

PARTE II – INOVAÇÕES GERENCIAIS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

4. ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES E O SETOR HOSPITALAR PRIVADO DE SALVADOR

4.1.A origem do hospital: uma inovação social

Segundo Drucker (1987), o surgimento do hospital foi uma inovação social. O hospital, como instrumento terapêutico, é uma invenção do final do século XVIII. Antes dessa época, o hospital era apenas uma instituição de assistência aos pobres, que tinha como função recolhê-los e evitar que suas doenças contagiassem os outros. Sua função, até então, era assistir o pobre moribundo – um “morredouro” –, como chamado à época. O hospital era dirigido por religiosos e seus trabalhadores atuavam com fins caritativos, em busca da salvação de suas almas através do auxílio ao próximo. Os médicos, por sua vez, mantinham uma relação individual com o doente, sem passar pelo espaço hospitalar (FOUCAULT, 1999).

A transformação do hospital se dá pela necessidade de se organizar a desordem que imperava nesse local, pela necessidade de se evitar o óbito de muitos soldados treinados, razões de ordem econômica e pelo receio da propagação de epidemias.

Essa transformação ocorre através da introdução da disciplina, vista como uma “técnica de gestão dos homens”. Esse movimento se dá acompanhado de uma evolução na medicina, tanto devido à maior disciplina nos hospitais, como pela própria evolução do saber nessa área. Assim, o hospital nasce “pelas técnicas de poder disciplinar e médica de intervenção sobre o meio” (FOUCAULT, 1999, p. 108), tendo, esse movimento, como características principais:

- a reorganização do espaço, com o avanço da arquitetura hospitalar, para manipular as condições do meio e seus efeitos sobre a doença;
- um sistema de registro permanente, que contemplava desde etiquetas para identificação de pacientes até registro de diagnóstico médico. O hospital passa a ser, além de espaço de cura, espaço de “registro, acúmulo e formação de saber”. Pelos registros e acompanhamentos individuais se trata do indivíduo e, no agregado, se conhece também as condições de saúde da população (FOUCAULT, 1999, p. 110).

- uma mudança no sistema de poder do hospital, antes concentrado nos religiosos, que passa, com o direcionamento do hospital para ser um instrumento de cura, a ter no médico o principal responsável pela instituição, uma vez que este detém o domínio do saber especializado, que permitiria à organização cumprir sua nova função.

Aparece, assim, o personagem do médico de hospital, que antes não havia. O grande médico, até o século XVIII, não aparecia no hospital; era o médico de consulta privada, que tinha adquirido prestígio graças a certo número de curas espetaculares. O médico que as comunidades religiosas chamavam para fazer visitas aos hospitais era, geralmente, o pior dos médicos. O grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII. (FOUCAULT, 1999, p. 109-110)

Se a missão do hospital naquela época era apenas assistir aos pobres que estavam morrendo, com as mudanças empreendidas passa a ser curar os doentes. Hoje, se propaga que essa missão evoluiu não apenas para a cura, mas para a prevenção e manutenção da saúde.

No Brasil, a tradição portuguesa das Santas Casas de Misericórdia permitia o atendimento aos doentes, independente de sua condição financeira. Apenas no início do século XIX, surgiram os primeiros hospitais, fundados por congregações religiosas ou por colônias estrangeiras, que foram evoluindo até a figura atual do hospital-empresa (GONÇALVES, 2002).

Hospitais são organizações complexas. A análise de suas características e especificidades é fundamental para a compreensão dos fenômenos que ocorrem nessas organizações.

4.2.Características do hospital

Segundo Shortell e Kaluzny (apud CHERUBIN; SANTOS, 1997), são características dos serviços de saúde a dificuldade em definir e mensurar resultados; a imensa gama de operações variáveis e complexas; a natureza emergencial das suas atividades, em um contexto de pouca aceitação a ambigüidades e erros.

Mintzberg (1995) ressalta que os serviços profissionais, como a assistência médica hospitalar, são especializados horizontalmente. O profissional é quem detém o planejamento e controle de sua atividade (controle vertical), sendo especializados em termos de sua execução (por áreas de especialidade médica). Esse tipo de trabalho exige habilidades e conhecimentos que não têm como ser submetidos a um controle minucioso. Assim, em função do treinamento e formação prévias, mecanismos fundamentais de coordenação do trabalho profissionalizado,

esse trabalhador pode se sentir mais comprometido com as normas da sua profissão do que com os objetivos organizacionais (situação que pode se agravar em hospitais com corpo clínico aberto, ou seja, os médicos não são empregados do hospital). Estabelece-se pouco controle gerencial sobre essa atividade, dando margem a dupla linha de autoridade e ocasionando problemas de coordenação das atividades. Essas peculiaridades podem vir a dificultar a adoção e implementação de mudanças nessas organizações.

Os serviços são prestados por um grupo heterogêneo de profissionais, com diferentes níveis educacionais e qualificações, o que, segundo Nogueira (1994), cria interesses conflitantes que prejudicam o processo de mudança.

O hospital reúne muitas atividades diferentes e é regulado por todas elas.

Segundo Peter Drucker, [...] os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Neles estão reunidos vários serviços e situações simultâneos: hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor. De certa forma, é natural que todo esse organismo fosse cada vez mais regido por leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições. Um arcabouço legal cada vez mais dinâmico e variado (Celestino, 2002).

Na área de saúde, a incorporação de tecnologia não substitui necessariamente pessoal, de forma contrária, gera necessidade de mais profissionais especializados (MENDES, 1994), o que onera os custos da inovação, além de incrementar o nível de especialização e profissionalização nessas organizações.

Outros fatores são colocados como obstáculos à mudança, tais como a complexidade e variabilidade das ações hospitalares e sua dificuldade de padronização, o aspecto ético ao tratar da vida humana, a cultura da “urgência”, culturas tradicionais e/ou vinculadas à administração por parte de organizações beneficentes, religiosas ou geridas por médicos, que não costumavam possuir uma visão gerencial do negócio.

No Brasil, um aparente sucesso desses empreendimentos, em ambientes de pouca concorrência e altos ganhos, em parte viabilizados pela inflação, permitia aos hospitais se manterem em uma posição cômoda, sem buscar modernização (PICCHIAI, 1998).

4.3.O hospital na teoria institucional: o papel do ambiente institucional

Ao analisar fontes de legitimidade de hospitais americanos, Ruef e Scott (1998) concentram sua análise na legitimidade normativa, devido à forte presença de associações médicas que criam padrões de ação considerados legítimos para a profissão, a despeito do caráter incerto dos resultados dessa área, considerados de difícil avaliação. Os autores concluem que os mecanismos de legitimação variam conforme as mudanças do ambiente institucional, principalmente em hospitais, que são entidades em ambientes altamente institucionalizados, em termos técnicos e normativos.

Organizações hospitalares trabalham com duas lógicas de ação: a lógica assistencial, ética e humanista e a lógica empresarial.

Há uma grande assimetria de informações entre o hospital e o paciente, que não tem como precisar a qualidade dos serviços. Os usuários dos serviços de saúde não dispõem de acesso sobre as informações necessárias nem conhecimento para analisá-las, não tendo como avaliar plenamente a adequação dos serviços prestados (NOGUEIRA, 1994). Nesse cenário, conta muita a imagem, credibilidade e a confiança nos profissionais e na instituição (MENDES, 1994), ou seja, o nível de legitimidade da instituição, que pode não estar, necessariamente, ligado aos aspectos técnicos.

Entretanto, a adoção de regras institucionalizadas provoca inconsistências na organização. Demandas por eficiência – lógica empresarial – entram em conflito com os esforços de conformidade às regras cerimoniosas e institucionalizadas (dificuldade agravada nos hospitais filantrópicos, em que as pressões institucionais são maiores), além da possibilidade de conflito entre regras estimuladas por diferentes mitos.

O hospital lida com esse constante conflito entre interesses divergentes, critérios de legitimação e eficiência, no qual a natureza da atividade hospitalar e sua necessária conformidade a regras e padrões, se opõem a critérios financeiros.

As organizações hospitalares, públicas ou privadas, estão inseridas num ambiente complexo e singular que as condiciona a um funcionamento inadequado diante da lógica da acumulação lucrativa dos mercados. Pois, independentemente de sua natureza, ambas as condições estão subordinadas a princípios éticos e legais que normatizam o setor saúde e às políticas governamentais, que colocam os hospitais

frente a uma diversidade de interesses divergentes a contemplar. (GURGEL JR.; VIEIRA, 2002, p. 330)

Regras institucionalizadas são fortalecidas em ambientes complexos, com a presença de uma extensa rede de relações, pois, assim, conceitos e práticas são mais facilmente generalizados, devido à grande interconexão social (MEYER; ROWAN, 1977). Na área de saúde, verifica-se a existência de vários agentes e entidades em contato com um hospital – vários conselhos profissionais, órgãos governamentais, organizações de consumidores, fornecedores, operadoras de planos de saúde, etc...

Outro fator de suporte aos “mitos” institucionalizados é o nível de organização coletiva do ambiente, em que sistemas mais organizados tendem a impor normas e leis e assim disseminar regras consideradas válidas e racionais, procedimentos que passam a ganhar *status* de requisitos institucionais (MEYER; ROWAN, 1977). Nessa direção, ressalta-se o papel das entidades governamentais em estabelecer normalização para o funcionamento do setor hospitalar, além de convergente atuação de entidades profissionais e associações de classe.

Neste setor, entretanto, verifica-se a presença de esforços das lideranças organizacionais em não só absorver regras institucionalizadas, mas também tentar alterar seus contextos de atuação, inclusive reforçando novas regras compatíveis com seus objetivos e estruturas. A criação de inúmeras entidades de classe para representar seus interesses é bem ilustrativo dessa atitude.

O setor hospitalar apresenta em grande medida características que favorecem o estabelecimento e difusão de pressões institucionalizadas. A partir do pressuposto inicial da preponderância de elementos ambientais na motivação para escolhas organizacionais e a partir de indicação, na literatura institucional, dos hospitais como elementos mais influenciados pelo ambiente institucional, em vistas das características aqui expostas, esse foi o setor escolhido para análise e pesquisa de campo. Além dessas questões, o momento de mudança pelo qual passam os constituintes do setor, despertou e incentivou o interesse pelo estudo da área.

4.4.Hospitais e recentes mudanças no setor

Organizações hospitalares constituem um campo complexo e específico de gestão. Como foi apresentado, muitas dessas instituições têm origem, principalmente as mais antigas, em grupos religiosos, colônias estrangeiras ou associações de profissionais de saúde, atores que direcionavam a organização quase que exclusivamente para a área assistencial, ficando a área administrativa relegada a segundo plano. Essa formação inicial, aliada à própria natureza e complexidade das atividades do hospital, contribuiu para uma cultura conservadora, com grande dificuldade em implementar processos de mudança. Como identificado em hospital analisado por Pereira (2000), a estrutura decisória dessas organizações é muitas vezes centralizada e formada por pessoas sem a devida profissionalização.

Há evidências de alterações nesse quadro. O hospital, progressivamente, passa a ser visto como um negócio que precisa se adequar aos moldes da administração empresarial, com vistas à sua própria sobrevivência (GONÇALVES, 2002).

O governo tem participado dessas iniciativas de modernização dos hospitais no Brasil. Em 1996, foi instituído o Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS), um projeto de investimento do Ministério da Saúde em parceria com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD), no valor de US\$ 650 milhões. Esse programa tem como principais metas a recuperação física da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) e a melhoria na gestão dessas organizações e do sistema de saúde como um todo (REFORSUS, 2003).

O processo de estabilização da economia contribuiu para essas mudanças, afetando diversos setores da economia, uma vez que a redução dos ganhos financeiros favoreceu a exposição de ineficiências gerenciais e resultados insatisfatórios das operações. De acordo com o presidente da Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia (AHSEB), “[...] houve uma exigência natural de mercado em busca de maior competência e profissionalismo na gestão dos estabelecimentos de saúde” (HOSPITAIS..., 2002, p. 1).

4.4.1. Crise da saúde

O sistema de saúde, de forma global, passa por uma crise que, como salienta Mendes (1999), não está restrita ao Brasil, tratando-se de um problema universal. Este autor apresenta três correntes de pensamento que procuram explicar as origens dessa crise: os incrementalistas, os racionalistas e os estruturalistas.

A vertente incrementalista acredita que a crise é motivada por baixos níveis de investimento na área de saúde. Entretanto, esse argumento só responde à realidade de países de baixa renda, uma vez, que, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, os altos gastos no setor não os eximem da crise.

Apesar de as evidências empíricas desautorizarem a explicação incrementalista, ela continua muito forte no Brasil onde a discussão sobre a crise está concentrada na insuficiência dos recursos para a saúde e na necessidade de incrementá-los significativamente. O suposto dessa corrente é o de que, com um aumento dos recursos para o setor, supera-se a crise (MENDES, 1999, p. 18).

Para a corrente racionalista, a crise deriva de ineficiências internas do setor, adotando como foco de ação a possibilidade de reformas, diante da crise fiscal dos Estados de Bem-Estar Social. Busca racionalizar os recursos através de uma gestão mais eficiente da área, no que se refere à eficiência técnica – “a combinação de recursos menos custosa para atingir um resultado” – e à eficiência alocativa – “a distribuição dos recursos entre atividades alternativas buscando maximizar os ganhos para a sociedade” (MENDES, 1999, p. 19).

A corrente estruturalista atribui à crise causas estruturais, derivadas da impossibilidade de conciliação de forças expansivas do sistema de saúde com os atuais mecanismos de controle e contenção de custos. Dentre as forças expansivas, pode-se incluir o envelhecimento da população com conseqüente aumento da demanda por serviços de saúde; acumulação, no perfil epidemiológico, de novas e velhas doenças; a “medicamentalização de todos os padecimentos”, atribuindo-se *status* de doenças a todos os tipos de males humanos; urbanização e conseqüente queda da qualidade de vida, aumento da pobreza e violência.

Outro fator expansionista é o fenômeno da “inflação médica”, com os serviços médicos apresentando aumento superior à média dos índices inflacionários. Esse aumento provoca

uma expansão dos custos desse sistema, fortemente influenciado também pelo alto nível de incorporação tecnológica do setor.

A tecnologia médica tem características bem específicas: são acumulativas (tomógrafos não substituem aparelhos de raio x, somam-se a eles no auxílio ao diagnóstico); são mão de obra intensiva, demandando profissionais altamente qualificados, ao invés de provocar “enxugamento”, como acontece em outros setores; sofrem uma expressiva difusão e a adoção dessa tecnologia se dá, muitas vezes, sem comprovação de sua eficácia – como indica estudo do Congresso Americano (MENDES, 1999). Assim, “‘se há tecnologia médica ela tende a ser usada’, justificada ou injustificadamente, induzindo a demanda pelo lado da oferta e submetendo os pacientes, muitas vezes, a um custo social e humano desnecessário.” (MENDES, 1999, p. 24).

Dentre as forças expansionistas também estão incluídos o aumento do mercado educacional privado na área de saúde, “forçando” a incorporação desses novos profissionais no setor; o corporativismo empresarial, personificado pela pressão da “indústria da saúde” – operadoras de planos de saúde, fornecedores de medicamentos e equipamentos – que procura maiores lucros independentemente dos aspectos sociais e de eficiência do sistema e o corporativismo profissional, que concede ao médico o monopólio do conhecimento técnico e controle total de suas ações e pressão no sistema (MENDES, 1999).

4.4.2. Aumento da regulamentação do setor

A Constituição Federal de 1988 é considerada o marco de mudança do sistema regulamentatório do sistema de saúde brasileiro, principalmente devido à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), acabando com a figura do indigente e concedendo *status* de cidadão a todos, inclusive com direito universal à saúde e educação.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988)

Antes desse período, existiam poucas regras e o mercado hospitalar era fracamente regulado, tanto em nível das organizações como dos profissionais que as administravam. A ação do Ministério da Saúde se dirigia prioritariamente a medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças (CELESTINO, 2002).

Principalmente na década de 90, o setor foi bastante afetado pelo aumento de controle estatal. O advento da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998) e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) trouxeram mais regulamentações, principalmente para as operadoras de planos de saúde que, em decorrência disto, tiveram um aumento de custos operacionais, para viabilizar o cumprimento das novas exigências e garantias ao consumidor. Boa parte dessas pressões é deslocada para os prestadores de serviços de saúde, pois já não podiam mais ser repassadas integralmente ao consumidor, tanto por restrições legais, quanto por limitações em sua capacidade contributiva ao sistema.

Ressalta-se, entretanto, que a postura em relação aos regulamentos não deve ser sempre vista apenas de forma determinista. Esforços vêm sendo feitos no sentido de se discutir as leis, sob forma de cartas consultas, abertas à comunidade interessada (CELESTINO, 2002).

4.4.3. Financiamento do setor privado

O setor hospitalar privado é financiado prioritariamente pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, que são, segundo a ANS, “as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde” (ANS, 2003a), podendo ser classificadas em quatro segmentos principais, com algumas ramificações entre eles:

Medicina de Grupo – que opera com os chamados convênios médico-hospitalares e no qual podem ser identificados três diferentes tipos:

- As operadoras que não possuem rede própria;
- As que possuem rede própria; e
- As associadas a hospitais filantrópicos.

Cooperativas – que, além dos serviços dos próprios cooperados, operam também os chamados convênios médico-hospitalares, com rede própria crescente;

Autogestão – sistema fechado com público específico, vinculado a empresas - públicas e privadas – ou a sindicatos e associações, igualmente subdivididas entre aquelas que operam a assistência através de departamentos próprios dessas companhias e aquelas que a operam através de entidades vinculadas; e

Seguradoras – que além do *seguro saúde* propriamente dito, sujeito a regulamentação específica, operam produtos com todas as características de planos privados de assistência à saúde na forma da legislação. (ANS, 2000, p. 4)

Na Bahia, dados de dezembro de 2002 indicam a existência de 79 operadoras registradas na ANS, 3,28% do total do país, que é de 2.407 operadoras (ANS, 2003b).

O Sistema Único de Saúde também participa desse setor, principalmente através das entidades filantrópicas e de alguns hospitais com fins lucrativos que mantêm convênio com este sistema.

Com a maior regulamentação do setor de saúde (principalmente com o advento da Lei nº 9.656/98), os planos e seguros de saúde tiveram seus custos ampliados e dificuldades de repassá-los. Nesse sentido, a redução dos custos operacionais (ou seja, os valores pagos aos prestadores de serviços de saúde) foi a alternativa vislumbrada por esse segmento, a fim de manter sua sobrevivência. Instrumentos gerenciais como “porta de entrada, auditoria preventiva, pacotes cirúrgicos e de atendimento, redução da rede credenciada, direcionamento de demanda, descontos, parcerias e as já conhecidas glosas” (QUADROS, 2002) foram algumas das iniciativas tomadas nesse sentido.¹⁰

Em conseqüência, o impacto dessas iniciativas rebate diretamente sobre os prestadores de serviços de saúde, que tiveram seus custos e pagamentos crescentemente monitorados e questionados, vislumbrando como alternativa profissionalizar seus quadros para lidar com esse novo ambiente.

Ao passo que as operadoras de planos de saúde impelem os hospitais para redução de taxas, percebe-se um abismo muito grande no nível de estrutura e profissionalismo dessa relação. Muitos gestores da área não se consideravam preparados para lidar com esse tipo de situação e, por vezes, faltava conhecimento do seu negócio para argumentar e negociar junto a esses outros atores.

Do lado das empresas prestadoras de serviços, verificou-se uma verdadeira corrida para a profissionalização nunca antes vista. Investimentos em profissionais mais capacitados, reciclagem de pessoal, sistemas de informações, marketing, custos e na gestão propriamente dita. As empresas que não acompanharam essa tendência simplesmente passaram a ter problemas graves de sobrevivência no presente e terão chances igual a zero de sobreviverem no futuro (QUADROS, 2002).

¹⁰ “Porta de entrada” é um sistema inicial de atendimento, estabelecido para direcionar os pacientes para as especialidades médicas necessárias, como uma “triagem inicial”. Glosas são serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde e não pagos pelos planos, por considerá-los não pertinentes.

QUADROS (2002) aponta a gestão compartilhada do sistema de saúde, com forte inter-relação dos sistemas públicos e privados, como saída viável para a crise do setor.

Diante desse contexto, apresenta-se como fundamental para a sobrevivência dos hospitais a busca por maior profissionalização e modernização gerencial, para realizar a reestruturação interna necessária, no sentido de otimizar seus processos e gerenciar seus custos, como também para se estruturar melhor na discussão com outros setores e atores inter-relacionados.

Essas mudanças também se fizeram sentir no setor hospitalar privado de Salvador, que será a unidade de análise dessa pesquisa.

4.5.O setor hospitalar privado de Salvador

Os dados sobre o setor hospitalar de Salvador são bastante contraditórios e de difícil conciliação. Vários órgãos foram consultados, como Secretaria Estadual de Saúde e a Vigilância Sanitária, a AHSEB, entre outros, obtendo-se apenas dados parciais. Dessa forma, foi possível reunir informações variadas sobre a oferta de leitos e o número de hospitais da cidade:

- Em 2000: De acordo com dados do Escritório Técnico de Estudos Econômicos do Nordeste (ETENE) (apud NES, 2002), Salvador dispunha de 49 hospitais; 12 públicos, 11 universitários e 26 privados, o que, nessa ocasião, se refletia em um número total de 7.249 leitos - 25,25 % do total do Estado da Bahia - distribuídos em 3.228 leitos privados, 985 leitos públicos e 3.036 leitos universitários.
- Em 2002: Segundo o IBGE, existiam 8.582 leitos para internação em estabelecimentos de saúde (2.912 públicos e 5.670 privados), na Região Metropolitana de Salvador (RMS) e 7.914 apenas na cidade de Salvador (2.501 públicos e 5.413 privados), o que indica que a grande gama desses serviços é, como tendência também em outras regiões, prestada na capital (IBGE, 2003).
- Em 2003 (abril): Conforme dados do SUS, a sua rede hospitalar em Salvador era a seguinte:

Regime	Número de Hospitais	Número de Leitos
Público	12	1.185
Privado	24	2.778
Universitário	11	3.082
Total	47	7.045

Figura 3 – Rede Hospitalar do SUS – Salvador – abr/03. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)¹¹

Os dados antes mencionados fornecem uma visão geral da oferta de serviços de saúde da cidade, *locus* das organizações sob análise nesta dissertação.

Os serviços de saúde, públicos e privados, que ocupavam em 1987/1988, 3,5% dos residentes na Região Metropolitana de Salvador (RMS), em pesquisa realizada entre 1996 e 1999, já ocupam 4,4% desta população, representando 6,5% dos trabalhadores em serviços. Dessa forma, ALMEIDA (2000, p. 83) faz um prognóstico animador para o setor, identificando tendências de expansão e geração de empregos.

[...] são extraordinárias as expectativas deste setor em razão do envelhecimento relativo da população e do aumento de sua expectativa de vida. Ocupações tradicionais da área devem crescer em peso social: enfermeiras, auxiliares de enfermagem, técnicos de radiologia etc. Novas ocupações devem se expandir, principalmente aquelas relacionadas ao tratamento médico domiciliar (*home care*). O setor se caracteriza ainda por uma agregação constante de novas tecnologias, o que impõe um constante *upskilling* (melhoria de capacitação) de sua força de trabalho. Salvador conta com centros de excelência e massa crítica de capital humano acumulada em algumas especialidades – cardiologia, reprodução humana e doenças infectocontagiosas. É possível ampliar a exportação de serviços de saúde da cidade, inclusive combinando-a com a oferta de turismo (*spas* e outros negócios).

Somente o sistema de saúde privado da Bahia (compreendendo entidades de direito privado, com fins lucrativos, sem fins lucrativos e filantrópicas) absorve aproximadamente 14% da população do estado, em uma configuração que abarca 1,8 milhão de usuários de planos de saúde, envolvendo cerca de 1.800 prestadores de serviços privados, entre hospitais, clínicas e laboratórios (HOSPITAIS..., 2002, p. 2).

Em meados da década de 80, o ambiente institucional e técnico do setor hospitalar na Bahia caracterizava-se pelo conservadorismo e falta de profissionalização gerencial de suas organizações.

¹¹ Cabe ressaltar que esses dados se referem apenas à rede hospitalar vinculada ao SUS. O regime público corresponde aos hospitais Próprios, Federais, Federais com verba própria, Estaduais e Municipais, sendo Próprios os pertencentes ao extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Os privados são os Contratados e filantrópicos. Universitários são as instituições de Ensino e de Pesquisa, privadas ou públicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Nem o Ministério da Saúde nem a Secretaria de Saúde da Bahia disponibilizaram a composição individual desses hospitais.

Referindo-se a esse ambiente, foi ressaltado que

[...] nos anos de 1998/89, não existiam cursos de administração hospitalar em Salvador. Havia congressos esporádicos em São Paulo. A Associação Baiana de Medicina trouxe um curso de APO [Administração por Objetivos] de curta duração, procurando dar uma visão gerencial à área médica. Tínhamos a experiência prática. O que se aprendia nas faculdades de administração tinha muito pouca aplicação para a área hospitalar (ENTREVISTADO A, 2003)¹².

Como anteriormente analisado, o setor hospitalar vem passando por muitas mudanças em sua configuração. Concomitantemente a essas mudanças, no contexto no qual os hospitais da RMS estão inseridos, outras transformações ocorreram em elementos de seu ambiente técnico, estimulando, também, a modernização do setor. Nesse sentido, são indicados a crescente complexidade de um hospital, que envolve atividades diversas, com alta necessidade de coordenação, e o alto custo de insumos e tecnologias médicas como fatores impulsionadores da busca por uma gestão mais atuante.

Além dessas questões, os clientes e a sociedade em geral passaram a ser mais exigentes com os serviços de saúde. A partir de uma maior conscientização dos direitos do consumidor, amparada nas regulamentações e divulgação de informações pela mídia, os indivíduos passam a reconhecer seus direitos e a exigir mais eficiência e qualidade dos prestadores de serviços.

Tomando-se o caso particular de Salvador, acrescenta-se ainda o ingresso no setor de outros hospitais que já se instalaram com uma cultura de gestão empresarial. Esse fator atuou como mecanismo isomórfico (TOLBERT; ZUCKER, 1999) para as outras organizações já estabelecidas, que buscam, a partir de então, profissionalizar sua gestão e modernizar suas práticas operacionais e de gestão.

O marco do setor foi a vinda do Hospital Aliança, com novos conceitos de gestão e novos profissionais, novas rotinas. Os outros hospitais buscaram correr, procurando investir na área de gestão profissional, treinamento e recrutamento de profissionais e passaram a adotar ferramentas de gestão já utilizadas na indústria, no resto do mercado, como o planejamento estratégico (ENTREVISTADO A, 2003).

¹² Ver perfil do Entrevistado A no item 5.2.2.

Diante desse cenário, torna-se fundamental uma nova percepção sobre o hospital, que passa a ser visto como um negócio, hospital-empresa (GONÇALVES, 2002)¹³. Por conseguinte, essas organizações procuram dar respostas estratégicas a esses processos institucionais que vêm modificando seus ambientes (OLIVER, 1991). Essas respostas estão sendo orquestradas de diferentes formas: quer seja pela profissionalização e pela adoção de novas técnicas de gestão, como pela associação em redes de cooperação e aprendizado, tendo-se como exemplo, nesse caso, a experiência do Núcleo pela Excelência em Saúde em Salvador.

Em julho de 2001, a AHSEB criou o Núcleo de Excelência em Saúde (NES), para ser um fórum de idéias e de deliberações, inicialmente constituído por 19 hospitais privados (com e sem fins lucrativos e filantrópicos), 17 deles de Salvador e dois de Feira de Santana (a 100 km de Salvador). Seu objetivo seria a melhoria no nível das operações dos seus integrantes, através da “[...] busca permanente [...] da adoção compartilhada de estratégias, além do conhecimento das demais instituições sociais, visando o alcance de padrões cada vez mais elevados na prestação de seus serviços de saúde à comunidade” (NES, 2002, p. 2). O processo de realização desses objetivos foi operacionalizado através de reuniões em grupos de trabalho.

A busca pela excelência foi perseguida através do estabelecimento de uma rede de cooperação estratégica entre os hospitais, com o intuito de compartilhar planos de ação e informações. Desta maneira, pode-se identificar o NES como uma resposta estratégica coletiva, que se configura como espaço, um meio efetivo e formalizado de conversações, para o fortalecimento e aprimoramento da atuação das organizações participantes frente às alterações ambientais.

¹³ Na área pública, vem-se utilizando novos modelos de gestão para organizar o sistema de saúde. Um desses modelos é o sistema de Organizações Sociais (Lei 9.637/98), sendo que o primeiro hospital, na Bahia, a utilizá-lo foi do Hospital de Ibotirama, tendo, entretanto, abandonado o modelo. Atualmente, na Bahia, somente o Hospital Regional Mário Dourado Sobrinho utiliza essa forma de gestão. Outra inovação na gestão da saúde foi a iniciativa de terceirização da administração. Neste caso, a primeira experiência baiana foi o Hospital Professor Eládio Lassere, em Salvador. Na ocasião desse estudo, havia 11 hospitais públicos administrados por empresas privadas na Bahia (BAHIA, 2002).