais recebem recursos financeiros repassados mediante o cumprimento das metas estabelecidas. De modo geral, o objetivo do programa é afetar positivamente a prestação de serviços de saúde por parte do SUS, por meio de melhorias direcionadas à estrutura do hospital, aos seus processos alocativos, à própria gestão da instituição e ao reconhecimento da importância de resultados mais eficientes.

Para sua consecução, o programa utiliza indicadores de desempenho hospitalar, a fim de avaliar e acompanhar as metas e as mudanças propostas pelo acordo. Estes indicadores podem ser divididos em cinco diferentes áreas, abrangendo vários aspectos da dinâmica organizacional.

A área que se refere aos resultados da produção hospitalar abrange taxas como as de mortalidade, permanência, infecção, cesárea e ocupação. Uma análise sobre as informações veiculadas por estas taxas, obtidas em três instituições hospitalares participantes do Pro Hosp, revela, de maneira geral, melhorias nas taxas que puderam ser comparadas. Contudo, revela também que não havia um rígido sistema de informações baseado no censo hospitalar anteriormente ao programa. Em alguns indicadores, as instituições não souberam

indicar suas taxas antes da pactuação com o programa, o que corrobora a ideia de que o Pro Hosp, além de melhorias nestes indicadores, também acabou agindo na formação de um sistema de informações importantes para as decisões organizacionais.

## REFERÊNCIAS

- AKINTOYE, A.; BECK, M.; HARDCASTLE, C. **Public private partnerships: managing risks and opportunities**. Oxford: Blackwell Science, 2003. 448 p.
- ALCOFORADO, F. C. G. Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais. In: SEMINÁRIO ORGANIZAÇÃO SOCIAL (OS) E ORGANIZAÇÃO CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO (OSCIP) DE CULTURA, 2., 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Secretaria de Economia e Planejamento, 2007. p. 109-135.
- ALONSO-CONDE, A. B.; BROWN, C.; ROJO-SUAREZ, J. Public private partnerships: incentives, risk transfer and real options. **Review of Financial Economics**, Califórnia, v. 16, p. 335-349, Apr. 2007.
- ANDERSEN, J. F. **Os indicadores sociais como instrumento de promoção do desenvolvimento intra-municipal**. 2004. 62 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- BULT-SPIERING, M.; DEWULF, G. **Strategic issues in public-private partnerships: an international perspective**. 2. ed. London: Wiley Blackwell, 2007. 216 p.
- EVENHUIS, E.; VICKERMAN, R. Transport pricing and public-private partnerships in theory: issues and suggestions. **Research in Transportation Economics**, Oregon, v. 30, n. 1, p. 6-14, Jan. 2010.
- FREDEBEUL-KREIN, M.; KNOBEN, W. Long term risk sharing contracts as an approach to establish public-private partnerships for investment into next generation access networks. **Telecommunications Policy**, Oxford, v. 34, n. 9, p. 528-539, Oct. 2010.
- GALVÃO, M. C. C. P. (Coord.) **Novas formas de gestão dos serviços públicos: a relação público-privada**. São Paulo: FUNDAP, 1997. 68 p.
- GHALAYINI, A. M.; NOBLE, J. S. The changing basis of performance measurement. **International Journal of Operations & Production Management**, West Yorkshire, v. 16, n. 8, p. 63-80, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da saúde: Assistência Médico-Sanitária (AMS) 2009**. Rio de Janeiro, 2010. 167 p.

JONG, M. et al. Introducing public-private partnerships for metropolitan subways in China: what is the evidence? **Journal of Transport Geography**, Oxon, v. 18, n. 2, p. 301-313, Mar. 2010.

KE, Y. et al. Preferred risk allocation in China's public-private partnership (PPP) projects. **International Journal of Project Management**, Guildford, v. 28, n. 5, p. 482-492, July 2010.

KHAN, S.; MUSHTAG, S. Regional partnerships to assist public-private investments in irrigation systems. **Agricultural Water Management**, Amsterdam, v. 96, n. 5, p. 839-84, May 2009.

KLIJN, E. H.; TEISMAN, G. R. Institutional and strategic barriers to public-private partnership: an analysis of dutch cases. **Public Money and Management**, Oxfordshire, v. 23, n. 3, p. 137-146, July 2003.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009. 446 p.

LANE, J. -E. **New public management**. London: Routledge, 2000. 256 p.

LIMA, H. O. et al. Fortalecimento e qualificação da rede hospitalar – Pro Hosp. In: MARQUES, A. J. de S. et al. (Org.). **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. p. 131-157.

MARTINS, A. C.; MARQUES, R. C.; CRUZ, C. O. Public-private partnerships for wind power generation: the portuguese case. **Energy Policy**, Oxon, v. 39, n. 1, p. 94-104, Jan. 2011.

MAYSTON, D. J. The private finance initiative in the national health service: an unhealthy development in new public management? **Financial Accountability & Management**, Oxford, v. 15, n. 3, p. 249-274, Aug./Nov. 1999.

MENDES, E. V. O Pro Hosp. In: MARTINS, M. M.; COUTINHO, S.; SANTOS, A. (Org.). **Caderno de especialização em gestão hospitalar para o Pro Hosp**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007. p. 9-12.

MENDES, E. V.; SILVA, M. V. C. P. da. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. 80 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro Hosp)**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Minas Gerais/Fundação João Pinheiro, 2007. 100 p.

MOLINA, C. G. **Modelo de formación de políticas y programas sociales**. Washington, 2002. Notas de clase. Curso Diseño Y Gerencia de Políticas y Programas Sociales. INDES - Instituto Interamericano para el Desarrollo Social.

MU, R.; JONG, M.; KOPPENJAN, J. The rise and fall of public-private partnerships in China: a path-dependent approach. **Journal of Transport Geography**, Oxon, v. 19, n. 4, p. 794-806, Dec. 2011.

NARROD, C. et al. Public-private partnerships and collective action in high value fruit and vegetable supply chains. **Food Policy**, Oxon, v. 34, n. 1, p. 8-15, 2009.

NEELY, A.; BOURNE, M. Why measurement initiatives fail. **Measuring Business Excellence**, Bradford, v. 4, n. 4, p. 3-7, Dec. 2000.

PASIN, J. A. B.; BORGES, L. F. X. A nova definição de parceria público-privada e sua aplicabilidade na gestão de infraestrutura pública. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 20, p. 173-196, dez. 2003.

PECI, A.; SOBRAL, F. Parcerias público-privadas: análise comparativa da experiência inglesa e brasileira. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador, BA. **Anais...** Salvador: ENANPAD, 2006. p. 1-17.

POULTON, C.; MACARTNEY, J. Can public-private partnerships leverage private investment in agricultural value chains in Africa? A preliminary review. **World Development**, Oxford, v. 40, n. 1, p. 96-109, June 2011.

QUAH, V.; LIM, C. P.; BROOK, C. Public-private partnerships for education reform. In: PETERSON, P.; BAKER, E.; MCGRAW, B. **International Encyclopedia of Education**. 30. ed. Oxford: Elsevier, 2010, p. 73-80.

RUSSELL, S.; BENNETT, S.; MILLS, A. Reforming the health sector: towards a health new public management. **Journal of International Development**, Chichester, v. 11, n. 5, p. 765-775, Aug./July 1999.

SOARES, R. P.; CAMPOS NETO, C. A. da S. **Parcerias público-privadas do Plano Plurianual**: proposta de um conceito. Brasília: IPEA, 2002. 51 p. (Texto para discussão, n. 929).

SUNDFELD, C. A. O arcabouço normativo das parcerias público-privadas no Brasil. **Revista do TCU**, Brasília, n. 104, p. 53-61, abr./jun. 2005.

TAKASHIMA, R.; YAGI, K.; TAKAMORI, H. Government guarantees and risk sharing in public-private partnerships. **Review of Financial Economics**, New Orleans, v. 19, n. 2, p. 78-83, Apr. 2010.

TANG, L.; SHEN, K.; CHENG, E. W. L. A review of studies on public-private partnership projects in the construction industry. **International Journal of Project Management**, Guildford, v. 28, n. 7, p. 683-694, 2010.

**ARTIGO 3**

**ESTRATÉGIAS HOSPITALARES E O PROGRAMA Pro Hosp: A  
MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS ORGANIZACIONAIS**



## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de estratégia tem diversas perspectivas. Contudo, acredita-se que a mesma seja o resultado de várias conexões entre características importantes da empresa. Autores como Porter (1980) e Mintzberg (1979) acabaram incorporando aspectos distintos em suas linhas de análise sobre estratégias organizacionais. Porter foi um autor que trabalhou uma perspectiva centrada no mercado e seu envolvimento com a firma. Já Mintzberg dedicou maior atenção às questões internas, ao aprendizado organizacional e seus efeitos. Com relação à saúde, podem-se adotar duas perspectivas estratégicas: uma externa, que provém de ações tomadas pelo Estado na tentativa de regular o mercado de saúde e uma interna, própria às organizações que prestam serviços no setor e que é resultado da mobilização de recursos organizacionais. A estratégia está automaticamente ligada à política e aos recursos organizacionais, (DAVIES, 2000).

O recuso humano é um dos destaques em estratégias adotadas para um sistema de serviços de saúde eficiente, cabendo a este boa parcela de atenção. As organizações do setor precisam entender quais são suas características, seus recursos, como anda o ambiente que as cercam, permitindo que a ação regulatória do governo seja um ponto benéfico na gestão em saúde. Somente assim estratégias mais efetivas poderão ser traçadas, principalmente aquelas que visam atender às regras impostas pelo mercado. Conhecer estas estratégias também é essencial, visto que estas representam uma fonte de informação para que o Estado também atue mais eficientemente no setor.

O objetivo deste artigo é demonstrar algumas melhorias alcançadas por meio da implantação do programa Pro Hosp, em três hospitais. Além disso, pretendeu-se demonstrar a mobilização de recursos organizacionais em

estratégias direcionadas ao alcance de metas e objetivos definidos pelo programa.

## 2 A TEORIA RBV, HISTÓRIA, CONCEITOS E APLICAÇÕES

Os estudos sobre o posicionamento estratégico das organizações receberam duas novas correntes de pensamento a partir dos anos 1980. Destaque deve ser dado para Porter (1980, 1986) que, na tentativa de explicar o desempenho superior de algumas indústrias, elaborou um modelo de cinco forças competitivas. De acordo com este autor, a indústria pode ser caracterizada, do ponto de vista estratégico, definindo-se os fatores de competitividade determinantes de sua estrutura, sua evolução e a relação estabelecida entre estes.

Desse modo, seriam cinco fatores que influenciariam a competitividade das empresas, sendo: a rivalidade entre as empresas que concorrem entre si; o poder de negociação dos fornecedores; o poder de negociação dos clientes; a ameaça de entrada de novos concorrentes no mercado e a ameaça do aparecimento de produtos ou serviços que substituam o produzido pela empresa.

Porter (1980), então, baseando-se nesta perspectiva, e visando manter a vantagem competitiva das empresas, propõe que as indústrias usem barreiras tanto à entrada de novos concorrentes, quanto à saída e à mobilidade no mercado.

A teoria *Resource Based View*, ou RBV, é a segunda linha de pensamento estratégico surgida nos anos 1980 e que tem na obra de Penrose, intitulada *The Theory of the Growth of the Firm*, de 1959, seu trabalho seminal. De acordo com a autora, a firma pode ser definida como um conjunto de recursos interligados em uma estrutura administrativa, uma coleção de recursos cuja disposição entre diferentes usos e ao longo do tempo é definida por decisões administrativas. O questionamento central desta teoria se pauta na necessidade de esclarecimentos sobre por que determinadas empresas têm desempenho superior a outras. A RBV procura explicar o desempenho das

organizações, reconhecendo os recursos que esta possui e como os aloca em suas estratégias competitivas.

A perspectiva adotada por Penrose surgiu da falta de contribuições de análises centradas externamente à firma. Para a autora, as decisões estratégicas da firma não são determinadas pelo mercado de fatores e produtos, mas sim pela organização de planos e recursos, o que contrasta com as ideias adotadas até o momento.

Diferentemente da economia ricardiana, centrada no produto e em variações de seu valor, a RBV tem seu foco nos recursos produtivos à disposição das organizações, com o objetivo de explicar o crescimento e o destaque que muitas destas organizações alcançam ao longo de sua vida. A RBV aceita os recursos individuais de cada unidade empresarial como fontes de vantagem competitiva. Já as capacidades de uma organização podem ser definidas como um tipo especial de recurso, processo organizacional, atributos da firma, informações ou conhecimento (BARNEY, 1991).

Estes recursos à disposição das organizações podem ser definidos como “qualquer coisa que possa ser descrita como uma força ou fraqueza da empresa” (WERNERFELT, 1984). Nessa mesma linha, Barney (1991) sintetiza esta perspectiva, como pode ser visto na Figura 1.

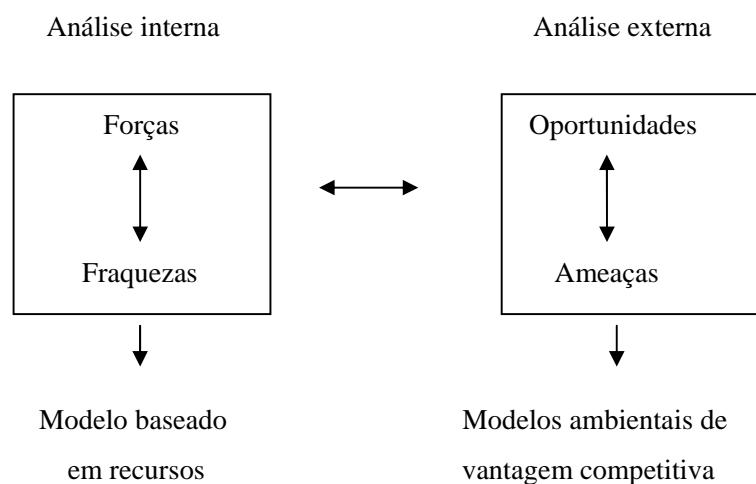


Figura 1 Relação entre uma análise competitiva tradicional e a RBV  
 Fonte: Barney (1991)

Para o autor, o nível de competitividade e o desempenho superior de uma empresa podem ser explicados tanto por uma análise interna quanto por uma análise externa. A RBV combinaria, então, dois tipos de análise: a análise interna dos fenômenos que ocorrem dentro do ambiente organizacional e a análise externa, ou seja, a análise do ambiente competitivo (COLLIS; MONTGOMERY, 2000).

Para Penrose (1959), o desempenho também estaria ligado às diferenças no grau de controle destes recursos. A gestão eficiente e a mobilização destes recursos possibilitam a geração de estratégias e ações que levem ao desempenho superior.

Os recursos organizacionais também podem ser considerados como aqueles ativos tangíveis e intangíveis (COLLIS, 1994). Recursos tangíveis incluem os fatores de produção que possuem valores passíveis de contabilidade, ou seja, são aqueles recursos que podem ser registrados em um balanço contábil. São os chamados recursos identificáveis de acordo com Grant (1991). Já os recursos intangíveis não são físicos, não podem ser contados e raramente são

incluídos no balanço da empresa; são os não claramente observáveis e quantificados (GRANT, 1991).

Cada empresa presente no mercado pode ser considerada como uma “coleção de recursos produtivos” e que, mais do que isso, a forma de utilização deles depende das percepções, habilidades, competências e as visões estratégicas de seus gestores e empregados (LIMA, 2005). Esses recursos podem ser vistos como fontes de estratégia, elementos mobilizadores de decisões que visem impactar positivamente as organizações. Os arranjos obtidos por estes recursos são específicos para cada firma e representam a visão gerencial de quem os lidera, a estratégia definida para aquele momento.

Contudo, mesmo sendo um dos fatores que podem explicar o desempenho superior das firmas, esses ativos podem ser vistos apenas como um potencial para o desenvolvimento e não como geradores diretos deste. Daí surge a importância da maneira como esses ativos são alocados dentro do ambiente organizacional, ou seja, são esses arranjos que potencializam e viabilizam estratégias gerenciais que permitam às empresas ganhar destaque no mercado. A vantagem competitiva é oriunda das formas como estes recursos são articulados, agrupados e explorados e que cada organização tem uma forma única e exclusiva de combinar estes recursos (ROSÁRIO; BARBOSA, 2002).

Portanto, para que a estratégia se efetive e leve a empresa ao sucesso, algumas questões devem ser observadas. Para Barney (1991), a vantagem competitiva sustentável é resultado da posse e da gestão eficiente de recursos que possuem quatro atributos: 1 – são valiosos, ou seja, estes recursos precisam neutralizar as ameaças que a empresa sofre e potencializar suas oportunidades; 2 – os recursos precisam ser raros; 3 – devem ser imperfeitamente imitáveis e 4 – não podem possuir um substituto equivalente. Desse modo, os recursos da empresa precisam ser superiores aos de seus concorrentes para, então, serem

fontes de vantagens competitivas. Caso contrário, estes recursos poderão ser imitados e a vantagem desaparecerá (WERNERFELT, 1984).

A visão adotada pela teoria RBV e sua interconexão com as decisões estratégicas também pode ser visualizada em diversos outros trabalhos, o que demonstra a importância do entendimento dos fatores que cercam o processo decisório nessa construção. Na literatura são encontrados estudos aplicados ao setor industrial, como os de Roberts et al. (2004), Schroeder, Bates e Juntilla (2002), Terziovski (2010); outros que abordam uma vertente econômica, como os de Foss e Foss (2005), Lockett e Thompson (2001), Yang, Ho e Chang (2010); estudos dedicados à vertente humana, como os de Chadwick e Dabu (2010), Ingram (2004), Zangouinezhad e Moshabaki (2011), dentre muitas outras pesquisas e em diversos campos de análise.

A importância de entender como ocorre o processo de decisão estratégica é apoiada por um estudo realizado por Kunc e Morecroft (2010), que apoia-se nas ideias de Priem and Butler (2001) de que, apesar de a RBV explicar, de diversas maneiras, as condições nas quais a vantagem competitiva ocorre, estas explicações não descrevem o processo decisório que os gestores seguem para desenvolver seus recursos. Essa falha dificulta a demonstração das origens da heterogeneidade na performance da empresa e a implementação de estratégias baseadas em recursos. Desse modo, os autores objetivaram saber se (e como) os processos de decisão para a gestão dos recursos levam a uma distribuição heterogênea destes e a subsequentes diferenças de desempenho. Para isso, os autores utilizaram um experimento de simulação de comportamento e basearam-se em um quadro que divide o processo de decisão em dois momentos: primeiro, há uma conceituação criativa de novas configurações de recursos, destinados a oferecer vantagem competitiva; segundo, há o desenvolvimento cuidadoso de cada recurso necessário à implementação da estratégia.

O alvo desta pesquisa foram 300 alunos de três diferentes universidades, estudantes de pós-graduação na área de negócios. Foram formadas equipes, responsáveis por experimentos, totalizando 320 decisões a serem tomadas. A análise das duas fases (configuração e desenvolvimento do recurso) demonstrou que as equipes seguiram diferentes processos de decisão, levando a recursos heterogêneos e desempenho, mesmo quando a equipe possuía apenas um recurso tangível para ser adquirido. A pesquisa também demonstrou que a conceituação de recursos estrategicamente importantes nem sempre difere em empresas concorrentes, sendo essa a razão para o fraco desempenho de algumas empresas. Além disso, duas lógicas estratégicas foram observadas entre as equipes. Algumas delas acreditavam que a rentabilidade superior só poderia ser alcançada pelo domínio de mercado. Eles tentaram atingir uma massa de ativos eficientes, criando escassez no sistema de recursos. As outras equipes acreditavam que o desempenho só seria alcançado evitando-se a competição por recursos e observando as outras equipes. Estas equipes optaram por tentar abordar as oportunidades e ameaças do ambiente por meio de seus níveis de recursos.

Tudo isso demonstra que a heterogeneidade dos recursos, combinados a outras contingências enfrentadas pela empresa, acaba direcionando a linha gerencial para a estratégica a ser seguida. Contudo, acima disso, possuir recursos estrategicamente importantes não significa possuir recursos “diferenciadores”, o que ressalta a importância da ação estratégica adotada sobre eles. De acordo com Kraatz e Zajac (2001), possuir recursos que sejam valiosos, raros e imperfeitamente imitáveis é o único fator capaz de criar vantagem competitiva sustentável e estes recursos devem se destacar nas ações estratégicas.

Nesta mesma perspectiva, uma pesquisa realizada por Serra, Ferreira e Pereira (2008) também demonstrou o aparato teórico trabalhado pela RBV e pela questão estratégica nas firmas. O objetivo deste era o de verificar a contribuição brasileira nos estudos estratégicos, com enfoque na RBV. Para isso,



os autores analisaram os trabalhos selecionados e apresentados no Encontro Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (ENANPAD), durante o período de 10 anos (1997-2006), totalizando 57 artigos. Além disso, o artigo demonstra os autores que mais publicaram neste período, suas visões sobre quais recursos poderiam ser considerados estratégicos, além do foco adotado por cada estudo (seu objeto), demonstrando assim uma diversidade de análises.

Outro ponto demonstrado foi o crescimento relativo dos artigos empíricos em detrimento dos puramente teóricos, o que revela a importância da teoria para questões práticas e gerenciais.

De maneira geral, a RBV evoluiu e se tornou base para a busca de respostas a muitos questionamentos e em diversas áreas, assim constituindo forças para a literatura do *management*.

## **2.1 A RBV e sua aplicação à prestação de serviços**

A teoria RBV e sua aplicação ao setor de serviços também vêm ganhando destaque na literatura. Essa afirmativa pode ser comprovada por meio de pesquisas internacionais recentes, que têm como objetivo analisar os recursos utilizados para promover serviços aos clientes e o alcance de vantagem competitiva no mercado, como as de Keramati et al. (2009), Liu e Wang (2010) e Wong e Karia (2010).

No Brasil, Blinder (2009) desenvolveu um estudo com o objetivo de entender como recursos e competências são articulados para gerar um modelo de negócios inovador. Utilizando a empresa Gol Linhas Aéreas como objeto de estudo, o autor, por meio de análises de documentos e entrevistas realizadas com especialistas e executivos, chegou à conclusão de que a empresa utilizou um modelo chamado Rede de Recursos<sup>3</sup>, para sustentar sua entrada no mercado.

---

<sup>3</sup> Denominado pelo autor.

O modelo foi desenvolvido de acordo com o aparato teórico da RBV e a concepção de “feixe de recursos” de Wernerfelt (1984), ou seja, há um agrupamento de recursos por parte da empresa, combinando diversos recursos expressos em sua Rede de Valor<sup>4</sup>. De acordo com o modelo Rede de Recursos, estes são classificados em níveis hierárquicos, de acordo com sua importância estratégica e sua complexidade. Dessa maneira, este modelo propõe quatro níveis e um direcionador central, sendo os níveis mais elevados dependentes dos mais baixos. O primeiro nível representaria os recursos genéricos (aviões, dinheiro, combustível, etc.); o segundo são os recursos específicos (rotas, linhas, etc.); o terceiro nível seria a combinação de recursos dos dois outros níveis, o que permitiria especificidade à empresa e o quarto e último nível seria constituído de recursos que representam as inter-relações dos grupos que compõem o terceiro nível. O direcionador, ao centro, seria a competência central da empresa, que coordena e articula os outros recursos em busca dos objetivos estratégicos. O conceito de competência essencial ou central é altamente interligado à questão do aprendizado organizacional. Seria aquela competência que gera vantagem competitiva, que é difícil de imitar e é capaz de promover valor percebido aos clientes (PRAHALAD; HAMEL, 1990).

A pesquisa demonstra que o modelo utilizado pode ajudar a entender combinações inovadoras de recursos. Além disso, também revela que a utilização eficiente de determinado recurso pode depender de outro que não está disponível para todas as empresas e é isso que gera a vantagem competitiva. Os recursos são organizados em grupos e gerenciados estrategicamente, tendo em vista o objetivo final da organização e de acordo com sua competência central. A vantagem competitiva seria advinda da utilização eficiente destes recursos, principalmente se um deles é interdependente de outro, ao qual nem todas as empresas têm acesso.

---

<sup>4</sup> Composta por recursos considerados valiosos.

Estas afirmativas confirmam o pressuposto lançado por Barney (1991) quando o autor elabora quatro características que os recursos devem possuir para que a vantagem competitiva sustentável seja alcançada: serem valiosos, raros, imperfeitamente imitáveis e não possuírem substitutos equivalentes.

Outra pesquisa desenvolvida no setor de serviços resultou no artigo intitulado *Visão Baseada em Recursos nas Instituições de Ensino Superior de Fortaleza: uma análise ex-ante e ex-post à LDB/96*, de Pereira e Forte (2008). O objetivo foi identificar quais eram os recursos importantes para as Instituições de Ensino Superior (IES) de Fortaleza (CE), nos períodos pré e pós LDB/96 (Lei de Diretrizes e Bases), por meio de questionários aplicados a diretores e vice-reitores que atuavam à época. Os resultados demonstraram alguns recursos mais relevantes e outros menos relevantes para os diferentes contextos ambientais, que são: a atração e a retenção dos melhores profissionais; a qualidade dos produtos e serviços; a tomada de decisões baseada em informações internas e externas; pensar estrategicamente e ética e responsabilidade social, dentre outros. Com relação aos recursos menos relevantes, os listados foram: espaço físico, localização e tradição no mercado; acompanhar as mudanças do ambiente competitivo; responsabilidade ambiental e posicionamento.

O estudo demonstra que existem diferenças nos recursos necessários tanto antes quanto pós LDB e que isso pode afetar diretamente as competências estratégicas da empresa. Contudo, alguns recursos continuaram específicos ao negócio, mesmo com as mudanças trazidas pela lei. Estes recursos perdem ou ganham importância dependendo do ambiente, mas ainda continuam sendo parte das competências indispensáveis para o sucesso de uma IES.

Portanto, mesmo que o ambiente mude, alguns recursos podem ser conservados e mobilizados novamente, em outras estratégias e a partir de decisões que visem atingir novos objetivos. A adequação ao ambiente e as pressões por mudanças podem afetar estes recursos e isso pode modificar a

configuração e os arranjos obtidos a partir destes. Porém, alguns são mantidos no centro da competência essencial da empresa.

Especificamente em relação à prestação de serviços de saúde, Bryson, Ackermann e Eden (2007) analisaram organizações públicas e, baseando-se na RBV, apresentaram um método para identificar e fazer uso de competências distintas nestas organizações. Nessa perspectiva, os autores elaboraram um modelo de negócios específico para o setor público, modelo que liga estas competências distintas às aspirações e aos objetivos da instituição. Eles aplicaram a técnica chamada de Mapas Causais<sup>5</sup> para estruturar as ideias estratégicas adotadas de acordo com a visão do grupo de gestores seniores escolhidos. Para que o modelo fosse construído, três passos foram seguidos: 1 – identificar as aspirações da organização e os desejos dos atores envolvidos; 2 – identificar as competências distintas e como elas se interligam e 3 – juntar as aspirações e desejos às competências encontradas, com o objetivo de criar o modelo chamado “esquema de subsistência”. A partir desse esquema e das informações com ele obtidas, foi elaborado, pelo grupo escolhido para participar da pesquisa, um plano estratégico plurianual e um plano de negócios para a organização em questão: a *Beches Management Centre* (BMC), empresa de consultoria e treinamento, parte do sistema social e de saúde da Irlanda do Norte, no Reino Unido.

Com base no modelo sistematizado, os autores chegaram a quatro proposições ligadas à teoria RBV e a questão de pesquisa, que, de maneira resumida, são as seguintes: 1 – o bom desempenho, por longos anos, em instituições públicas, depende de suas capacidades distintas e da ligação entre estas e as competências da organização; 2 – organizações que desenvolvem um “esquema de subsistência” válido e sobre ele formulam e implementam suas

---

<sup>5</sup> A técnica Mapas Causais é descrita detalhadamente no trabalho de Bryson et al. (2004), mas, de maneira geral, faz uso de diagramas para demonstrar que a afirmativa A leva à afirmativa B e essa, por sua vez, à afirmativa C.

estratégias conseguem melhor ajuste ou alinhamento com as demandas e as oportunidades do ambiente; 3 – colaborações bem sucedidas envolvendo organizações públicas devem ser sustentadas por competências que sejam da organização e 4 – o sucesso das organizações públicas deve ser baseado na exploração, na sustentação e na proteção das competências distintivas existentes, bem como na criação de novas.

Observa-se que a pesquisa realizada por Bryson, Ackermann e Eden (2007) demonstra a necessidade de conhecer as competências, os pontos fortes da organização e, acima disso, entender como estas se relacionam e ajustá-las aos objetivos a serem perseguidos por meio de planos estratégicos. Portanto, a RBV e suas explicações para o bom desempenho das instituições podem ser utilizadas como um forte aparato estratégico, base para decisões importantes. A análise do ambiente é fundamental para que a organização conheça seus concorrentes e a si mesma, podendo trabalhar seus recursos mais fortes e valiosos, montando bases sólidas para decisões gerenciais. De acordo com Prahalad e Hamel (1990), a definição de estratégias que possam ser consideradas competitivas deve partir de uma perfeita compreensão das possibilidades estratégicas passíveis de serem operacionalizadas e sustentadas por determinado conjunto de recursos.

Mas, até que ponto a contribuição da RBV evoluiu? Um artigo publicado por Barney, Ketchen Júnior e Wrigth (2011) revela que, apesar de a RBV ter contribuído com as teorias que tentam entender as organizações, a revitalização é necessária. Para os autores, e por meio da análise de artigos publicados em uma edição dedicada à RBV, no *Journal of Management*, toda a contribuição da teoria, em vinte anos, está centrada em cinco temas: interligações com outras diferentes perspectivas, o processo de aquisição e desenvolvimento de recursos, os microfundamentos da RBV, sua sustentabilidade e os métodos de medição. Nessa perspectiva, os autores

chamam a atenção para a necessidade de inovação, tanto nos cinco temas encontrados como em outros a serem observados, o que evitaria o declínio da teoria e de sua abordagem.

Portanto, a RBV, mesmo representando o centro teórico de diversas pesquisas, precisa ser repensada e aplicada a diferentes contextos. É necessário que a teoria se recicle e os “vazios” e deficiências sejam supridos. Para Duncan, Ginter e Swayne (1998), muito da orientação advinda da literatura em como identificar as competências distintivas em negócios, no governo e em organizações não lucrativas é muito vago para ser útil tanto para o avanço teórico quanto para a ação prática, na formulação e na implementação de estratégias. Portanto, renovar e pensar a RBV aplicada a novos contextos, principalmente o voltado aos serviços públicos, representa um primeiro passo na revitalização da teoria e sua contribuição com o avanço da prática.

### 3 A ESTRATÉGIA E SUAS DIVERSAS CONCEPÇÕES: EVOLUÇÃO DE UM CONCEITO

Conceituar estratégia não é tarefa difícil. Diversos autores trabalharam ao longo do tempo para construir um conceito cada vez mais próximo às especificidades organizacionais. Destacam-se, entre eles, Ansoff (1965), Chandler (1962), Drucker (1985), Mintzberg e Lampbel (1999) e Selznick (1957), considerados os cinco fundadores do pensamento estratégico.

Cada autor tem uma perspectiva diferenciada, mas que contribui, a seu modo, para a formação do que poderia ser definido como estratégia. Estas diferentes concepções podem ser observadas no Quadro 2.

Quadro 2 Teóricos sobre estratégia e suas contribuições

|                 |  |
|-----------------|--|
| Selznick (1957) | <p>Importância da estratégia como uma combinação dos fatores internos à organização e seu ambiente. Corresponde à Escola do Design, descrita por Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000). A estratégia é um processo de concepção e exploração das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças enfrentadas pela organização.</p> |
| Chandler (1962) | <p>A estratégia requer que as várias funções na gestão organizacional estejam separadas por um mínimo de coordenação. É necessária, além da coordenação uma perspectiva de futuro, o pensamento a longo prazo para que a estrutura da organização tenha direção e foco. É um processo formal.</p>                            |
|                 | <p>Trabalhando sob a perspectiva de Chandler, Ansoff criou uma "grade estratégica" em que compara inovação, penetração de mercado, desenvolvimento de mercado e diversificação estratégica. Desenvolveu,</p>   |

Quadro 2, conclusão

|                  |   |
|------------------|---|
| Ansoff (1965)    | Assim, a "análise de lacunas", a fim de correlacionar a estratégia à análise de onde a organização se encontra e onde ela gostaria de estar, com o objetivo de criar ações que reduzam estas lacunas.   |
| Drucker (1985)   | São duas as principais contribuições de Peter Drucker para a estratégia: a importância dos objetivos e do monitoramento do processo em relação a estes; a importância do "capital intelectual" para as empresas e da gestão do trabalho focado no conhecimento.   |
| Mintzberg (1999) | Mintzberg concluiu que o processo estratégico era fluido e imprevisível. Baseando-se nisso, definiu cinco tipos de estratégia: estratégia como um plano, estratégia como estratégia, estratégia como padrão, estratégia como posição e estratégia como perspectiva. Além disso, o autor fez a distinção entre estratégia deliberada e estratégia emergente. |

Fonte: Fortuin (2006)

Segundo Omta e Folstar (2005), a estratégia pode ser definida como um forte termo de orientação para a organização. Os autores a definem, mais precisamente, como uma série de decisões direcionadas a objetivos e ações que combinam recursos e habilidades organizacionais com as oportunidades e ameaças do ambiente. Estas ações são direcionadas ao encontro das necessidades do mercado e para atender às expectativas dos atores envolvidos.

Já Porter (1980, 1985) tem uma definição mais centrada em elementos externos à organização, pertinentes ao seu ambiente. Seu modelo de análise competitiva estabelece posições que a organização pode alcançar no mercado, posições que determinam as estratégias a serem implementadas, sendo: 1- liderança em custos; 2 – diferenciação; 3 – foco nos custos e 4 – foco na



diferenciação. Para o mesmo autor, estratégias competitivas são ações ofensivas ou defensivas para criar uma posição que possa ser defendida na indústria, enfrentando com sucesso as forças competitivas e obtendo maior retorno sobre o investimento.

É nítida a vertente financeira nas definições de Porter. Para este autor, a vantagem competitiva é especialmente acompanhada de retornos financeiros. Outro ponto é a importância dos clientes e da escolha do segmento de atuação. A estratégia organizacional não deve esquecer destes pontos cruciais para a sua sobrevivência.

Contudo, foi Mintzberg (1979) que deu voz à questão da aprendizagem organizacional. Para ele, a estratégia emergente origina-se da interação da organização com seu ambiente e não da mente dos gestores dedicados ao exercício estratégico, como ocorre na estratégia deliberada. Para este autor, a interação produzida por fontes múltiplas é uma forma de aprendizagem organizacional. É a interação com o ambiente que imprime à organização uma forma única de agir em determinados momentos. Portanto, o planejamento e o posicionamento, por si só, não mais representam a realidade na corrida competitiva. Para Burgelman (1988), as decisões estratégicas não são conduzidas apenas de maneira incremental, mas também representam o resultado de ações provindas de inúmeras pessoas, pertencentes a todos os níveis organizacionais.

Peter Senge (1990), em seu livro intitulado “A quinta disciplina”, deu ênfase à importância do aprendizado organizacional. Para este autor, o que distingue as organizações que aprendem daquelas estacionadas no tempo é o domínio de cinco disciplinas que ele considera básicas para estimular o crescimento organizacional. São elas: 1 – domínio pessoal (descobrir aquilo que realmente é importante e viver buscando altas aspirações); 2 – modelos mentais (ideias arraigadas que acabam por prejudicar nossas atitudes, mesmo que

inconscientemente); 3 – visão compartilhada (devem prevalecer o compromisso e o comprometimento no lugar da simples aceitação); 4 – aprendizagem em equipe e 5 – pensamento sistêmico (considerada a mais importante, aquela que permite que a organização veja as coisas como parte de um todo, impedindo o isolamento destas, trabalhando para mudar a realidade).

Esta perspectiva demonstra a importância do capital humano para a construção de estratégias que objetivem a eficiência organizacional e o alcance de vantagem competitiva. Buller e McEvoy (2012), avaliando as ligações entre a estratégia empresarial, seus recursos humanos e seu desempenho, propõem um modelo que ilustra como as práticas de gestão de recursos humanos podem alinhar fatores grupais, organizacionais e individuais à estratégia organizacional. Os autores trabalharam sobre a noção de “linha de visão” que capta as percepções dos funcionários sobre a ligação entre seu desempenho no emprego e os benefícios oferecidos pela organização, como planos para partilha de lucros. Assim, propõem um modelo que redefine essa “linha de visão”, entendendo-a como o alinhamento entre as capacidades organizacionais e a cultura, as competências grupais e as normas, os conhecimentos, as habilidades e os dons intelectuais individuais, as motivações e as oportunidades com a estratégia organizacional. Também propõem que esse alinhamento contribui para a criação de capital humano e social, ambos necessários para o alcance de desempenho superior.

Por meio desta pesquisa, Buller e McEvoy (2012) também demonstraram que, no centro do modelo proposto, existem três níveis de análise, diretamente ligados à estratégia: organizacional, grupal e individual. Desse modo, o desempenho organizacional seria uma função do alinhamento vertical entre as prioridades estratégicas e as ações entre os três níveis organizacionais, bem como o alinhamento horizontal das práticas de gestão de recursos humanos

(seleção, avaliação de desempenho, formação, desenvolvimento e compensação).

Percebe-se, portanto, que a estratégia é o resultado de intensas e numerosas conexões entre várias características organizacionais. Cada firma tem recursos, capacidades e habilidades próprias, modos de gestão e decisão peculiares, que lhe imprimem heterogeneidade que, se bem trabalhada, pode levar à eficiência e à vantagem competitiva. Compreender o objetivo da organização e os meios de que esta dispõe para alcançá-los pode ser o indicativo de um primeiro passo rumo à conquista e à solidificação de um espaço no mercado.

Davies (2000), em seu artigo intitulado *Understanding Strategy*, defende que a estratégia é um dos elementos de uma tríade que inclui, ainda, a política<sup>6</sup> e os recursos. O autor chama a união destes três elementos de *Troika* que, segundo o mesmo, é um sistema no qual os três elementos têm o mesmo peso agindo de forma uníssona. A estratégia tem um relacionamento causal com os outros dois elementos, recursos provêm os meios para a estratégia e a estratégia é a forma como os meios realizam a política. Para os autores, essa relação causal entre os três elementos foi perdida e a política constitui uma variável dependente no processo decisório. Além disso, a estratégia deve possuir uma pluralidade de entradas, uma multiplicidade de opções, acomodando mais de um resultado.

Apesar das diversas concepções sobre estratégia, de fato há uma importância sobre a clara definição dos objetivos organizacionais. Outro ponto relevante são os recursos, em especial o humano, pois este pode ser considerado um elo que representa a capacidade de adaptação, crescimento e aprendizagem.

---

<sup>6</sup> Os autores entendem política como sendo os objetivos e as metas da corporação e o domínio onde esta opera.

### **3.1 Intervenção pública e as estratégias aplicadas ao sistema de saúde: desvendando especificidades sob dois focos de análise**

O conceito de estratégia pode adquirir a especificidade do setor ou ramo do qual se refere. Mintzberg et al. (2003, p. 13), em seu livro *O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados*, afirmam que “Não há um ‘melhor caminho’ para criar estratégia. Nem há um ‘melhor caminho’ para a organização. Formas muito diferentes funcionam bem em determinados conceitos”.

Diferentes instituições inserem-se em ambientes específicos, além de suas características também únicas. Em saúde não é diferente. As instituições que prestam serviços neste setor muitas vezes precisam tomar suas decisões estratégicas levando em conta outras estratégias adotadas por órgãos governamentais, além de inúmeros problemas impostos pelo mercado. Trata-se da ação de um ambiente altamente complexo sobre as instituições que o compõem e isso afeta diretamente seus recursos organizacionais. Portanto, acredita-se que, quando o assunto é estratégia para instituições de saúde, há duas perspectivas a serem analisadas: uma interna e outra externa, devido à força exercida pelo Estado neste setor.

Adotando-se a perspectiva externa, vários autores têm trabalhado com os conceitos e as ações estratégicas adotadas pelo governo, em especial na saúde. Um exemplo disso são as pesquisas realizadas sob o olhar de diversos ângulos, tendo como foco central a estratégia adotada por meio da implantação do Programa Saúde da Família (BESEN et al., 2007; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; CONILL, 2008; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005; SENNA; COHEN, 2002), dentre muitos outros. O Programa Saúde da Família é destinado à atenção primária em saúde, ou seja, trata-se de uma ação estratégica que tem por objetivo ações conscientizadoras e tratamento de doenças de menor

risco, trabalhando para que as estas não evoluam a casos crônicos que são mais dispendiosos para os cofres públicos.

Além desta, várias outras ações estratégicas implementadas pelo governo são direcionadas à saúde brasileira. Estas, por sua vez, tomam o formato de programas e políticas públicas que buscam mudanças no atendimento aos usuários do SUS. Uma breve passagem pelo site do Ministério da Saúde revela várias iniciativas neste sentido: o Programa Melhor em Casa é destinado a oferecer assistência multiprofissional gratuita e em domicílio a pacientes idosos, necessitados de reabilitação motora, crônicos ou pós-cirúrgicos. Este programa objetiva diminuir as filas em hospitais de emergência, contribuindo para a gestão do sistema de saúde pública. Pode-se destacar também o Programa Academia da Saúde, criado em 2011 e direcionado à implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e pessoal qualificado, com o objetivo de orientar as práticas corporais, atividades físicas e de lazer, o que auxilia na mudança do estilo de vida das pessoas e adoção de hábitos mais saudáveis.

As estratégias governamentais também atingem os prestadores de serviços do setor, afetando diretamente a gestão destas instituições. O objetivo destas iniciativas é mobilizar recursos de todo o sistema, buscando uma prestação de serviços mais igualitária, justa, eficiente e de qualidade, no âmbito do que deve ser oferecido pelo SUS. Desse modo, esse tipo de ação adotada pelo Estado, como políticas e programas dedicados ao setor de saúde, pode mobilizar recursos e interferir nas estratégias organizacionais das instituições que prestam serviços, tendo em vista melhorias amplas em todo o sistema de saúde.

Porter e Teisberg (2007), em seu livro intitulado *Repensando a saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos*, estudaram o caso do sistema de saúde dos Estados Unidos. Segundo os autores, o país sofre com problemas como alto custo, a presença de altos índices de erros médicos e qualidade deteriorada. Com isso, cada vez mais americanos deixam de ter acesso

ao seguro-saúde e, como a assistência primária ou preventiva é quase nula, a qualidade é prejudicada e os custos são exacerbados. Para os autores, é preciso entender que a estrutura da prestação de serviços de saúde dos Estados Unidos está falida. Isso se deve à falta de uma competição que seja benéfica para ambas as partes: prestadores e pacientes. Os autores também defendem uma reforma que se pautar na alteração do foco estratégico, passando dos preços de medicamentos, novas tecnologias e custos administrativos para a reestruturação da competição. Para eles, a competição que ocorre no setor é errada e esta tem que ser voltada para a geração de valor para o cliente.

De forma geral, Porter e Teisberg (2007) demonstram a necessidade de haver criação de valor para o paciente durante todo o ciclo de atendimento, levando-se também em consideração a condição de saúde deste. Os autores condenam iniciativas que estejam baseadas na conformidade de processos, pois a padronização pode não significar qualidade e, além disso, pode desestimular a inovação dentro da organização. Eles defendem a busca da qualidade meio de mudanças que façam com que haja competição no mercado de saúde e essa seja efetivamente uma fonte de melhorias para os serviços. Neste ponto, há destaque para a ação do Estado como indutor destas mudanças.

Partindo da importância da gestão em entidades direcionadas à prestação de serviços de saúde e a forte presença do Estado como órgão regulador da atividade, Exton (2010) realizou uma pesquisa com o objetivo de investigar as condições nas quais o empreendedorismo emerge como agente de mudança efetiva e sustentável, especificamente no setor de saúde. Foram realizadas entrevistas com gestores de onze monopólios do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido. Estas entrevistas foram analisadas concentrando-se sobre os processos de regulação, o surgimento de um comportamento empreendedor, além de inovações e melhorias no local de trabalho. A autora adotou o conceito de estruturas regulatórias, partindo-se da ideia da Nova Gestão Pública (NGP) e

sua fusão entre ideias gerenciais provindas do setor público e do setor privado. Para a ela, o tipo de gerencialismo adotado na saúde por esta vertente da administração pública reforça as linhas verticais de autoridade incorporando-se ao ambiente organizacional e tornando-se estruturas profundas marcadas por várias metas de desempenho, regulação, controle e coordenação.

O ponto de partida da pesquisa é um programa governamental chamado Programa Municipal de Condução à Melhoria na Vida Profissional, criado para projetar postos de trabalho atrativos e compensadores, a fim de motivar, recrutar e reter empreendedores no sistema de saúde do Reino Unido. Estas ideias fazem parte de um trabalho de modernização da área, composto por reformas e constituindo-se como resposta a novas tendências sociais, tecnológicas e econômicas do setor de saúde. A autora estudou os onze monopólios do sistema refletindo sob diferentes abordagens na implementação do programa, a variação da qualidade alcançada e a sustentabilidade dos resultados obtidos. Os resultados demonstraram que, apesar de o programa gerar mudanças sustentáveis, esta não é a realidade de todos os monopólios. Para a autora, os modos de regulação coexistentes interagem com o comportamento individual, gerando estratégias diferenciadas, o que demonstra a força da ação governamental sob o ambiente em que as instituições de saúde se inserem.

O posicionamento advindo das práticas da NGP aplicadas à saúde e o resultado destas nas organizações do setor podem ser encontrado também em Greener (2008). Em artigo intitulado *Decision Making in a Time of Significant Reform: Managing the NHS*, este autor trabalha com questões sobre os desafios enfrentados por gestores de saúde em um ambiente de mudança proporcionado pela reforma no Sistema Nacional de Saúde no Reino Unido. O objetivo foi o de definir como as decisões gerenciais foram tomadas em período de reformas no país, além de demonstrar o que acontece aos gestores quando expostos a este tipo de pressão (metas, objetivos e pactos). Como resultados, o autor alega que

existem barreiras para que as mudanças efetivamente aconteçam e que estas são o resultado da dinâmica tanto interna quanto externa da organização e isso se manifesta em diversos comportamentos organizacionais.

O autor ainda defende que, para que esta situação seja revertida, é preciso fazer uso do que ele chama de “marginalismo”, mas um tipo diferente de marginalismo e não aquele cujo conceito é depreciado pela economia. Para ele, nas organizações de saúde parece existir um tipo específico de marginalismo no qual a maioria dos recursos já está comprometida para fornecer cuidados em saúde para a população. Como resultado, montantes marginais de financiamento são disputados pelas instituições e são gastos tempo e esforço na tentativa de tomar decisões sobre quantidades relativamente pequenas de recursos.

Quando o foco de análise passa a para os recursos internos, o desempenho organizacional e as estratégias adotadas por instituições que prestam serviços de saúde, alguns autores têm feito contribuições (HSIEH; CHEN, 2011; HLAVACKA et al., 2001; JACK; POWERS, 2006; ZINELDIN; CAMGÖZ-AKDAG; VASICHEVA, 2011), objetivando compreender como todo o processo ocorre.

Um estudo publicado por Marchal, Dedzo e Kegels (2011) revela a importância das mudanças estratégicas baseadas na gestão dos recursos humanos, pontos essenciais para que o serviço prestado em saúde seja eficiente e de qualidade. Para os autores, esse tipo de gestão tem um alto compromisso com construção de práticas equilibradas, demonstrando a importância dessa atitude na melhoria do desempenho de instituições hospitalares e hospitais, principalmente aqueles situados em ambientes de baixa renda. Os autores têm como foco este tipo de gestão em hospitais da cidade de Ho (situada no país de Ghana) e revelam como a criação de uma aliança que elevou a moral e a atitude dos funcionários foi capaz de ressuscitar um hospital em crise.



Os hospitais, como instituições-chave no sistema de serviços de saúde, precisam identificar quais são as barreiras que impedem que as mudanças sejam efetivadas. Também precisam conhecer seus recursos e capacidades, a fim de explorá-los em estratégias efetivas e sustentáveis. Normas e regras advindas do ambiente são benéficas, na medida em que a organização conhece seus limites e potencialidades. Este é o primeiro passo para que os recursos organizacionais sejam explorados eficientemente e contribuam com mudanças significativas, principalmente na qualidade dos serviços destinados aos cidadãos.

#### **4 ADEQUAÇÃO AO Pro Hosp: QUAIS AS ESTRATÉGIAS E OS RECURSOS MOBILIZADOS?**

##### **4.1 Gestão – Direção: debate sobre as mudanças adotadas com a implantação do Plano Diretor**

A implantação do Plano Diretor foi uma meta direcionada à gestão dos hospitais participantes do Programa Pro Hosp e que foi alcançada pelos três hospitais pesquisados. Contudo, especificidades puderam ser observadas em cada instituição, assim como estratégias diferenciadas para a consecução do plano, como se observa no Quadro 3.

Quadro 3 O Plano Diretor e as principais mudanças propostas

| <b>Plano Diretor</b>                 |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Principais mudanças propostas</b> |  |
| <b>Hospital</b>                      |  |
| <b>1</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>1- Redução das taxas pactuadas (taxa de permanência; taxa de mortalidade infantil, etc.).</li> <li>2 - Credenciamento para gestantes de alto risco; neurocirurgias, traumatologia e ortopedia de alta complexidade.</li> <li>3 - Parcerias entre as microrregiões.</li> <li>4 - Reforma e ampliação da UTI neo e da UTI adulto.</li> </ul>  |
| <b>2</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Acreditação (criação de procedimentos operacionais padrão, POP); gestão da qualidade.</li> <li>Kaizen, adoção da Política Nacional de Humanização, etc.</li> <li>2 - Reforma do Serviço de Nutrição e Dietética; ampliação da UTI neo; construção de uma sala de estudos e reuniões.</li> <li>3 - Credenciamento da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgão e Tecidos para Transplante.</li> <li>4 - Redução dos custos hospitalares.</li> <li>5 - Investir em capacitação e educação continuada.</li> </ul> |
| <b>3</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Mudança financeira (transformar os déficits anuais em superávits).</li> <li>2 - Mudanças na área assistencial (melhorar a relação enfermeiro/leito disponível).</li> <li>3 - Reformas (ampliação do centro cirúrgico, UTI adulto e neo, cozinha)</li> </ul>   |

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a fala dos entrevistados, as reformas e as mudanças voltadas para alterações físicas, processuais e contratuais estão avançadas, como pode ser observado nas transcrições a seguir.

Entrevistado do Hospital 1:

[...] concretizamos a reforma do Centro Cirúrgico, uma das coisas que estavam pactuadas. Eram duas salas, uma

pequena e uma média. Hoje, são seis salas grandes, uma sala até para cirurgia cardíaca já, com intensificador de imagem, aquelas coisas todas para cirurgias mesmo de alta complexidade, né?

#### Entrevistado do Hospital 2:

[...] a implantação de gestão por processos através da criação de POPs, rotinas, né? Isso aí já está em andamento. A gente tem, aqui no hospital, todos os setores já têm seus procedimentos operacionais padrão. Só são feitas revisões... essas eram semestrais, agora estamos com a autorização da própria gerência regional a gente passar as revisões para anual. Então, foi feita agora a última revisão, em junho de 2011. A próxima está prevista para junho de 2012.

#### Entrevistado do Hospital 3:

[...] a gente tinha pouco número de funcionários de enfermagem por leito. A gente tinha um déficit bem grande, então, a gente conseguiu com isso, com o aumento do financeiro, conseguir alocar todo mundo certinho. Hoje, o que é exigido a gente tem.

Com relação ao Hospital 1, as taxas pactuadas também foram reduzidas e a estratégia utilizada para este objetivo será retratada no decorrer deste capítulo. Com relação ao credenciamento e às parcerias, o gestor alegou encontrar dificuldades, primeiro com relação à intensa burocracia e segundo, por falta mesmo de uma ação por parte do Programa Pro Hosp que incentive o trabalho conjunto entre as microrregiões. Vale destacar que o Hospital 1 encontra-se em uma situação na qual ele atende a vítimas de uma rodovia e, na maioria das vezes, estes são casos de altíssima complexidade. Desse modo, o hospital realiza um procedimento deste porte, recebendo seu pagamento via SUS, como se o mesmo fosse de porte menor (média complexidade), devido ao seu não cadastramento para estes fins específicos.

Já o Hospital 2 realizou mudanças internas, em processos e rotinas, objetivando seu maior foco: a acreditação. As reformas e as construções não foram totalmente alcançadas, ficando a reforma do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) e a construção da sala de estudos e reuniões, metas a serem repactuadas na próxima competência. O credenciamento CIHDOTT também não era uma realidade à época desta pesquisa. Já a redução dos custos estava em fase de viabilização, devido à construção de um novo sistema que dotava o gestor de maiores informações sobre o assunto. As capacitações e educações continuadas aconteciam periodicamente.

O Hospital 3 realizou todas as mudanças elaboradas em seu Plano Gestor. Para o entrevistado, essas eram as três mudanças essenciais que se ramificavam em outras menores. De maneira geral, as duas primeiras mudanças adotadas pelo Plano levaram a alterações significantes em todo o ambiente hospitalar, afetando as estratégias direcionadas ao cumprimento das metas propostas pelo Pro Hosp e melhorando a prestação de serviços como um todo.

Pode-se afirmar que tanto o Hospital 2 quanto o Hospital 3 utilizaram uma ou duas estratégias centrais que automaticamente afetaram seu desempenho nas metas e objetivos pactuados pelo programa. Estas estratégias serão delineadas nas discussões subsequentes.

## 5 RESULTADOS – TAXAS: MELHORIAS FORAM ALCANÇADAS?

Os entrevistados foram questionados sobre as taxas de cesárea, ocupação geral, tempo médio de permanência por clínica, mortalidade hospitalar geral e infecção hospitalar geral. De maneira sucinta, os resultados obtidos sobre a situação destas metas são apresentados nas Tabelas 5, 6 e 7.

Tabela 6 Situação das taxas referentes ao Hospital 1

| <b>Hospital 1</b>  | <b>Taxa cesárea</b> | <b>Taxa ocupação</b>    | <b>Taxa permanência</b>     |
|--------------------|---------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Antes do Pro Hosp  | 62%                 | ---                     | Houve melhorias em todas    |
| Depois do Pro Hosp | 38%                 | Em torno de 80%         | as clínicas, menos as UTIs. |
|                    |                     | <b>Taxa mortalidade</b> | <b>Taxa infecção</b>        |
| Antes do Pro Hosp  | Houve redução       | ---                     |                             |
| Depois do Pro Hosp | significativa       | Em torno de 2% a 3%     |                             |

Tabela 7 Situação das taxas referentes ao Hospital 2

| <b>Hospital 2</b>  | <b>Taxa cesárea</b>     | <b>Taxa ocupação</b> | <b>Taxa permanência</b>  |
|--------------------|-------------------------|----------------------|--|
| Antes do Pro Hosp  | Início 36,36%           | ---                  | Melhoria em todas, exceto clínica médica, ginecológica, obstetrícia, e UTI adulto. |
| Depois do Pro Hosp | Hoje cerca de 80%       | Em torno de 73,29%   |  |
|                    | <b>Taxa mortalidade</b> | <b>Taxa infecção</b> |  |
| Antes do Pro Hosp  | Cerca de                | ---                  |  |
| Depois do Pro Hosp | 4,55%                   | Em torno de 2,9%     |  |

Tabela 8 Situação das taxas referentes ao Hospital 3

| <b>Hospital 3</b>  | <b>Taxa cesárea</b>     | <b>Taxa ocupação</b> | <b>Taxa permanência</b>                              |
|--------------------|-------------------------|----------------------|--|
| Antes do Pro Hosp  | 75%                     | Mantida              | Melhoria considerável na clínica médica e cirúrgica. |
| Depois do Pro Hosp | 44%                     | em torno de 78,38%   |  |
|                    | <b>Taxa mortalidade</b> | <b>Taxa infecção</b> |  |
| Antes do Pro Hosp  | Cerca de                | ---                  |  |
| Depois do Pro Hosp | 5,9%                    | Em torno de 0,75%    |  |

Fonte: Dados da pesquisa

## **6 ESTRATÉGIAS PARA A ADEQUAÇÃO ÀS METAS E AOS OBJETIVOS DEFINIDOS PELO PROGRAMA: QUAIS OS RECURSOS MOBILIZADOS?**

Para que as taxas pudessem ser melhoradas, os três hospitais apresentaram diferentes perspectivas estratégicas. Há destaque para as estratégias definidas pelos Hospitais 1 e 3, pois estas foram baseadas em uma estratégia central que foi ramificada em outras mudanças menores que atingiam a instituição por inteiro.

### **6.1 Estratégia adotada pelo Hospital 1: a importância da renovação em recursos humanos**

Observando-se os dados da Tabela 5, percebe-se que o Hospital 1 conseguiu uma melhora significativa nas taxas, principalmente nas de cesárea e mortalidade. A primeira é muito importante, pois é pactuada mediante o valor de recursos financeiros a serem repassados ao hospital.

A estratégia adotada para esta mudança foi baseada em recursos humanos, por meio da contratação de quatro enfermeiras trabalhando na escala de 12 por 36 horas (o funcionário trabalha 12 horas e folga 36 horas). Além dessas contratações, a estratégia contou com outras manobras na área, como pode ser verificado pela fala do entrevistado no Hospital 1:

[...] nós contratamos uma enfermeira exclusiva para cuidar da qualidade e essa enfermeira solucionar isso (a redução das taxas). No caso da maternidade, ela pediu a contratação de quatro enfermeiras com o título de especialização em obstetrícia, aonde é feito com os equipamentos adquiridos pelo Pro Hosp, o cárdio, o ultrassom. Aquela coisa, incentivando, palestras de aleitamento materno, cursos de gestante, aonde incentivamos a mãe ao parto normal. No caso dos outros setores, mortalidade infantil, dentro da



neonatal, ela capacitou quatro enfermeiras com especialização em neonato, com a parceria da SES, da ESP (Escola de Saúde Pública) [...]

A enfermeira direcionada para esta estratégia age em um sistema de cobranças com os outros funcionários, além da pressão exercida sobre a taxa de cesárea:

Na taxa de cesárea chamamos os enfermeiros e fizemos uma lavagem cerebral com eles: porque, se deixar, eu vou operar de 13 às 15 horas, porque às 15 eu tenho meu consultório[...] Então, ele só vai chamar o profissional, o enfermeiro só chama o profissional na hora que ta nascendo mesmo, ou aquela cesárea que chega com os fatores que dela exigem...

Trabalhamos nosso recurso humano mesmo porque, se depender dos médicos... Claro, existem muitos bem intencionados e que colaboram, mas a maioria [...]

De fato, a estratégia central do Hospital 1 para alcançar as taxas pactuadas com o Programa Pro Hosp foi a renovação de seus recursos humanos e sua capacitação por meio de parcerias com outros órgãos. Essa estratégia central (com foco na enfermeira dedicada à qualidade da prestação de serviços) foi ramificada (outros enfermeiros foram contratados e capacitados para atuar nos diferentes setores afetados pelas metas). Para a redução da mortalidade infantil, o entrevistado apontou uma contingência enfrentada pelo Hospital 1.

[...] o menor chega no próprio transporte das micro para o hospital [...] Criamos um protocolo, né? Se fala muito em protocolo. Criamos um protocolo. Neném tem que vir na incubadora acompanhado de médico, enfermeiro, aquela coisa. Aonde conseguimos reduzir. Porque o índice de mortalidade infantil não era nosso, era das nossas micro, que mandava todos os coitadinhos de qualquer jeito.

Esse depoimento demonstra que a taxa de mortalidade infantil do Hospital 1 era alta devido ao transporte inadequado dos recém-nascidos vindos

de outras cidades da região. As crianças já chegavam em condições inadequadas e, por esta razão, a chance de piora em seu estado de saúde era maior.

Apesar de haver relato sobre a importância do recurso financeiro repassado pelo programa, o Hospital 1 contou com recursos próprios para implantar a estratégia baseada em recursos humanos.

[...] o hospital fez isso com recursos próprios. Se você for usar o recurso do Pro Hosp não dá, tá certo? Então, fizemos com recurso próprio e deixamos o Pro Hosp mesmo para gerenciamento de algum detalhe de informática, equipamentos e a reforma na infraestrutura mesmo, sabe? É uma enfermeira que tem um salário diferenciado, né? Ela tem que ter o apoio da alta direção, o apoio do corpo clínico [...].

Esse tipo de contingência também aparece quando o questionamento é sobre as taxas de ocupação:

O município não tem aquele paciente de longa permanência para dar continuidade ou no ambulatório ou no PSF. Então, existem alguns pacientes que deixaram essa nossa taxa elevada. Mas, não é culpa do hospital e sim do município. Mas, fora disso, já conseguimos reduzir [...] o que o Pro Hosp determina, né? Baixa permanência e alta rotatividade.

Com relação às taxas de permanência, a estratégia principal, de acordo com o entrevistado, é o censo diário, aliado ao trabalho da enfermeira contratada para a qualidade.

Ele é fundamental[...] se você não tiver o senso diário e rigoroso você não consegue (...) e a cobrança da enfermeira, da qualidade, 'tá entendendo? Ela cobrando, porque que esse paciente 'tá... Por exemplo, é uma equipe interdisciplinar, composta por assistente social, psicólogo, o próprio enfermeiro responsável do setor e ela cobra para a gente tentar reduzir.

Já a taxa de mortalidade foi reduzida por meio de um processo que envolve recursos gerenciais: a construção de protocolos clínicos. A taxa de infecção foi trabalhada também através de uma estratégia mobilizadora de recursos humanos. De acordo com o entrevistado, a taxa é alta e isso se deve a uma mudança da enfermeira responsável pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) que não se adaptou às mudanças exigidas pelo Programa (treinamentos e cursos). Por esta razão,

[...] que aconteceu? Nós demitimos e contratamos uma mocinha que 'tá agora, que 'tá tentando fazer uma especialização em CCIH. Então, a gente já diminuiu bastante, mas com o quê nós estamos combatendo isso? Em cima de processos, protocolos, dos POPs e do material, pedindo registro na ANVISA e todas as outras regras que determinam este assunto. Sabe, a gente já conseguiu reduzir muito também [...] Contratação de um infectologista que também não tínhamos para compor a comissão [...].

Quando questionado sobre as facilidades/dificuldades enfrentadas para implementar as estratégias que motivavam as mudanças exigidas pelo Programa, o entrevistado alegou quais facilidades o Hospital 1 possui de sobra: funcionários envolvidos, vontade de qualificar-se, etc. Contudo, o maior desafio é o trabalho gerencial, que tem que ser realizado com o corpo clínico que, muitas vezes, não entende os benefícios trazidos pela implantação de rotinas, POPs, protocolos.

## **6.2 Estratégia adotada pelo Hospital 3: “arrumando a casa, inicialmente”**

Os dados da Tabela 7 também revelam algumas melhorias alcançadas pelo Hospital 3, havendo destaque em todas as taxas pactuadas. O Hospital 3 também foi adepto de uma estratégia central que pudesse afetar diretamente todos os outros recursos do hospital em uma ação sequenciada e meticulosa. A

principal decisão estratégica envolveu recursos financeiros e foi ponto de partida para que outras ações fossem tomadas gradativamente na instituição.

De acordo com a fala do entrevistado do Hospital 3, uma reforma ampla era inicialmente necessária: a chamada mudança financeira, que pode ser explicada pela fala seguinte:

Quando começou o Pro Hosp e se fez o plano diretor, que foi em 2006, o hospital tinha um déficit anual de 400 a 800 mil e, depois do Pro Hosp e de implantar o Plano Diretor que a gente focou mais nessa parte. O ano de 2010 a gente fechou com um milhão 390 de superávit.

Para que o hospital resolvesse seu déficit financeiro, antes de implantar as mudanças propostas para o alcance das metas e objetivos solicitados pelo Pro Hosp, foi necessário mais que uma ação gerencial. A participação e a motivação dos funcionários foram essenciais. Percebe-se que, compondo a estratégia central de reforma financeira, outras estratégias direcionadas a cada área ligada ao assunto foram mobilizadas. Recursos organizacionais foram mobilizados, objetivando alcançar melhorias financeiras por meio de revisões de contrato, controles de custos e receitas, como pode ser observado na fala a seguir:

[...] quando eu cheguei no hospital, antes não se tinha um controle muito grande de faturamento, do que se faturava e para saber o que se estava recebendo... Então, foi revisão mesmo de contratos, correr atrás do SUS, que o SUS estava muito defasado... e aqui a gente conseguiu 55% de aumento. Então, foi uma das coisas que ajudou bastante.

Ressalta-se que todas as mudanças implantadas foram concretizadas com o mesmo número de funcionários destinados à parte administrativa, ou seja, não foi contratado nenhum recurso humano adicional para a execução desta estratégia. O que houve foi um rearranjo dos recursos disponíveis para que as estratégias pudessem ser executadas.

A partir da mudança financeira central, a reorganização de controles e processos e a presença de superávit nas contas do hospital, a estratégia assistencial pode ser colocada em prática. Dessa maneira, recursos humanos puderam ser contratados para a parte assistencial.

A segunda mudança mais importante seria a assistencial: a gente tinha pouco número de funcionários de enfermagem por leito, a gente tinha um déficit bem grande. Então, a gente conseguiu, com isso, com o aumento do financeiro, conseguir alocar todo mundo certinho. Hoje, o que é exigido a gente tem.

Outro ponto foi a tomada de controle que, no Hospital 3, estava nas mãos de médicos.

[...] a gente tirou tudo da mão de médico e deixou tudo na mão da administração do hospital. Porque, antigamente, cada médico era responsável por um setor, outro por outro. Então, a gente tirou tudo da mão deles e deixou na mão da administração.

A estratégia adotada pelo hospital para reduzir a taxa de cesárea de 75% para 44% foi baseada na mobilização de recursos humanos: contratação de uma enfermeira obstétrica. Esta funcionária trabalha juntamente com um médico que está presente 24 horas na unidade acompanhando as gestantes, o que torna mais fácil a evolução para o parto normal. Além disso, o gestor também adotou um sistema de informações e recompensas para que os médicos se conscientizassem da importância da redução da taxa.

A gente meio que divulga os médicos hoje que têm uma taxa de cesárea mais alta, né? E a gente mostra para eles que a gente sempre perde dinheiro do Pro Hosp com isso. Então, a gente conseguiu abaixar a taxa, não perder dinheiro e reverter esse dinheiro para eles.

A estratégia utilizada pelo Hospital 3 para alcançar melhorias na taxa de permanência foi a contratação de um funcionário (estratégia baseada em recursos humanos), que é o responsável por verificar todos os leitos do SUS. Diariamente, o rapaz anda em cada leito, verificando as papeletas e prontuários e confrontando o diagnóstico do paciente, seus dias de internação e o sistema de pagamentos, como pode ser verificado na fala a seguir.

[...] eu tenho um menino, hoje, que roda o hospital inteiro, no SUS, né?, em todas as papeletas e ele tem uma lista do que o SUS hoje paga por pacote. Então, você tem um número x de diárias, então, ele vai lá e olha: esse paciente está com IAM (infarto agudo do miocárdio), são cinco dias. Aí, no quarto dia, ele já deixa bilhete para o médico, falando que o paciente amanhã vence e, caso ele tenha a possibilidade de alta, é para ele dar alta. Então, isso fez a gente conseguir diminuir bastante.

Desse modo, o funcionário contratado auxilia na manutenção de taxas como o tempo médio de permanência, mas, acima de tudo, contribui para que o hospital não perca com diárias não cobertas pelo sistema. É bom ressaltar que é verificada a possibilidade de alta do paciente na data prevista pelo pacote e, se essa puder ser efetivada, acontecerá. Caso não possa, o paciente continua no hospital. Foi uma pequena ação que acabou contribuindo e muito com os indicadores e a eficiência do hospital.

Com relação à taxa de mortalidade, algumas considerações a respeito de seu valor puderam ser verbalizadas pelo entrevistado.

[...] hoje, a gente é referência em trauma e ortopedia de alta complexidade da região. Então, a gente recebe muito acidentado, muita coisa. Então, igual eu te falei, uma UTI de dez leitos adultos e doze neonatal. Então, a gente tem uma complexidade muito alta, então a gente faz uma média de 300 cirurgias por mês [...].

O Hospital 3 também é o único credenciado para procedimentos de alta complexidade, especificamente em ortopedia, o que, automaticamente, também afeta a taxa de mortalidade da instituição.

Para as taxas de infecção, a estratégia também foi a renovação dos recursos humanos. Um médico infectologista e uma enfermeira com especialização em CCIH foram contratados para trabalhar sobre o controle da taxa. Além disso, são realizadas reuniões com a presença da diretoria, nas quais as taxas são apresentadas e debatidas.

A facilidade apontada pelo entrevistado do Hospital 3 na consecução das estratégias idealizadas para alcançar as taxas pactuadas foi o fato de a nova diretoria apoiar as mudanças efetuadas e a maioria dos funcionários terem abraçado as ideias e trabalhado duro para concretizá-las. Como dificuldade, foi mencionada a falta de contribuição e de engajamento da equipe médica, resistente a mudanças organizacionais. Outro ponto importante foi a presença de alguns funcionários muito antigos, que não aceitaram bem as alterações propostas e que estão sendo gradativamente realocados e outros dispensados, o que ajudou a reverter a situação.

### **6.3 Estratégia adotada pelo Hospital 2: nosso foco são os processos organizacionais**

Com relação ao Hospital 2, pode-se afirmar que, de maneira geral, as estratégias direcionadas ao alcance das metas pactuadas (taxas) foram baseadas na mobilização de recursos organizacionais, rearranjos e mudanças processuais.

Como a acreditação é uma meta constante para o hospital, muitas estratégias foram focadas em mudanças e planos de ação, objetivando a melhoria da qualidade, como se observa na fala do entrevistado do Hospital 2.

[...] depois implantar painel interno de gestão da qualidade, termoquality, implantar plano de ação (...), na verdade, que é um projeto que a gente já tem, né?, do termoquality juntamente com o Kaizen, né? São ferramentas de qualidade auxiliando na resolução dos processos críticos, dos problemas que a gente tem no setor. Aí, a gente aliou isso também aos indicadores. Então, a gente já conseguiu até muita é melhoria, resoluções de alguns processos críticos.

Um problema enfrentado na execução destas estratégias foi a falta de controle e manutenção das melhorias já alcançadas, além da autonomia do setor em estipular metas a serem transpostas. De acordo com o entrevistado, alguns setores engajaram-se nas mudanças, mas outros ficaram atrasados, com metas a cumprir e perdendo as melhorias já conseguidas. A solução para isto então seria:

[...] talvez uma cobrança maior em cima disso aí, que eu acho que, diante das turbulências que a gente teve durante o ano, realmente (...), muita coisa se perdeu neste sentido assim também. Teve muita troca de coordenador, muitas mudanças, então, isso dificulta o processo porque, às vezes, já tem um que está fazendo e está entendendo o que está acontecendo, aí entra um outro que, aí, né?, pegou o bonde andando e não está muito por dentro aí... Isso, esta alta rotatividade, essas coisas, que prejudicou o processo.

Além disso, as metas conseguidas pelos programas direcionados à qualidade começaram a ser cobradas como dependentes de metas anteriores, ou seja, o setor não pode deixar a meta já alcançada se perder. Para o entrevistado, um desafio constante na busca da acreditação é o processo de mudança cultural. Para ele, a acreditação exige um pensamento diferente, tanto por parte da alta direção quanto por parte dos funcionários da instituição. Para ele, a mudança ocorre, a passos lentos, mas é uma realidade dentro do hospital.

A alta rotatividade é um fator considerado dificultados no alcance do objetivo acreditação:



Esta alta rotatividade do hospital é um grande fator dificultador porque, querendo ou não, a... a experiência, a vivência da instituição conta também. A pessoa acompanha a instituição, acompanha os treinamentos, acompanha todo o processo, então, essa alta rotatividade do hospital acaba que muito se perde. Então, você acaba tendo que fazer muita coisa, refazer toda hora as mesmas coisas porque as mudanças com o pessoal aqui é muito grande, muito grande. Eu acho que este é um fator que, realmente, é [...] dificulta todas as mudanças.

Para o entrevistado, muito do trabalho realizado com os funcionários é perdido devido à alta rotatividade. Para ele, o tempo que poderia ser direcionado a outras atividades é gasto refazendo-se treinamentos, seleções, testes. Contudo, mesmo sendo um aspecto negativo, o entrevistado ressalta que a alta rotatividade também pode ser encarada como ponto positivo para a instituição.

Outra coisa que eu acho mesmo é uma cultura, uma coisa que está arraigada mesmo. A questão do hospital é que as pessoas [...], ninguém é insubstituível! Isso tanto pelo lado positivo quanto pelo lado negativo. Lado positivo porque a pessoa fala; 'ah! vou sair, então, beleza [...], tchau [...], entendeu? Mas, por outro lado, eu acho que isso é [...] eu comecei a enxergar, por outro lado, que é uma coisa muito positiva também do hospital porque as pessoas se adaptam a essa nova realidade dessa mudança muito fácil. Então, a pessoa saiu ontem daqui, então, todo mundo já esqueceu que ela saiu e a pessoa que chegou ontem parece que já está há um ano aqui no hospital. Em um instante ela se adapta, o pessoal já a envolve, todo mundo já [...] ele já está aqui dentro.

A fala do entrevistado demonstra que o Hospital 2 transforma um ponto negativo, um fator dificultador, em benefício, ou seja, adapta-se às mudanças trazidas por alterações constantes em seus recursos humanos. Quando questionado sobre sua opinião acerca da alta rotatividade de funcionários que o Hospital 2 tem, o entrevistado ressaltou o seguinte:

[...] ah! Então [...] o que todo mundo fala, né? Como se diz, o que a maioria das pessoas fala é que é questão financeira, é, envolve a parte financeira, que seria o salário. O salário do hospital está bem abaixo do mercado e abaixo do que a outra instituição da cidade é [...] oferece. Então, isso seria um grande fator. Não sei se é o principal, mas é um grande fator.

Com relação às taxas e observando-se os dados da Tabela 6, pode-se concluir que o Hospital 2 alcançou melhorias significativas no início da implantação do programa, reduzindo sua taxa de cesárea a cerca de 36%. Contudo, atualmente, sua taxa é muito alta e isso se deve ao fato de que o hospital não contratou uma enfermeira obstetrícia, focando em estratégias de mobilização de recursos organizacionais (palestras, treinamentos, conscientização médica, conscientização das mães, Hospital Amigo da Criança<sup>7</sup>, partograma<sup>8</sup>, etc.). O entrevistado afirmou que existe uma enfermeira do hospital em fase de especialização em obstetrícia, mas essa ainda não é uma realidade da instituição. Além disso, o hospital é referência em maternidade de alto risco, o que, automaticamente, aumenta a taxa de cesáreas realizadas.

Então, assim, a gente tenta de acordo com o que a gente pode mais assim. Nossa taxa de cesárea bate 70, 80, nossa taxa de cesárea é muito alta. E... tem todo um contexto também. É porque a gente é referência em maternidade de alto risco, né? Não é desculpa para tudo [...]?

Aliado a essa questão existe o fato de que o hospital possuía um convênio com a prefeitura, pelo qual as gestantes do SUS eram direcionadas uma semana para o Hospital 2 e na outra semana, para outra entidade da cidade e isso ajudava o hospital a diluir a taxa que é calculada sobre o número de partos

---

<sup>7</sup> A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990 pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pela UNICEF (Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância) para proteger, promover e apoiar a amamentação.

<sup>8</sup> Partograma é documento anexado ao prontuário da gestante no qual o médico explica em detalhes porque o caso evoluiu para cesárea.

realizados. Contudo, o convênio foi cancelado e a quantidade de partos diluiu e isso prejudicou a taxa de cesárea. Resultado: os partos direcionados ao Hospital 2 são de pacientes em caráter particular e de gestação de alto risco, com grandes chances de evolução para cesárea. Além disso, o entrevistado ressalta a questão cultural e a independência feminina nos dias de hoje:

[...] acho que vem das próprias mulheres mesmo. Acho que essa vida de independência que a gente está, todo mundo trabalha, a mulher trabalha, então, você quer ter hora, hora e dia para ganhar para ter o filho [...] é a comodidade, a praticidade, a comodidade, entendeu? Então, ela não quer ficar lá esperando que dia vai ganhar. Não [...] eu vou parar de trabalhar tal dia, tal dia eu vou ter o neném, no outro dia eu saio do hospital e pronto. Então vai na praticidade [...].

Com relação aos fatores que facilitaram a redução desta taxa, mesmo que no início, o entrevistado destaca o trabalho de marketing realizado pelo hospital. Tanto o marketing externo quanto o interno, na tentativa de conscientizar sobre a importância do parto normal. Já os fatores dificultadores do processo são a relutância dos médicos em abraçar a ideia (a cesárea gera maiores benefícios financeiros) e a falta de uma enfermeira especializada em obstetrícia.

Com relação à taxa de ocupação, o entrevistado do Hospital 2 destaca as dificuldades encontradas para a implementação de estratégias que melhorem esta taxa na instituição. Para ele, as reformas e as construções (muitas vezes resultado de objetivos pactuados com o próprio programa e realizados mediante recursos financeiros repassados por este), fazem com que haja um número muito oscilante de leitos ativos. Outro ponto é a falta de informação correta para compor a taxa, já que os leitos eram periodicamente fechados e abertos para reformas, como pode ser observado na fala abaixo:

[...] assim, hoje, de todos os leitos que a gente tem, a gente tem problema de faltar leito, mesmo porque os leitos estão para reforma tudo e a gente não está [...] Às vezes, a gente tem que remanejar tudo, principalmente UTI, essas coisas assim não ficam com a taxa de ocupação [...] é alta. Porque antes, o que a gente tinha, era que, às vezes, o pessoal não estava contando o número de leitos certo assim. Então, assim, às vezes, dava uma discrepância na taxa de ocupação porque assim você ia e pensava: 'ah! é porque tem leito vazio [...]' Não. É porque, na verdade, não havia o leito, né? [...].

Contudo, apesar das contingências, a estratégia direcionada à melhoria da taxa de ocupação foi baseada na mobilização de recursos organizacionais e humanos, como pode ser observado na fala do entrevistado:

[...] a gente capacitou o pessoal mais com relação ao SUSfácil<sup>9</sup>, né? Seria melhorar esta interação da instituição com o SUSfácil que seria estar disponibilizando os leitos para quem está precisando e atendendo à demanda que existe na cidade e na região. Então, eu acho que... por exemplo, o pessoal daqui foi fazer curso, então, eu acho que quando domina mais o sistema [...].

Para o entrevistado, as melhorias alcançadas na taxa que versa sobre o tempo médio de permanência são o resultado das ações aplicadas à melhoria da qualidade (estratégia mobilizadora de recursos organizacionais - busca da acreditação), o envolvimento de comissões (estratégia adotada por meio da mobilização de recursos humanos), o que pode ser comprovado pela fala:

Acho [...] [...] assim, que todo este processo de mobilização pela qualidade, também buscando a segurança, como equipar os quartos; colocar grades nas camas; fazer protocolos de transporte; transposição CCIH; o controle de antimicrobianos; redução da infecção; explicações sobre

---

<sup>9</sup> O SUSfácil é um sistema de gerenciamento dos leitos disponíveis para o SUS. Este programa facilita a gestão dos leitos hospitalares, auxiliando na admissão de pacientes referenciados de regiões as quais o hospital atende.

contato (com os pacientes); sobre a lavagem das mãos [...] [...] então assim acho que são “n” medidas que tem tudo a ver com a qualidade e a acreditação e que tem impacto direto na taxa de permanência”.

Como fatores que dificultam a melhoria desta taxa, pode-se destacar, de acordo com a fala do entrevistado, a escassez de recursos disponíveis para que mais mudanças possam ser efetuadas:

[...] porque a gente acaba precisando de recurso e a gente acaba esbarrando nesses detalhes: ‘ah! a gente precisa trocar tudo isso, ou trocar estes equipamentos. A gente precisava [...] Seria melhor que fosse outros... Esse atende melhor e tal, né?’ E realmente a gente fica, a gente tem uma restrição de recursos. Aí, às vezes, não tem como a gente fazer exatamente como a gente gostaria, mas dentro de outras medidas que estão ao nosso alcance.

Com relação à taxa de mortalidade, há o destaque para estratégias que representam a mobilização de recursos humanos, especificamente por meio da comissão de óbitos que acaba focando as mortes que poderiam ter sido evitáveis. Outro ponto é a sazonalidade. O entrevistado afirmou que, nos meses mais frios, automaticamente, a taxa de mortalidade é maior. Para o entrevistado, a análise não é a taxa em si, mas quem faleceu e porque faleceu, para que estes casos sejam analisados e possam ser evitados posteriormente. Um dos fatores que atrapalham este processo é a dificuldade em identificar com precisão o ocorrido com o paciente.

[...] identificar com precisão, né? Porque também envolve um pouco de [...] não digo subjetividade, mas, assim, mas algumas coisas ainda ficam no ar, assim. É difícil. Na análise de um: ‘ah! acho que foi isso’. Na de outro, o pensamento é diferente [...] Então, às vezes, esta divergência de opiniões. Porque cada médico, cada pessoa tem um olhar sobre um caso.

No caso da taxa de infecção hospitalar, as melhorias alcançadas também são devido à CCIH, mas a estratégia de contratação de um enfermeiro responsável por essa comissão foi a principal causa das melhoras nas taxas. A comissão atua analisando processos internos, reeducando os funcionários e estabelecendo boas práticas na instituição, como se verifica no depoimento a seguir.

Está acompanhando de perto as alterações, tomar atitudes. Então, o controle antimicrobiano, lavagem das mãos, né? As práticas que são utilizadas aqui dentro do hospital. Então, eu acho que isso são [...] foi o que realmente corroborou para gente conseguir mostrar uma taxa real e conseguir reduzir a nossa taxa [...].

Para o entrevistado, um fator facilitador foi o fato de a comissão ser atuante e engajada com a sensibilização do corpo clínico sobre controle de processos e práticas, o que é uma luta constante.

## **7 PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM SAÚDE (PGRSS): ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A SEGURANÇA DENTRO DA INSTITUIÇÃO**

Todos os três hospitais pesquisados já têm o PGRSS incorporado às suas estruturas organizacionais, contudo, cada hospital apresentou especificações estratégicas importantes para o alcance deste objetivo.

O entrevistado do Hospital 3 alegou que o programa de gerenciamento de resíduos é algo antigo, implantado antes de sua contratação pela instituição. Afirmou que a própria enfermeira contratada para a CCIH foi quem mobilizou as mudanças iniciais para a execução do plano. Por esta razão, o entrevistado alegou não saber dar mais detalhes sobre como este processo ocorreu.

Já o Hospital 1 já tinha o PGRSS antes mesmo da adesão ao Programa Pro Hosp, como pode ser observado na fala a seguir.

Contratamos [...] (uma empresa para implantar o PGRSS). O nosso estava arcaico, não estava de acordo com as RDCs (Resoluções de Diretoria Colegiada), feito em 1998 e, desde lá, veio sendo revisado, mas só naquela passada de olho [...] Então, contratamos um engenheiro, né? Ele fez o PGRSS, etc. [...] É uma empresa que também entende de questões ambientais aqui [...] o PPRA (Plano de Prevenção de Riscos Ambientais), o PGRSS e já com a NR32 (Norma Regulamentadora nº 32) [...].

Pode-se perceber que a estratégia utilizada para melhorar o PGRSS no Hospital 1 foi baseada na mobilização de recursos humanos, pois foi baseada na confecção de um contrato entre o hospital e uma empresa direcionada à área de prevenção ambiental. Além disso, após a implantação do mesmo, a estratégia foi a contratação de um engenheiro ambiental, para que o plano pudesse ser levado adiante. Trata-se, portanto, de uma estratégia baseada na mobilização de recursos humanos.

Contudo, na fala do entrevistado do Hospital 2, há a presença de outros recursos mobilizados com vistas a atingir este objetivo, como pode ser visto na transcrição a seguir.

Foi o humano, o organizacional [...] o tecnológico também foi fundamental... Porque a gente não tinha uma equipe de técnicos capacitados para fazer isso, então, nós contratamos esta empresa de um engenheiro que é ambiental (ela é terceirizada, né?) sim [...] terceirizada [...] E ele, em cima de todas as normas, ele conseguiu organizar, junto com o técnico de segurança e fazer até um treinamento com as pessoas, palestras, dar uma educação continuada para os nossos funcionários de todos os setores, mostrando os riscos químico, biológico, etc. [...].

Para o entrevistado, a dificuldade na manutenção do PGRSS também é a equipe médica que, muitas vezes, fecha os olhos para a importância da correta segregação dos resíduos produzidos pela atividade hospitalar.

O entrevistado do Hospital 2 também alega que, quando foi contratado, o PGRSS já estava em funcionamento, destacando que a principal estratégia para a sua manutenção são os treinamentos. Isso pode ser verificado no trecho de entrevista a seguir.

[...] é o treinamento constante. Ainda mais agora que a gente tem essa rotatividade grande, então, é treinamento. Não tem outra solução sem ser esta... Hoje, todo mundo que entra no hospital, já faz um tempo na verdade, tem treinamento sobre segregação de resíduos e, frequentemente, temos também treinamentos com os setores [...].

Desse modo, além da estratégia baseada em recursos organizacionais, como os treinamentos, existe a importância da presença das comissões:

[...] fora isso, a gente também tem uma comissão e ela é uma comissão também bem atuante. Temos indicadores também da comissão da quantidade de resíduos gerados. A



gente acompanha também de perto a questão dos resíduos que foram gerados aqui no hospital.

Um fator considerado facilitador é a ligação entre as estratégias direcionadas à acreditação e à manutenção e sucesso do PGRSS. Programas direcionados à qualidade, direcionados a todos os setores e monitorados por auditores internos, acabam verificando também a situação da segregação do lixo em cada setor visitado.

Um ponto que pode ser considerado dificultador neste processo, de acordo com o entrevistado, é a rotatividade.

A rotatividade. Isso desgasta. Os treinamentos têm que ser muito constantes, orientações nos setores. Porque eles mudam demais e acaba que o pessoal novato ainda tem muita dúvida com relação à segregação.

Desse modo, os três hospitais pesquisados adotaram estratégias diferenciadas com relação à implantação e à manutenção do PGRSS, respeitando as contingências do ambiente e as suas especificidades internas.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos dados obtidos por meio das entrevistas com três membros de três hospitais situados no sul de Minas Gerais e participantes do Programa Pro Hosp, conclui-se que as estratégias direcionadas ao alcance de algumas metas e objetivos do Pro Hosp são, em sua maioria, solidificadas na mobilização de recursos humanos. Os hospitais 1, 2 e 3 demonstraram a força dos recursos humanos na consecução estratégia da organização. Este fato corrobora alguns estudos sob o mesmo foco de análise (BUCHAN; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2011; CAMPBELL; JONES; WHYMS, 2011; PIERANTONI; GARCIA, 2011), dentre outros.

A grande importância deste fator pode ser comprovada por meio da constatação de que o único hospital que não contratou uma enfermeira responsável pela obstetrícia (o Hospital 2), fato associado a outros problemas contingenciais, não permitiu à instituição manter suas taxas de cesárea reduzidas. Essa inadequação à meta do programa fez com que o hospital perdesse recursos financeiros. O Hospital 2 também optou por colocar em prática estratégias baseadas na mobilização de seus recursos organizacionais, realocando e reaproveitando estes para alcançar outro objetivo: a acreditação. Percebe-se que, neste ponto, houve uma tentativa de alinhamento entre as duas metas do hospital (atender ao Pro Hosp e buscar a acreditação), contudo, este fato, também aliado a outras contingências ambientais, contribuiu para que alguns de seus indicadores ficassem, de certa maneira, prejudicados.

Contudo, destaca-se que o Hospital 2 foi o único a apresentar várias ações de melhoria da qualidade na prestação de serviços. Ferramentas de gestão da qualidade foram implantadas, houve a menção a várias ações de treinamento e conscientizações, sem deixar de destacar a questão do marketing da instituição, também citado pelo entrevistado como fonte de estratégias para o Pro Hosp.

Já o Hospital 1, seguindo a estratégia de renovação de recursos humanos, demonstrou a importância de usar estes recursos como base para mudanças. Há o fato de que o programa Pro Hosp não destina seus recursos a esse tipo de renovação (contratação de novos funcionários) e sim à capacitação dos recursos já existentes. Neste ponto, acredita-se que a política possa ser ampliada. O título revela que o Pro Hosp objetiva o fortalecimento e a melhoria da qualidade dos hospitais filantrópicos do SUS/MG, contudo, como entender este fortalecimento e melhoria da qualidade de serviços prestados pelo SUS, sem compreender a importância dos recursos humanos para a atividade, não somente no sentido de sua capacitação, mas no sentido da falta destes recursos nas instituições? Neste ponto, acredita-se que a política que embasa o Pro Hosp pode ter sido precipitada quando admite que o que falta aos hospitais filantrópicos é a capacitação do recurso já possuído, somente.

O Hospital 3 corrobora com esta afirmativa, pois admite que a reforma financeira, inicial, foi idealizada no intuito de gerar recursos financeiros para que a reforma assistencial (dedicada aos recursos humanos) pudesse ser concretizada. O entrevistado desta instituição afirmou categoricamente que o Hospital 3 não tinha o número de enfermeiros por leito que era exigido pela ANVISA, ou seja, a instituição possuía um *gap* em seus recursos humanos.

Uma observação dos planos diretores elaborados pelos três hospitais pesquisados revela que as mudanças na estrutura física foram comuns entre estes. Esse fato reflete um dos objetivos do programa defendido em seu manual, que é o seguinte:

Ao implementar ações destinadas à melhoria da qualidade do atendimento dos hospitais da rede SUS no estado de Minas Gerais, por intermédio do estabelecimento de metas, o Pro Hosp contribui para o desenvolvimento de um parque hospitalar no estado, socialmente necessário e capaz de operar com eficiência, de prestar serviços de qualidade que atendam às necessidades e demandas da população, de

preencher vazios assistenciais, e inserir-se em redes integrais de atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2007, p. 4).

O programa preza pelo desenvolvimento de um parque hospitalar no estado, capaz de operar com eficiência e qualidade, além de preencher vazios assistenciais. Estes vazios refletem a capacidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar da população residente em sua própria região (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010), além de ser o reflexo da aplicação de princípios como a descentralização e conseqüente regionalização da saúde. Como o objetivo do programa Pro Hosp é suprir estes vazios, a ideia de reformas e mobilização de recursos físicos vem ao encontro da concepção de criação de polos macro e microrregionais, que atenderiam os cidadãos mineiros em suas demandas por saúde.

Contudo, outras mudanças, além das obtidas nos indicadores, deveriam ser avaliadas. O crescimento da estrutura física e o alcance de bons índices de permanência, cesárea e infecção, não representam, por si só, uma prestação de serviços com qualidade. É preciso que o setor seja reconhecido em suas especificidades e os hospitais sejam avaliados em suas peculiaridades por meio de uma avaliação criteriosa de seus recursos, de sua posição na rede de atenção e seus principais desafios.

Acredita-se que a construção de uma agenda que integre os hospitais participantes do programa Pro Hosp em um debate sobre os reais desafios enfrentados para uma prestação de serviços com mais qualidade seja necessária. Os indicadores de desempenho refletem as mudanças abordadas pelo programa, mas velam aspectos importantes enfrentados na gestão destas instituições, os quais poderiam contribuir na consecução da política.

Basta lembrar que o Pro Hosp nasceu de um estudo encomendado pelo governo de Minas Gerais e realizado pelo Comitê Estratégico da SES/MG, o

qual apontou uma rede hospitalar fragmentada e formada por unidades que não constituíam espaços adequados de atenção hospitalar.

É nesse ponto que se acredita que deve haver uma investigação mais criteriosa sobre o que realmente leva os hospitais a serem ineficientes, conduzindo a um arcabouço de informações relevantes que auxiliem tanto nas estratégias adotadas pelas instituições quanto na identificação de fatores que facilitem a elaboração de políticas públicas direcionadas ao setor.

## 9 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE ESTUDO

Acredita-se que este estudo venha a contribuir com o despertar de novas concepções por parte do poder público quanto à elaboração e à consecução de políticas e programas públicos na saúde. Contudo, acredita-se que mais estudos devam ser realizados nesta perspectiva.

Assim como análises em outras instituições, é necessário que outros atores envolvidos com o processo de adequação ao Pro Hosp sejam ouvidos. Responsáveis pelo monitoramento, bem como membros das entidades mais próximas de toda a implantação como SRS e da SES, além de trabalhadores pertencentes aos hospitais participantes, membros da diretoria médica e representantes do poder público local precisam ter suas opiniões captadas. Somente assim a questão, objeto deste estudo, pode ser fortalecida, contribuindo tanto para hospitais participantes, na adequação de suas estratégias ao que o programa Pro Hosp exige, quanto para o governo, em sua intervenção no setor.

Outro ponto importante, e que merece destaque, é a inclusão de outros recursos não abordados pela RBV nas análises das estratégias utilizadas pelas organizações do setor. Recursos como o capital social, por exemplo, também devem ser avaliados no relacionamento entre as entidades que participam do Pro Hosp e os atores que compõem toda a rede de ação do programa. A cultura também é um aspecto importante, pois influencia a capacidade e a adequação da instituição às normas exigidas pelo programa. Um bom exemplo é o caso do Hospital 2, que tem fortes traços de uma cultura altamente adaptável ao problema da rotatividade.

Desse modo, espera-se que este trabalho seja o ponto inicial de uma série de outros focados nos recursos e nas estratégias utilizadas por instituições de saúde, frente à regulação e à interferência do Estado no setor.

## REFERÊNCIAS

- ANSOFF, H. I. **Corporate strategy**: an analytical approach to business policy for growth and expansion. New York: McGraw-Hill, 1965. 241 p.
- BARNEY, J. B. Firms resources and sustained competitive advantage. **Journal of Management**, California, v. 17, n. 1, p. 99-120, 1991.
- BARNEY, J. B.; KETCHEN JUNIOR, D. J.; WRIGHT, M. The future of resource-based theory: revitalization or decline? **Journal of Management**, California, v. 37, n. 5, p. 1299-1315, 2011.
- BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, mar./abr. 2007.
- BLINDER, M. P. Rede de recursos: um modelo desenvolvido a partir do caso Gol Linhas Aéreas. **RAI – Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 28-43, 2009.
- BRYSON, J. M.; ACKERMANN, F.; EDEN, C. Putting the resource-based view of strategy and distinctive competencies to work in public organizations. **Public Administration Review**, Malden, v. 67, n. 4, p. 702-717, July/Aug. 2007.
- BRYSON, J. M. et al. **Visible thinking**: unlocking causal mapping for practical business results. Chichester: Wiley, 2004. 396 p.
- BUCHAN, J.; FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. **Human Resources for Health**, London, v. 9, n. 17, p. 9-17, July 2011.
- BULLER, P. F.; MCEVOY, G. M. Strategy, human resource management and performance: sharpening line of sight. **Human Resource Management Review**, Amsterdam, v. 22, n. 1, p. 43-56, Mar. 2012.
- BURGELMAN, R. A. Strategic-making as a social learning process: the case of Internal Corporate Venturing. **Interfaces**, Hanover, v. 18, n. 3, p. 74-85, May/June 1988.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia de Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 26-32, maio/ago. 2005.

CAMPBELL, J.; JONES, I.; WHYMS, D. More money for health - more health for the money: a human resources for health perspective. **Human Resources for Health**, London, v. 9, n. 18, p. 9-18, July 2011.

CHADWICK, C.; DABU, A. Human resources, human resource management, and the competitive advantage of firms: toward a more comprehensive model of causal linkages. **Organization Science**, Hanover, v. 20, n. 1, p. 913-930, Jan./Feb. 2010.

CHANDLER, A. N. D. **Strategy and structure**: chapters in the history of the industrial enterprise. Cambridge: MIT, 1962. 480 p.

COLLIS, D. J.; MONTGOMERY, C. A. Criando a vantagem corporativa. In: HARVARD BUSINESS REVIEW. **Estratégia corporativa**. Rio de Janeiro: Campus, 2000. p. 9-37.

COLLIS, D. J. Research note: how valuable are organizational capabilities? Strategic. **Strategic Management Journal**, Malden, v. 15, Special Issue, p. 143-152, 1994.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia Saúde da Família em centros urbanos do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suplemento, p. s7-s27, 2008.

DAVIES, W. Understanding strategy. **Strategy & Leadership**, New York, v. 28, n. 5, p. 25-30, 2000.

DRUCKER, P. F. **Innovation and entrepreneurship**: practices and principles. New York: Harper & Row, 1985. 288 p.

DUNCAN, J. W.; GINTER, P. M.; SWAYNE, L. E. Competitive advantage and internal organizational assessment. **Academy of Management Executive**, New York, v. 12, n. 3, p. 6-16, 1998.



EXTON, R. Enterprising health: creating the conditions for entrepreneurial behaviour as a strategy for effective and sustainable change in health services. **Journal of Health Organization and Management**, Bradford, v. 24, n. 5, p. 459-479, 2010.

FORTUIN, F. T. J. M. **Aligning innovation to business strategy**: combining cross-industry and longitudinal perspectives on strategic alignment in leading technology-based companies. 2006. 189 p. Thesis (PhD in Social Sciences)–Wageningen University and Research Center, The Netherlands, 2006.

FOSS, K.; FOSS, N. J. Resources and transaction costs: how property rights economics furthers the resource-based view. **Strategic Management Journal**, Malden, v. 26, n. 6, p. 541-553, June 2005.

GRANT, R. The resource-based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation. **California Management Review**, California, v. 33, n. 3, p. 114-135, 1991.

GREENER, I. Decision making in a time of significant reform: managing in the NHS. **Administration & Society**, California, v. 40, n. 2, p. 194-210, Apr. 2008.

HLAVACKA, S. et al. Performance implications of Porter's generic strategies in Slovak hospitals. **Journal of Management in Medicine**, Bradford, v. 15, n. 1, p. 44-66, 2001.

HSIEH, Y. H.; CHEN, H. M. Strategic fit among business competitive strategy, human resource strategy, and reward system. **Academy of Strategic Management Journal**, Malden, v. 10, n. 2, p. 11-32, July 2011.

INGRAM, H. Value-based human resource strategy. **International Journal of Contemporary Hospitality Management**, Oxon, v. 16, n. 4, p. 273-273, 2004.

JACK, E. P.; POWERS, T. L. Managerial perceptions on volume flexible strategies and performance in health care services. **Management Research News**, Massachusetts, v. 29, n. 5, p. 228-241, 2006.

KERAMATI, A. et al. Customer relationship management and performance, a resource-based view of Iranian internet service industry. **International Journal of Electronic Customer Relationship Management**, Taiwan, v. 3, n. 2, p. 103-120, 2009.

- KRAATZ, M. S.; ZAJAC, E. J. How organizational resources affect strategic change and performance in turbulent environments: theory and evidence. **Organization Science**, Hanover, v. 12, n. 5, p. 632-657, 2001.
- KUNC, M. H.; MORECROFT, J. D. W. Managerial decision making and firm performance under a resource-based paradigm. **Strategic Management Journal**, Malden, v. 31, p. 1164-1182, Apr. 2010.
- LIMA, D. P. M. **Adequação das estratégias aos recursos**: o caso de empresas do setor de supermercado. 2005. 203 f. Dissertação (Mestrado em Administração)–Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2005.
- LIU, C. -H.; WANG, C. -C. Formulating service business strategies with integrative services model from customer and provider perspectives. **European Journal of Marketing**, West Yorkshire, v. 44, n. 9, p. 1500-1527, 2010.
- LOCKETT, A.; THOMPSON, S. The resource-based view and economics. **Journal of Management**, Thousand Oaks, v. 27, n. 6, p. 723-754, Nov. 2001.
- MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **O PDR – Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**, 2010. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. 264 p. Relatório Técnico – AGR/SES-MG.
- MARCHAL, B.; DEDZO, M.; KEGELS, G. Turning around an ailing district hospital: a realist evaluation of strategic changes at Ho Municipal Hospital (Ghana). **BMC Public Health**, London, v. 10, n. 1, p. 1-16, 2011.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro Hosp)**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Minas Gerais/Fundação João Pinheiro, 2007. 100 p.
- MINTZBERG, H. et al. **O processo da estratégia**: conceitos, contextos e casos. 4. ed. São Paulo: Bookman, 2003. 496 p.
- MINTZBERG, H.; LAMPBEL, J. Reflecting on the strategy process. **MIT Sloan Management Review**, Cambridge, v. 40, p. 21-30, Apr. 1999.
- MINTZBERG, H. **The structuring of organizations**: a synthesis of the research. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979. 512 p.

OMTA, S. W. F.; FOLSTAR, P. Integration of innovation in the corporate strategy of agri-food companies, innovation in agri-food systems. In: JONGEN, W. M. F.; MEULENBERG, M. T. G. (Ed.). **Innovation in agri-food systems**. Wageningen: Wageningen Academic Publishers, 2005. p. 223-246.

PENROSE, E. **The theory of the growth of the firm**. New York: Oxford University, 1959. 296 p.

PEREIRA, M. S.; FORTE, S. H. A. C. Visão baseada em recursos nas instituições de ensino superior de Fortaleza: uma análise ex-ante e ex-post à LDB/96. **RAC - Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-129, jan./mar. 2008.

PIERANTONI, C. R.; GARCIA, A. C. P. Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. **Human Resources for Health**, London, v. 9, n. 12, p. 9-12, May 2011.

PORTER, M. **Competitive advantage**: creating and sustaining superior performance. New York: The Free, 1985. 592 p.

PORTER, M. E. **Competitive strategy**: techniques for analyzing industries and competitors. New York: Free, 1980. 397 p.

PORTER, M. **Estratégia competitiva**: técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1986. 448 p.

PORTER, M.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos. Porto Alegre: Bookman, 2007. 431 p.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The core competence of the corporation. **Harvard Business Review**, Watertown, v. 68, n. 3, p. 79-91, 1990.

ROBERTS, C. et al. Manufacturing evaluation using resource-based, template-free features. **Journal of Intelligent Manufacturing**, Dordrecht, v. 8, n. 4, p. 323-331, 2004.

ROSÁRIO, F. J. P.; BARBOSA, J. D. Recursos e posicionamento competitivo nas PME's. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., 2002, Salvador. **Anais...** Salvador: ENANPAD, 2002. 1 CD-ROM.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia Saúde da Família com base nas categorias Kuhnianas. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 19, n. 16, p. 53-66, 2005.

SCHROEDER, R. G.; BATES, K. A.; JUNTILLA, M. A. A resource-based view of manufacturing strategy and relationships to manufacturing performance. **Strategic Management Journal**, Malden, v. 23, p. 105-117, Jan. 2002.

SELZNICK, P. **Leadership and administration**. New York: Harper and Row, 1957. 162 p.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina**. São Paulo: Best Seller, 1990. 443 p.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia Saúde da Família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 523-535, 2002.

SERRA, F. A. R.; FERREIRA, M. P.; PEREIRA, M. F. **Evolução da pesquisa brasileira em Resource Based View (RBV)**: estudo dos ENANPAD na área de estratégia entre 1997 – 2006. Portugal: GlobAdvantage, 2008. 27 p. (Working paper, n. 09).

TERZIOVSKI, M. Innovation practice and its performance implications in small and medium enterprises (SMEs) in the manufacturing sector: a resource based view. **Strategic Management Journal**, Malden, v. 31, n. 8, p. 892-902, Jan. 2010.

WERNERFELT, B. A resource-based view of the firm. **Strategic Management Journal**, Malden, v. 5, n. 2, p. 171-180, 1984.

WONG, C. Y.; KARIA, N. Explaining the competitive advantage of logistics service providers: a resource based view approach. **International Journal of Production Economics**, Amsterdam, v. 128, n. 1, p. 51-67, Nov. 2010.

YANG, X.; HO, E. Y.; CHANG, A. Integrating the resource-based view and transaction costs economics in immigrant business performance. **Asia Pacific Journal of Management**, New York, v. 27, p. 1-20, Oct. 2010.

ZANGOUEINEZHAD, A.; MOSHABAKI, A. Human resource management based on the index of Islamic human development: the Holy Quran's approach. **International Journal of Social Economics**, Bradford, v. 38, n. 12, p. 962-972, 2011.

ZINELDIN, M.; CAMGÖZ-AKDAG, H.; VASICHEVA, V. Measuring, evaluating and improving hospital quality parameters/dimensions: an integrated healthcare quality approach. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Oxford, v. 24, n. 8, p. 654-662, 2011.

**ANEXOS****ANEXO A: Roteiro de pesquisa****Universidade Federal de Lavras****Departamento de Administração e Economia**

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer as estratégias e os recursos utilizados pelos hospitais na implantação destas, tendo em vista adequações ao Programa Pro Hosp.

Lembramos que o nome do hospital será mantido em sigilo e que qualquer dúvida, esclarecimento ou acesso aos resultados podem ser feitos mediante contato com a pesquisadora.

**PARTE 1 – Caracterização do Hospital****1 – Dados sobre o entrevistado:**

- 1.1 Nome do entrevistado
- 1.2 Cargo ocupado na instituição
- 1.3 Formação profissional
- 1.4 Tempo de trabalho na instituição
- 1.5 Telefone
- 1.6 Email

2 – Dados sobre o hospital

2.1 Nome do hospital

2.2 Natureza jurídica

2.3 Natureza da assistência

2.4 Número de leitos

2.5 Número total de funcionários

2.6 Característica do corpo clínico

**PARTE 2 – Estratégias e recursos utilizados pelo hospital de acordo com metas pactuadas**

**1 – Gestão – Direção**

1.1 A instituição dispõe de Plano Diretor?

1.2 Em seu Plano Diretor, enumere 5 principais mudanças propostas. Elas já foram alcançadas?

1.3 Quais foram as estratégias adotadas para alcançar estas mudanças?

1.4 Quais recursos foram mobilizados nestas estratégias? Como?

Físicos:

Financeiros:

Organizacionais:

Humanos:

Tecnológicos:

Reputação:

1.5 Foram exigidas mudanças na instituição para que estes objetivos fossem alcançados? Que tipo de mudanças?

1.6 Enumere fatores que facilitaram/dificultaram o alcance desta meta em seu hospital.

## **2 – Produção - Taxas**

### **2.1 Taxa de Cesárea**

2.1.1 Seu hospital, desde a adoção ao Programa Pro Hosp, conseguiu reduzir a taxa de cesárea? Em média, quantos %?

2.1.2 Qual (is) a(s) estratégia (s) adotada(s) para alcançar esta meta?

2.1.3 Quais os recursos foram mobilizados nesta estratégia? Como?

Físicos:

Financeiros:

Organizacionais:

Humanos:

Tecnológicos:

Reputação:

2.1.4 Enumere fatores que facilitaram/dificultaram o alcance desta meta em seu hospital:



## **2.2 Taxa de Ocupação Geral**

2.2.1 Seu hospital, desde a adoção do Programa Pro Hosp, conseguiu melhorar a taxa de ocupação? Em média, quantos %?

2.2.2 Qual (is) a(s) estratégia(s) adotada(s) para alcançar esta meta?

2.2.3 Quais os recursos foram mobilizados nesta(s) estratégia(s)? Como?

Físicos:

Financeiros:

Organizacionais:

Humanos:

Tecnológicos:

Reputação:

2.2.4 Enumere fatores que facilitaram/dificultaram o alcance desta meta em seu hospital:

## **2.3 Tempo médio de permanência por clínica**

2.3.1 Em qual clínica seu hospital obteve melhora significativa no tempo de permanência?

( ) Pediátrica

( ) Obstétrica

( ) Médica

( ) UTI adulto

( ) Cirúrgica

( ) UTI infantil

( ) Ginecológica

( ) UTI Neonatal

2.3.2 O tempo médio de permanência geral foi melhorado? Em média, quantos %?

2.3.3 Qual (is) a(s) estratégia(s) adotadas para alcançar esta meta?

2.3.4 Enumere fatores que facilitaram/dificultaram o alcance desta meta em seu hospital.

### **3 – Resultados - taxas**

#### **3.1 Taxa de Mortalidade Hospitalar Geral**

3.1.1 Seu hospital, desde a adoção do Programa Pro Hosp, conseguiu melhorar a taxa de mortalidade geral? Em média, quantos %?

3.1.2 Qual (is) a(s) estratégia(s) adotada(s) para alcançar esta meta?

3.1.3 Quais os recursos foram mobilizados nesta(s) estratégia(s)? Como?

Físicos:

Financeiros:

Organizacionais:

Humanos:

Tecnológicos:

Reputação:

3.1.4 Enumere fatores que facilitaram/dificultaram o alcance desta meta em seu hospital:

### **3.2 Taxa de infecção hospitalar geral**

3.2.1 Seu hospital, desde a adoção do Programa Pro Hosp, conseguiu melhorar a taxa de infecção hospitalar geral? Em média, quantos %?

3.2.2 Qual (is) a(s) estratégia(s) adotada(s) para alcançar esta meta?

3.2.3 Quais os recursos foram mobilizados nesta(s) estratégia(s)? Como?

Físicos:

Financeiros:

Organizacionais:

Humanos:

Tecnológicos:

Reputação:

3.2.4 Enumere fatores que facilitaram/dificultaram o alcance desta meta em seu hospital

## **4 – Estrutura – Segurança na assistência prestada**

### **4.1 PGRSS**

4.1.1 Com relação ao plano de gerenciamento de resíduos, ele foi implantado?

4.1.2 Qual(is) a(s) estratégia(s) adotada(s) para alcançar esta meta?

4.1.3 Quais os recursos foram mobilizados nesta(s) estratégia(s)? Como?

Físicos:

Financeiros:

Organizacionais:

Humanos:

Tecnológicos:

Reputação:

4.1.4 Enumere fatores que facilitaram/dificultaram o alcance desta meta em seu hospital:

**Obrigada pela participação!**