www.fgv.br/gvsaude

Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ▪ Segundo Semestre de 2010 ▪ Número 10

Gestão da Mudança em Organizações de Saúde

Gestão estratégica em processos de mudança

Gestão de pessoas em processos de mudança organizacional

Gestão de imagem em processos de mudança

Mudança na gestão de contratos Público-Privados

FGV
GVsaúde
Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da EAESP

Sumário

Ponto de Vista 4 Ana Maria Malik

Gestão estratégica em processos de mudança

Gestão estratégica em processos de mudança 6 Ana Maria Malik

Gestão de mudanças em Saúde 8 Irmã Rosane Ghedin

Gestão de pessoas em processos de mudança organizacional

Cultura organizacional e mudança 11 Maria Tereza Leme Fleury

A experiência da Pró-Saúde 13 Paulo Roberto Segatelli Camara

Um jeito de ser na mudança organizacional 16 Denise Soares dos Santos

Gestão de imagem em processos de mudança

Gestão da imagem em processos de mudança 20 Luiz Tadeu Arraes Lopes

A criação do Villa-Lobos 22 Paulo Roberto de Queiroz Cretella

Mudança na gestão de contratos Público-Privados

Contratos Público-Privados 24 Ana Maria Malik

Mudança na gestão de contratos Público-Privados 25 Gonzalo Vecina Neto

Arranjos contratuais no setor Saúde 28 Sheyla Maria Lemos Lima

Debates GVsaúde: dez edições

Estatísticas de publicação da Debates GVsaúde 32 Revista GVsaúde

Ponto de Vista

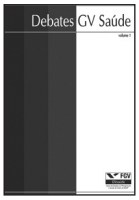
Ana Maria Malik
GVsaúde FGV-EAESP

JÁ ESTAMOS NO 10º semestre do nosso caderno *Debates GVsaude*! Coincidência ou não, o seu tema é mudança. Assim, nossa permanência se deu sob o signo da transformação. Nossos debates mudaram de forma e, se eventualmente os temas se repetiram, conseguimos mostrar o quanto os conteúdos mudaram nesse período.

Temos a certeza de que tivemos muitos leitores nesse período. Foram dez semestres, cinco anos, com mais de 120 textos publicados e perto de 100 autores (alguns, poucos, repetidos). Publicamos cerca de 360 páginas e um número incalculável de leitores, tanto na versão impressa, como na Internet (www.fgv.br/gvsaude), onde os textos estão disponíveis para *download*. Nossos textos servem como referência para muitos trabalhos, embora seu formato não seja científico, apresentando mais opiniões de atores importantes do cenário a cada momento, a respeito de fatos cuja divulgação consideram oportuna. Tentamos, nos *Cadernos*, reproduzir o mais fielmente possível as falas dos debatedores, para manter este tom informal. Alguns dos nossos convidados trazem dados que podem ser divulgados oralmente, mas escrevê-los lhes parece temerário e por isso não constam nem dos cadernos nem do nosso *site*. Ou seja, conseguimos documentar assuntos relevantes nos últimos cinco anos, no setor da Saúde. Isto já vem sendo utilizado em trabalhos acadêmicos, com a possibilidade de conhecer – e citar – a opinião de profissionais que não costumam publicar nas revistas de cunho científico.

Consideramos que todos os autores têm o direito de reler o que falaram, para ver se estão ou não de acordo com o texto. Também podem aceitar ou não sua publicação. Com isto, tanto o leitor quanto o debatedor sabem que podem confiar nos nossos textos, o que nos dá tranqüilidade para divulgá-los e para saber que o que for citado corresponde à opinião dos oradores. Em sua maioria, os moderadores dos *Debates* são ligados à academia, assim enquadrando as apresentações no marco teórico em que se encaixam. Eventualmente, alguns dos nossos assistentes reclamam que há muito mais apresentação do que debate e que as raras controvérsias levantadas o são durante a sessão de perguntas da platéia. De fato, estimulamos este momento das noites, para permitir opiniões que não necessariamente costumam ser ouvidas. Em outras ocasiões, os apresentadores discutem acaloradamente, pois vêm de organizações com interesses opostos.

Neste 10ª. Semestre, na discussão de mudança, tivemos a oportunidade de ouvir algumas organizações que mudaram suas vocações: passaram de hospitais para administradoras de redes, como é o caso das organizações *Santa Marcelina* e do *Hospital Nove de Julho*. Discutimos também a gestão de pessoas em momentos de mudanças, como é o caso do *Hospital São Luiz*, que passou de uma unidade tradicional no Itaim, muito identificada com a atividade de maternidade a uma rede, que inclui um hospital mais voltado ao procedimento de urgência, emergência e alta

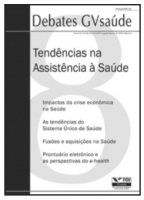


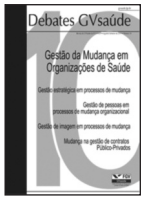
complexidade, dez anos atrás e mais recentemente inaugurou uma unidade com características de hospital geral, há dois anos. Isto provocou uma mudança na cultura do hospital, pois houve transferências de funcionários e, certamente, um hospital com mais de trinta anos é diferente de um com dois. Junto com o *Hospital São Luiz*, tivemos a apresentação do CEO do *Pró-Saúde*, administradora de hospitais pelo Brasil, nos quais é necessário gerenciar os trabalhadores que têm características diferentes, em serviços em diversos locais, onde a gestão de pessoas se torna complexa porque é necessário gerenciar o que é semelhante e o que é distinto!

O terceiro debate do semestre tocou num assunto não usual, ainda, nos serviços de Saúde de maneira geral, que é a gestão de marcas. Para isso convidamos o diretor do *Hospital Villa-Lobos*, que é um serviço novo de um grupo já antigo e acostumado a trabalhar em área de especialidade, e que vem fazendo intenso esforço de divulgação. Para debater com ele foi convidado um gestor do *DASA*, que foi uma das primeiras – se não a primeira – organização de Saúde voltada à prestação de serviços a abrir seu capital, para contar como ocorreu a estratégia de comunicação e de gestão de marca, uma vez que se compõe de uma série de laboratórios já existentes, cada um com sua característica própria. Finalmente, discutimos um assunto extremamente atual, ainda não consolidado, cuja apreciação tem muito de opinião e de ideologia, fugindo da objetividade: a contratualização. Para isso tivemos o relato de uma docente que tem se debruçado sobre esse tema, inclusive em sua tese de doutorado, onde tratou de experiência internacionais e um profissional da área da saúde que teve a oportunidade –ou o desafio – de trabalhar com contratualização primeiramente como gestor de uma das primeiras Organizações Sociais do estado de São Paulo, participando do primeiro momento dessa experiência. A seguir, quando Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, teve que cumprir um contrato de gestão. Como Secretário Municipal de Saúde do Município de São Paulo gerenciou as parceiras que administravas na cidade o PSF. Sua experiência atual, como gestor de um hospital filantrópico da capital, que tem entre suas atividades de responsabilidade social a gestão de um hospital municipal especializado, tradicional no município, com um corpo respeitado de funcionários públicos e uma área física e equipamentos cujo estado deixava a desejar.

Foi um semestre com assuntos interessantes, diversificados e que faz jus à nossa 10º. edição.

Boa leitura e continuem nos acompanhando, nos debates, na leitura e no *site*!





Gestão estratégica em processos de mudança

Ana Maria Malik
GVsaúde FGV-EAESP

O ASSUNTO DESTE semestre é Gestão de Mudanças em Organizações de Saúde. O primeiro encontro é gestão estratégica em Saúde, pensando basicamente no que seria a gestão da mudança, inovação, nas organizações de Saúde no Brasil.

O que significa inovar, ou mudar? No dicionário, *inovar* significa *tornar novo, trazer uma novidade em, ou renovar* e inovação, na área de administração, tem sido apresentada de forma diferente. De maneira geral, quando se fala em inovação, as pessoas falam muito em inovação tecnológica. Esta, com muita freqüência, é ligada ao mercado. As pessoas falam em equipamento, em novos processos, mas dificilmente mencionam como lidar com as pessoas. Por isso, a relevância do tema a ser tratado.

No setor privado, assume-se que as inovações podem ser novos produtos ou novos processos produtivos, para permitir a uma empresa inovadora se diferenciar num mercado competitivo.

A organização hospitalar é uma das mais conservadoras que existem. Seus profissionais costumam ter maior disposição para aceitar inovações em termos da assistência. Alguns profissionais de assistência vão a eventos onde tomam conhecimento de novos equipamentos existentes – o que não significa necessariamente inovação. Os profissionais da Saúde, desde a faculdade – médicos, enfermeiros e, hoje em dia, todas as pessoas da área de reabilitação –, são acostumados a pensar em incorporação de tecnologia entendida como equipamentos e alguns procedimentos para diagnostico e terapêutica.

A área administrativa é percebida menos como uma onde cabe inovação. Em primeiro lugar, as oportunidades de aprimorar, ou oferecer educação permanente, na área administrativa das organizações de Saúde são muito menores do que para as áreas assistenciais. Uma situação comum é encontrar gerentes de hospitais, principalmente privados, sem terem feito cursos de formação na área. Entre os que fazem, o mais freqüente é que eles se lembrem das políticas de Saúde ensinadas no seu curso de especialização. A rigor, isso vale mais para antes de 1988, mas mesmo no século XXI as pessoas se lembram dos programas e planos do momento em que estudaram, porque não se trata de assunto que os sensibilize. Isto mostra que atualização não é exatamente o forte do pessoal da área de administração. Em termos de salário, quem trabalha em administração na área da Saúde recebe, em média, menos do que as pessoas na mesma posição em outros setores da economia.

A pergunta é: *se e quando fazemos inovação na área hospitalar ou na área da Saúde, o que muda?* Muda o procedimento ou muda a valorização de quem sabe ou de quem faz o novo? É possível identificar quem sabe e quem faz?

Na área da Saúde existe um fenômeno chamado isomorfismo. Ele se refere ao fato de as organizações quererem se parecer umas com as outras. O que vemos em algumas organizações de Saúde hoje é elas seguirem orientações ou movimentos estratégicos de outras, sem saber se isso faz diferença. *Benchmarking* é uma coisa, cópia é outra. Uma terceira é a cópia adulterada.

O que queremos com as mudanças? Resultado financeiro? *Accountability*, liderança, transparência, divulgação? O tema do momento é gestão do conhecimento.

Quem tem e quem gerencia o conhecimento e como o dissemina? Por exemplo, há versões para divulgação, relações públicas?. E quanto à universidade? Ela é obsoleta ou está atualizada? Ela está conseguindo chegar aos lugares onde se espera que chegue? Independente do que possa ocorrer, muitos hospitais em São Paulo – pelo menos – têm institutos de ensino e pesquisa, ou equivalente.

Há cinco anos, foi feita uma dissertação de mestrado aqui com cinco hospitais filiados à ANAHP; desses, quatro tinham instituto de pesquisa ou centro de estudo que estava encaminhando para ser instituto, desses 4, apenas um tinha orçamento e área física alocada, outro era algo meio virtual – tinha uma sala. O hospital que não possuía, dizia que se tratava de algo fora da função, que não era prioridade. Estranhamente, no ano seguinte, esse mesmo hospital começou a assumir que uma de suas prioridades estratégicas era centro, instituto de estudos e pesquisas ou coisa parecida. Ou seja, tornou-se um serviço que fala que inovação tem que ser feita e também na área de gestão.

A nova pergunta é: *que ensino, que pesquisa, para que e para quem?*

Sempre se vem falando nas organizações de inovação. Nos EUA, por exemplo, há o conceito de Magnet Hospitals, *hospitais imã*. Então, se sua organização apresenta inovação, se sua posição de mercado é favorável, seu serviço é bem visto – o que vale tanto para os hospitais-escola públicos quanto hospitais nos quais existem institutos de ensino e pesquisa e as mais modernas – não necessariamente mais eficazes – atividades assistenciais: são os lugares onde as pessoas querem ser atendidas, porque lá ocorre o cuidado mais adequado, segundo sua opinião.

Talvez não sejam essas as organizações de inovação. Às vezes sim, em outras a unidade de *relações públicas* é muito atuante e competente.

Quanto ao modelo organizacional – freqüentemente aprendido ou copiado das empresas – deveria ser adequado. Por exemplo, em uma aula, perguntei o que era o resultado da organização. Um profissional que trabalha em uma organização pública de abrangência nacional, falou que o esperado seria dar resultado para o acionista. Respondi: *No hospital público o acionista sou eu, porque é o meu imposto que o faz continuar, mas, enfim...*

Quando se observa organizações públicas não estatais se comportarem como *holdings*, como se pode dizer a respeito do *Santa Marcelina* e até da *Unifesp*, estamos falando de três modelos diferentes: a organização mãe, a OSS que administra uma série de serviços assistenciais e a organização parceira que administra PSF, que precisam conviver com modelos organizacionais diferentes mas, eventualmente por causa do isomorfismo, talvez sejam colocados juntos. Nesse caso, entra a governança corporativa. Dependendo dos conselhos das diferentes organizações, de quem contrata os serviços, encontram-se diferentes organizações e serviços e vários *mix* de serviços.

Hoje em dia, a palavra da moda é rede. Certamente em uma *holding*, um conglomerado como é o *Santa Marcelina*, é possível enxergar claramente o assunto rede, mas, eventualmente, o *Nove de Julho* também pode se ver em rede.

Como fazer para acompanhar este processo? Não é fácil sequer saber se existe interesse em acompanhá-lo. Pode ocorrer de os balanços de algumas organizações não serem fidedignos. Às vezes, a transparência para com a sociedade, para saber que tipo de resultado se busca, não é tão clara e não necessariamente o monitoramento leva a resultados satisfatórios?

A mudança, em Saúde, alegadamente busca mais acesso e mais qualidade. As experiências apresentadas neste debate são exitosas, mas não se pode dizer que seja fácil obter sucesso. O *Hospital Nove de Julho* desencadeou seu processo de mudança ainda em 2007; as organizações *Santa Marcelina* vêm vivendo modificações sucessivas desde 1985, mas ultimamente em ritmo mais intenso.

Esperamos conhecer os fatores críticos de sucesso para ambas organizações. Quais seriam seus indicadores? Espaço na imprensa? Não se trata de organizações que divulgam continuamente o que fazem. Cabe buscar a imagem do que seria politicamente correto ou cabe relatar o real?

No final da primeira década do século XXI, governança é uma das palavras da moda, bem como sustentabilidade, alinhamento estratégico e valor. Muitas vezes, porém, o que muda é o vocabulário e não a prática! No entanto, descobrir o correto é muito difícil. Por exemplo, há quem se vangloria de não usar copos descartáveis e técnicos da área que dizem que utilizar detergentes para lavar os que se guarda poluem mais os descartáveis. A mesma questão existe para sintecos ecológicos e tradicionais. Curiosidade e boa vontade existem sempre, em qualquer área, no entanto conhecimento é menos comum.

O discurso da Saúde é tentador, com a equidade, o acesso universal, entre outras caracterísitcas. Mas é difícil não perceber que no nosso país há quem tenha acesso mais rápido, com atendimento mais simpático.

A busca pelo resultado financeiro continua provocando controvérsia no setor. Mas vamos convir que, se não houver resultados financeiros ao final do exercício fiscal, não há como evitar pedir subvenções. Mas resultados financeiros não equivalem a distribuição de dividendos. São coisas diferentes. Busca de recursos para reinvestir e aumentar o acesso seria um discurso politicamente correto e muito aceitável. No entanto, não há como garantir a preocupação com o cliente, com o cidadão, com o consumidor.

Neste debate serão apresentados os modelos de organização, dois estilos de gestão: o *Hospital Nove de Julho*, com seu diretor José Alberto Oliveira De Luca, engenheiro, administrador de empresas pela EAESP, fez o MPA e pós-graduação em gestão internacional na McGill, em Montreal. Trabalhou na área de Saúde na Phillips, na GE e com muitas organizações na área da Saúde, inclusive hospitais, antes de chegar à organização atual. Além disso, está no Instituto Brasileiro de Governança Corporativa, no comitê de capacitação. É o superintendente do *Hospital Nove de Julho* há três anos.

A Irmã Rosane Gerdin é enfermeira e administradora de empresas, especialista em administração em Saúde pelo CEAHS. Estudou gestão de custos, de pessoas, logística e trabalhou com dependência química, além de outras atrás voltadas para assistência. Tem muita experiência em administração de serviços de enfermagem, nutrição, farmacologia e serviço social. Atualmente é diretora das organizações *Santa Marcelina*.

A organização hospitalar é uma das mais conservadoras

Nas apresentações foi possível verificar que de fato há redes em ambas as organizações: no caso do *Nove de Julho*, rede significa seis unidades de negócios independentes, sendo a visão a de uma rede virtual. No caso específico do *Santa Marcelina*, ficou demonstrado que diminuiu a quantidade de atendimentos nos pronto-socorros dos serviços mais complexos. A discussão de rede também traz à tona a questão das pessoas, uma vez que no *Hospital Nove de Julho* foi necessário avaliar quem se adequava ao novo modelo. No caso do *Santa Marcelina*, existe uma discussão a respeito, porque no caso do diferencial competitivo da localização, pode-se dizer que há vantagens estar na área central, para conseguir alguns profissionais, pois esta organização se encontra num local distante de onde alguns dos seus profissionais nucleares habitam. Por exemplo, quando foi aberta a unidade Jardim Anália Franco, do *Hospital São Luiz*, houve uma revoada de profissionais, principalmente da região central para lá.

Há um filme chamado *Antes de Partir*, com Jack Nicholson e Morgan Freeman, no qual Nicholson se especializa em fazer *turn around* de hospitais. O filme começa com este ator discutindo com os acionistas se vai ou não mudar o modelo de gestão do hospital onde ele trabalha, porque isso significaria não dispor mais de quartos individuais. A resposta do CEO: *Eu dirijo um hospital e não um SPA*. Quis o destino – e o autor do roteiro – que ele precisasse se internar e é colocado num quarto que compartiha com um outro doente, Morgan Freeman, de classe social muito inferior e a história do filme é voltada a este relacionamento.

O GVsaúde foi chamado para dar uma consultoria com vistas a mudar o modelo de relacionamento de hospitais com as operadoras e a discussão ocorria – como a encomenda fosse séria. Até um dos gestores hospitalares dizer que defenderá ferozmente modelo de financiamento *fee for service*, porque quando tiver que dizer o custo real e o verdadeiro valor do que ele vende, vai ser difícil de continuar a discussão.

Há anos se fala que o *fee for service* deveria terminar. Atualmente, mesmo na Europa, onde os modelos são eminentemente públicos, o modelo de DRG é o que mais vige. Mas o setor privado considerado de qualidade atende com muito mais rigor do que hospitais na Europa. A discussão do tipo de contrato, se deve ser convênio, *fee for service*, DRG, trata apenas de modelos de financiamento, mas também de modelos de organização de maneira a aprimorar o atendimento.

Uma das grandes inovações apresentadas se refere não a *vestir a camisa* da organização, mas sim a camisa que lhe serve, o que, no limite, acaba sendo uma homenagem a Darwin.

Irmã Rosane Ghedin

Casa de Saúde Santa Marcelina

Gestão de mudanças em Saúde

AO OBSERVARMOS a história do *Santa Marcelina*, veremos que a nossa evolução não é apenas um pouco diferente do que se vê na maioria das organizações de Saúde, mas é muito diferente. Administrar um equipamento de Saúde podendo contar com recursos, tendo acionistas, é bastante diferente de administrar hospital ou gerenciar a Saúde com poucos ou escassos recursos. Aprendemos a trabalhar desta maneira, atendendo a população mesmo enfrentando a escassez. Nem sempre os sonhos são possíveis de serem realizados, nem sempre as mudanças são possíveis de acontecer. Podemos até enxergar o futuro, mas às vezes não conseguimos chegar lá.

Somos uma entidade filantrópica, um carisma internacional que vem do *Instituto das Irmãs de Santa Marcelina*. Nossa origem é italiana. Desde a Segunda Guerra Mundial, iniciamos um trabalho com Saúde.

Aqui no Brasil nosso início foi o sonho, o pensamento em 1958, realização desde 1961, quando iniciamos esse trabalho. Atendíamos a uma população de 60 mil habitantes na região em que estamos. Nosso pequeno hospital possuía 150 leitos, um pequeno laboratório, uma sala cirúrgica, uma sala de parto, um corpo clínico de sete médicos, pois grande parte dos profissionais daquela época eram irmãs, entre médicos e enfermeiros, biólogas, farmacêuticas. Tínhamos um número bem maior de irmãs naquela época em que iniciamos o hospital e um pequeno número de funcionários e de colaboradores.

No novo complexo *Santa Marcelina*, nossa população mudou um pouco. Hoje nossa população é de três milhões de habitantes. O Hospital Universitário é a principal referência de Saúde da Zona Leste: presta serviço no sistema de Saúde de atendimento básico. Toda estrutura de Saúde básica existente na região é gerida pelo *Santa Marcelina*. Cerca de 88% do nosso atendimento é SUS e nosso atendimento é de nível terciário e quartenário.

Temos uma missão delineada e que ao longo dos últimos cinco anos tem sido também modificada. Conforme a gestão foi mudando e se aperfeiçoando, fomos também aprimorando a questão da missão, que é oferecer assistência em questões de Saúde à luz dos valores éticos, humanitários e cristãos. Mantemos essa visão muito definida porque o *Santa Marcelina* faz questão de poder manifestar claramente que, além de ser uma unidade de negócios, existe para realizar uma missão, filosoficamente falando – e realizar uma missão não significa que não exista uma gestão profissionalizada, ou que não se pense em metas e objetivos e coisas desse tipo.

Na nossa visão, desejamos nos tornar um modelo de gestão em Saúde por meio da integração dos processos de informação, humanização e competência técnico-administrativa.

Depois de termos elencado listas enormes de valores, acabamos por resumir tudo em uma frase: *a caridade rege nossas ações*. É o que buscamos. E desta caridade emana a vontade de buscar o profissionalismo, a busca da verdade e formação da pessoa humana com paixão educativa. Somos uma instituição que forma pessoas.

Estamos divididos em sete regionais. É uma das maiores populações de São Paulo. A Região Leste 1, com as unidades básicas de Saúde, as PAs, ultimamente foram os últimos contratos e convênios realizados pelo município. Também temos um atendimento de 1 500 crianças que estão agregadas a esta missão no núcleo sócio-educativo, que é o centro da criança e do adolescente. O ambulatório também está nessa região. Na Leste 2 temos a região com melhor cobertura atualmente, com as unidades básicas e dois hospitais estão na região do Itaim Paulista e Tiradentes e conta com o atendimento infantil.

Dentro da Grande São Paulo, administramos também um contrato de gestão em Cajamar e em Itaquaquecetuba. Em Cajamar temos as Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família, onde atuam dez equipes de atenção básica e o hospital de Itaquaquecetuba que está em outro município. Também fazem parte deste complexo um hospital que já existia há muito tempo, em Rondônia, que era uma colônia de hansenianos, que está localizado fora da cidade, na BR de Porto Velho; e abrigam neste hospital quatro escolas públicas onde temos contrato com o governo do estado de Rondônia. Hoje, esse hospital é pequeno, com pouco mais de cem leitos e apresenta uma importância enorme para aquela região, pois muitas pessoas dali só são atendidas neste hospital. Moradores de vários municípios chegam a viajar 500 km para serem atendidos ali. Junto a este hospital – embora separada dele –, em uma área de 500 hectares, existe ainda a colônia de hansenianos, já que esse era o objetivo originário do hospital.

Nossos atendimentos entre o SUS, convênios e particulares, chegam a um número de aproximadamente 72 200 internações; 468 mil atendimentos ambulatoriais por ano; 676 mil atendimentos de pronto-socorro: 4,5 milhões de SADT; 36 mil cirurgias; 12 mil partos; 150 mil transplantes; e 451 mil atendimentos de pacientes por dia. Por esses números vemos a dimensão desta complexidade.

O atendimento básico nas unidades, que estão divididas por convênios ou contratos. O PSF é um convênio; AMA é um convênio, OS Tiraguaia é um contrato e OS Itaim Paulista é outro contrato, embora todo esse atendimento componha atenção primária de Saúde da região.

Somos também uma instituição que forma pessoas: residentes, médicos e estagiários, em número, 400; cursos técnicos, 900; pré-escola e ensino médio, cinco mil; e no centro infantil, nos núcleos de jovens e adolescentes, 1 700

passaram por nós neste período.

Para conhecer um pouco da nossa experiência das organizações sociais e a nossa parceria público-privada de gestão em Saúde, é necessário entender a base legal em que aconteceram estas mudanças, no início de 2005. Por volta de 1996 e 1997, o governador de São Paulo, Mario Covas, começou a ter uma idéia iluminada de que o SUS não funcionava da maneira que existia na prática e propôs os contratos de gestão. Iniciou todo um processo para que esta lei complementar fosse aprovada.

A Lei Complementar 846 foi a que aprovou as organizações sociais estaduais, em 1998. A lei municipal que aprova as organizações sociais é bem recente, de 2006. A outra base legal para que possa se fazer um contrato de gestão é a qualificação para a gestão social. Assim, qual a diferença entre os convênios? Até então, existiam apenas convênios públicos do município com o estado, e aí surgem os contratos de gestão. Vale dizer que o Santa Marcelina foi o primeiro a fazer um contrato de gestão tanto com o estado quanto com o município.

Participamos ativamente de todo esse processo de mudança, de concepção dentro da gestão pública destes contratos e convênios. O estado, hoje, pelo tempo de amadurecimento, são quase 15 anos de contratos de gestão, já passou por um processo importante e interessante. Porém, no município, que é muito recente, este processo ainda não aconteceu. Ainda há um processo de construção, de mudança dentro da própria gestão municipal para que seja entendido da forma correta como é regido um contrato. Basicamente, um contrato tem vontades antagônicas e um convênio tem vontades que se somam para alcançar interesse e objetivo comum. Isto significa que em um convênio existem duas vontades que se somam. Por isso se justifica uma tabela do SUS defasada, porque o que falta nela seria o que a outra parte deveria repor. É por essa razão que, dentro do Ministério, essa tabela não é adequada aos seus custos, pois todos os contratos do SUS, tirando as organizações sociais de 98 para cá, são feitos nessa base em que existe a vontade do gestor público e do gestor privado, em que alguém precisa compor, fazer esta soma. E por isso o surgimento do déficit, embora o nosso contrato seja muito explícito e claro que a instituição não tem partes a colocar neste convênio. Sempre ficamos com o déficit deste contrato. O instrumento firmado entre o poder público e a entidade qualificada como Organização Social com vistas à formação de uma parceira entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas de Saúde ou cultura.

Dentro das áreas governamentais, hoje temos contratos de gestão na Saúde e na cultura; e o *Santa Marcelina* conta com estes dois tipos de contratos. Já temos dois contratos de gestão na cultura, mas a maioria dos contratos está ainda na área da Saúde. Acreditamos que os próximos contratos de gestão irão acontecer na educação, por que tudo vai chegando ao extremo da deterioração em que ninguém mais consegue manter da forma como é regido ou da forma que está e aí acontece esse processo de mudança. Estes contratos de gestão têm vigência de cinco anos e têm por objetivo operacionalizar a gestão e execução das atividades e serviços em Saúde. Devem atingir ao fim a que se destinam com eficácia e a qualidade requerida. Isso significa que estes contratos têm objetivos, metas, indicadores de produtividade e há prazos para execução dessas metas, critérios de avaliação, visão para revisão, renovação, suspensão ou rescisão. Existe um orçamento anual e as avaliações que acontecem periodicamente.

Este diferencial foi o que realmente compôs o que faltava nos convênios anteriores. Nos convênios anteriores não tínhamos esses objetivos claros porque havia a teoria do SUS, de que deve existir atendimento a tudo que chega à porta. Assim, não estão muito estabelecidos os seus números, metas e orçamentos: é um pouco aquilo que acontece no dia a dia. O que aparecer tem que ser resolvido e assim vai. Nos contratos de gestão ele começa a ter uma mensuração, quando se começa a pensar o que aparece na porta. Que tipo de atendimento existe no dia a dia – trauma, clínico, cirurgia – para que o hospital tenha um orçamento adequado àquilo que ele realiza.

Para que possamos entender a diferença entre o contrato e o convênio, os contratos que são orçamentados, o orçamento de um hospital parece na verdade três vezes e meio, quatro vezes o faturamento SUS. Um hospital que trabalha com faturamento SUS trabalha quatro vezes menos a esse orçamento. E, diga-se de passagem, somos quatro hospitais, um deles vive da sua produtividade SUS, os outros três são orçamentados.

O primeiro hospital que assumimos como Organização Social, em 1998, foi o Hospital do Itaim Paulista, com 260 leitos. Depois assumimos, em 2000, o hospital que está a dez minutos do Itaim Paulista, em Itaquaquecetuba, porém em outro município, com 240 leitos. Depois, tivemos a transformação do ambulatório de ensino do hospital em AME, que também se transformou em Organização Social, um modelo um pouco diferente do existente no estado porque está abrigado num hospital de ensino e, por essa razão, não segue todas as especificações de um ambulatório de Organização Social. Porém, ele não tinha mais viabilidade, a não ser que houvesse uma modificação em seu contrato. Hoje atendemos todas essas especialidades por ser um hospital de ensino, com serviço de diagnóstico e terapêutico e cirurgia ambulatorial. Depois, em 2007, foi o nosso maior ano de contratos assumidos, quando assumimos o Hospital municipal de Cidade Tiradentes, com 228 leitos hospitalares, numa arquitetura totalmente diferente, e com um modelo e uma proposta também diferente, mas que passa também por esse processo de amadurecimento do contrato de gestão, porque ainda não existe no município esse amadurecimento do contrato de gestão como já existe no estado, pelo tempo. Isso é normal acontecer. Já construímos isso no estado e agora no município, também o será.

A teoria tem que estar de acordo com a prática, e muitas vezes isso não acontece

Depois disso, também foi transformada em Organização Social uma microrregião da Cidade Tiradentes, Guaianases, que está localizada junto ao Hospital Tiradentes e do Itaim Paulista, abrigando todas estas unidades: três básicas de Saúde, quinze UBSs, quatro de atendimento de AMA, dois NIR, um centro de especialidade odontológica, um núcleo integrado ao centro de Saúde auditiva.

Tivemos, em 2008, uma outra região, já existente, que foi transformada em Organização Social, antes regido por um convênio, também abrigando estes serviços que já existiam na região. Na modificação foram estabelecidas metas e objetivos para a microrregião do Itaim Paulista.

Em uma análise comparativa de resultados do Ambulatório Médico de Especialidades, o AME, a grande diferença que houve foi agilidade no atendimento e a capacidade operacional, que foi ampliada para que se tornasse AME e também pelas condições orçamentárias: a implantação de atendimentos a pacientes aos sábados e também no período noturno, que não tínhamos antes por uma série de razões. Não estamos em uma área bem localizada e temos problemas de transporte, de distâncias. As pessoas moram muito longe. Além disso, é a única referência de especialidade na região. Em muitas especialidades, como Oncologia – áreas de atendimentos prioritários –, é necessário que estes pacientes sejam subsidiados para que possam ser tratados. E dentro desta realidade, como sendo a única referência de

ambulatório, algumas de nossas especialidades têm espera de três a seis meses, acabaram sendo viabilizadas com essa ampliação de 30%. Hoje temos um atendimento diário de 1 500 consultas pelo SUS.

Tivemos uma ampliação na produtividade, com o aumento do contrato de gestão. O ambulatório e todo o atendimento eram totalmente deficitários e inviáveis pelo convênio, tanto que chegamos a conversar com o governador, comunicando a ele que iríamos encerrar essa atividade, mantendo apenas o atendimento para o hospital de ensino porque não conseguiríamos manter este serviço. No contrato de gestão passamos a fazer muito mais do que isso, atendendo também as necessidades da nossa população e região. Mas as demandas são ainda enormes e não conseguimos responder a toda necessidade e demanda dessa região.

Nossos atendimentos chegam a aproximadamente 150 mil transplantes e 451 mil pacientes por dia

Desde 2007, começamos a elaborar o nosso planejamento estratégico – que vem sofrendo adequações e revisões ao longo dos anos e dentro destas revisões propomos um novo planejamento para 2009 e 2010. Trabalhamos em 2009 fazendo um trabalho interno em nossos hospitais. Em 2010 estamos executando um novo planejamento estratégico já com propostas de revisão e foram elencadas algumas medidas que entendemos necessárias para o hospital: uma gestão centralizada dos suprimentos e compra dos quatro hospitais. Na atenção básica, implantação da política de recursos humanos, que é integrada. Hoje estamos ainda no processo de integração com um trabalho muito interessante sendo construído: implantação de gestão de processos é o que estamos trabalhando dentro da nossa gestão; programa de monitoramento de leitos sendo atendimento SUS. Temos uma demanda altíssima. Apesar de termos quase dois mil leitos, isso ainda é escasso e não responde à demanda da região. Além disso, implantação de indicador de qualidade no centro cirúrgico; implantação de farmácia e satélite em pronto-socorro e convênios; implantação da política de órteses, próteses, materiais especiais e avaliação do fluxo de cobrança do convênio; mapeamento dos processos estratégicos; descrição dos diversos fluxos de atividade com foco na melhoria do processo; adequação dos diversos contratos da casa de Saúde; contratualização na integração entre processos focando no monitoramento das não conformidades; implantação de metodologia de gerenciamento das informações financeiras; gestão da elaboração dos serviços de contabilidade; gestão do planejamento estratégico.

Também pontuamos quais são os fatores críticos para a manutenção e execução desse planejamento estratégico, para que possamos ns manter como hospital referência em alta complexidade. É necessário que consigamos fazer isso. É necessário obter maior sustentação financeira. Não há como oferecer Saúde sem dinheiro. Para a qualidade de gestão existe um custo e é preciso que ele seja orçamentado de alguma maneira. É preciso que exista este orçamento.

Assim, trabalhamos bastante para que isso possa acontecer. Implantar metodologia de gestão por processos, revisão do organograma – e estamos passando por este processo atualmente –, dispor de um corpo gerencial profissionalizado em todos os níveis; integração institucional dos quatro hospitais em atendimento de Saúde básica. E integrar esses atendimentos.

Qual é o grande desafio? É que hoje, com quatro hospitais com mais de noventa unidades de atenção básica, oferecemos uma cobertura de 49,6% à população. Então como se organizar, mapear a população e atender a esta população mapeada, porque se quase metade desta população não tem acesso ao atendimento à Saúde, é difícil conseguirmos esta organização dentro destes equipamentos.

Depois, reestruturação do dimensionamento de cargos e salários e implantar programas de qualidade de vida do trabalhador, dentro do processo de gestão de pessoas. Este processo está acontecendo muito bem. Reestruturar o serviço de atendimento de emergência referido pela rede; o hospital matriz, que é de alta complexidade, deveria trabalhar referenciado, mas não consegue fazer isso, porque existe uma pressão de demanda na porta, que melhorou bastante com o processo de gestão da atenção básica, mas que ainda não conseguimos melhorar ou resolver o problema. Diminuímos um pouco nosso atendimento, que antes era de trinta mil de pronto-socorro e hoje baixamos para quase vinte mil. Estamos tentando segurar mais esse número, porém a complexidade vem aumentando neste atendimento. Quando recebemos urgência, emergência e resgate aumentam um pouco a complexidade e o custo normalmente se mantém.

Outras necessidades: adoção de modelo assistencial médico e integração das escolas às práticas de gestão. A teoria tem que estar de acordo com a prática, e muitas vezes isso não acontece. Definir política de gerenciamento de risco, segurança da assistência; desenvolver o uso da tecnologia da informação como ferramenta básica de trabalho.

Uma pincelada do nosso planejamento estratégico: na perspectiva da sustentabilidade, novamente a busca pelo equilíbrio financeiro. Traçamos alguns objetivos estratégicos que já estão em execução. Dentro da perspectiva clientes, existe todo um trabalho, uma pesquisa já sendo realizada sobre a satisfação dos nossos funcionários, colaboradores, a satisfação dos clientes com os médicos.

Temos dois objetivos básicos, que já estão em andamento. Nessa diretriz temos um processo, que é a busca por melhorias na performance da assistência, melhoria na performance operacional com alguns objetivos que também já estão sendo executados e alguns deles já delineados.

No tocante ao aprendizado, pessoas, tecnologia e infra-estrutura, temos a qualificação da informação, dos colaboradores e do corpo clínico, a melhoria da performance em ensino e pesquisa e a atualização do parque tecnológico e estrutura, também com alguns objetivos já em andamento. Temos um número de 24 projetos que saíram deste planejamento, a grande maioria; dois ou três que ainda não estão sendo executados, todos os outros já estão em andamento. Temos divulgado e apresentado o nosso mapa do planejamento a todos os níveis de profissionais para que todos saibam sobre o seu andamento e suas perspectivas.

Cultura organizacional e mudança

Maria Tereza Leme Fleury

FGV-EAESP

SOU FORMADA EM Sociologia. Estudei nos Estados Unidos e, ao longo da minha trajetória profissional, direcionei-me e fui me envolvendo com a área de Administração. Acabei fazendo a minha carreira em escola de administração – primeiro aqui, na EAESP; depois, na USP, mas sempre com uma interface muito grande com a área de Ciências Humanas e a área de Gestão. O pensar a questão de estratégia, enfocando, por mais que as organizações mudem, como enfrentar certos desafios; como é que gerenciam – acho que o seu ativo mais precioso são as pessoas – e como é que tratam esse fenômeno, ou essa *lenda urbana*, como disse a Profª. Ana Maria Malik, que se chama *Cultura* e *Cultura Organizacional*.

Envolvi-me realmente muito com esse tema, inclusive a minha tese de livre-docência na FEA-USP foi sobre o tema *Cultura Organizacional*. Tive vários alunos e orientandos que vieram da área da Saúde e que fizeram trabalhos comigo e esse sempre foi um tema que, digamos, tocou os meus projetos de pesquisa. Hoje estou mais na área de *international business*, de gestão internacional, mas essas questões, inclusive da cultura e da mudança, continuam presentes.

Pensando um pouco nesta introdução, não vou fazer uma exposição teórica. Quando comecei a preparar a minha fala de hoje, olhei todos os meus alfarrábios, *slides* etc., raízes teóricas do conceito e pensei em colocar isto e aquilo. Só que, pelo adiantado da hora, se fizer isso, posso causar alguma insatisfação a este auditório. Acho que é melhor começar trabalhando algumas questões que tocam a todos nós e que, depois, podem nos ajudar a pensar realidades empíricas e realidades concretas do mundo da Saúde; das organizações de Saúde, chegando a algumas questões. Então, acho que é muito mais para pensar esse tema "gestão de pessoas e processo de mudança organizacional", tocando a questão inclusive da cultura das organizações.

Pensei que uma questão importante é começarmos a olhar em que contexto estamos inseridos. O que somos profissionalmente, quem somos nós? O que as nossas organizações esperam dos seus gestores? O que, enquanto pessoas, nos tira o sono, ou seja, nos preocupa realmente. O que está acontecendo nas nossas organizações? Muitas vezes – e acho que isso acontece com todos nós – no meio da noite vem à nossa cabeça alguma coisa que aconteceu durante o nosso dia e aquilo fica no pensamento: *mas por que aconteceu isso, como é que eu resolvo isso?* Sentimos uma vontade muito grande de dizer *puxa vida, será que as organizações, será que as empresas, será que aquilo não pode ir um pouco mais devagar? Para quê precisa mudar? Estava tão bom do jeito que estava. Por que eu preciso ficar me movimentando tanto?*

Então, começamos a trabalhar a mudança como um estado não desejável. Começamos a pensar que não se mexe em time que está ganhando, que as coisas estão boas como estão, vamos ficar por aqui. E, quando abrimos os olhos, não só a mudança está ali, necessária, mas ela tem que ser de uma forma muito mais radical do que talvez o fosse se estivéssemos preparados para esse processo, de uma maneira contínua.

Existe um teórico que é um grande educador, um filósofo, que é o Jean Piaget, que diz o seguinte: deveríamos estar trabalhando a questão da mudança como alguma coisa que nos coloca em um estado de quase equilíbrio, ou seja, dá-se um passo e já se está pensando no próximo. E não como um estado em que estou neste momento deste jeito e amanhã vou estar de outro jeito. Se pensarmos dessa maneira, a mudança é muito mais complicada e vai nos tirar muito mais o sono do que imaginamos.

Então, pensando um pouco nas organizações, o que é a mudança no mundo dos negócios? Qualquer transformação de natureza estrutural, estratégica, cultural, tecnológica, humana que pode gerar impacto. Por outro lado, ela irá envolver o esforço de trabalhar formas de se perceber a situação e os desafios, ou seja, ela não é só uma questão de estratégia, de processos, de se pensar isso e aquilo; ela envolve muitas pessoas do ponto de vista cognitivo e do ponto de vista emocional. Por outro lado, podemos observar que ela tem condicionantes internas e externas. Focando o mundo da Saúde, existe toda uma competição global de operadoras, de planos, aspectos regulatórios do contexto brasileiro, a pressão dos clientes, a pressão dos fornecedores, a ação dos competidores, quais são os produtos substitutos. Do ponto de vista das organizações externas de estratégia, quais são as metas, desafios, os resultados, as necessidades, os problemas, as forças e uma prontidão de olhar o futuro. Então temos uma série de condicionantes que serão necessárias para podermos trabalhar a mudança organizacional.

Orientei, por exemplo, teses na área da Saúde nas quais se discutia justamente a questão de internalização ou não de uma série de serviços. São questões e aspectos importantes que não envolvem apenas a estratégia das organizações, mas principalmente a relação com os

pacientes, com os clientes, a relação com o corpo médico, a relação com o corpo de funcionários e mudanças em padrões culturais das organizações. Desse modo, temos que trabalhar, ao pensar a questão da mudança, as condicionantes externas e internas.

Entretanto, as mudanças vão ter um impacto muito significativo nas pessoas. Elas terão impacto na estratégia, na estrutura, nos processos e nos sistemas, mas aí desejo fazer um *highlight* muito especial, na própria cultura das organizações. E o que significa esse *mito urbano* chamado *cultura organizacional*?

Um modo de ser, de funcionar a história. Que mais? Valores, crenças. Ou seja, estamos trabalhando com coisas escondidas, valores e crenças que posso até colocar num quadro muito bonitinho, mas que terão que estar expressos no modo daquela organização agir e a organização age também através das suas pessoas. Isso tem muito a ver com o DNA da organização, com a identidade dessa organização. E aí é que os temas cultura e mudança se interligam, porque podemos ter um processo de mudança que realmente provoquem alterações radicais na cultura da organização e é quase como mexer no DNA dessa organização. É quase como que se fosse feita uma política de terra arrasada e falasse: *olha, não existe mais nada disso e nós estamos criando outra organização*. Ou posso fazer mudanças graduais que mexe com algumas coisas desse DNA, mas preserve a sua identidade fundamental; e pode haver também mudanças cosméticas: faz-se uma maquiagem, um *banho de loja*, fingindo que essa organização está se modernizando, mas tudo permanece como está. Isso é um pouco estratégia cor do Príncipe Lampedusa no *Leopardo*. É preciso mudar para que tudo fique como antes. Existe aquela sensação de que está havendo mudança, mas, no fundo, mantém-se o *status quo* tal como ele é.

Isso é um ponto fundamental. Quando se olha a questão das mudanças organizacionais, quer dizer, qual é a opção que aquela organização está fazendo em termos de suas estratégias de mudança? Será uma mudança radical, uma mudança incremental, ou será apenas cosmética? Porque aí teremos uma questão muito importante com as pessoas: como é que elas estão se encaixando nessa situação atual, neste olhar o futuro? Se for uma mudança radical, elas estarão extremamente temerosas. Se for uma mudança incremental gradual, elas irão sempre se perguntar quem está ganhando, quem está perdendo e como é que vão se localizar. Se for uma mudança cosmética, as pessoas até podem dizer: *ah, está tudo bem, é bom até fazer essas mudanças porque estamos está mais afinados com a realidade e com as demandas externas*. Essas são escolhas importantes que os gestores fazem.

Gostaria de enfocar justamente a gestão da mudança como um procedimento de alinhamento de processos, de pessoas e de cultura e como acontece; usar um modelo como metáfora da questão da cultura. Costumo dizer que é a minha *cebola*. Não é a sua lenda, mas é minha *cebola*. É uma metáfora que diz: *olha, nós temos na cultura justamente esses produtos, comportamentos visíveis, quer dizer, como é que as pessoas se comportam, como é que as pessoas se vestem*. Se ingresso em uma organização e está todo mundo extremamente paramentado, formalmente vestido, já fico com uma certa impressão, assim como a forma como as pessoas se tratam, o *layout*, o ambiente. Por exemplo, se olharmos para as paredes deste auditório, teremos um dado importantíssimo desta organização: veremos os retratos de todos os diretores e membros do conselho da Fundação Getulio Vargas.

E não se vê nenhuma mulher. Trata-se de uma organização que nunca teve uma mulher como diretora. Aliás, é a minha sina ser a primeira mulher a ocupar a direção de certas organizações: sou a primeira que aparece nas fotografias de diretores da FEA/USP. Esse é um dado sobre a organização, não é? Nas organizações o que se vê é essa primeira camada. Uma segunda camada são justamente as histórias, os mitos, os heróis, os rituais que também vão nos revelar muito sobre a organização. E no cerne estão os valores, o que chamamos de valores, as crenças, o DNA desta organização.

Essa cunha é formada pelas políticas e práticas organizacionais. São elas que, de alguma maneira, modelam a cultura da organização e são importantíssimos elementos de transformação. E entre as políticas e práticas eu jogaria uma luz muito especial sobre as políticas de gestão de pessoas, porque é com elas que se contrata quem estará nessa organização. Quem são as pessoas que se está promovendo? Quem é que se está puxando para cargos chaves? Quem é que se manda para um treinamento aqui ou no exterior? Como é que se faz a sua avaliação de desempenho? Como é feito o seu sistema de recompensas? Como é tomada a decisão a respeito de quem é realmente a pessoa chave da organização? E quem são aquelas pessoas que estão em determinada função, mas no fundo até poderia estar terceirizado? Isto aqui não é cor, isto aqui é importante, isto aqui não é importante. Quem são as pessoas com quem você conta para tocar aquele projeto? Isto é crucial para pensarmos qualquer projeto de mudança organizacional.

Outra questão importantíssima é a dos processos de comunicação na organização. Vemos que, em todo processo de mudança, se ele não for conversado, comunicado, trabalhado, o que surge de ruído e de resistência é muito mais forte do que o impacto positivo que a aquela mudança pode vir a ter. Posso passar por horas de discussões teóricas sobre cada um dos processos, mas para jogar o debate para frente, chamaria atenção sobre estes dois processos: gestão de pessoas e comunicação. Eles são fundamentais para termos um processo de mudança bem organizado.

Bem, acho que eu trouxe uma série de coisas a respeito de como é que se vai desenvolvendo o compromisso das pessoas em termos de atitudes, da propriedade das mudanças, de tolerância aos erros, o manter o senso de humor, o não deixar que os pontos fortes se tornem fraquezas, ou seja, focar o trabalho e fazer aquilo que sempre fizemos. Até mesmo a questão toda de gerenciamento do *stress*, o apoio às lideranças, o inventar o futuro. Acho que esses são pontos que tenho discutido muito com uma pessoa que é uma grande *expert* nessa área, Olga Colpo, e que são fundamentais para se desenvolver o compromisso de trabalhar a questão da mudança e das pessoas.

Finalmente, se antes mencionei uma frase do Lampedusa, quero usar agora uma sentença que utilizo muito e que foi escrita já há algum tempo: "nada é mais difícil de realizar, mais perigoso de conduzir ou mais incerto quanto ao seu êxito do que iniciar a introdução de uma nova ordem de coisas, pois a mudança tem como inimigos todos aqueles que prosperaram sob as condições antigas e como defensores tíbios, todos aqueles que podem se dar bem nas novas condições". Como mencionei no início, estudei Ciências Sociais e li Maquiavel. Continuo a lê-lo, porque acho que é um dos nossos clássicos da Ciência Política. É incrível a atualidade dessa frase. Creio que esse é um dos grandes desafios: quando trabalhamos a questão da mudança, estamos mexendo, de um lado, com uma série de processos estratégicos; com a questão das pessoas, da gestão das pessoas, dos seus sentimentos, de como elas estão se colocando. Estamos trabalhando como é que isso tudo é comunicado, mas também com relações de poder e essas relações são extremamente relevantes para serem consideradas porque elas podem, inclusive, ser responsáveis por um projeto ser engavetado ou receber todo o apoio e aplausos; e aí temos que olhar quem serão os nossos apoiadores ou nossos defensores tíbios. De modo que, se usei o Lampedusa para explicar a mudança de maquiagem, acho que o Maquiavel tem muito a ver quando se pensa no tema mudança organizacional.

A experiência da Pró-Saúde

Paulo Roberto Segatelli Camara

Pró-Saúde ABASH

DESEJO compartilhar aqui um pouco da experiência da Pró-Saúde, que, acredito, nem todos conhecem. Vou abordar também um pouco do tema governança e como atuamos.

A Pró-Saúde tem como foco principal administrar, educar e servir. Administração e gestão na área de serviços de saúde. Possuímos ainda uma atuação muito forte de treinamento interno para os nossos colaboradores e também para atender outros clientes, de hospitais e clínicas, de recursos humanos, entre outra. Servir, pois além de a Pró-Saúde ser uma entidade filantrópica, ela atende a cerca de 80% de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) em suas unidades administradas, uma dificuldade muito grande. Servir também porque temos outras unidades como creches, Centro de Convivência do Idoso e trabalhos sociais em que a finalidade é essa. Por isso, a Pró-Saúde tem uma visão diferente no que é atuar, uma vez que ela não visa lucro. Além de ser uma entidade sem fins lucrativos, é filantrópica também.

Estamos hoje em nove estados e vários municípios nos quais somos considerados Organização Social. O estado de São Paulo desenvolveu isso muito bem. São mais de vinte hospitais com organizações sociais como, por exemplo, grupos Santa Catarina, Santa Marcelina, trabalhando dentro desses projetos de organizações sociais em parcerias com governos municipais e estaduais.

A Pró-Saúde utilizou a figura de uma árvore como simbologia para seu planejamento estratégico. São cerca de 400 pessoas que têm essa capacidade liderança, nos locais onde fazemos gestão na Saúde. Esse símbolo, da árvore, surgiu em 2003, em uma reunião gerencial e de lideranças da Pró-Saúde, em que a pergunta básica era: o que você tem a oferecer para que a árvore da Pró-Saúde sempre dê frutos? A partir daí, coletamos as sugestões e surgiram nosso planejamento, os nossos valores e a nossa missão.

A missão da Pró-Saúde é "promover soluções na área da Saúde, orientando-nos pelas necessidades dos clientes". Claro, quando falamos em clientes, o significado é bem amplo. Não se trata apenas do "cliente-paciente". O médico também se inclui nisso, assim como os estados, municípios e seus secretários de Saúde.

Nossa visão foi definida como a de sermos "uma entidade reconhecida nacionalmente pela qualidade na implantação de soluções para as instituições dos profissionais de Saúde". Por que falamos em instituições e profissionais? Porque achamos que sem a qualificação de fato – e nós fazemos muito isso –, não temos o desenvolvimento das organizações, sejam elas próprias ou não, com o nível de qualidade que pretendemos atingir.

Quanto aos valores da Pró-Saúde, temos responsabilidade social, qualidade, ética e profissionalismo.

Em relação aos serviços que oferecemos, temos o Diagnóstico Hospitalar e Municipal. Em todos os hospitais ou serviços de saúde que assumimos em estados ou municípios fazemos um diagnóstico completo de todo sistema, para depois irmos para a unidade hospitalar e fazer um diagnóstico interno. Só aí, a partir dos resultados, é que elaboramos um projeto para desenvolver durante a administração ou consultoria dentro daquela unidade. Fazemos, ainda, vários estudos de viabilidade na área da Saúde também.

Temos um setor muito atuante de cursos e treinamentos, com uma extensa grade de especialização, aprimoramento e até pós-graduação em todos os setores que envolvem uma unidade de Saúde.

Temos também uma Central de Compras, sediada em São Paulo, que compra praticamente 60% dos nossos produtos, medicamentos e materiais, de todos os hospitais que nós temos pelo Brasil todo. Isso proporciona uma economia significativa, sem citar o estudo de cada produto, propiciando padronização e redução de custos. Um exemplo: quando uma seringa é oferecida ao mercado por fornecedores, primeiro ela é avaliada, testada em algumas das nossas unidades para depois entrar na lista de uma possível compra.

A Pró-Saúde foi considerada a quinta entidade filantrópica do País em função desses projetos sociais que faz e devido ao grande atendimento que oferece. No fechamento de nosso relatório anual, quando relacionamos os atendimentos do SUS, há hospitais sob nossa gestão que atendem entre três e quatro mil pacientes por dia. É uma coisa muito expressiva. A pressão no atendimento é muito grande e o grande trabalho nosso é com hospitais públicos.

Também criamos o programa Pró-talentos, surgido há alguns anos para descobrir e desenvolver lideranças na Pró-Saúde. Nele, buscamos pessoas jovens – e não tão jovens – nas regiões em que pretendemos atuar. Essas pessoas vêm para São Paulo, em geral, e ficam em treinamento durante um tempo fazendo uma espécie de "pós-graduação interna" em gestão de Saúde. Depois desse treinando, no futuro, assumirá gerências e diretorias, a princípio, em pequenos hospitais, e irá crescendo profissionalmente dentro da Pró-Saúde. Já formamos mais de trezentos profissionais em todo o Brasil. Por exemplo: se desejamos desenvolver algo na região do Amazonas, buscamos ali pessoas com esse interesse. Uma psicóloga vai até lá e faz entrevistas prévias com os potenciais candidatos. Esses profissionais vêm para São Paulo, ficam morando na cidade durante um período e fazendo esse treinamento, tanto dentro da prática dos hospitais como também com aulas teóricas, como em um curso de pós-graduação.

Na estrutura da Pró-Saúde, atualmente são 29 hospitais administrados, além de creches, centro de convivência de idosos, laboratórios, centros de saúde, e vinte equipes do

Programa de Saúde da Família. Uma atuação que vem crescendo muito na área pública. É uma experiência nova, estamos aprendendo bastante com ela. Como isso se relaciona com os nossos hospitais, como chega para dentro deles, é uma experiência fantástica que estamos tendo também nessa Saúde integrada, a experiência que estamos fazendo em alguns municípios brasileiros. Temos 2.800 leitos e seis mil colaboradores próprios. Além disso, temos cinco mil colaboradores terceirizados, muitos deles funcionários cedidos por prefeituras ou governos estaduais. Quando a assumimos a gestão de um hospital, muitas vezes ele está em atendimento. Então, não se troca todos esses recursos humanos, procuramos aproveitar esses recursos locais. Essas cinco mil são pessoas são colaboradores cedidos que irão, juntos com os nossos, executar e desenvolver aquele hospital. Não é fácil. É uma tarefa bastante complexa. Exige muita comunicação.

Setenta por cento dos nossos clientes são órgãos públicos

Fazemos uma segmentação de nossa atuação em três grandes áreas: administração, no qual 70% dos nossos clientes hoje são órgãos públicos, estados e municípios. Na área privada, temos os hospitais filantrópicos ou sem fins lucrativos e hospitais privados também. É muito diferente a maneira de pensar de cada um deles: públicos, lucrativos e filantrópicos. Cada um tem uma maneira diferente de atender.

Atendemos, por exemplo, as unidades fechadas de empresas dentro do Amazonas e o atendimento global da população. Fazemos desde a vacinação, controle da malária, tratamento de água e esgoto, vale dizer, a Saúde como de fato imaginamos que ela tem que ser, completa, no atendimento daquela determinada população. Temos resultados muito importantes lá. Em Porto de Trombetas, por exemplo, no Pará, na região em que administramos um dos hospitais da nossa rede, reduzimos de dois mil casos de internação de malária, por ano, para dez nos últimos anos, sendo apenas dois em 2009. Um trabalho de prevenção que vem sendo feito, além do proporcionado pela internação hospitalar.

Em relação à estrutura de gestão, por exemplo, temos hoje a nossa sede social localizada do interior de São Paulo, no município de Fernando Prestes, onde temos alguns projetos sociais, treinamento de jovens em informática, aulas de pintura, entre outros. Temos a sede administrativa na cidade de São Paulo, no bairro da Lapa, que dá apoio a todas as outras dependências, que são as creches e hospitais. E aí sim temos uma estrutura completa, jurídica, financeira, de recursos humanos que faz essa comunicação com as nossas unidades.

Para o modelo de gestão, buscamos o reconhecimento externo: utilizamos as normas da Organização Nacional de Acreditação (ONA) porque ela é nacional. Como trabalhamos muito com o sistema público, entendemos que não adianta querer avançar além da própria organização brasileira em termos de certificação.

Tudo isso muda muito em função das dificuldades encontradas em cada um dos hospitais que vamos assumir, mas temos um modelo de gestão no qual estão em geral definidas as fases de implantação.

Primeiro, a preocupação com a organização física. De forma geral, levamos cerca de seis meses para isso. Depois, fazemos um novo diagnóstico, o segundo, pois o primeiro avaliou todas as necessidades físicas, de equipamentos, de recursos humanos, de processos. Depois vem o gerenciamento de processos, em torno de dezoito meses, e a gestão estratégica, em 24 meses, pensando sempre na excelência na gestão.

É uma cadeia de assistência integrada: temos a assistência, os processos de apoio, que começam desde o acolher, e em cada um dos processos fazendo as informações retornarem para cada parte envolvida. Nós não atendemos o paciente com a visão de "doente". Utilizamos uma visão mais sistêmica e completa. Ainda não temos isso institucionalizado em todos os hospitais que administramos, pois é algo que exige envolvimento de todo corpo clínico. Assim, não pode ser um corpo clínico aberto, como é, por exemplo, no Hospital São Luiz, em São Paulo. Os nossos hospitais na maioria possuem corpo clínico fechado com determinado número. Esse sistema já está implantado em Vitória, no Espírito Santo, em um hospital de alta complexidade que assumimos em parceria com o governo estadual, e em Foz do Iguaçu, em parceria com a prefeitura local.

Em termos de desafios, a cada mês, praticamente, estamos assumindo um novo hospital. De dezembro até março, por exemplo, assumimos seis novas unidades de Saúde, seis hospitais em diversas regiões do Brasil. Primeiro identificamos as lideranças que argumentam a favor e contra naquele determinado município, cidade ou estado, porque sempre existe esse fator: lideranças locais a favor e contra aquele projeto. Temos que compreender os hábitos e as culturas locais.

Por exemplo, estamos desenvolvendo um projeto em Lima, no Peru, onde um diretor nosso está residindo já há dois anos, exatamente para entender a cultura local, as leis, como funciona o sistema de Saúde. Ele está morando lá e coordenando esse projeto de implantação do hospital no Peru para atendimento de 250 mil vidas, também de uma forma integral, como se fosse um plano de Saúde, dar assistência, até o medicamento para levar para casa. Trata-se de um projeto muito amplo.

Uma coisa que fazemos muito é o aproveitamento da mão-de-obra local. Há uma avaliação inicial e, sempre que possível, fazemos o aproveitamento da totalidade da mão-de-obra, contratada na região. Só promovemos um complemento dessa força operativa, quando isso não é possível, ou na parte médica, ou enfermagem, ou mesmo na gestão e administração. Um objetivo muito importante de nossa ação é minimizar a resistência às mudanças. Reverter a insegurança gerada pela mudança. Isso se deve ao fato de que quando se assume o controle de uma unidade, essa incerteza é muito grande: o que eles vêm fazer aqui? O que vai ser do meu emprego? O que...? O que...? E vamos ter que começar a dar a resposta para tudo isso. Existe também uma descentralização das decisões locais. Adequar as políticas de mudanças de gestores. A prestação de contas que a gente tem que fazer, tanto interna como externa, para os nossos clientes.

Em relação aos facilitadores, primeiro existe um contrato que é demorado e muito bem definido, porque ali estão todas as regras, metas e orçamento. Assim, esse início é fundamental. Se esse primeiro passo for dado e não existir um bom contrato com o gestor público, provavelmente esse projeto não vai para frente. Aí se gasta muito tempo, há uma discussão muito ampla para iniciar, podemos dizer, a implantação de um hospital público. Tem que haver confiança entre as partes. Normalmente, esses hospitais públicos não tinham autonomia de gestão. A partir desse momento, passa a ter uma autonomia e isso é um facilitador muito grande também. Outro elemento é o aumento da qualidade e da quantidade do atendimento – pois a quantidade também é importante dentro do SUS. Esse o maior aliado nosso. Quando chegamos a uma unidade, normalmente ela está arrebentada em todos os sentidos: seja na parte física, equipamentos, recursos humanos, com trabalhadores desmotivadíssimos ou despreparados. Aí é o momento em que se tem que consertar tudo. Isso também é bom porque a mudança acontece muito rapidamente e a percepção dessas mudanças é visível a esses clientes, que são os pacientes. Assim, esse aumento da quantidade de

atendimentos que fazemos e a qualidade no serviço, fica muito claro e rápido. E isso é a coisa mais forte que temos na defesa dos nossos projetos.

Depois vem o planejamento estratégico, que também é feito em cada uma das nossas unidades. Isso, muitas vezes, inclui até um convite para o gestor público, quando se trata de hospital público, para participar, porque ele tem que saber a respeito daquela unidade, seja tomada isoladamente, seja em relação à sua inserção e envolvimento em um sistema de Saúde de um município, ou de um estado todo, e isso exige a participação do gestor público.

Existe ainda a pesquisa de clima. Fazemos a normatização dos processos. Isso é inevitável: a sede da Pró-Saúde estando tão distante, muitas vezes, das nossas unidades e com resultados que precisamos ter de uma forma padronizada, torna-se necessário que tenhamos tudo isso normatizado. Essa implantação, no entanto, é muito difícil. A cultura local dificulta muito esse trabalho, mas ela é necessária e atuamos nesse sentido.

No tocante à comunicação, temos uma revista chamada Notícias Hospitalares, com cerca de quinze mil exemplares, com a qual fazemos a comunicação com os nossos clientes, hospitais, secretarias de Saúde. É uma revista bimestral em que são colocadas informações de administração, de gestão e assim por diante. Publicamos ainda um boletim semestral, chamado Ação Social Pró-Saúde, com resumos de toda a atividade da entidade naquele período. Temos também a publicação de livros. Temos ainda o que chamamos de Centro de Documentação Interna (CDI), que eu chamo de biblioteca virtual, no qual os nossos administradores, médicos, podem acessar todas as informações, contratos e normas. Isso é interno e funciona como comunicação dentro da Pró-Saúde.

Pensamos sempre em melhoria contínua dos processos. Não é possível parar. Quando se interrompe o desenvolvimento das melhorias a impressão é que caminhamos para trás. Como conseqüência, precisamos sempre insistir nessa melhoria constante. Não é fácil, porque a distância, característica de nossa atuação, torna tudo muito mais trabalhoso. Buscar a satisfação e harmonia com os nossos clientes – no seu sentido mais amplo – é uma de nossas metas. A comunicação também é muito importante dentro desse processo. E cumprir o planejado: é importante termos um orçamento, um contrato e atingir aquelas metas todas. Não apenas as financeiras, mas também, e principalmente, as de qualidade total.

Um jeito de ser na mudança organizacional

Denise Soares dos Santos

Hospital São Luiz

HÁ POUCO mais de um ano, fui convidada para vir aqui para falar sobre Saúde. Nessa época, eu estava no *Hospital e Maternidade São Luiz* apenas há um ou dois meses. Nessas condições, não havia qualquer problema, pois, qualquer imprecisão que eu tivesse cometido, ficaria escusada pelo meu noviciado na atividade, afinal, eu era engenheira. Agora recebo novo convite para falar sobre o que estamos fazendo na organização hospitalar. Desta vez, pensei três vezes antes de aceitar o convite, mas acabei por aceitá-lo, afinal, o meu objetivo aqui também é aprender com os participantes do evento. E não tenho dúvida de que entre estes existem pessoas com mais experiência do que a minha, especialmente neste setor.

Bem, é fato sim, que sou engenheira. Não sei por que tanta gente ficou surpresa porque cheguei ao segmento da Saúde. Faz quase vinte anos que resolvi cursar Engenharia. Hoje, não sei dizer exatamente que tipo de engenheira que sou. Cursei Administração, inclusive aqui na FGV. Passei pela indústria, pelo varejo e já estou liderando o *Hospital e Maternidade São Luiz* há um ano e oito meses.

O nosso maior desafio é falar em mudança, afinal, as organizações vivem em constantes mudanças. Aliás, basta entrar alguém novo na organização para surgir a preocupação sobre o impacto que essa mudança vai gerar. Mais ainda se a mudanças se der na liderança. Vou falar sobre liderança e como, na nossa crença *São Luiz*, ela é um ponto extremamente relevante na condução de um processo de mudança.

Esse processo começou há cerca de três anos, quando o *São Luiz* decidiu e definiu que seria uma rede de hospitais com um alto padrão de excelência. Como é que se faz isso em uma empresa que tem exatamente 72 anos, tendo uma de suas unidades apenas com dez anos e outra com dois anos? Tínhamos uma série de dificuldades, inclusive sobre tempo de casa e certa uniformização de ideias. Começamos a questionar uma série de coisas nesses dois últimos anos pra cá. Esse processo começou certamente antes da minha chegada e aí quero contar um pouco da história, pelo menos desse último ano.

Vamos falar sobre a identidade do *São Luiz*, sobre nossa essência e o que entendemos como base do sucesso. Falaremos do nosso modelo, de governança, de comunicação e de servir, pois somos uma empresa de prestação de serviços. Tem muito de liderança no meio de tudo isso.

O *São Luiz* começou em 1938. Talvez o que todos se lembrem com facilidade é a *Maternidade São Luiz*, que foi inaugurada em 1983, e foi o maior processo de mudança em termos de marca e de relevância que vivemos nesses últimos anos. Sem dúvida a maternidade foi para nós um momento importante. Hoje temos três unidades: a mais antiga, o Itaim, com 72 anos; nossa unidade no Morumbi, que tem dez anos; e o *Anália Franco*, que completou dois anos agora.

Estamos falando de uma empresa que reúne mais de quatro mil colaboradores. São quatro mil colaboradores e uma equipe de liderança com cerca de cem pessoas. São mais de 800 leitos e um rol de atendimentos excepcional. Por mês, são quatro mil internações, quase quatro mil cirurgias, 50 mil atendimentos no pronto-socorro e mais de mil partos. Isso só indica uma coisa importante: além dos colaboradores, existe mais um monte de gente que convive conosco todos os dias. E essa relação é o que temos, ou devemos ter, de mais valioso.

Não são apenas quatro mil colaboradores, mas gente que não acaba mais, entrando e saindo o tempo inteiro numa empresa que não fecha nunca. Aliás, só me dei conta disso com uma semana de trabalho. Sabemos que hospital não fecha nunca, mas, uma semana depois, é possível perceber que, se sairmos às dez horas da noite, ou onze, ou seis, no dia seguinte tudo está diferente: já houve um monte de mudanças à noite e de madrugada, por situações, muitas vezes, operacionais. Mudanças que, muitas vezes, esbarram nos valores da empresa.

E quem comanda o turno da noite? Quem é aquele que deixa de dormir em casa e está trabalhando no hospital seis horas, oito horas? Certamente é diferente da pessoa que está durante o dia. Esse é um processo interessante.

Na tentativa de atingir os quatro mil, em primeiro lugar, resgatamos qual era nossa essência. Temos uma marca preciosa, conhecida, com um discurso bacana, "*mais que moderno, humano*". Mas qual é essa essência? Cada vez que se pensa em hospital, pensamos em algum tipo de tratamento. Mas não estou tratando apenas doenças, estou tratando pessoas. Quando pensamos nisso, começamos a falar de pessoas para uma empresa com quatro mil colaboradores. Decidimos, um pouco antes da minha chegada da empresa, que deveríamos ter, de fato, uma área de recursos humanos elevada a uma diretoria, com as mesmas responsabilidades que qualquer outro diretor tem. Isso pode até soar óbvio, mas não tínhamos algo assim. Quando falo em recursos humanos, estou falando de responsabilidade. É um diretor estatutário, como o

financeiro, como um diretor clínico, ou um diretor de operações. Colocamos essa área de pé e Maria Alice é nossa diretora de RH – não podia deixar de mencionar o nome dela.

Começamos a discutir *como vamos tratar de pessoas.* Para isso temos que entender quais são os nossos desafios. Pela nossa definição, somos uma rede hospitalar preferencialmente reconhecida pela alta qualidade na sua prestação de serviços. Ter essa essência disseminada por todos que passam por ali é fundamental.

Não podemos falar apenas de boas práticas de RH ou boas práticas de gestão, pois surgem outros pontos principais quando se fala em mudanças. Desenhamos um plano legal de comunicação para gerar confiança nos colaboradores, pois não dá para falar em mudança se não gerarmos confiança em todos. Fizemos também um plano legal de remuneração. Chamamos todo mundo e falamos: *nós vamos ter um ano de 2009 de muita mobilização interna.*

Falar de mobilização interna significa colocar as pessoas no centro da estratégia da empresa, fazê-las entender qual a visão de futuro e compreender a estratégia da empresa. Muitas vezes me perguntaram o que considero determinante para o sucesso de uma organização. Minha resposta sempre foi: *é muito ruim toda vez que o discurso descola da prática.* Em primeiro lugar, não dá para subestimar o colaborador, não interessa em que grau da pirâmide ele se encontra, mas gerar confiança significa discurso e prática iguais. Isso talvez seja a coisa mais difícil que existe nas organizações. Primeiro porque nem todo mundo entende as coisas de forma igual, às vezes você até acha que todos entenderam, mas não entenderam. Segundo, há tantas mudanças externas que às vezes não é possível cumprir o que foi primeiramente falado. Então, como é possível gerar confiança em um ambiente externo de mudança? E como é possível desassociar o menos possível a teoria da prática?

Começamos esse trabalho de mobilizar a empresa inteira. Em determinado momento, não tínhamos muita certeza se a estrutura não funcionava porque os processos não andavam, ou se os processos não andavam porque a estrutura não funcionava. Para melhorar a eficiência operacional, foi necessário rever processos, determinar padrões, regras. Adotamos o projeto *Gestão Eficiente de Recursos* e implantamos uma metodologia pra medir esses recursos e para as pessoas terem metas.

Paralelo a isso, foi importante entender as nossas vulnerabilidades. Para algumas áreas isso parece simples: na indústria, é geralmente fácil localizar onde estão as perdas e fechar os ralos. Quando se fala em prestação de serviços, entender essas vulnerabilidades é um pouquinho mais complexo. Depois de mapeadas as vulnerabilidades, iniciamos um projeto de gestão de riscos, com ajuda externa, inclusive. O projeto está completando um ano. Escolhemos dois grandes focos e mapeamos todo o nosso ciclo de receita e todo o ciclo de despesa. Foi possível entender onde estavam nossos buracos e estamos tratando em cima deles. Desde setembro do ano passado, começamos o processo de implementar ações pra tapar esses buracos.

Outra preocupação foi: *será que eu sei exatamente quem são os nossos clientes e parceiros? Nós temos três clientes: o paciente, a operadora de saúde e o médico – porque é o médico que leva o paciente ao hospital.* Começamos a repensar isso. Entre parceiro e cliente existem sutilezas na definição. O médico, por exemplo, não é meu cliente, ele é meu parceiro na medida em que a dependência é mútua. Passamos, então, a entender quais os segmentos de clientes e parceiros: quem é que frequenta o hospital? Por que o faz? Como o paciente escolhe o hospital? É pelo pronto-socorro, uma porta de entrada importantíssima? É por que está próximo de casa? É por que o convênio cobre?

Depois falamos sobre marca. Será que todo mundo entende a marca *São Luiz* na sua essência? Estamos trabalhando várias questões nesse sentido.

Por fim, o centro de tudo isso é: como é que eu envolvo, como é que eu me comprometo? A liderança tem um papel fundamental nisso. Vou falar que trabalhos estão sendo desenvolvidos nesse sentido.

Começamos em 2007, talvez pelo básico de um processo de mudança, que é como estabelecer a governança corporativa. No final de 2007, meados de 2008, constituímos um conselho de administração. O *São Luiz* é uma empresa familiar, na qual o peso do controle da organização está nas mãos de duas famílias. Foi tomada a decisão de constituir um conselho de administração com cinco membros independentes. Isso muda toda a lógica do poder refletido no resto da organização.

> Se a comunicação não ocorre por meio de gestores e por meio das áreas, os impactos podem ser sérios

Durante 2008 e 2009, trouxemos uma diretoria executiva profissionalizada. Temos oito diretorias. Junto ao conselho, criamos comitês estruturados, que respondem ao conselho de administração. Esses comitês são de muita relevância porque eles fazem todo o trabalho mensal de projetos de relevância, com a diretoria executiva e, com o conselho, nos comitês de sua atuação. Junto ao conselho de administração, com o projeto Gestão de Riscos, determinamos a criação de uma auditoria interna.

Temos cinco comitês: de auditoria e finanças, de riscos, operacional, de RH e um comitê de estratégias. Todos são presididos por um membro do conselho, às vezes com outros participantes também do conselho, há sempre um representante da diretoria ou alguém que a diretoria indica. Essa pessoa desempenha um papel mais consultivo, tirando as pessoas do dia-a-dia pra discutir questões de relevância nesse processo de mudança. Na busca da confiança e nesse processo de mobilização, tratamos basicamente desses cinco itens.

Nesse processo, comunicação é ponto-chave. Entender o que eu quero das pessoas também. Definimos competências para os líderes e também para os 4.500 colaboradores. Afinal, o que eu espero dessa liderança? E o que esperar dos demais? Para isso, tivemos que compartilhar a estratégia, para que as pessoas pudessem saber o caminho a seguir. Não tem problema mudar de curso no caminho, mas as pessoas têm que saber pra onde tem que ir, mesmo porque comprometer todos ajuda a descobrir esse caminho.

Tratamos das lideranças para mobilizar a todos, pois é necessário um intenso trabalho dos líderes com as áreas de base. E qual é o papel de um líder na hora de falar sobre uniformização de processos, quando é necessário o médico como parceiro, quando se fala em expansão e crescimento? Traçamos um plano prático de ação durante cinco meses. Implantamos um ciclo de planejamento estratégico usando metodologias conhecidas no mercado. Na prática, começamos com a alta liderança. Criamos um comitê de estratégia com a diretoria, traçamos o plano e, pra cada reunião, alguns colaboradores eram convidados. A regra era a seguinte: nessa discussão não tem hierarquia - o que é difícil fazer ser verdade - porque quando o colaborador chega diante do presidente e diretor, fica intimidado. Forçamos o colaborador a falar com o discurso. "Se não falar alguma coisa, então não

precisaria estar aqui, espere pra ouvir depois que ficar pronto". Essa "ameaça" acaba dando certo porque depois do primeiro, segundo ou terceiro encontro, as pessoas que estão lá na base começam a participar. Terminado o plano, consolidamos ao curto prazo no orçamento e ao longo prazo em uma visão para além de 2012.

Desenhamos um mapa estratégico e começamos a atuar na ponta, principalmente com a área de RH como uma parceira de negócio, ou seja, atuando na ponta do atendimento, para entender a necessidade de quem está nas unidades hospitalares. A principal dúvida era: Como vou gerar valor pra empresa? A resposta é simples: gerando valor. Só dá pra gerar valor se nos envolvermos. É uma tarefa árdua, diria que cansativa. Mas esse é um dos principais quesitos da mudança. Mudança cansa porque nunca é da noite pro dia, como acabamos de ouvir.

Os colaboradores tiveram que entender qual o foco de cada um no tratamento com os clientes

Selecionamos três grandes blocos: vamos falar de comunicação; vamos falar de Jeito São Luiz de Servir, como é que eu quero que as pessoas que estão em todas as unidades tenham a mesma percepção como cliente; e vamos falar de educação, treinamento e conteúdo pra que isso aconteça.

Comunicação é tema central para nós. Hoje temos uma área de comunicação que responde diretamente para a diretoria de recursos humanos e para mim, participa das reuniões de diretoria, faz todo papel de comunicação da alta liderança e de comunicação formal. Mas se a comunicação não acontece por meio de gestores e por meio das áreas, os impactos podem ser sérios. Um deles é o questionamento: *se eu não sei o que está acontecendo, estão esperando o quê de mim?* Essa é uma posição cômoda que acontece em tudo quanto é tipo de organização. Por outro lado, se eu não tenho colaboração, muito provavelmente eu vou ter impactos de desequilíbrio em determinadas áreas, umas tendo de cobrir as falhas de outras, enfim. Se eu quero que essa comunicação flua, estamos falando novamente em gestão. Estamos falando da gestão de cem líderes que precisam criar uma rede de comunicação fluida. E como é que se faz isso?

Abrimos frente de várias ferramentas pra fazer essa comunicação fluir. Algumas já tínhamos, outras foram criadas, como a *Rede de Correspondentes*. Treinamos pouco mais de 50 pessoas não-gestores num processo de comunicação com as bases para fazer a comunicação chegar de uma maneira mais rápida. Isso é papel de um gestor, mas nosso papel também é entender se o gestor está fazendo chegar às bases. Essa turma vira *rádio-peão oficial*, a turma anda com um *button* no peito escrito *Rede de Correspondentes de Comunicação Interna*. Algumas vezes soltamos informações que queremos que virem conversas de café. Outras vezes os colaboradores abordam os comunicadores para tirar dúvidas. Se ele não souber, tem a responsabilidade de ir atrás da informação direto conosco. Começamos a ter pessoas que quiseram criar uma rede de comunicadores dentro de suas áreas, em uma área enorme como Enfermagem, por exemplo, que representa quase metade dos colaboradores do *São Luiz*.

Criamos também o *Café com o Presidente*. Já tivemos quatro reuniões, que chamamos de *Café com Prosa*. Não vale ir gestores que estão mais próximos a mim, o pessoal da base que se inscreve, que participa.

Começamos a falar sobre ética. Inauguramos um *código de conduta* no hospital. Junto ao canal de ética e código de conduta, abriu-se um canal de comunicação externo. De que adianta ter um código de conduta se o colaborador acha que alguma coisa que não está bacana? Pra quem ele vai falar? Para o RH, pra Denise? E se ele quiser falar da Denise? Esse canal externo é, de fato, confidencial, pode ser telefone ou internet. Contratamos um serviço externo e penduramos direto no conselho, dentro da auditoria interna. Portanto, o colaborador é livre pra reclamar do RH e da presidente, ou de alguma conduta não condizente com o nosso código. Isso consolida a ética e a confiança.

Faço periodicamente um encontro com essa turma de líderes, que envolve desde os supervisores aos diretores, que batizamos de *turma do G-100* (G de grupo). Nos reunimos também com o G-30, que são os cargos de gerentes a diretores.

O processo de comunicação inclui comunicações visuais. Temos um painel chamado *Painel Vida*, com informações atualizadas o tempo todo nos lugares de circulação dos colaboradores. Implantamos um laboratório de inovação com as pessoas da base, no qual são estimuladas a gerar ideias novas. Além de algumas mais tradicionais que é comunicação por *e-mail*, jornalzinho direto na casa do colaborador.

Junto a isso, implantamos o projeto *Jeito São Luiz de Servir*. Esse projeto olha a cadeia de valor inteira do hospital, do momento em que o cliente entra no hospital até o momento em que ele tem a sua alta, e todos os contatos que são feitos com esse cliente. Entendemos que o contato com esses clientes passa em primeiro lugar pelo bom relacionamento entre as áreas internas. Como é que eu sensibilizo a todos e mostro que as áreas sempre vão estar correlacionadas? Vou dar um exemplo: você acabou de ter um filho na maternidade e o teu contato direto, mais próximo, sempre vai ser com a enfermagem. Se a alimentação chegou atrasada ou se queimou uma luz e ninguém veio arrumar, você vai apertar o botãozinho, chamar a enfermeira, e reclamar. Na quinta vez que você pedir isso, vai pegar a enfermeira e sacudir de raiva. Em pesquisas de satisfação de paciente e médico, percebemos que a área de enfermagem leva a fama quando a nutrição atrasa, a farmácia manda medicamento a cada dez minutos ou se a hotelaria não fez o *check-in* de internação. Existe essa correlação entre áreas que é fundamental.

Criamos o projeto e começamos a trabalhar com pactos entre as equipes. No começo parecia um pouco de lavação de roupa suja, mas no final isso se transformou num plano de ação fantástico porque foram mais de 80 pactos constituídos. Hoje temos implantado alguns deles. E pacto é pacto, você gera confiança. Combinou está combinado. Você quer descombinar? Então vamos discutir outro pacto. Isso se chama geração da confiança. E divulgamos periodicamente o que está acontecendo com esses pactos.

O projeto tem quase 200 multiplicadores por área. Imaginávamos que seria um projeto com começo, meio e fim, mas hoje entendemos que é pra sempre. A cada intervalo de tempo, é necessário rediscutir as ações, basicamente num processo de treinamento e envolvimento contínuos, sempre reforçando os pactos que estão dando certo. Isso, sem dúvida nenhuma, ajuda a fortalecer a marca, e é outro processo de desafio grande das organizações.

Definimos quais eram as competências necessárias com dois focos: qualidade nos serviços e qualidade no atendimento assistencial. Nosso foco é muito assistencial, afinal tratamos de pessoas, mas há muitos outros serviços em torno disso, tão importantes quanto a assistência.

Os colaboradores tiveram que entender qual o foco de cada um no tratamento com os clientes, ter excelência naquilo que faz, gerir bem seus parceiros e ter foco em resultados. A gestão de parceiros é importante porque, quando o São Luiz tiver a sua quarta e quinta unidade, e for preciso ressaltar

a uniformização do atendimento, a gestão de parcerias é essencial para aquele serviço acontecer com qualidade. Na área de prestação de serviços, dependemos das boas relações o tempo todo: com o meu parceiro médico, meu fornecedor, meu prestador de serviço.

Para tudo isso acontecer, estamos falando de liderança. É preciso ter disposição de gerir mudanças, entender do nosso negócio e gostar muito de pessoas. Muito. Medimos todas as competências, começando pela alta gestão. Eu fui avaliada, os oito diretores foram avaliados. Depois avaliamos todos os gerentes e fizemos um processo de avaliação dos supervisores. Hoje temos um mapa claro dessas cem pessoas. Quando fazemos esse mapeamento, entendemos os *gaps* e definimos um plano que batizamos de PDI, que é *Plano de Desenvolvimento Individual*. Temos de fazer esforços de melhoria até a base. Essa é nossa pretensão, não digo que é intenção porque vamos fazer. Vamos esticar esse processo de avaliação até o último nível da organização. As competências são as mesmas para a Denise e para o meu recepcionista, o que muda, talvez, é o peso delas de acordo com as circunstâncias e o momento em que se vive.

Uma frase que gosto muito e tenho repetido no hospital é: *nós estamos sempre falando de atitudes e esse é o grande conteúdo da mudança*. Porque tem gente que acha que *se fulano é de um jeito, não vai mudar, pois não mudou até hoje*. Eu desafio vocês a pensar e a lembrar de alguém que vocês conheceram na vida que piorou muito ou que melhorou muito. Os que pioraram sempre vamos nos lembrar, são as grandes decepções. Mas tem gente que melhorou muito. Atitude é ter acima de tudo a capacidade de você criar algo que dê causa às pessoas e que seja, de fato, apaixonante. Além de sustentar isso por um tempo.

Indo um pouquinho além, na prática é comum dizer que é preciso mobilizar as pessoas em função dos desafios e geração de diferenciais e, por fim, no foco dos resultados. Falamos de valores, de liderança, mas não é simplesmente impondo sua metodologia que tudo se resolve. *Você gosta de pessoas? Gosto. Você gosta de ser líder? Gosto. Então, se você gosta mesmo, é para toda vida.* Nós estamos falando de gente comum, de gente que mexe com vontade de fazer diferença, que fala de valores, e não de favores, que fala de princípios, que está a fim de ter troca de ideias abertas e participativas, que estabelece uma causa, que vai celebrar na hora que consegue conquistar alguma coisa importante. Estamos falando de relação sustentável.

Digo que liderança exige imaginação e, principalmente, colocar-se no lugar do outro. E não acho que há palavra melhor do que *solidariedade*. Estamos falando sobre ser solidário? E estamos falando também de *Jeito São Luiz de Servir*. Estamos falando que jeito de servir tem a ver com solidariedade. Tenho que garantir para o meu time a estima coletiva, mas tenho que garantir a minha também, senão não tem sustentação. O discurso é legal, na prática é preciso ser um pouco radical. Eu fui criada de um jeito, o outro do outro, tem que respeitar as diversidades, mas a crença tem que ser razoavelmente comum.

Por fim, como é que se estimula esse sentimento? O líder tem que encorajar o aprendizado, tem que criar um clima que estimule esses desafios, tem que cuidar da equipe, inspirar entusiasmo, entender o sentimento dos outros. As diferenças existem. Ele tem que se controlar também, ele tem que ser solidário, tem que cuidar bem das pessoas e não só nos momentos complicados, precisa elogiar, dar *feedbacks*, ser muito flexível.

Nosso principal desafio é como criar nessa liderança o sentimento de solidariedade? Como fazê-los sentir e levar esse sentimento para o resto da vida? É papel do pai, da mãe e dos avós. Não dá para ter estratégias se os líderes não pensarem assim. É impossível!

Concluo pedindo a todos que qualquer contribuição ao *São Luiz* é mais do que bem-vinda! Estamos implantando vários projetos e entendemos também que mudança é uma combinação de erros e acertos o tempo todo. A grande dificuldade é como você lida com eles, como os celebrar e como lidar com a frustração.

Gestão da imagem em processos de mudança

Luiz Tadeu Arraes Lopes

GVsaúde FGV-EAESP

O TEMA DESTA noite no *Debate GVSaúde* é a *Gestão de Imagem e Processo de Mudança*. Como professor de Marketing de Saúde na EAESP já há oito anos praticamente ininterruptos nessa disciplina e atuando também no setor há quase vinte anos, na área de benefícios e de auditoria médica passei a ter uma idéia e uma noção de como transplantar a teoria de imagens para a indústria da Saúde, que é uma coisa muito desafiadora.

É muito complexo gerir marcas em Saúde. Pode-se dizer que é muito mais complexo até do que em uma indústria de produtos de massa ou numa indústria de base porque isto requer uma *expertise* e um tipo de gestão realmente bem diferente do dia-a-dia de outras áreas.

Existem propagandas institucionais, no caso da área da Saúde, evidenciando que a *expertise* mais avançada em gestão de marcas vem dos laboratórios farmacêuticos. Na linha do tempo, considerando hospitais, clínicas e mesmo operadoras na área da Saúde, a aplicação da gestão de marcas é muito mais recente do que na indústria farmacêutica. Para esta, a colocação da gestão de marcas é muito parecida com a das indústrias de produtos de massa, por exemplo. E por que eles têm uma gestão mercadológica mais avançada? Porque a maior parte desses laboratórios já está há muito tempo em contato com o setor financeiro, com ações em bolsa, governança corporativa forte e, até certo ponto, têm entre os vários *stakeholders* da corporação, como um dos mais importantes, o investidor que tem as ações do laboratório.

No caso de propaganda da *Bristol-Meyers*, uma propaganda puramente institucional, funciona com os laboratórios apresentando uma característica bastante forte em pesquisa. O que se nota, provinda dos laboratórios, é uma visão e uma comunicação referente à missão da empresa, tanto que eles começam assim "a Bristol-Meyers Squibb, nossa missão é clara", então não se consegue ir muito além disso porque envolve uma série de questões éticas, de legislação e se permanece sempre com essa característica como pano de fundo.

Por que os hospitais passaram a ter que se preocupar com marcas? Há uma capa do *US News,* colocando uma tendência que no Brasil ainda não existe, mas vai existir devido à rapidez com que o mercado de Saúde brasileiro vem participando na indústria financeira. É possível notar que nos EUA, hoje, com muita freqüência se faz *ranking* de hospitais, *ranking* por especialidade etc. Na revista eles colocam 17 centros médicos com as especialidades, como câncer, oftalmologia, pediatria etc. A tendência que o mercado americano de Saúde colocou para os hospitais, como um desafio, é o que está vindo para o Brasil hoje. Lá cada vez mais o hospital tem que se apresentar com credenciais e uma marca construída para captar o consumidor final ou a operadora interessada no que ele tem para oferecer. Isto mostra uma diversidade tremenda de especialidades e umas construções de marcas geralmente trabalhadas em cima de uma gestão mesmo de propaganda.

No Brasil existem marcas hospitalares bem conhecidas, algumas na cidade de São Paulo bastante solidificadas. Ainda notamos uma certa ausência de um trabalho de marca e gestão de marca que gere valor agregado financeiro para a instituição. Hoje com a crise européia eu não sei como é que fica, mas o valor da marca Coca-Cola é estimado em 90 bilhões de dólares. No setor da Saúde pode causar estranheza esse raciocínio, mas de fato qualquer organização voltada à Saúde que pretenda ter um trabalho de comunicação com o seu público final, com o público interessado, tem que se importar com esse tipo de construção também perante o cenário que está sendo estabelecido hoje no País.

Na revista *Business Week*, no primeiro *ranking* de marcas que ela exibiu, o sucesso na avaliação foi tão grande que esse *ranking* existe até os dias de hoje. O que vem se notando, de acordo com os números mais recentes da publicação, é que os valores das marcas vêm subindo em valor de mercado crescentemente. O detalhe é, nas marcas que a *Business Week* apresenta, só constam da área da Saúde laboratórios farmacêuticos. Praticamente não há nenhuma, marca de organizações prestadoras de assistência de Saúde como hospitais, laboratórios clínicos ou clínicas. Uma vez foi feita uma rápida menção à a clínica *Mayo*. Isso se refere apenas ao mercado americano.

Gostaria de resumir rapidamente o desenrolar de marcas nesses últimos 20 ou 30 anos para que possamos ter uma noção do desafio que espera a área da Saúde. Em 1984, Richard Branson, que é hoje um bilionário, tinha lojas que vendiam LPs. Quando foi lançado o CD, ele notou que o negócio dele sofria um risco sério de ser fechado. Ele vendeu as lojas, e montou uma companhia aérea de nome *Virgin*, que era o mesmo nome da sua rede de varejo. Isso mostrou o seguinte, se você tem uma marca de qualidade, uma marca que tem uma tradução forte para o consumidor, você pode usá-la como uma ponte para outras unidades de negócio ou de serviços que você tem, transportando junto com essa marca bem estabelecida todo o valor de entendimento que o público e valor financeiro

também. Para o mercado isso foi uma surpresa, porque não se achava que uma determinada organização pudesse transferir o valor que ela criou para outro tipo de negócio, desvinculado. Por aqui se estabeleceu o seguinte, marca é algo importante que deveria ser trabalhado para possibilitar essa transposição.

O segundo caso foi o da *Coca-Cola,* quando ela sofreu uma concorrência de mercado muito grande da *Pepsi*. A *Coca* tentou mudar sua fórmula e acabou lançando a *New Coke*. O público consumidor exigiu a volta da *Coca-Cola* anterior e eles a relançaram como *Coca-Cola Classic*. A partir daqui podemos notar o poder que uma marca tem: o consumidor tomou a si a marca – ela já nem era mais da empresa – e exigiu a volta do produto a que ele estava acostumado. Notamos aí o seguinte: no momento em a sua marca se torna bem sucedida, até certo ponto por ironia, você deixa de ter a propriedade dela, o consumidor passa a adotá-la como sua. No texto da clínica *Mayo* mais ou menos é isso o que acontece com o hospital.

No Brasil em 1988, quando a *Kohlberg, Kravis & Roberts* compra a *RJR Nabisco*, apareceu a marca, principalmente dos produtos, porque a *RJR Nabisco* tinha, por exemplo, o biscoito *Oreo*, entre outras marcas fortes.Essa venda, na época, foi um recorde, atingiu 25 bilhões de dólares, mostrando que a empresa se beneficia da marca, não só na comunicação com o ambiente, com o público, mas também financeiramente, conseguindo um ativo traduzido em capacidade financeira.

Apesar de nosso debate ser sobre Saúde, é ilustrativo o caso tradicional do *Marlboro*, em que a empresa, em uma concorrência com produtores marginais, abaixou o preço do cigarro. A *Phillip Morris* abaixou o preço da marca *Marlboro.* E durante um longo tempo ela não conseguia mais recompor o preço do produto, porque o consumidor adotava o seguinte raciocínio: se você não tem um preço, um valor adequado para sua marca e está abaixando esse preço, então alguém está pagando a mais aqui, esse alguém sou eu. Ou seja, houve uma questão na mente do consumidor sobre a qualidade do que estava sendo oferecido, mostrando que quando você estabelece os preços do seu serviço, dos seus produtos para o consumidor, essa construção tem que ser baseada na qualidade por trás desse serviço ou desse produto. Se não, fica algo meio de fachada. A crença que o consumidor tem que ter em relação ao produto é parte de um composto do preço que você cobra por ele perante a qualidade que você oferece. Qualquer coisa que fuja a isso, para o bem ou para o mal, causa estranheza e falta de fidelidade por parte do consumidor.

E aqui recentemente é necessário considerar o impacto que a Internet teve sobre as marcas porque, atualmente, se constrói uma marca do nada utilizando essas ferramentas de comunicação virtual.

Outro detalhe – e essa é uma reflexão minha – é que venho notando como crescente o turismo médico. Hoje se fala muito a respeito, é um termo até pejorativo. De qualquer forma ele vem mostrando que em países como Estados Unidos, Alemanha, França, Inglaterra, o custo da medicina está muito alto e alguns países, devido à qualidade das suas organizações de Saúde, vêm aparecendo como uma opção a um custo mais baixo pra eles e, relativamente falando, um maior retorno para nós. E o Brasil é um desses países, junto a outros como Costa Rica, Israel e também países da Ásia. E quando se fala nisso, falamos em certificações, em acreditações, em mecanismos que transmitam para a marca da sua instituição, da sua organização de Saúde, os valores que são esperados lá, porque a operadora de lá é que fará o reembolso via acordos corporativos, que os funcionários das empresas que vêem (os expatriados), ou diretamente com o hospital daqui. Assim, o que está acontecendo é uma tendência muito forte de se ter esse conceito de marca, tendo que ser traduzido, não só no nosso mercado, mas também no exterior para que as opções fiquem claras pra quem decide lá. Esse processo de acreditações e certificações fazem parte, na área da Saúde, da construção de uma marca forte.

Hoje, se você está inserido em um determinado mercado, em uma determinada atuação, em um determinado serviço, não há como não trabalhar marcas. Qualquer que seja o setor, é preciso ter uma tradução muito transparente do que ela significa, uma consciência muito clara do que o consumidor entende sobre sua marca para que se possa fazer uma troca em uma relação de serviços plena de sentido para ambos os lados. Marcas dizem respeito a isso. Enquanto hoje se fala, nos mais variados setores sobre *Sandoz*, *Roche*, *Pfizer*, fala-se também de hospitais como *Oswaldo Cruz*, *Einstein*, *São Luiz*, *Villa-Lobos*, entre outros, fica claro que todas essas organizações estão dividindo espaço na mente do consumidor com relação a determinados atributos. Dependendo do público, isso é mais racional ou menos racional. Uma empresa indica ou coloca seus funcionários em uma determinada instituição baseada em informações que tem da operadora, por intermédio das secretárias de RH, ou do gestor de RH, ou do próprio público consumidor que tem referências boca a boca de outras pessoas.

Paulo Roberto de Queiroz Cretella

Hospital Villa-Lobos

A criação do Villa-Lobos

PROCESSOS DE mudanças e gestão da imagem são temas muito em voga e muito discutidos atualmente. O cuidado com a marca é um tema de grande atualidade. No nosso caso, vamos falar um pouco da *criação* de uma marca.

A marca deve ser constantemente lembrada. Por mais consolidada que seja, a marca nunca deverá ser descuidada e o investimento nela tem que ser constante.

Para se criar uma marca, levamos muito tempo; contudo, o tempo necessário para desfazê-la é muito menor.

No negócio Saúde o risco é muito grande. Estamos em um momento no Brasil em que a parte jurídica ainda não é tão eficaz como no Hemisfério Norte. Hoje, as pessoas pouco acionam judicialmente ou, se o fazem, o processo é muito moroso. Esse custo, que hoje não é computado no processo Saúde, fará parte do custo futuramente.

Falemos um pouco da história do grupo de que faço parte. Trata-se do Grupo *INAL*, cuja marca mais conhecida é *CEMA*, com trinta anos de existência.

Há cerca de dez anos, o *Grupo INAL* verificou a necessidade de expansão. Como detinha de 85 a 90% do atendimento de otorrinolaringologia e oftalmologia da região, imaginou que, para promover esse crescimento, haveria duas formas: multiplicar o *modelo*, fora desta zona da cidade, ou criar outro foco de Saúde na mesma região.

Optou-se, ousadamente, pela criação de outro foco em Saúde na mesma região, em função da carência de hospitais de alta complexidade na região. 40% dos clientes que necessitam de procedimentos de média e alta complexidade migram para a zona sul e oeste de São Paulo para efetuarem seus tratamentos.

Há cinco anos, quando fazíamos parte de outro grupo de hospital geral, fomos convidados por esse para participar de sua ampliação.

Quando fomos convidados, a intenção era crescer no setor de atividade que eles mais conheciam, ou próximo disso: Otorrinolaringologia, Oftalmologia, ou Cabeça e Pescoço.

Por termos participado anteriormente do planejamento e estudo de uma nova unidade de Saúde, também na zona leste, achamos que esta região seria a melhor oportunidade de negócio no momento, graças à carência de serviços ali, além da existência de um parque tecnológico desatualizado e parco, havendo uma grande migração de pacientes para as outras regiões da cidade.

Conhecendo um pouco esse perfil e esse planejamento da zona leste, propusemos a mudança de foco do negócio, ou seja, para um hospital de alta complexidade nessa região. Isso seria uma boa oportunidade na tentativa da captação dos 40% que migravam da zona leste para outras regiões.

O *Hospital CEMA*, como a maioria dos hospitais, tem seu início em um consultório, que se transforma em uma policlínica, que evolui para uma policlínica maior e, finalmente, se transforma em um hospital. O empreendimento como uma policlínica, fundada por um senhor que era o chefe da manutenção da *Souza Cruz*. Ele formou três filhos em Medicina, que se especializaram em Otorrinolaringologia e Oftalmologia. Utilizando o sobrenome da família, eles deram início a uma clínica, que recebeu o nome de *Centro Médico Aquino*. Por volta de 1980, eles mudam a razão social da empresa, passando a se chamar *Centro de Medicina Avançado – CEMA*, mantendo a sigla. Hoje o *CEMA* é referência nacional na área de Otorrinolaringologia e Oftalmologia. Ali são feitas 2 500 consultas por dia e aproximadamente mil cirurgias por mês. Na atualidade, não conheço nenhum lugar particular ou hospitais de convênio que possua esse volume de consulta. Tal volume só é comparável ao apresentado pelos centros públicos de atendimento em Saúde. O *CEMA* é uma marca consolidada, que necessita apenas de ser cuidada e nunca esquecida.

Em 1999, devido a uma necessidade regional, foi criada uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, para o atendimento nas áreas de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, além de formação de sua mão-de-obra. Foram oficializados os programas de Residência Médica perante as respectivas sociedades médicas e ao Ministério da Educação.

Havia a necessidade de crescer, mas com 90% do atendimento dessas especialidades na Zona Leste, isso seria praticamente impossível. Achamos que não tinha como, que só haveria a possibilidade de negócio diferente do então existente. Foi uma situação muito complicada, pois havia um natural receio diante do desconhecido. Na ocasião, havia o conhecimento total do ramo atual de negócios – no qual eram vencedores: *não vamos fazer o que não conhecemos*. Foi muito interessante essa mudança ocorrida com esses profissionais, hoje na faixa dos sessenta anos de idade.

Aí vieram as maiores dúvidas: ampliar o *CEMA*, que seria uma coisa muito difícil na região que eles estavam ou abrir novas unidades, em outras regiões, saindo da região em que eles eram senhores da situação? Existia uma dificuldade muito grande e talvez fosse um foco de negócio extremamente interessante porque a marca está consolidada. Se eles pusessem um *CEMA* no fim da Zona Sul, talvez desse certo. Mudar o perfil, era desconhecimento total, era um vôo cego pra eles. Conseguimos convencê-los a mudar o perfil e aproveitar a oportunidade de negócios existente na Zona Leste naquele momento.

Abrir novas unidades seria uma situação lógica, mas sentimos um receio muito grande do negócio, de que detinham o total conhecimento, poder dar errado fora da região em que era um sucesso absoluto.

A mudança do perfil do negócio foi o nosso maior trunfo, em relação aos acionistas.

Negócio novo exige um bom planejamento. Fizemos um grande estudo do mercado e sentimos que havia uma necessidade muito grande de um hospital na Zona Leste com o perfil que demos ao *Hospital Villa-Lobos*. É um hospital bonito, de alta tecnologia e conseguimos agregar alta técnica junto a essa tecnologia.

Qual era a carência da região? Qual era o problema maior? Quem pagaria essa conta?

Verificamos que as fontes pagadoras estavam necessitando de um hospital com essas características. Conseguimos fazer acordos comerciais muito bons. Hoje o hospital com dois anos de vida, está com seu projeto indo além das expectativas. Para saber se um projeto novo dá certo ou não, o período é de quatro anos. Estamos na metade desse tempo e já estamos vislumbrando o sucesso desse hospital.

Nosso projeto foi muito ousado, com marca nova, logomarca nova, tudo novo. Sem mão-de-obra prévia , indo buscar tudo no mercado, nos diferentes setores profissionais. Quando existe outra unidade e pode-se contar com mão de obra, rotinas e cultura pré-estabelecidas é mais fácil a abertura de uma filial, onde se migra com os profissionais da *base*, os melhores gestores das diferentes áreas e se montam as suas equipes. Não tínhamos isso, o *know-how* existente era do *CEMA*, especializado em Otorrinolaringologia e Oftalmologia e eu sou otorrinolaringologista. São especialidades de baixa complexidade, com número de eventos muito pequenos. Nosso pensamento foi: *não, nós vamos fazer um hospital de alta complexidade*.

Propusemos um hospital geral de alta complexidade em um prédio feito para hospital. Normalmente, o processo envolve a abertura de uma casa, aumenta, compra o vizinho, depois compra outra. A maioria dos hospitais de São Paulo não foi construída para serem hospitais, eles foram construídos como clínicas e depois viraram hospitais.

Começamos com a logomarca. O que vamos fazer da marca ou quem vai ser, que nome nós vamos dar? A Medicina é uma arte? É. Então, porque não colocar o nome de um artista? Para você atrair o seu cliente médico, para haver maior empatia com o médico-cliente, para sentir-se orgulhoso de estar fazendo Medicina. Começou por aí. Villa-Lobos é o nome de um parque lá na Zona Sul, ao lado do *Shopping Villa-Lobos*. Pusemos um Villa-Lobos na Moóca, começa por aí, a ousadia. Por que Villa-Lobos? *É porque a medicina é uma arte*, ainda com todos os processos comerciais que existem, as dificuldades em que se vê o turismo hospitalar, que é uma coisa que existe muito no Brasil de hoje. Aquela relação mais antiga do médico-paciente .

Um prédio moderno, novo e as cores foram sendo escolhidas. Foi tendo um estudo de marca, um estudo de *layout*, entre outras iniciativas. O nosso objetivo é que o *Villa-Lobos* um dia seja uma marca forte. Começamos forte, mas estamos em um negócio de grandes desafios. O risco em Saúde é constante, principalmente na prestação direta ao paciente. Sabemos disso e, por essa razão, temos que ter estruturas firmes com pessoas extremamente competentes.

Já temos algum resultado em pouco tempo de vida. A nossa UTI, no ano de 2008, que foi o primeiro ano de operação, já que o hospital abre no fim de novembro de 2007, e nossos índices começaram a aumentar. Hoje estamos com 80% da capacidade de operação do hospital, os resultados são muito bons.

O projeto foi feito com parceiros extremamente competentes que acreditaram e estão nos ajudando consolidar a marca. Não podemos nos esquecer de que é uma marca inexistente na área de Saúde, *Villa-Lobos*. Tivemos um perfil totalmente contrário daqueles que nós tínhamos no *CEMA*, o *know-how* não ajudou muito.

Estamos agregando parcerias com várias marcas. Hoje temos várias delas dentro do *Villa-Lobos* que são parceiros nossos e o *DASA* é um deles. Coincidentemente, viemos aqui, mas nos conhecemos de outros hospitais e conseguimos agregar grandes marcas para dentro do *Villa-Lobos*, acreditando no projeto.

A nossa maior ambição é criar uma marca de Saúde diferenciada no mercado de São Paulo. Mercado este que é leonino, muito competitivo e caro. Mas acredito que essa marca um dia vai ser muito forte.

Contratos Público-Privados

Ana Maria Malik

GVsaúde FGV-EAESP

COMO BOA política pública, hoje em dia, a contratualização tem por trás de si o discurso de visar ao bem comum. Uma das preocupações subjacentes a ela, como aparentemente a boa parte das políticas públicas, é a preocupação com o bom uso dos recursos. A contratualização, na verdade, pode ocorrer em relação a produtos e a processos. A cooperação na gestão entre setor público e setor privado, mais do que muitas outras, tem seus defensores, seus detratores seus aliados e seus adversários. Esta tem sido uma modalidade da qual as pessoas gostam ou não gostam, sem necessariamente se basear em dados objetivos, por mais que haja dados, pois se trata de atividade a respeito da qual dados não faltam. Uma das perguntas a fazer é se esta é um caminho para o SUS.

Aqueles que gostam do modelo afirmam que, apesar do aumento de custos ou de gastos, ele propicia aumento de produção e aprimoramento de sua qualidade. Não se consegue evidenciar que o incremento na sua produção seja proporcional ao aumento dos recursos que utiliza. Existe certamente interesse econômico por trás dessa parceria, mas cabe a questão de quem está interessado nela está interessado na vida pública, ou na vida privada. Também cabe investigar que outros interesses – e que outros interessados – existem com relação a esse assunto.

A crise do setor pode ser considerada como dependente do volume de recursos financeiros a ele alocados, ou de onde, como, quando, por que e por quem são realocados. A parceria público privada permitindo a entrada de novos recursos ou, idealmente, a sua gestão mais eficiente, deveria levar a maior eficácia. Em outras palavras, existe a dúvida quanto a se chega à população ou fica restrita a um debate. É possível que se esteja falando de um paradoxo, porque – a respeito de serviços de Saúde – tanto Eugênio Villaça Mendes quanto Michael Porter apresentam o mesmo diagnóstico. Provavelmente ambos chegaram a esse diagnóstico de maneiras diferentes e com intenções distintas, mas ambos dizem a mesma coisa: existe um modelo de atenção para as necessidades do século XXI, desenhado em 1950, para as necessidades de então. Os serviços do século XXI, com tecnologia assistencial do século XXI, têm um modelo de gestão do século XIX. Em resumo, não é simples lidar com esses fatos.

Onde a assistência é melhor, no setor público ou no privado? Mais uma vez entram no cenário o preconceito e a ideologia, pois serviço é serviço e operador é operador. Em muitos países - Estados Unidos, França, Portugal, Austrália, Brasil – há *rankings* a respeito da qualidade dos serviços, realizados por muitas organizações, com instrumentos de avaliação diferentes, que saem na imprensa. Alguns deles são latino-americanos, outros se baseiam na assistência, outros em opinião de especialista e outros, ainda, na opinião de médicos. Esses *rankings*, que se tornam públicos por meio da imprensa leiga, certamente não são neutros.

Como decidir onde a gestão é melhor, em que tipo de serviço e com que operador? E onde que modelo assistencial é melhor? Quem tem mais facilidade para buscar a integralidade da assistência em rede. Nesse início do século XXI, acredita-se que as redes sejam a melhor solução. Hoje em dia, tanto o setor público quanto o privado tentam trabalhar em rede. Não se pode confundir as coisas: existe o público-privado, existe o público e existe o privado. Cada um dos três tem sua própria característica.

Quando se fala em sistema, a grande premissa é que cada uma das suas partes tem o mesmo objetivo. Na área da Saúde esta premissa não tem se revelado acertada. No sistema, seja como for, tendo em vista que o modelo pressupõe processos, cabe mencionar a gestão por processos. Esta obriga a que, além da definição dos objetivos e da justificativa para sua definição, além da tentativa de atingi-los, seja necessária – mesmo que num segundo momento – a definição do "como" fazê-lo. Este assunto interessa ao governo, às organizações públicas, às privadas, aos reguladores, aos controladores públicos, aos controladores privados, às alianças público-privadas, à população, aos usuários, aos consumidores, aos cidadãos, aos eleitores, à academia?

Em 2009 já se tem experiência suficiente para analisar o conhecimento gerado e, eventualmente avaliá-lo e quem sabe disseminá-lo perante uma proposta de gestão do conhecimento. No Brasil, há experiências em diversos estados, cada vez, mais, em municípios, em consórcios intermunicipais. Mas essas parcerias podem ser classificadas como voltadas aos serviços ou aos sistemas?

O início deste processo no País foi em atividades hospitalares, mas mais de dez anos depois já se trabalha com OSS ou Oscips gerenciando redes de Atenção Básica. Pode-se considerar que há diferenças entre as duas possibilidades?

Em diversos serviços e sistemas de Saúde existem unidades de Responsabilidade Social ou equivalentes, que entre outras coisas vêm desenvolvendo *expertise* em contratualização. De fato, em muitas empresas, de todos os setores da economia, há relatórios de responsabilidade social que substituem os relatórios anuais. É necessário aproveitar a oportunidade de problematizar o tema, trazer o conhecimento factual para discussão e utilizar a experiência acumulada para refletir, de maneira não agressiva nem defensiva. Em geral, essas discussões se tornam embates. Cada um está defendendo o seu lado ou atacando o lado oposto, freqüentemente sem ouvir as idéias do interlocutor.

Mudança na gestão de contratos Público-Privados

Gonzalo Vecina Neto

Hospital Sírio-Libanês

ESTE TEXTO tem por objetivo fazer uma apresentação de um caso concreto bastante complexo que é o do *Hospital Menino Jesus*, que hoje é administrado pela OS *Instituto de Responsabilidade Social Sírio- Libanês*.

O *Hospital Menino Jesus* é um hospital de pequeno porte, que hoje está com 51 leitos, sendo 41 normais e dez de UTI. Dependendo do arranjo, poderá chegar a 80 leitos, no máximo. Possui hoje um centro cirúrgico com seis salas. E está localizado em um edifício bastante antigo, do final da década de 1930, que nunca sofreu nenhuma intervenção radical. Sempre foi passando por reformas cosméticas e, do ponto de vista físico, nunca sofreu um *retrofit* de maneira adequada. E isto trouxe muitas conseqüências para a operação do hospital: os canos de água se transformaram em exoesqueletos, têm cinqüenta ou sessenta anos de idade, tudo que era ferro se transformou em massa, ferrugem e por ali passava a água.

Ele sempre foi uma preocupação da Secretaria, mas há outra característica interessante. Ao mesmo tempo em que é um hospital muito antigo e fisicamente muito depauperado, como é um hospital central, que se encontra numa posição eqüidistante de três escolas médicas importantes da cidade, ele possui um corpo clínico de excelência. E, como está localizado em uma região central da cidade, conta com profissionais muito bons, embora também um pouco envelhecidos porque quem vai, não sai, exceto quando se aposenta ou morre. Mas, de qualquer forma, trata-se de um hospital com potencial interessante, um bom potencial, sempre foi um hospital visto com essa característica e que nunca definiu de maneira adequada o seu projeto de assistência dentro do projeto assistencial do município, por incompetência da gestão municipal.

Pode-se dizer que a incorporação da assistência hospitalar aos serviços prestados pelos municípios no Brasil foi realizada de forma errática. Seja pela escassez de recursos, seja pela falta de aptidão. Afinal, a legislação anterior ao SUS determinava que ao município cabia a organização da urgência. E a história do município de São Paulo não é diferente, embora tenha sofrido transformações, principalmente a partir do final da década de 1980, quando foram estruturadas ações voltadas para o atendimento de bolsões onde inexistia assistência na periferia da cidade. Assim, nesse momento, houve uma expansão da rede, fruto de um planejamento que foi realizado no final da década de 1970, o Plano Metropolitano de Saúde. Este era um projeto muito ambicioso que pretendia construir na grande São Paulo quarenta hospitais, dos quais foi construída uma parte – *Hospital José Storópoli*, *Hospital de Ermelino Matarazzo*, *Hospital Waldomiro de Paula*, e *Hospital do Campo Limpo*, para citar os de gestão municipal –, pensando em um atendimento àquela metrópole que, na década de 1960, foi alvo de um movimento migratório fantástico, que criou a zona leste e povoou a zona sul da cidade. Assim, o *Hospital Menino Jesus* faz parte desse caldo de cultura, que é a falta de capacidade do município de fazer um projeto assistencial para a cidade de São Paulo e que se defronta com esse intenso fluxo migratório na década de 1970. Lembro que a cidade de São Paulo foi a última capital brasileira a entrar em gestão plena. Isso foi em agosto de 2003. E praticamente não houve antes, e nem depois, um processo de planejamento articulado com o estado e ou com os municípios da região metropolitana.

E, até hoje, apesar da gestão plena, da municipalização, enfim, de tudo que aconteceu, o município ainda não gere grande parte da rede hospitalar que é estadual. A rede estadual tem uma gestão, a rede municipal tem outra gestão, a rede municipal contratada através do SUS tem uma gestão municipal também, só que boa parte dessa rede é gerenciada pela Secretaria Estadual de Saúde. E a integração das duas redes não aconteceu.

Desse modo, o *Hospital Menino Jesus* foi fazendo coisas que o seu corpo clínico, os seus profissionais, queria fazer ao longo da vida. Lógico que eles queriam salvar crianças, melhorar a vida das crianças, sempre foi assim. O *Hospital Menino Jesus* sempre foi um bom hospital. Mas, se sempre existiu uma tentativa de montar um projeto assistencial coerente no hospital, essa coerência não atravessou os muros do hospital.

No início do governo municipal de 2005, quando se tem que implantar dois hospitais que estavam sendo construídos, o *Hospital do M'boi* e o *Hospital Cidade Tiradentes*, resolveu-se utilizar a idéia das organizações sociais que haviam sido implantadas no estado pelo governador Mário Covas. Quando ele propôs a Lei em 1998 para implantar os novos hospitais estaduais – frutos também do plano metropolitano já mencionado –, essa norma sofreu um bombardeio pesado da oposição na Assembléia e foi desfigurada.

Quais foram as desfigurações mais importantes? Uma delas foi que se retiraram as unidades pré-existentes da possibilidade da gestão por organização social. Foi uma negociação que Covas fez com a oposição naquele momento. Participei ativamente dessa negociação do lado do Governo do Estado de São Paulo. Essa foi uma das coisas que foram trocadas, unidade pré-existente continua como está dentro da Administração Direta ou autárquica,

seja lá o que for, mas não pode ser transformada em Organização Social.

Outra exigência foi que essas organizações sociais que iriam assumir a gestão de hospitais tivessem um nível político de gestão, o Conselho Deliberativo, no qual a maioria dos membros não fazia parte da Organização Social. Lógico que isso até hoje não foi efetivado e nem nunca será feito. Há uma instituição X, que é dona do patrimônio Y e que vai passar a ser uma Organização Social, e aí ele tem uma diretoria onde 50% mais um dos componentes representam os outros, seja lá quem forem esses *outros*. Isso em honra ao controle social, da Lei 8 142, de 1990. Mas o fato é que para uma entidade privada assumir um hospital, ela estará – seu patrimônio e sua obra – correndo certo risco. Existe o risco do contrato não ser cumprido pela Administração Pública, pelo menos em tese. E se o contrato não for cumprido, como é que fica? Se houver uma descontinuidade, e existe a pergunta se isto é uma política de governo ou é uma política de estado. Há uma possibilidade de ser uma política de partido e aí quando muda o partido, muda tudo. Existem riscos sim. É óbvio que na Saúde, nós passamos desse tempo, a observação que faço hoje, vendo essa multiplicidade de experiências pelo Brasil afora, é de que nós passamos disso. Mas de qualquer forma foram duas transformações que ocorreram naquele momento com a Lei das OSS.

Entregar para a administração privada um próprio estatal em funcionamento tem um grande futuro

O prefeito José Serra envia um projeto de lei para a Câmara, onde tem maioria e aprova a nova lei onde se define que podem ser terceirizados hospitais pré-existentes e se corrige a questão do colegiado máximo.

Assim, os dois hospitais novos foram terceirizados, um através do Hospital Santa Marcelina, que tem uma tradição histórica em gestão de hospitais e serviços, uma fantástica folha corrida prestada para a cidade. E, do outro lado, o *Hospital Albert Einstein*, por meio do CEJAM – Centro de Estudos João Amorim, com quem faz um acordo, com o objetivo de resguardar o HIAE e passa a gerenciar o *Hospital M'boi Mirim*. E aí a prefeitura resolve fazer uma experiência com um hospital pré-existente e esse hospital é o *Menino Jesus* e escolhe como parceiro o *Hospital Sírio-Libanês*.

O *Hospital Sírio-Libanês* naquele momento tinha assumido por convênio três unidades assistenciais: a AMA, unidade de Assistência Médica Ambulatorial – voltada para o pronto atendimento – Peri-Peri, no Butantã, a AMA Piauí, na divisa de Osasco e a AME, unidade de Assistência Medica de Especialidades, Santa Cecília, que é uma unidade que tem sete especialidades dentro da unidade básica Santa Cecília no centro da cidade. Além das sete especialidades, conta com eletroencefalografia, eletrocardiografia, eletrocardiografia de esforço, raios-X e ultra-som. E uma farmácia de dispensação de drogas excepcionais. Essas unidades foram assumidas através da formalização de um convênio.

Foi complexo assumir a gestão do *Hospital Menino Jesus* porque isso tem que ser feito com os funcionários. Fizemos isso com muito cuidado. O funcionário, o servidor público, não tem motivo para ser maltratado nesse momento. Então, fomos ao *Hospital Menino Jesus*, fizemos reuniões com o sindicato, com os médicos, com todo mundo tentando, explicar que vamos fazer uma transição o mais tranqüila possível e o que nós queremos é melhorar o hospital. O fato era que o *Hospital Sírio-Libanês* já vinha realizando algumas intervenções no *Hospital Menino Jesus*.

O *Hospital Sírio-Libanês*, dentro das ações de sua filantropia tinha feito investimentos na planta física do hospital, da ordem de quinze milhões de reais, com a construção de uma nova torre pra permitir uma circulação melhor no edifício. Houve uma ampliação da área de circulação, uma melhoria da circulação vertical e reformamos o último andar, que é um pavimento do setor administrativo, que transformava os andares de baixo num pulmão para não se para o hospital enquanto se reforma andar por andar. Foi feito um plano-diretor, que já está na sua terceira revisão. Neste momento, foi reformado o pronto-socorro e o serviço de nutrição. Inverteu-se o hospital passando a porta de entrada do hospital da Rua dos Ingleses para a Rua dos Franceses por questões de acessibilidade. O prédio é tombado, tem escadas na entrada do hospital, não pode mexer nas escadas, então se passou o pronto-socorro para Rua dos Franceses. Também foi realizada com recursos do HSL a primeira fase da reforma do CC. A partir daí o contrato de gestão foi assinado e a prefeitura passa a assumir o financiamento das reformas.

A Sociedade de Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês decidiu, para assumir o hospital, criar uma nova instituição o Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês. Por quê? Pra separar as contas. Isso terá que ser discutido aqui, o que ganha um terceirizado do setor público do jeito que a terceirização das OSS ocorre? Então, resolvemos separar as contas de tal forma que haja transparência entre dinheiro que entra da prefeitura para movimentar essas quatro unidades assistenciais e o dinheiro do *Hospital Sírio-Libanês*.

Então tomando muito cuidado com as pessoas que tem o direito a fazer uma opção entre ficar e ou sair do hospital. No primeiro momento eu não poderia receber servidores, hoje a OS pode receber servidores, a prefeitura abriu essa possibilidade. Agrego a esse quadro, que o hospital passou pelo trauma da criação das autarquias. Era da Administração Direta e, a partir da criação das autarquias, passou a fazer parte da autarquia Centro em 2002. Então, lá tinha servidor público, funcionário celetista e agora, além desses dois, tem gente contratada pela organização social *Instituto de Responsabilidade Sírio-Libanês*. Mais ou menos 30% do quadro hoje são celetistas contratados pelo *Instituto de Responsabilidade Sírio-Libanês* e os outros são empregos públicos da autarquia ou servidores públicos da Secretaria Municipal da Saúde pré-autarquia.

Enquanto operador do *Hospital Sírio-Libanês* e como sanitarista, quero que dê certo. Então, estou tomando todo o cuidado possível para não errar e quando errar, ter condição de aprender com o erro e conseguir consertar. Estamos em contínuo contato com o Tribunal de Contas, buscando ver se os procedimentos estão corretos, para que antecipemos possibilidades de desarranjos. Agora, é uma construção em andamento, principalmente no que diz a questão de recursos humanos. A contratação tem que ser feita por um modelo de seleção que está estabelecido em regulamento, no qual tem que haver um banco de currículo que é a base do processo seletivo, mas há certa flexibilidade para composição desse banco currículos.

As compras devem respeitar um modelo de contrato muito parecido com o que é disposto na Lei 8 666, mas como o Tribunal de Contas aceita a utilização de sites de compra eletrônicos, usamos o mercado eletrônico que dá uma fantástica transparência pra qualquer compra. E as compras abaixo de oito mil reais são dispensadas desse procedimento e as compras acima precisam ser feitas por meio dele.

O hospital, nesses dois anos – em outubro de 2010 serão dois anos de

gestão pelo Sírio –, conseguiu algumas melhorias: a média de permanência caiu de 6,8 pra 5,9 dias. A taxa de ocupação subiu, mas ainda está em torno de 75, 8% ao mês. É verdade que a taxa de ocupação num hospital pediátrico é um pântano, onde cabe uma criança, cabem duas, então é muito difícil você levar isso a ferro e fogo, mas a gente faz o que pode.

O Centro Cirúrgico aumentou em média 25% seu movimento. Agora, ele está todo reformado, com seis salas muito bem preparadas. O Centro de Material Esterilizado também foi totalmente reformado e atualizado. O material é nacional, nada importado, mas são salas boas, adequadas pra realizar os procedimentos cirúrgicos. São procedimentos cirúrgicos de média para baixa complexidade, tem algumas cirurgias mais complexas, mas é aquela questão de definir qual o papel do hospital na rede. Tem uma boa área de hospital-dia, com área de recuperação para o *day-hospital* desses procedimentos cirúrgicos. Então houve um crescimento muito grande do movimento cirúrgico. No pronto-socorro a média de consultas até caiu nesse período em relação ao que tínhamos no período anterior, fruto provavelmente, do crescimento do movimento das AMAs pela cidade, mas tem em média 200 atendimentos/dia. O número de consultas no ambulatório subiu de 3 500 para 4 800 média/mês.

O hospital hoje, com esses 51 leitos, tem 517 funcionários. Parte desses funcionários está afastada, estão em processo de se transferir para outros órgãos da secretaria – em torno de 5 a 6% deles estão nesse processo. E temos que lembrar que a limpeza, nutrição, vigilância, lavanderia são serviços terceirizados. Ou seja, existe muito por fazer. O hospital melhorou principalmente porque há constância na oferta das condições de trabalho para os trabalhadores do hospital. Não faltam mais exames de laboratório, nem de raios-X; o aparelho não fica mais quebrado; o elevador tem contrato de manutenção; os medicamentos não faltam; a UTI tem todos os leitos monitorados. Essa foi uma das primeiras providências, todos os dez leitos de UTI têm o seu respirador, tem o seu desfibrilador, tem respirador para criança pequenininha, a tecnologia do hospital está estável. Isto fez muita diferença.

Tenho ido ao *Hospital Menino Jesus*, tenho sentido um clima cada vez melhor por parte das pessoas que estão trabalhando lá. É óbvio que falta a reforma da UTI que está para começar agora. E depois a reforma dos andares de internação. Então, começamos a discutir com a Secretaria, fizemos uma oficina de trabalho com a Secretaria pra discutir o que ela quer que o *Menino Jesus* seja para a rede. Assim, estamos construindo um projeto de assistência para o *Hospital Menino de Jesus* na rede de serviços de Saúde.

É uma experiência positiva. Entregar para a administração privada um próprio estatal em funcionamento tem um grande futuro. Nós vimos agora, há dois meses, o governo da Bahia assinar uma PPP com uma empresa privada. E na PPP não existe a pergunta qual é o objetivo. O objetivo é lucro. Quando eu faço uma parceria público-privada, estou remunerando o capital de um capitalista e isso foi feito, o hospital de 280 leitos na Bahia foi entregue pra gestão de um grupo de prestação de serviços em assistência médica privado.

Acredito que o desafio é a *accountability*, o desafio é a prestação de contas. Tanto do que faço com os recursos que são repassados pelo Estado quanto aos resultados que eu estou oferecendo para comunidade, eu acho que não há dúvida sobre isso.

Entendo a dificuldade que temos. A grande dificuldade para fazer PPP na área da Saúde é a definição de como fazer a transferência de recursos de maneira a garantir transparência. Quando eu faço uma estrada de rodagem é por veículos, quando eu faço uma hidrelétrica é por quilowatts gerados. E quando faço um hospital? Não tem. E onde se está procurando uma boa alternativa – vamos pagar por desempenho, por produto, pagar pelo quê? Ainda há uma discussão difícil em relação a isso.

E a outra questão é a questão da longevidade dos contratos. Estes duram um governo. No caso das PPPs, por lei, podem durar até 35 anos e aí independe de mudança de governo, se estabelece um instrumento perfeito, que é o contrato e isto dura até 35 anos. O da PPP da Bahia é de dez anos. O que vai acontecer daqui a dez anos? Que tipo de previsão existe no contrato, por exemplo, sobre os trabalhadores que estarão lá quando entrar uma nova empresa que ganhe a licitação daqui a 10 anos? Eles vão ser cedidos? Vai haver uma cláusula de cessão desses trabalhadores para que não ocorra rompimento de contrato? Vai ter que demitir todos? Essas são dúvidas que existem.

Penso que é importante enveredarmos pelo fato que temos uma gestão melhor e temos possibilidades de melhores resultados. É possível alcançar esses mesmos resultados na Administração Direta? É muito difícil, principalmente no que diz respeito à questão da gestão de pessoal. Eu acho muito difícil, mas é possível sempre com gasto imenso de energia.

A idéia de aprender fazendo é importante e temos que ter registro disso. Temos experiências de coisas inovadoras na gestão da área da Saúde que já são bastante antigas, mas contamos com escassos registros do que de fato aconteceu ao longo desse tempo e temos pequena capacidade de interpretar criticamente, por exemplo, o que é que é o Incor e qual é a conseqüência do que aconteceu com ele. E coisas mais complexas ainda sobre a qual nós temos muita ignorância como é o caso da *SPDM – Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina*, associada à UNIFESP, que é mais antiga do que a Fundação Zerbini. O exemplo do *Inca* e da *Fundação Ary Frauzino*. E as múltiplas experiências que estão acontecendo pelo Brasil afora no PSF, no SAMU e que estão passando absolutamente despercebidas. Cem por cento do PSF da cidade de São Paulo, que deve estar movimentando atualmente alguma coisa em torno de 350 milhões de reais por ano, é terceirizado via convênio, da forma mais frágil possível. Na verdade, nós, ou fazemos de conta que não sabemos, ou de fato não sabemos, ou vamos aprender e ver se existem outras maneiras de fazer a gestão. O grande desafio é sair da zona de conforto e parar de fazer mais do mesmo, com resultados pífios. A sociedade quer um estado que entregue – e esse tem que ser o compromisso – o da entrega, com transparência, controle e ética.

Arranjos contratuais no setor Saúde

Sheyla Maria Lemos Lima

Fundação Oswaldo Cruz

ESTE TEXTO traz um apanhado sobre o tema, baseado em alguns elementos da literatura, alguns resultados do estudo de campo que fiz em minha tese em relação ao uso de arranjos contratuais em hospitais e algumas experiências de contratos, quer com a atenção básica, quer com a hospitalar em secretarias de Saúde no País. Seguirei mais ou menos a seguinte linha de apresentação: definir o que são arranjos contratuais, o contexto em que eles surgem, qual é a referência teórica que está por trás, a razão de usar arranjos contratuais, qual a estrutura de um contrato e apresentar algumas experiências de contratos no setor de Saúde brasileiro. Esses arranjos vêm sendo usados no mundo inteiro, seja no desenvolvido, seja no mundo em desenvolvimento. Países da África usam contratos e nós aqui do Brasil usamos contratos em vários estados brasileiros e em municípios também.

Arranjo contratual é o estabelecimento de relações que podem ser mais ou menos formais – e, por essa razão não uso o termo contrato e sim arranjo –, mais ou menos voluntárias, obrigatórias ou não, entre partes mais ou menos independentes – podendo ocorrer no interior da administração pública da mesma esfera de governo ou entre esferas distintas, entre a administração pública e o setor privado – , as quais aceitam deveres e obrigações e esperam alcançar benefícios a partir dessa relação. Como exemplos de relação contratual entre administração pública e setor privado estão as Organizações Sociais/OS em São Paulo gerenciando hospitais da Secretaria Estadual de Saúde, as OS no Rio de Janeiro, gerenciando as TEIAS, que são os territórios integrados de ações de Saúde da SMS do RJ.

Quando a relação contratual é formal, isso se materializa no contrato, que é como um contrato de aluguel, por exemplo, um documento que especifica e quantifica as atividades e os resultados que são esperados segundo padrões de qualidade, e define o financiamento para realização daquelas atividades, para um determinado período de tempo.

Contratualização foi um termo cunhado pelo Ministério da Saúde, na política de contratualização. Mas também há outros termos utilizados na literatura e nas experiências brasileiras: contratualismo, contrato de gestão, contrato de metas, contrato de desempenho, acordo de desempenho, termo de compromisso, que, no fundo, significam a mesma coisa, uma relação bilateral de compromisso e de obrigações.

Quando e por que surge a idéia de usar contratos na administração pública? Na administração privada sempre se usou contratos. Essa idéia surge entre 1970 e 1980, no bojo das reformas de Estado e da administração pública. Várias críticas se colocavam à administração pública, dentre elas: o baixo desempenho; a falta de foco nos seus resultados em termos de qualidade, eficiência e efetividade; e a insuficiente *accountability*, que traduzo aqui como prestação de contas. A tradução dessa palavra é muito mais complicada do que simplesmente prestação de contas; Ana Maria Campos tem um artigo que trata disso, dizendo que é impossível traduzir *accountability* para o português.

No setor Saúde a introdução dos arranjos contratuais acontece um pouco mais tarde, em 1990, também pelas mesmas razões. A principal crítica colocada era o baixo desempenho e a insuficiente prestação de contas. É óbvio que havia e há outros problemas nos sistemas e nos serviços de Saúde, mas o baixo desempenho e a insuficiente prestação de contas justificaram a utilização dos contratos. A suposição subjacente era de que o melhor desempenho do sistema de serviços, em parte, dependeria do incremento da prestação de contas e do uso de incentivos propiciados pelos arranjos contratuais.

Qual é a referência teórica que está por trás disso? Ela vem de uma teoria econômica denominada *neoinstitucionalismo econômico*. Algumas correntes advogam o uso de contratos, mas usarei como referência a *Teoria Titular* ou *Principal-Agente* também denominada *Teoria da Agência*. Essa teoria parte da pressuposição de que as relações sociais são consideradas como relações titular e agente, nas quais o titular precisa do agente para alcançar seus resultados. Apresentarei um exemplo doméstico. Decidi trocar a minha *Net digital* pela *Net HD* e fiz esta demanda à *NET* empresa. O primeiro operador que me atendeu disse: " *a senhora tem que trocar toda a fiação; não dá pra fazer com a fiação que está aí"*. Não confiei na orientação e fiz uma segunda solicitação. O segundo operador disse a mesma coisa, "*a senhora tem que trocar toda a fiação porque, do jeito que está, não vai poder instalar; posso fazer por fora, a senhora me paga 130 reais, que eu faço essa instalação"*. Pedi então ao meu porteiro para prender o condutor no rodapé por onde passaria a nova fiação da *NET*. Se tiver que pagar por fora, prefiro pagar para meu porteiro. Feito o serviço, fiz a terceira solicitação à empresa e veio um terceiro operador que disse: "*quem mandou a senhora botar isso aqui por fora? Eu posso instalar a NET HD perfeitamente com a fiação que está aí"*. E a *NET HD* foi instalada com a fiação antiga e original. E ficou o negócio lá por fora no rodapé, sem nenhuma utilidade e que me fez ter uma despesa desnecessária. Liguei para a *NET* e fiz o registro do que

tinha acontecido. Mas o que aconteceu nesse momento comigo? E o que acontece na maior parte das relações que a gente estabelece? Médico-paciente, diretor de hospital e equipes? Há uma assimetria de informação. O operador da *NET* detinha uma informação/conhecimento e eu não; em função disso, fiquei em desvantagem nessa transação. E atentem que busquei uma segunda e uma terceira informação, mas, mesmo assim, continuei em desvantagem nessa relação. O titular, no caso, era eu e o agente, o operador da *NET*. Precisava dele para alcançar meus resultados. O grande problema do titular é exatamente esse: conseguir que o agente realize o que ele precisa, considerando a existência de assimetria de informação - cada um tem uma informação que o outro não detém - e a possibilidade de ocorrência de comportamentos oportunistas, ou seja, o agente utilizar a seu favor a assimetria de informação existente.

Para essa teoria, o oportunismo está dado, é uma tendência do comportamento humano; o homem busca satisfazer seu próprio interesse com dolo, ou seja consciente que sua ação pode prejudicar a outra parte do contrato (faz com intenção de prejudicar) , o que não significa necessariamente uma quebra de contrato. Assim, essa teoria tem como base esses dois grandes pressupostos: as relações sociais se dão em contextos de assimetria de informação – problema praticamente insolúvel, sempre haverá nas relações alguma assimetria de informação – e que estas relações estão sujeitas à propensão de comportamentos oportunistas.

Em função disso, os teóricos propõem o contrato como um arranjo institucional que constrangeria tanto o comportamento oportunista, como diminuiria a assimetria de informação. Para esses autores, o desempenho de uma organização e da administração pública é decorrente do desenho institucional. E o que é o desenho institucional? É um conjunto de regras, mecanismos e práticas de monitoramento e de prestação de contas, de constrangimentos informais para assegurar o cumprimento daquelas regras, e de uma estrutura de incentivos que induza à produção dos resultados desejados e racionais do ponto de vista coletivo.

O que é o contrato? Se alguém tem um contrato de aluguel é bem parecido. Partes contratantes, objeto e condições gerais. Mas o que importa mais? Há três elementos que são fundamentais na relação contratual: o plano operativo, as ações, as metas e os indicadores, quer dizer, o que se pretende fazer, e o respectivo orçamento, os recursos que são necessários para execução daquele plano; os mecanismos que serão utilizados para monitorar aquilo que estou contratando – o plano de atividades; e a estrutura de incentivos que induza a que todos tenham o interesse de alcançar aquele plano, aquelas ações, aquelas metas e aqueles indicadores. Aqui reside o tripé de sustentação de um contrato.

Temos arranjos contratuais no âmbito nacional, como a política de contratualização, do Ministério da Saúde, com os hospitais de ensino, filantrópicos e de pequeno porte. Não inclui todos os hospitais de ensino, todos os hospitais filantrópicos e nem todos os de pequeno porte.

No Rio de Janeiro a lógica contratual vem sendo estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde e as OS para gerenciar a atenção básica. Sergipe também estabelece contratos para gerenciar hospitais e a atenção básica. A Secretaria de Estado de Minas Gerais, a Secretaria de Estado de São Paulo e a Secretaria Municipal de Curitiba, talvez sejam as experiências mais estruturadas sobre o uso de arranjos contratuais, tanto na atenção básica, quanto na atenção hospitalar. No caso das OS em São Paulo, além de contratatualizar a atenção hospitalar, também contratualiza centros de referência, farmácias e laboratórios de análises clínicas.

São chamados de *Termo de Compromisso* os contratos que a SES/MG assina com as secretarias de Saúde dos municípios do Estado, os quais recebem um bônus de desempenho, um incentivo, em função do cumprimento de metas e de indicadores estabelecidos no termo de compromisso. A SES MG também estabelece contratos de gestão com as equipes da Saúde da família as quais têm metas e indicadores que, se cumpridas, receberão incentivos. As metas são referentes à cobertura populacional, exames pré-natais, enfim, é possível estabelecer metas e ações de diferentes naturezas, não existem metas padrões, não existem ações padrões, é preciso considerar o desenvolvimento organizacional e a necessidade de atenção daquela área e daquele setor.

O PROHOSP da SES de Minas Gerais, instituído em 2003 anteriormente, à política de contratualização do Ministério da Saúde, incorpora no Programa mediante o estabelecimento de contratos, hospitais públicos ou filantrópicos com mais de 100 leitos e que são hospitais-pólo em regiões de Saúde. O contrato nesse caso está funcionando como uma ferramenta que permite a execução do planejamento regional. Aqui reside outra potencial utilização da ferramenta contratual, qual seja a de vincular o planejamento de Saúde com a sua operacionalização pelas unidades de Saúde. Está servindo de ferramenta para aquela região de Saúde assegurar a implementação de seu plano. Não são todos os hospitais que entram no Programa; entram aqueles hospitais que a Secretaria acha que deva entrar, pelo seu perfil, pelo seu desempenho. E esses hospitais têm um aporte de recursos diferenciado, o incentivo, e se comprometem com metas de qualidade. Hoje existem 128 hospitais contemplados no PROHOSP. O contrato define, inclusive, como os recursos devem ser alocados, 40% na qualidade da atenção, 10% na gestão e 50% livre de veiculação. E sempre existem exigências que são colocadas. Além disso, em Minas Gerais há vários hospitais que não estão no programa, mas que estão na política de contratualização do Ministério da Saúde, seja porque são de ensino, seja porque são filantrópicos, ou porque são hospitais de pequeno porte.

Em São Paulo, há contratos entre administração pública – SES – e o setor privado. Este ente privado é a Organização Social, qualificada como tal pelo governo estadual, com o objetivo de gerenciar equipamentos públicos, equipamentos estatais públicos da Secretaria do Estado de Saúde. Começaram gerenciando hospitais, mas hoje gerenciam uma rede de serviços mais ampliada.

Em todas essas experiências de arranjos contratuais, as secretarias constituem uma comissão de avaliação de acompanhamento de contrato, que, no tripé já mencionado, representa parte do sistema de monitoramento, necessário para se saber se o que foi definido está ou não acontecendo e, se não está, redefinir ou implementar ações de correção. Às vezes defino metas ou indicadores que são inadequados e é preciso rever isso. Às vezes estimo um recurso que está inadequado, insuficiente e é preciso rever isso. Mas, para que se faça isso, é necessário ter um sistema de monitoramento e de avaliação.

No contrato estabelecido entre a OS e a SES SP, há plano de atividades e o total de recursos necessários a sua execução; 90% destes recursos são repassados em doze parcelas mensais fixas e 10% em quatro parcelas trimestrais variáveis, de acordo com o alcance ou não das metas de qualidade, mais um exemplo de sistema de incentivo.

A SMS de Curitiba tem também na atenção básica contratos de gestão que eles chamam de termos de compromisso, desde 2003, com mecanismos de monitoramento e avaliação e incentivos financeiros em função do cumprimento de metas e indicadores. E na atenção hospitalar tem a política de contratualização do Ministério da Saúde.

Enfoquemos agora a política de contratualização do Ministério da Saúde que contempla os hospitais de ensino. Em janeiro de 2009, havia 131 hospitais de ensino contratualizados por Secretarias Estaduais de Saúde e/ou Secretarias Municipais de Saúde, na dependência de ser gestora da rede. A política de contratualização do Ministério da Saúde contempla também os hospitais filantrópicos, que em janeiro de 2009 tinha 633 hospitais filantrópicos contratualizados. Além disso, há a contratualização dos hospitais de pequeno porte, com um máximo de trinta e mínimo de cinco leitos, que incorpora

hospitais públicos ou privados, de municípios de até trinta mil habitantes, que possuam cobertura de pelo menos 60% da população pela equipe de Saúde da Família.

A contratualização dos hospitais de ensino foi o objeto da minha tese. O Ministério da Saúde junto com o MEC, em 2004, elaborou um programa de reestruturação dos hospitais de ensino. Na verdade são dois programas, um que contempla os hospitais vinculados às instituições federais de ensino e outro que contempla os demais hospitais de ensino de natureza pública ou privada .

Os objetivos do programa são qualificar a gestão, a assistência, redefinir o perfil e a inserção do hospital na rede do SUS, redefinir seu papel na educação permanente e na formação de profissionais para o SUS, redefinir seu papel na pesquisa e na avaliação tecnológica em Saúde, tendo em vista o SUS. Essa era uma grande queixa, os hospitais de ensino não estavam inseridos adequadamente no SUS. Quais as grandes inovações dessa política? Primeiro, instituiu e tornou obrigatória a certificação, ou seja, instituiu critérios claros e precisos para que um hospital fosse considerado de ensino, o que até então não existia. Há uma portaria com aproximadamente 17 de requisitos definindo as condições para que um hospital seja de ensino e o processo pelo qual é certificado. O hospital solicita ao MS ser de ensino e uma comissão visita o hospital e certifica aquele hospital como sendo de ensino. Isso induz à qualificação desses hospitais, possibilitando um processo de aprendizagem entre certificadores e hospital. O hospital pode hoje não ser certificado, mas ele entra em processo de certificação tendo que cumprir as exigências da certificação; o hospital busca assim cumpri-las para que, em uma nova visita, venha a ser certificado. A certificação é um pré-requisito pra contratualização, que também passa a ser obrigatória, para que o hospital de ensino ingresse no Programa de Reestruturação. O hospital de ensino será, então, contratualizado por solicitação do gestor pleno da rede que pode ser a SMS ou a SES.

Outra inovação importante que o programa criou foi uma estrutura de incentivo para esses hospitais. Primeiro, eles recebem um incentivo à contratualização; ao ingressarem no programa, ganham um recurso adicional. Além disso, a orçamentação mudou: antes, eles recebiam por procedimento, por produção. A partir de então, continuam recebendo por procedimento, a alta complexidade, mas, a média complexidade, passa a ser orçada antecipadamente com base em uma estimativa, que considera a produção histórica da média complexidade ajustada às necessidades da secretaria contratante. Isso, para hospital, é uma vantagem porque ele passa a conhecer previamente parte do recurso com que vai poder contar no ano. Se o orçamento for mal estimado, será preciso repactuar, renegociar com o gestor, por meio de Termo Aditivo. O repasse desse valor estimado passa a ser feito da seguinte maneira: 85 a 90% são repassados através de parcelas mensais – 1/12 – independente de qualquer condição e o restante, segundo o cumprimento de metas, seguindo, portanto, o desempenho.

Este processo induz à parceria e à negociação entre a secretaria e o hospital de ensino e valoriza tanto o planejamento da Secretaria quanto do hospital porque a Secretaria, para elaborar junto com o hospital o POA, precisa saber o que precisa daquele hospital. Além disso, gera novos mecanismos e práticas de práticas de prestação de contas e/ou reforça alguns já existentes, porque dentre outras práticas, é obrigatória a constituição de uma comissão de acompanhamento composta por representantes do hospital, da Secretaria, representantes do Conselho Municipal ou Estadual de Saúde, representantes de docentes. Incentiva ainda maior transparência e incrementa a prestação de contas.

Para finalizar, apresento alguns resultados da minha tese, cujo objetivo principal foi identificar as possibilidades e os limites da contratualização: melhorar o desempenho, incrementar a prestação de contas, aprimorar a gestão, a assistência e inserir os hospitais de ensino na rede do SUS.

Trabalhei com quatro casos, cada um composto pelo hospital de ensino contratado e a secretaria contratante. Utilizei dados dos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde e apliquei um questionário semi-estruturado com os dirigentes de secretaria e de hospital, onze dirigentes ao todo. O que observei considerando os objetivos específicos? Entre 2004 e 2007, considerando os dados do SIA e SIH, houve um incremento de procedimentos de média complexidade ambulatoriais e de procedimentos estratégicos ambulatoriais e um discreto aumento de procedimentos de média complexidade na internação. O incremento da média e alta complexidade era uma das diretrizes do Programa de Reestruturação, porque isso é um estrangulamento do SUS. Houve uma redução dos procedimentos de atenção básica porque esses hospitais faziam e ainda fazem atenção básica e não é pra eles fazerem, porque quem tem que fazer o atendimento nesse nível é a Atenção Básica. Houve uma discreta melhora nos indicadores hospitalares, tempo médio de permanência e taxa de mortalidade hospitalar.

Na percepção dos dirigentes, não houve associação entre a contratualização e a disponibilização de procedimentos para a rede e a implantação das modalidades assistenciais preconizadas pelo Programa, como hospital-dia, o atendimento domiciliar e a cirurgia ambulatorial. Os hospitais que tinham essas modalidades, já as possuíam antes da contratualização e não implantaram essas modalidades por causa dela. Houve uma associação entre alteração de perfil de complexidade do hospital e de produção de procedimentos e a contratualização. Considerando a qualificação assistencial, de 35 variáveis qualificadoras da assistência os hospitais apresentavam mais de 70% delas, e considerando a qualificação gerencial, das 14 variáveis consideradas, dois hospitais tinham mais de 80% e os outros dois menos de 60%.

Para quase todas as variáveis assistenciais consideradas não houve nenhuma associação entre elas e a contratualização, à exceção da comissão de óbito e das ações do HumanizaSUS; e, para quase todas as variáveis gerenciais consideradas não houve nenhuma associação entre elas e a contratualização, à exceção do preenchimento de sistemas oficiais de informação do Ministério da Saúde.

Na verdade, a contratualização não promoveu a qualificação assistencial, nem a gerencial e/ou as variáveis que foram colocadas no contrato no plano não foram tão exigentes, não induzindo, portanto, à melhoria. A contratualização reforçou práticas e estruturas qualificadoras da atenção e da gestão já existentes.

Foi caracterizado também o quanto o processo de contratualização estava estruturado, levando em conta as variáveis: se a secretaria tinha plano, se tinha comissão de acompanhamento de contrato, se a comissão se reunia para avaliar e elaborava relatório, se existia contratos internos dentro do hospital, etc. Foi observado que a contratualização é mais bem estruturada entre o HE1/SMS1 e HE2/SES2 e pior estruturada nos outros dois casos.

Apesar de ter havido diminuição dos procedimentos de atenção básica e incremento dos de média complexidade ambulatorial, não foi possível estabelecer uma relação segura entre a contratualização e o aumento da produção. Por quê? Porque no caso do HE1, que tem a contratualização melhor estruturada, ele foi o que teve o menor aumento de produção. O HE2, que também tem uma contratualização bem estruturada com a secretaria, foi o que teve o maior aumento. Agora, o HE3 e o HE4 que têm processos de contratualização precariamente estruturados, também tiveram aumento de produção. Assim, não foi possível fazer uma relação segura entre ao contratualização e aumento de produção. Mesmo assim, parece ser na alteração de produção que a contratualização promoveu mais mudanças.

Há uma frágil associação entre práticas e estruturas qualificadoras da assistência e da gestão e da contratualização. Hospitais mais complexos são mais estruturados assistencial e gerencialmente e são também os que têm

processos de contratualização mais estruturados, mas não é possível afirmar que a contratualização mais estruturada levou a uma maior estruturação gerencial ou assistencial do hospital.

Quais os aspectos que facilitaram a contratualização segundo os entrevistados? Se o hospital ou a secretaria já tinha uma estruturação gerencial, se havia continuidade administrativa, se já havia uma integração pré-existente do hospital na rede, e se as equipes dos hospitais participaram desse processo desde o início.

Quais foram as principais dificuldades identificadas? A pouca capacitação gerencial tanto da secretaria como do hospital para lidar com a lógica contratual. Isso é um nó crítico. Quanto mais desestruturados forem a secretaria e o hospital, mais custoso do ponto de vista financeiro será implementar a contratualização. E quem está implantando a lógica contratual precisa saber disso. Porque será necessário implantar sistemas operacionais e sistemas de informação que não existem, o que implica em gastos adicionais. A estimativa inadequada e insuficiente do financiamento do contrato também é uma dificuldade importante. Outra dificuldade é a inadequação da estrutura de incentivos para o hospital e a sua inexistência para as equipes; mais um obstáculo é a não adesão dos hospitais. A literatura internacional concorda que as dificuldades identificadas pelos entrevistados sejam as principais dificuldades nas experiências contratuais já analisadas. A baixa autonomia gerencial dos prestadores não foi identificada como uma dificuldade, até porque os hospitais de ensino já têm alguma autonomia gerencial.

Os benefícios percebidos foram: melhor inserção do hospital na rede, incremento da regulação pela secretaria, melhoria da gestão dos hospitais, mudança da lógica do financiamento e incremento da produção da média complexidade.

Por fim, os entrevistados propuseram ajustes à contratualização. Os ajustes propostos são coincidentes com o que a literatura apresenta como recomendações para aumentarem as chances de sucesso da contratualização. Primeiramente, o desenvolvimento contínuo da capacidade gerencial e da estruturação organizacional, tanto da secretaria quanto do hospital. Não é somente investir na capacitação de gestores e dirigentes, mas investir na melhoria da organização como um todo, assegurando sistemas operacionais e informatizados, equipamentos em funcionamento, etc e tudo isso tem um custo.

Rever a metodologia de estimativa de financiamento, pois a metodologia utilizada não foi adequada. Mesmo sendo prevista a possibilidade de ajustes no orçamento, a realização de ajustes de recursos através de Termo Aditivo aconteceu em poucas secretarias. Então tem que ter uma forma de estimar o recurso do contrato melhor, tem que mudar.

Aprimorar as práticas e os mecanismos de prestação de contas. É preciso ter metas e indicadores mais ousados, para quem está mais bem estruturado; e menos ousados, para quem está mais mal estruturado; e isso não está acontecendo. Também tem que trabalhar com uma relação de indicadores menor, porque muita informação não informa. É como em uma vitrine que se vê um monte de coisas e não se distingue nada; em uma vitrine que tem poucas coisas é mais fácil ver. Essas metas e indicadores podem e dever ser modificados na medida em que deixem de representar pontos problemáticos e que novos problemas surjam.

Revisão e ampliação dos sistemas de incentivo. Há incentivo para o hospital, mas não tem incentivo para a equipe, e não tem incentivo para a secretaria.

Ampliação da participação e da pactuação com os profissionais. Eles são fundamentais nesse processo porque são os agentes que fazem a prestação de serviço, não é o diretor e nem é o secretário, é a equipe. Assim, se esses profissionais não estiverem aderidos, se não participarem do processo e se não tiverem incentivos, dificilmente serão alcançados os resultados, porque são eles que fazem as ações. O estabelecimento, monitoramento e avaliação de metas e indicadores implicam no constrangimento da autonomia do profissional, não tem jeito, na autonomia médica especialmente. E isso implica em perda de poder desse profissional. É inevitável, não adianta negar. Se há um processo de participação, de pactuação das metas e indicadores com os profissionais, pode ser que isso contribua para sua adesão aos compromissos. Se há incentivos, isso pode também facilitar a aceitação da perda de autonomia e de poder.

A SMS de Curitiba tem também na atenção básica contratos de gestão

Disseminar contratos internos e externos, entre Ministério da Saúde e secretarias, SES e SMS, secretaria e demais unidades da rede de serviço, direção do hospital e equipes.

Incrementar a articulação entre planejamento regional e a contratualização.

Revisar o POA, incorporando outras dimensões do desempenho que hoje não estão contempladas, por exemplo, a dimensão econômico-financeira. Esses hospitais têm que estar equilibrados financeiramente e têm que dar maior foco na qualidade da atenção.

Reestruturar os sistemas de informação. Há vários sistemas de informação, mas eles não dão conta de responder às necessidades dos contratos, então é necessário rever isso.

A contratualização tem que ser um processo de aprendizagem contínua, por meio do acompanhando de experiências, possibilitando a troca das experiências, além da capacitação já referida.

A contratualização, tem que ser uma política de Estado e não só de governo. Hoje ela é uma política de governo, está numa portaria. Se amanhã ou depois muda o governo e o governo acha que aquela portaria não vale mais, muda. Tem que ser como o SUS, o SUS não é uma política de governo, é uma política de Estado. Então, a contratualização tem que ser uma política de Estado articulada à política de Saúde.

Devemos ter claro que mudanças nas organizações, não acontecem de uma hora para outra porque implicam em mudar as práticas de trabalho, o jeito de se fazer o trabalho. E isso implica em mudar a cabeça das pessoas, o jeito como elas pensam, a cultura que prevalece dentro da organização e isso demora.

O uso dos arranjos contratuais é um processo evolutivo em todos os países, há uma fase de aprendizagem, e estamos nessa fase, antes do contrato se constituir em efetivo instrumento de regulação, coordenação e gesta. É preciso ter claro que é um processo complexo. O conhecimento sobre os riscos e os benefícios ainda está sendo acumulado, mas não é conclusivo. O contrato não é um fim em si mesmo e nem a solução pra todos os problemas dos sistemas e serviços de Saúde. Pode propiciar maior controle sobre a gestão pública, diminuir erros, ajustar rumos, propiciar a aprendizagem contínua, mas é preciso considerar que a melhoria sustentável de sistemas e serviços requer o enfrentamento de vários problemas a partir de uma abordagem sistêmica. Não adianta pensar o contrato sem pensar a questão de financiamento, por exemplo. E não me refiro apenas ao financiamento de contrato, mas ao financiamento do setor Saúde mesmo, portanto depende de outros segmentos do Estado e da sociedade.

Debates GVsaúde
Dez edições

Os nossos números

Um apanhado do trabalho realizado nas dez edições dos cinco anos da revista.

10 edições eventos

5 anos

93 autores

121 apresentações

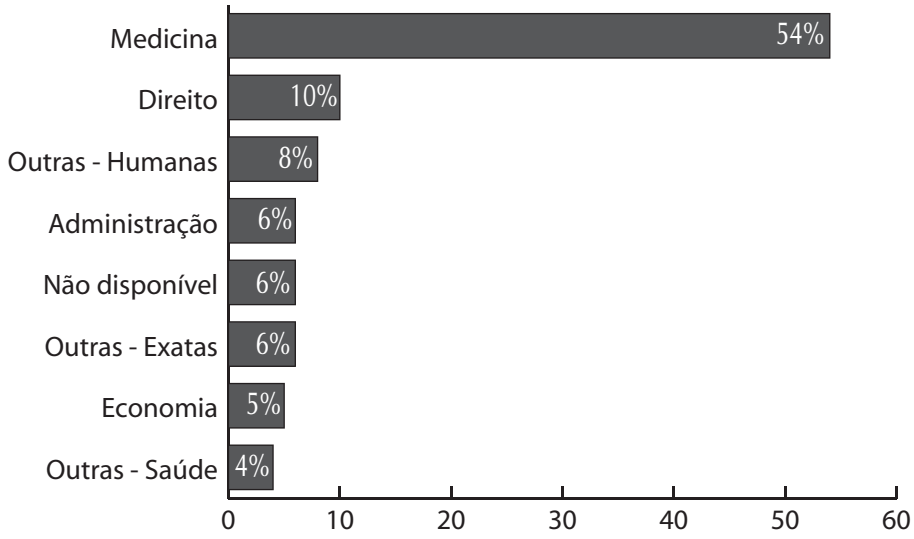
65 textos publicados

122 páginas

352 organizações envolvidas

A edição Debates GVsaúde que teve a equipe de autores mais heterogênea foi a de número 5: Administração, Comunicação social, Direito, Economia, Engenharia, Filosofia, Letras e Medicina.
A mais homogênea foi a de número 7, em que 12 dos 13 textos foram de médicos.

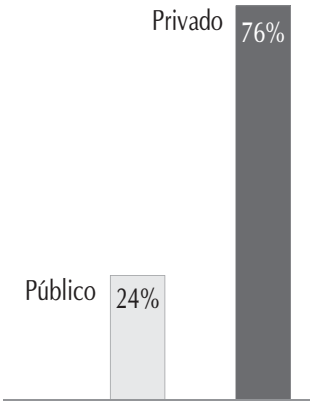
Formação dos autores

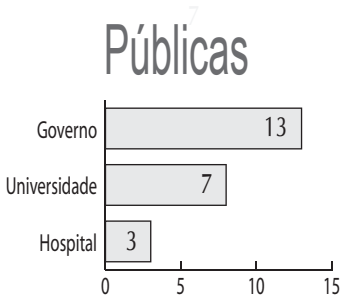


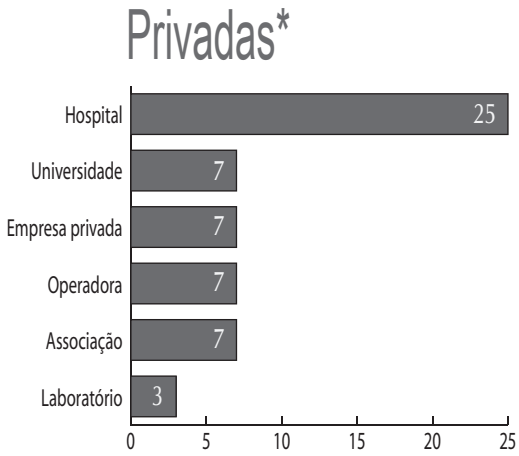
Mais da metade dos autores tem graduação em Medicina. Em seguida, vêm advogados, administradores e economistas. Outras profissões da área de Humanas correspondem a 8% dos autores: são profissionais de Arquitetura, Comunicação, Letras e Sociologia. As de Exatas vêm da Matemática e da Engenharia. Na área de Saúde, os autores são enfermeiros e farmacêuticos e psicólogos.

Setores de origem de nossos debatedores

O setores Público e Privado estiveram representados em nossos debates. Na área pública, profissionais de Governo foram a maioria; no campo privado, predominaram representantes de organizações hsopitalares.

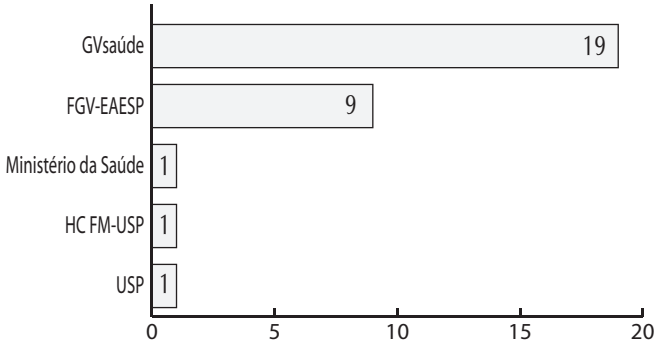




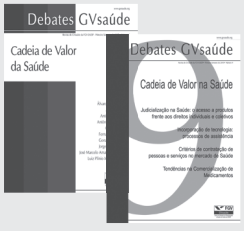


* Inclui as Organizações Sociais e Parcerias Público-Privadas

Moderadores



A maioria de nossos moderadores faz parte do GVsaúde, mas temos também representantes de outras organizações.



Alguns temas já estiveram presentes em mais de uma edição: Cadeia de Valor; Gestão da Mudança; Gestão Pública e Tendências na assistência à Saúde.

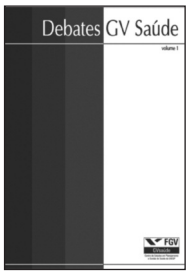
Nosso primeiro evento foi realizado no segundo semestre de 2005. O número 1 da revista, lançado no primeiro semestre de 2006, trouxe 17 textos, de autores diferentes. Esta edição discutiu diferentes alternativas da gestão pública.

Temas em debate

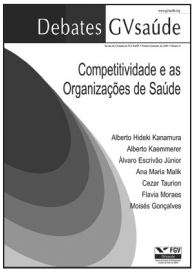
Tema	Edições
Cadeia de Valor	2
Gestão da Mudança	2
Gestão Pública	2
Tendências na assistência à Saúde	2
Competitividade	1
Comunicação	1

Debates GVsaúde

Nossas dez edições



Alternativas de Gestão Pública



Competitividade e as Organizações de Saúde

Competitividade e Inovação, Ensino e Pesquisa
Competitividade e Regulação
Competitividade e Responsabilidade Social
Competitividade e Segurança

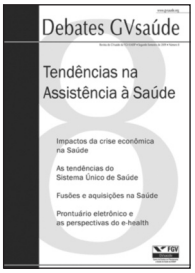
Tendências da assistência médico-hospitalar no Brasil

Alternativas de Gestão Pública

Novas formas de organização na Saúde são a solução?
Contratualização e monitoramento dos resultados de serviços de Saúde
É possível gerenciar recursos humanos no setor público?
Modernização da gestão e apoio da iniciativa privada à gestão

Cadeia de Valor da Saúde

Gestão Estratégica da cadeia de suprimentos: modelos e tendências
Incorporação de tecnologia
O papel dos fornecedores na cadeia de valor
Relação entre prestadores e operadoras

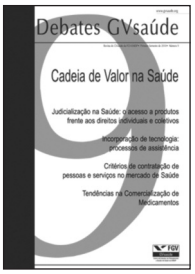


Tendências na Assistência à Saúde

As tendências do Sistema Único de Saúde
Fusões e aquisições na Saúde
Impactos da crise econômica na Saúde
Prontuário eletrônico e as perspectivas do e-health

Mudanças nas Organizações de Saúde

Novos Modelos de Financiamento
Novos modelos de remuneração dos serviços médicos
Novos Produtos na Saúde



Cadeia de Valor na Saúde

Critérios de contratação de pessoas e serviços no mercado de Saúde
Incorporação de tecnologia: processos
Judicialização na Saúde: o acesso a produtos frente aos direitos individuais e coletivos
Tendências na Comercialização de Medicamentos

Mudanças nas Organizações de Saúde

Novos Modelos de Financiamento
Novos modelos de remuneração dos serviços médicos
Novos Produtos na Saúde

Gestão da Mudança em Organizações de Saúde

Gestão estratégica em processos de mudança
Gestão de pessoas em processos de mudança organizacional
Gestão de imagem em processos de mudança
Mudança na gestão de contratos Público-Privados

10º Semestre de Debates GVsaúde

Gestão da Mudança em Organizações de Saúde

15/03/2010 – Gestão estratégica em processos de mudança

Debatedores
Irmã Rosane Ghedin – Casa de Saúde Santa Marcelina
Luiz Alberto de Oliveira de Luca – Hospital Nove de Julho
Moderadora
Ana Maria Malik – FGV-EAESP/GVsaúde

27/04/2010 – Gestão de pessoas em processos de mudança organizacional

Debatedores
Paulo Roberto Segatelli Camara – Pró-Saúde ABASH
Denise Soares dos Santos – Hospital São Luiz
Moderadora
Maria Tereza Leme Fleury – FGV-EAESP

19/05/2010 – Gestão de imagem em processos de mudança

Debatedores
Paulo Roberto de Queiroz Cretella – Hospital Villa-Lobos
Luiz Gastão Mange Rosenfeld – Dasa
Moderador
Luiz Tadeu Arraes Lopes – FGV-EAESP/GVsaúde

24/06/2010 – Mudança na gestão de contratos Público-Privados

Debatedores
Gonzalo Vecina Neto – Hospital Sírio-Libanês
Sheyla Maria Lemos Lima – Fundação Oswaldo Cruz
Moderadora
Ana Maria Malik – FGV-EAESP/GVsaúde

FGV
GVsaúde
Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP