

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL – UCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

**CONSTRUÇÃO DE CENÁRIOS PROSPECTIVOS PARA O SETOR HOSPITALAR
NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

JAIME GIL BERNARDES

Caxias do Sul, julho de 2011

JAIME GIL BERNARDES

**CONSTRUÇÃO DE CENÁRIOS PROSPECTIVOS PARA O SETOR HOSPITALAR
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado submetido à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Mestrado em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para à obtenção do Título de Mestre em Administração. Área de Concentração: Administração da Produção.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Emília Camargo

Caxias do Sul, julho de 2011

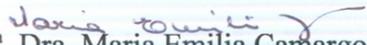
“Construção de cenários prospectivos para o setor hospitalar no estado do Rio Grande do Sul”

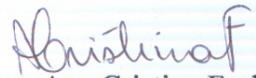
Jaime Gil Bernardes

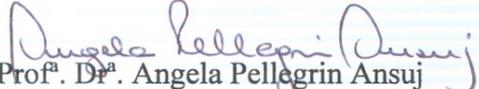
Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Administração, Área de Concentração: Administração da Produção.

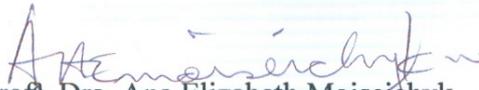
Caxias do Sul, 12 de julho de 2011.

Banca Examinadora:


Prof.^a. Dra. Maria Emilia Camargo (Orientadora)
Universidade de Caxias do Sul


Prof.^a. Dra. Ana Cristina Fachinelli
Universidade de Caxias do Sul


Prof.^a. Dr.^a. Angela Pellegrin Ansuji
Universidade Federal de Santa Maria


Prof.^a. Dra. Ana Elizabeth Moiseichyk
Universidade Federal de Santa Maria

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
UCS - BICE - Processamento Técnico

B522c Bernardes, Jaime Gil, 1963-
Construção de cenários prospectivos para o setor hospitalar do
estado do Rio Grande do Sul / Jaime Gil Bernardes. - 2011.
80 p. : il. ; 30 cm.

Apresenta bibliografia e apêndice.
Dissertação (Mestrado) – Universidade de Caxias do Sul,
Programa de Pós-Graduação em Administração, 2011.
“Orientação: Profª. Drª. Maria Emília Camargo.”

1. Hospitais – Administração – Rio Grande do Sul. 2. Saúde
pública – Rio Grande do Sul. 3. Planejamento estratégico. I.
Título.

CDU: 614.21:005.21(816.5)

Índice para o catálogo sistemático:

- | | |
|--|----------------------|
| 1. Hospitais – Administração – Rio Grande do Sul | 614.21:005.21(816.5) |
| 2. Saúde pública – Rio Grande do Sul | 614(816.5) |
| 3. Planejamento estratégico | 005.21 |

Catálogo na fonte elaborada pelo bibliotecário
Marcelo Votto Teixeira – CRB 10/ 1974

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
Biblioteca Central

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha esposa Rosimeri e meu filho Dillan: vocês contribuíram para que este trabalho fosse construído, compreendendo os momentos de ausência na minha dedicação rumo a este sonho que ora se realiza.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade de Caxias do Sul pela oportunidade de concretizar este sonho, bem como aos professores do Programa de Pós-Graduação em Administração, especialmente a minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília Camargo, que construiu este trabalho em conjunto comigo. Agradeço, ainda, a empresa Brainstoming Assessoria de Planejamento e Informática que concedeu gratuitamente a licença de uso do *software* PUMA para fins deste trabalho, utilizado na modelagem das pesquisas.

EPÍGRAFE

Ora, se as estimativas feitas no templo, antes das hostilidades, indicam vitória, é porque os cálculos mostraram que a força própria era superior a dos inimigos; se indicaram derrota, é porque os cálculos revelaram que era inferior. Com muitos cálculos pode-se vencer; com poucos, não. E quão menos possibilidades de vitória tem aquele que não fez nenhum! Graças a esses meios examino a situação e o desfecho torna-se claro. (SUN TZU, 1996, p. 23)

RESUMO

Estudos de futuro e construção de cenários prospectivos são recursos que se destacam na formulação da estratégia empresarial. No caso da área da saúde, em que o cenário presente pode ser alterado de forma rápida, por força de políticas governamentais, regulamentações, avanços tecnológicos, aspectos econômicos ou sociais, a modelagem de cenários se torna mais importante ainda, face as incertezas que se apontam. Neste ínterim, os hospitais estão muito comprometidos, pois são a referência para a população quando se trata de saúde. Este estudo teve como objetivo construir cenários prospectivos para o setor hospitalar, para um horizonte temporal de 10 anos, considerando a limitação geográfica do Estado do Rio Grande do Sul. O método utilizado foi uma pesquisa aplicada, exploratória e descritiva, e, quanto à abordagem do problema, a pesquisa pode ser classificada como qualitativa-quantitativa. Os dados foram obtidos junto a especialistas, oriundos do setor hospitalar, sendo que foi adotado o método Grumbach na modelagem de cenários e a utilização do *software* PUMA. Os objetivos deste estudo, além da própria modelagem dos cenários, foi identificar as variáveis que influenciam os cenários propostos, levantar a opinião de especialistas sobre estas variáveis, aplicar o *software* adequado e instrumentar as organizações hospitalares com elementos para a formulação de novas estratégias. Os resultados deste trabalho são os próprios cenários para o setor hospitalar nas condições geográficas e temporais estipuladas.

Palavras-chave: Cenários; Hospitais; Estudos Prospectivos; Saúde; Estratégia.

ABSTRACT

Studies and construction of future scenarios are features that stand out in the formulation of business strategy. In the case of health, the scenario where this can be changed quickly, under government policies, regulations, technological advances, economic or social aspects, the modeling scenario becomes even more important, given the uncertainties which points. Meanwhile, hospitals are very committed, as are the reference for the population when it comes to health. This study aimed to construct scenarios for the hospital sector, for a time horizon of 10 years, given the geographical limitations of the State of Rio Grande do Sul. The method used was an applied research, exploratory and descriptive, and how to approach the research problem can be classified as qualitative and quantitative. Data were obtained from experts, from the hospital sector, and Grumbach method was adopted to model scenarios and the use of software. The objectives of this study, besides the modeling of the scenarios was to identify the variables that influence the scenarios proposed to raise the opinion of experts on these variables, apply the appropriate software instrument and hospital organizations with elements for the formulation of new strategies. These results are their own scenarios for the hospital sector in the geographical and temporal conditions stipulated.

Keywords: Scenarios; Hospitals, Prospective Studies, Health, Strategy.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do Método Utilizado.....	29
Figura 2. Planificação Estratégica por Cenários: Metodologia Integrada.....	34
Figura 3. Fluxo do Método Grumbach no <i>Software</i> PUMA.....	39
Figura 4. Plano de Influência-Dependência.....	55
Figura 5. Matriz de Motricidade e Dependência.....	56
Figura 6. Gráfico dos Cenários – Os Três Mais Prováveis de Ocorrência.....	59
Figura 7. Gráfico dos Cenários – Os Dez Mais Prováveis de Ocorrência.....	60
Figura 8. Interpretação dos Cenários.....	62

LISTAS DOS QUADROS

Quadro 1. Categorização dos Especialistas.....	43
Quadro 2. Separação das Variáveis por Tema de Influência.....	45
Quadro 3. Modelo de Instrumento de Pesquisa Inicial.....	46
Quadro 4. Modelo de Matriz de Impactos Cruzados.....	47
Quadro 5. Matriz de Impactos Cruzados.....	54
Quadro 6. Estimação dos Cenários.....	58
Quadro 7. Probabilidade Média de Ocorrência dos Grupos.....	63

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 – Objetivos.....	19
1.1.1 – Objetivo Geral	19
1.1.2 – Objetivos Específicos	19
1.2 – Delimitação do Tema da Pesquisa.....	20
1.3 – Organização do Trabalho.....	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1 – Elementos Gerais Relacionados com o Tema da Pesquisa.....	22
2.1.1 – Cenários e Estudos de Futuro	22
2.1.2 – Atores Influenciadores e os Cenários	27
2.2 – Modelagem dos Cenários	28
2.3 – O Método Grumbach	36
2.3.1 <i>Software</i> PUMA	38
3. METODOLOGIA.....	40
3.1 – Tipo de Estudo.....	40
3.2 – Sujeitos da Pesquisa.....	41
3.3 – Instrumento de Pesquisa	43
3.4 – Coleta de Dados.....	48
3.5 – Passos da Pesquisa.....	48
3.6 – Roteiro de Entrevista	50
4. RESULTADOS OBTIDOS.....	52
4.1 – Variáveis Escolhidas Pelo <i>Software</i> PUMA.....	52

4.2 – Impactos Cruzados	53
4.3 – Influência e Dependência	55
4.4 – Construção dos Cenários	57
4.4.1 – Análise dos Acontecimentos	61
4.4.2 – Determinação dos Grupos	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
5.1. Recomendações de trabalhos futuros	67
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE 1	73
APÊNDICE 2	75

1. INTRODUÇÃO

Em qualquer tipo de empreendimento humano, não existe previsão exata. Os efeitos negativos provenientes de incertezas futuras poderão ser reduzidos ou mesmo eliminados, se forem desenvolvidos estudos prospectivos, antes da tomada de decisão gerencial, ou seja, antes que os planos de ação estratégica sejam traçados. Ainda que eventos futuros não sejam bem entendidos, nem algumas de suas consequências vislumbradas, a sondagem de possibilidades implicará redução da margem de erros induzidos por fatores negativos. Dessa premissa, surge a proposta de construção de cenários prospectivos que, com a aplicação de técnicas próprias, permite identificar problemas, tomar decisões e formular planos futuros com maior margem de viabilidade de execução e controle.

Haverá maior segurança na ação, embora existam pontos de ruptura, desejados ou não. Para planejar uma determinada ação estratégica, a técnica de construção de cenários torna-se fundamental. Desenhar um cenário é como contar uma história do futuro. Mesmo que esta história não possua um final definido, poderá ter seu enredo moldado com o passar do tempo.

De acordo com Heijden (2004, p. 75), na construção de cenários, a incerteza é uma variável importante a ser considerada. O fato de não se saber o que irá ocorrer no futuro, não invalida nossa capacidade de fazer ilações e declarações úteis a seu respeito, situação que difere de caso para caso abordado. Este trabalho apresenta a montagem de cenários, para um setor de atuação específico e limitado a uma região geográfica e a um determinado período de tempo: a área da saúde.

As incertezas apontadas por Heijden (2004, p. 75 -76), para contextos semelhantes ao escolhido, apresentam-se nas três categorias a seguir:

- (1) **Riscos:** aparecem quando não há precedentes históricos suficientes, na forma de eventos semelhantes, que nos permita estimar as probabilidades (mesmo que de forma subjetiva) para vários resultados possíveis;

- (2) **Incertezas estruturais:** existem quando se considera a possibilidade de um evento que não é suficientemente singular para indicar probabilidade; a possibilidade do evento se apresenta por meio de uma cadeia de raciocínio de causa e efeito, que não dispõe de evidências para julgar a probabilidade de sua ocorrência;
- (3) **Incertezas impossíveis de conhecer:** não há a possibilidade de se imaginar o evento, para tanto se faz um retrospecto na história, verifica-se que houve muitos destes eventos e é necessário assumir que isso continuará no futuro, não dispondo de indicações sobre a natureza deste evento.

Na área da saúde, especificamente em hospitais, cuja dedicação é com a vida e com a cura, o futuro tem um papel muito importante. As tecnologias e o ambiente mudam a cada momento, de tal forma que se um hospital não se atualizar em sua tecnologia, seu poder de resolutibilidade – que é capacidade de resolver problemas dos pacientes – reduz muito em relação à concorrência. Disso dependerá a sua continuidade ou não. A dinâmica de funcionamento será de novas doenças, novas curas, possíveis doenças, possíveis curas. Korbes (2010) afirma que o grande diferencial competitivo das instituições de saúde vincula-se à implantação da gestão estratégica, de tal maneira que ela faça frente aos desafios decorrentes, inclusive, de uma relação mais estreita com a cadeia de clientes e serviços.

No entanto, para construção de cenários, é preciso identificar os eventos e os principais atores que os influenciarão de alguma forma. Então, quem seriam os atores que influenciarão o futuro na área hospitalar e ajudarão a construir os cenários? São pessoas de notório saber sobre a área da saúde, especificamente sobre hospitais, e são especialistas neste assunto.

O conceito de hospital, definido pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 400/77 e aceito na maioria dos estudos da área, é

O hospital é parte integrante de uma organização Médica e Social, cuja função básica, consiste em proporcionar à população Assistência Médica Sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também, em centro de educação, capacitação de Recursos Humanos e de Pesquisas em Saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Contudo, há outras definições, não tão completas, como a de Minotto (2002), para quem o conceito de hospital é apenas a instituição dedicada ao tratamento de pessoas

enfermas. Já Cherubin (1977) dá um passo adiante, quando acrescenta que hospital é a parte integrante de um sistema de saúde que visa dispensar completa assistência à saúde preventiva e curativa, inclusive na formação de profissionais do campo da saúde.

Existe no modelo institucional brasileiro de saúde, uma tipologia de hospitais, resultando em algumas categorias que os diferenciam, conforme estipulado pelo Ministério da Saúde no trabalho Terminologia Básica em Saúde (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985). Esta classificação pode ser observada no Apêndice 1 deste relatório, sendo que um mesmo hospital pode estar classificado em uma ou mais categorias descritas.

Um parecer da Comissão de Peritos em Assistência Médica da OMS – Organização Mundial da Saúde descreve que as funções básicas de um hospital são (CHERUBIN, 1977; MINOTTO, 2002):

- (a) prevenção de doenças para toda a comunidade, sem distinção;
- (b) restauração da saúde, partindo de diagnósticos e tratamentos, seja de urgência e emergência ou eletivo;
- (c) execução de funções de ensino e treinamento de pessoal para a melhora do padrão de atendimento; e
- (d) promoção de pesquisas, tanto em termos de doença e saúde, como em metodologias técnicas e administrativas do hospital.

No que se refere à tomada de decisões estratégicas em nível de hospitais, Teixeira *et al.* (2006) explicam que, no contexto da saúde, o planejamento estratégico possui algumas características diferenciadas por estar mais orientado à sociedade e a preocupações com pacientes que aos serviços ofertados pelos hospitais. Neste caso, os autores reforçam a idéia de que a demanda aos serviços oferecidos é mais importante que a oferta das instituições de saúde. Estes autores explicam, ainda, que volume de atendimentos, configuração da demanda, perfil dos profissionais, tecnologia existente e equipamentos e serviços disponíveis são fatores determinantes do planejamento.

Eles reiteram o valor do planejamento estratégico e recomendam que a previsão – enriquecida pela criação de cenários – deve ser ela própria, uma estratégia de gestão para prever, em vez de compreender o futuro. Explicam o planejamento no setor, assim:

O planejamento estratégico em saúde se diferencia de outros processos de planejamento setoriais por olhar além dos valores institucionais, vislumbrando necessidades sociais, por meio da utilização do ‘cálculo social’, o que envolve processos políticos e de negociação. Ele valoriza o processo gerencial e o considera fundamental á tomada de decisões, bem como ao ajuste e resolução dos problemas.

O planejamento estratégico agirá como diretriz para o hospital elaborar seu planejamento operacional. Quanto mais eficaz for o processo de raciocínio no nível estratégico, mais elaborado será o planejamento nos níveis tático e operacional. (TEIXEIRA *et al.*, 2006, p.55).

Minotto (2002), em suas pesquisas em organizações hospitalares, ressalta a adversidade, condição normal do setor, que pode ser entendida como estímulo para o desenvolvimento de estratégia empresarial, porque seu potencial de incertezas pode ser traduzido em resultados positivos. Explica, ainda, que permanece a certeza da relevância do domínio do conhecimento como propulsor de mudanças, à medida que poderá se traduzir em ações efetivas, alinhadas a uma visão de futuro. Tudo, no entanto, dependerá da visão e da competência gerencial estabelecida. O autor afirma:

O desafio para estratégias bem-sucedidas certamente passa pelo equilíbrio entre o olhar do ambiente externo, com suas ameaças e oportunidades, e a promoção do ambiente interno, com suas fraquezas e pontos fortes, traduzindo-se em ações efetivas e oportunas. (MINOTTO, 2002, p. 181).

Em síntese, uma organização hospitalar que objetive manter sua continuidade deve estar preparada para atender uma gama de necessidades: da comunidade, dos pacientes, dos médicos e das fontes financiadoras da saúde. Neste contexto, destacam-se os planos privados de assistência médica e hospitalar e o próprio SUS – Sistema Único de Saúde. Deste modo, uma estratégia eficaz e um planejamento estratégico eficiente são de suma importância, mas requerem um alto grau de complexidade e muita competência para efetivá-lo. Ademais, para que este planejamento estratégico seja implantado e tenha reais condições de implementação, há uma contrapartida: é necessário o complemento gerencial que organiza recursos, dirige sistemas e exerce controle efetivo sobre o processo como um todo.

Ainda na linha de pensamento de Minotto (2002), um elemento significativo nas estratégias e na competitividade das organizações hospitalares é a gestão da informática, independente da estrutura organizacional adotada. Gonçalves (1998) acrescenta que no hospital moderno é indispensável avançar muito mais na utilização da informática nos procedimentos relacionados diretamente com o doente e que todos os participantes devem integrarem-se em uma rede informatizada de trabalho. Contudo, a existência de redes não

garante a racionalidade das decisões nem um trabalho que flua com resultados satisfatórios para ambas as partes: organização e usuários.

Verificando o comportamento estratégico de três grandes hospitais do Estado do Rio Grande do Sul, Minotto (2002) constatou a associação do planejamento estratégico com indicadores e metas cuja natureza era variável. Ele observou que o foco do planejamento do primeiro hospital era a auto-sustentação e o crescimento, focado no faturamento, nas fontes de financiamento e nos resultados financeiros. No segundo caso, a estratégia focalizava o desenvolvimento de recursos humanos, de projetos e atividades científicas e a satisfação de clientes, priorizando os aspectos de taxa de ocupação, média de permanência e volume de serviços prestados. No terceiro hospital, a estratégia era voltada para o nível de atendimento e o volume de serviços, qualidade de vida das pessoas e auto-sustentação, além de indicadores de rentabilidade.

Segundo critérios da Organização das Nações Unidas, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH¹) gaúcho é de 0,869, reflexo da menor mortalidade infantil do Brasil, das altas taxas de alfabetização (90,5%) e excelentes condições de saneamento básico e saúde, ficando na terceira posição no Índice de Desenvolvimento Humano entre os estados do País.

O Estado possui 496 municípios (IBGE/00) situados em zona urbana ou rural. Entre os principais, com altos índices de densidade demográfica e participação na composição econômica do Estado, estão a capital Porto Alegre; Canoas (na região metropolitana), Caxias do Sul (principal cidade do pólo metal-mecânico na região serrana), Santa Maria (no centro do Estado); Pelotas, Passo Fundo, Rio Grande e Uruguaiana (na fronteira com a Argentina). Os municípios de Canela e Gramado são destaques turísticos.

Estado mais meridional do Brasil, o Rio Grande do Sul faz fronteira com o Uruguai e Argentina, uma localização privilegiada entre os países que compõe o bloco econômico do Mercosul.

Considerando esta posição privilegiada do Estado em relação ao País, sua rede hospitalar tem destaque nacional em várias especialidades médicas. Isso demonstra que, mesmo com um desempenho relativamente favorável, os hospitais gaúchos ainda precisam ter a preocupação com a visão estratégica de longo prazo traduzida em cenários futuros.

¹ O Estado do Rio Grande do Sul abriga 6% da população do Brasil (11,0 milhões de pessoas, descendentes de índios, negros, portugueses, italianos, alemães e asiáticos) e tem pouco mais de 3% do território brasileiro (282 mil quilômetros quadrados), gerando um PIB anual de US\$ 90 bilhões (noventa bilhões de dólares americanos) e é o maior produtor de grãos, o segundo pólo comercial e o segundo pólo da indústria de transformação nacional. (URL: <http://www.rs.gov.br/>).

Os hospitais caracterizam-se por serem importantes instituições na área da saúde. É inegável que a continuidade das organizações hospitalares seja um atributo importante a ser considerado de maneira incisiva quando o assunto é a saúde de uma população e o planejamento das diretrizes básicas para a manutenção da saúde pública.

Estas organizações comportam-se como ponto de referência para uma população quando se refere ao tratamento de sua saúde, mesmo que estes estabelecimentos sejam apenas um dos elos da cadeia de valor da saúde.

Porter e Teisberg (2007) alertam que muitos especialistas em saúde mantêm fortes crenças sobre o sistema de saúde, definindo que os modelos de examinar a saúde mantêm-se da mesma forma, sem enxergar o futuro. Estes autores exemplificam:

Por exemplo, que os pacientes sempre vão querer mais tratamentos, que melhorar a qualidade significa elevar os custos, que a tecnologia está causando elevação dos custos, que a qualidade não pode ser medida de forma significativa, que a cobertura universal é a única resposta, ou que dar autoridade e responsabilidade aos consumidores é a única solução. Fomos forçados uma vez mais a confrontar essas perspectivas e a aprofundar nossas reflexões. (PORTER; TEISBERG, 2007, p. x-xi).

Fica, contudo, o questionamento de como será esta tecnologia e como vai influenciar a gestão da saúde e a gestão dos hospitais? Como serão os tratamentos no futuro? Quem financiará a saúde? Haverá continuidade com os mesmos financiadores ou entrarão novos meios de pagar pelos tratamentos hospitalares? Haverá novas regulamentações para os financiadores da saúde? Haverá novas regulamentações propostas pelos órgãos de vigilância sanitária? Qual será o perfil epidemiológico da população? Que tipo de tratamento hospitalar ou de exames preventivos a população precisará? A qualidade no atendimento hospitalar ficará em segundo plano quando confrontado com a qualidade da resolutibilidade dos problemas de saúde? Os tratamentos serão mais baratos os mais caros? Haverá cada vez mais prevenção ou a saúde será baseada apenas na cura? Os hospitais no modelo como conhecemos continuarão existindo? Qual a influência dos aspectos ambientais para o tratamento da saúde? Como agregar valor ao cliente, seja ele o paciente, médico, financiadores da saúde ou mesmo a comunidade?

Muitas perguntas que precisam de respostas para que uma estratégia empresarial possa ser traçada para as organizações hospitalares. Com certeza, todos estes questionamentos não serão respondidos, pois a área da saúde e a gestão hospitalar é dinâmica, mas existe a necessidade de olhar o futuro para antever algumas questões. Como aponta Sun Tzu (1996),

se existem planos traçados, definindo nossa força, é possível haver sucesso; se não há planejamento, a possibilidade de sucesso se faz nenhuma.

Os serviços prestados pelas organizações hospitalares, segundo Malik e Pena (2003), têm passado por mudanças significativas nos últimos anos, em que fatores como o aumento da oferta de serviços, a rápida inovação tecnológica, um maior nível de exigência dos pacientes, índices de correção de valores do setor cada vez mais elevados, entre outros, têm influenciado o panorama do setor.

Portanto, neste contexto, surge a seguinte questão de pesquisa:

Como será composto o cenário futuro das organizações hospitalares no Estado do Rio Grande do Sul, na visão de especialistas, em um horizonte de dez anos?

1.1 – Objetivos

Para a realização deste estudo, foram traçados os seguintes objetivos, a fim de responder o problema de pesquisa proposto.

1.1.1 – Objetivo Geral

Estruturar cenários prospectivos para o setor hospitalar no Estado do Rio Grande do Sul para um horizonte de 10 anos (2011 a 2020), baseado na experiência e conhecimento de especialistas na área da saúde e metrificadas através do *software* PUMA para construção de cenários.

1.1.2 – Objetivos Específicos

- Identificar as variáveis que influenciam os cenários do setor hospitalar de acordo com a influência do macro ambiente;
- Levantar a opinião de especialistas sobre variáveis que compõem o setor hospitalar;
- Aplicar o *software* PUMA para a construção de cenários prospectivos;
- Instrumentar as organizações hospitalares com elementos para a formulação de novas estratégias.

1.2 – Delimitação do Tema da Pesquisa

O presente trabalho não pretendeu entender os aspectos macroeconômicos, políticos e sociais que não sejam objeto da pesquisa, tampouco discutir a utilização de outros *softwares* existentes no mercado. Quanto a escolha do método de construção de cenários prospectivos, este será pesquisado na literatura, mas terá que dar condições para a utilização do *software* citado.

O trabalho também não contemplou o mérito da formulação estratégica a ser aplicada após a construção do cenário, mas permitirá ao analista de planejamento desenvolver suas próprias conclusões a respeito do futuro.

1.3 – Organização do Trabalho

Este trabalho está organizado seguindo um escopo de introdução, na qual foi apresentada a justificativa do tema escolhido, bem como as limitações do estudo e os objetivos. Após, é exposto referencial teórico que discorre sobre os principais temas deste relatório. A seguir, são mostrados os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa, seguido dos resultados obtidos. Neste ponto do relatório, é apresentada a análise dos resultados obtidos, seguida das considerações finais, que respondem

aos objetivos deste trabalho, bem como é exposto a sugestão para estudos futuros que podem continuar a linha de pesquisa deste trabalho ou sua aplicação na prática. Finalizando, é apresentado a descrição das referências utilizadas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – Elementos Gerais Relacionados com o Tema da Pesquisa

2.1.1 – Cenários e Estudos de Futuro

Em nossa concepção normal, dentro de nossa vivência, é relativamente fácil descrever o que significa um cenário. É factível tomar como definição um conjunto de descrições de situações futuras (ou mesmo presente) e qual o encaminhamento que os acontecimentos terão e que darão origem a esta situação futura. Entretanto, é entendido que a definição de cenários não é tão simples, principalmente quando se trata de cenários futuros.

De acordo com Boaventura (2003, p. 25), o termo cenário é definido como “o enredo, o roteiro de um filme, a descrição imaginária de qual seria a situação se acontecessem os fatos”. Já Gonçalves (2006, p. 31) argumenta que diversas definições de cenários podem ser verificadas na literatura.

Porter (1992) define cenários, dentro do contexto industrial, como uma visão internamente consistente da estrutura futura, baseando-se em um conjunto de suposições plausíveis sobre as incertezas importantes que podem influenciar a estrutura industrial, considerando as implicações para a criação e a sustentação da vantagem competitiva. Esse autor complementa que “o conjunto completo de cenários, e não o mais provável, é então utilizado para projetar uma estratégia competitiva. (PORTER, 1992).

Marcial e Grumbach (2002, p. 43) expõem que a definição mais abrangente e acadêmica encontrada na literatura sobre cenários é a de Michael Godet, indicando que cenários são “a descrição de uma situação futura e o curso dos acontecimentos que nos permite avançar em relação à situação original para a situação futura”. (GODET; ROUBELAT, 1996).

Godet e Roubelat (1996) ainda apresentam duas grandes categorias de cenários podem ser identificadas: (a) exploratório, a partir do passado e do presente, composto de tendências e

levando a um futuro provável; e (b) antecipação ou normativas, construído com base nas diferentes visões do futuro, podendo ser desejada ou, pelo contrário, temido.

Estes autores ainda classificam os cenários em três tipos:

- Cenários Possíveis: o que pode ser imaginado;
- Cenários Plausíveis: cenários possíveis após a consideração de restrições;
- Cenários Desejáveis: entre os cenários possíveis, porém, não necessariamente plausíveis. (GODET; ROUBELAT, 1996).

Geus (1998) explica que uma das maiores contribuições para uma organização nos estudos de futuro e a elaboração de cenários é o aprendizado, processo pelo qual os indivíduos e as equipes podem usufruir de uma mudança em seus modelos mentais em relação a empresa em que trabalham, aos mercados e aos concorrentes, passando pela adaptação a uma nova realidade que está constantemente mudando.

Schwartz (2000) apresenta que os objetivos da aplicação de cenários poderiam ser sintetizados em um conjunto estreito de frases:

- a) enriquecer os pontos de vista especializados;
- b) refletir sobre o panorama corporativo presente e futuro;
- c) sensibilizar os indivíduos às interações ambiente-empresa;
- d) perceber todos os diferentes aspectos de cada panorama;
- e) desenvolver a flexibilidade e adaptabilidade da empresa;
- f) facilitar as reações aos eventos; e
- g) preparar e facilitar a tomada de decisão. Este último item, é o mais importante.

Diversas metodologias e técnicas de pesquisa têm sido usadas com o intuito de realizar prospecções ambientais e de futuro. Diffenbach (1983) identificou quatorze técnicas de análise das variáveis ambientais utilizados por grandes organizações. São elas: Opinião de Especialistas, Extrapolação de Tendências; Cenários Simples; Cenários Alternados; Simulação de Modelos; Brainstorming; Projeções Delphi; Modelos Causais; Análise de

Inputs e Outputs; Análise de Impactos Cruzados; Previsões Exponenciais; Árvore de Relevância; Monitoramento de Sinais; Análise Morfológica

A literatura identifica vários modelos de construção de cenários. Marcial e Costa (2001) orientam-nos para quatro destes modelos que se destacam quanto a filosofia da visão prospectiva. São os modelos descritos por Godet, o método descrito por Schwartz (também conhecido por GBN), o método descrito por Porter e o descrito por Grumbach. (MARCIAL, COSTA, 2001).

Cenário prospectivo é a visualização e descrição de um futuro possível, mesmo que incerto, possibilitando a tomada de decisões com maior precisão, interpretando as variáveis e os atores que terão influência no cenário visualizado.

Os estudos prospectivos não têm como objetivo prever o futuro, mas sim estudar as diversas possibilidades de futuros plausíveis existentes e preparar as organizações para enfrentar qualquer uma delas, ou até mesmo criar condições para que modifiquem suas probabilidades de ocorrência, ou minimizar seus efeitos. (MARCIAL; GRUMBACH, 2002, p. 18)

Marcial e Costa (2001) apontam que, dentro da visão prospectiva, encontram-se definições que diferem basicamente na forma e na amplitude. Entretanto, continuam os autores, esta forma e amplitude obedecem aos fundamentos básicos da prospectiva de que os futuros são múltiplos e incertos.

Godet (2000a) acrescenta que “prospecção é a própria antecipação; o estudo das mudanças desejáveis e possíveis. Estratégia é a preparação para a tomada de decisões que deixem a organização com condições para as mudanças esperadas (comportamento pró-ativo) e provoque as mudanças desejadas”.

Porter (1986) aponta que todas as organizações possuem uma estratégia, quer seja de forma explícita, quer seja de forma implícita. Conceitua estratégia como sendo o desenvolvimento de uma fórmula ampla para o modo como uma empresa irá competir, bem como as metas e políticas necessárias para alcançar seus objetivos. Acrescenta, ainda, que a estratégia competitiva é “uma combinação dos fins (metas) que a empresa busca e dos meios (políticos) pelos quais está buscando chegar lá.” (PORTER, 1986).

Para Porter (1986), a essência de uma estratégia é relacionar a organização com o meio ambiente. O ambiente organizacional tem uma forte influência na determinação das regras competitivas assim como das estratégias disponíveis à empresa, mas forças externas

(mercado) afetam as empresas e o que irá destacá-las é a habilidade destas em lidar com essas forças. (PORTER, 1986).

As forças competitivas determinam a intensidade da concorrência e também a rentabilidade da organização. Porter (1986) identifica cinco forças estruturais básicas das organizações que determinam o conjunto das forças competitivas. São elas: (a) Ameaça dos novos entrantes; (b) Poder de barganha dos fornecedores; (c) Ameaça de produtos ou serviços substitutos; (d) Poder de barganha dos compradores; e (e) Rivalidade entre os competidores já estabelecidos.

Para complementar, Porter (1996) discorre sobre a diferenciação entre eficácia operacional e estratégia, mostrando que existe uma confusão entre estratégia e ações estratégicas. Segundo Porter (1996), a eficácia operacional é um requisito para a sobrevivência da empresa, ao passo que a estratégia competitiva é o diferencial, a vantagem competitiva sustentável das organizações.

Por outro lado, Prahalad e Hamel (1998) fazem uma abordagem que enfatiza o foco interno da formulação da estratégia. Acrescentam a idéia de que a competência essencial da organização constitui sua vantagem competitiva sustentável, entendendo como competência essencial o aprendizado contínuo da organização, sua capacidade de integrar diferentes tecnologias, o grau de comunicação, de envolvimento e de comprometimento verificado entre os integrantes da organização. O *portfolio* de competências habilitaria a organização a desenvolver e manter as carteiras de negócio adequadas à sua estratégia.

Mintzberg (1991) amplia a definição de estratégia, por apontar cinco entendimentos que se pode ter deste conceito, apontando os diversos sentidos nos quais a palavra estratégia é empregada. Este autor determina os 5Ps da estratégia:

- (a) Estratégia como Plano – algo intencional e planejado, por meio do qual se buscam objetivos pré-determinados, sendo a interpretação mais comum do termo;
- (b) Estratégia como Pretexto – a estratégia pode ser aplicada com a finalidade de confundir, comunicar uma mensagem falsa ou não, podendo iludir os concorrentes;
- (c) Estratégia como Padrão – quando uma determinada ação ou conjunto de ações aponta resultados positivos, a tendência natural é incorporá-lo ao comportamento. Se, na abordagem de estratégia como plano, as estratégias são propositais ou

deliberadas, como padrão as estratégias são emergentes, surgindo mesmo sem intenção;

- (d) Estratégia como Posição – a organização na busca no nicho, um posicionamento que permita-lhe sustentar e defender sua posição dentro do mercado, sendo a percepção externa da empresa;
- (e) Estratégia como Perspectiva – o modo como a organização percebe-se no mercado e tem relação com a cultura, a ideologia e a percepção interna da organização.

Heijden (2004, p. 16) aponta que a palavra “cenário” não está bem definida na literatura da estratégia, pois é usada para muitas abordagens e ferramentas diferentes. Acrescenta que a organização necessita de uma boa adequação com seu ambiente para que seus objetivos sejam atingidos, sendo a finalidade da estratégia o desenvolvimento de políticas que orientem o comportamento pessoal dos indivíduos na organização de forma que o sistema consiga uma boa adequação. (HEIJDEN, 2004, p. 17).

De acordo com Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000, p. 52) o cenário baseia-se na suposição de que, como não é possível prever o futuro, especular sobre uma variedade de futuros pode abrir a mente e, com sorte, chegar a um futuro correto. Aborda, ainda, que o tempo dos planejadores não é ilimitado; eles necessitam de cenários suficientes para cobrir as contingências importantes possíveis, mas em quantidade suficientemente pequena para serem literalmente gerenciáveis. (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2000, p. 52).

Quando o mundo muda, os gerentes precisam de uma visão comum do novo mundo. Caso contrário, decisões estratégicas descentralizadas irão resultar em anarquia gerencial. Os cenários expressam e comunicam esta visão comum, uma compreensão comum das novas realidades para todas as partes da organização. (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2000, p. 52).

De acordo com Heijden (2004, p. 17-18), a estratégia requer o embasamento nos seguintes elementos:

- “Reconhecimento de objetivos, seja através de uma ordem externa, seja para a finalidade de sobrevivência e auto desenvolvimento da organização;
- Avaliação das características da organização, inclusive sua capacidade para mudar;
- Avaliação do ambiente, atual e futuro;

- Avaliação da adequação entre os dois;
- Desenvolvimento de políticas e, a seguir, de decisões e ações para melhorar a adequação”. (HEIJDEN, 2004, p. 17-18).

Heijden (2004, p.18) destaca que “o planejamento de cenários se distingue das outras abordagens mais tradicionais ao planejamento estratégico por sua abordagem explícita em relação à ambiguidade e à incerteza na questão estratégica”.

De acordo com Godet (2000), a prospectiva estratégica dedica-se a responder as seguintes questões:

1. O que pode acontecer no futuro?
2. O que posso fazer?
3. O que vou fazer?
4. Como vou fazê-lo?
5. Quem sou eu?

A construção de cenários prospectivos responde a primeira questão, os planejadores estratégicos devem responder a segunda, o processo de planejamento estratégico deve responder a terceira e a quarta questões. A resposta à quinta questão será fornecida pelo próprio planejamento estratégico. (GODET, 2000).

2.1.2 – Atores Influenciadores e os Cenários

Para fins deste trabalho, são considerados como “atores” os indivíduos ou grupos de indivíduos que possuem, de alguma forma, interesse ou que podem influenciar ou serem influenciados pelas decisões, ações, políticas, práticas ou objetivos de uma organização ou segmento organizacional analisado.

Gonçalves *et al.* (2007) expõem que, de acordo com suas pesquisas, foram identificados quais *stakeholders* compõem o setor hospitalar no Estado de São Paulo. Uma

lista sugestiva de *stakeholders* do setor foi fornecida aos entrevistados de sua pesquisa, ficando claro, porém, que poderiam ser incluídos novos *stakeholders* ou desconsiderados os sugeridos. Desta pesquisa, surgiu a seguinte lista final de *stakeholders* do setor hospitalar: Indústrias Farmacêutica, de Equipamentos Médicos e de Material Médico-Hospitalar; Saúde Suplementar; Instituições de Pesquisa; Ministério da Saúde; SUS; Pacientes; Médicos; Sindicatos; ONG's; Instituições Financeiras; Imprensa; Concorrentes; e Associações.

Em outro trabalho, Gonçalves *et al.* (2009) pesquisaram e observaram que os *stakeholders* de maior influência sobre o setor hospitalar no Estado de São Paulo são Pacientes, Saúde Suplementar, Ministério da Saúde, Médicos, Concorrentes, Indústria de Equipamentos Hospitalares, Indústria Farmacêutica e Indústria de Material Médico-Hospitalar.

2.2 – Modelagem dos Cenários

Marcial e Costa (2002) apontam que existem diversos métodos que auxiliam na construção de cenários, como os descritos por Godet em 1993, pela *Global Business Network* – GBN e Schwartz em 1996, por Porter em 1992 e por Grumbach em 1997. Apesar de cada um possuir características próprias, todos têm como base a teoria prospectiva, trabalham com variáveis e comportamento dos atores e constroem múltiplos cenários.

A orientação básica para a construção de cenários escolhida para este trabalho se baseia na proposição de Boaventura (2005), que leva à geração das variáveis-chave de cenários com base na aplicação de fundamentos de métodos consagrados, da teoria de análise de *stakeholders* e da consideração de variáveis do macro ambiente, contendo elementos advindos dos aspectos Sociais, Econômicos, Políticos e Tecnológicos (SEPT). O fluxograma utilizado pode ser observado na Figura 1.

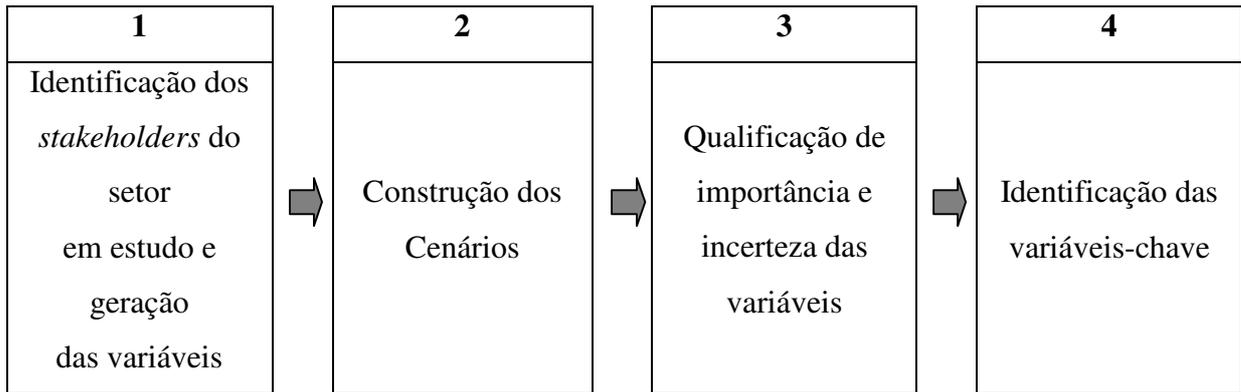


Figura 1. Fluxograma do Método Utilizado

Fonte: Boaventura (2005)

Gonçalves (2006) aponta que inúmeras metodologias de construção de cenários surgiram nas últimas décadas. Alguns especialistas e estudiosos consideram, que, muitas vezes, a expressão “cenário” é utilizada indevidamente, deturpando seu conceito. Por exemplo, Godet (2000) cita que cada vez mais o termo “cenário” tem sido empregado de forma abusiva.

É destacado, ainda, por Gonçalves (2006) que, das metodologias e técnicas que têm sido desenvolvidas nas últimas décadas, podem ser consideradas como principais para a modelagem de cenários as seguintes:

a) Abordagem Lógica Intuitiva (*Intuitive Logics*) – Metodologia desenvolvida por Pierre Wack e utilizada na *Shell*, sendo, posteriormente usada por Peter Schwartz nas empresas de consultoria *SRI – Stanford Research Institute* e *Global Business Network*. Nesse método, as decisões fundamentam-se em um conjunto de inter-relações que envolvem fatores políticos, tecnológicos, sociais, ambientais e econômicos. Trata-se de uma técnica predominantemente qualitativa, pois, apesar da possibilidade de antecipação ou definição de variáveis presentes no ambiente com certa facilidade, existem variáveis com um alto grau de complexidade, provocando grande instabilidade. Esta metodologia apresenta como principal vantagem o fato de poder construir cenários internamente consistentes, sendo apoiados em uma perspectiva lógica e intuitiva, através da utilização da capacidade de visão, experiência, intuição, percepção e observação de indivíduos internos e externos à organização .

b) Análise do Impacto Cruzado – Desenvolvida pela *Rand Corporation*, em conjunto com a *Southern California University*, o objetivo dessa metodologia é buscar uma estrutura de probabilidades consistentes, por meio do método de programação quadrática. Esta metodologia possibilita uma análise dos impactos de um evento sobre os outros por meio do inter-relacionamento dos eventos, utilizando-se do cruzamento de probabilidades. A fundamental vantagem é permitir que os especialistas alterem a evolução dos cenários ao final de cada período de tempo almejado, proporcionando uma boa flexibilidade frente às turbulências dos ambientes.

c) Análise de Impacto de Tendências – Esta metodologia é fundamentada em uma previsão isolada sobre a variável dependente principal, sendo ajustada posteriormente pela concorrência de possíveis eventos e seus impactos. Essa técnica alia modelos econométricos, probabilísticos, além de análises qualitativas. Como vantagem da aplicação desta abordagem, pode-se citar a sinergia proporcionada entre fatores qualitativos oriundos, por exemplo, de entrevistas e questionários e os métodos analíticos tradicionais. (GONÇALVES, 2006).

Referente aos métodos para construção de cenários, Gonçalves (2006) ainda indica que a literatura apresenta várias opções, não sendo permitido considerar que exista um modelo ideal, devendo as organizações selecionar o mais adequado às suas necessidades, considerando aspectos como o segmento a que pertence a empresa, seu estágio em relação ao planejamento estratégico, a facilidade de entendimento dos modelos existentes, entre outros.

Gonçalves (2006), então, destaca alguns dos métodos de construção de cenários disponíveis na literatura.

1) SRI – Stanford Research Institute – O método empregado pela *SRI* utiliza o método da lógica intuitiva. Foi desenvolvido em paralelo com a *Shell*, tendo vários pontos em comum com o processo de cenários por ela desenvolvido. O método da *SRI* é considerado um exemplo da abordagem “lógico-intuitiva” no desenvolvimento e na aplicação de cenários, sendo sua metodologia simples e

transparente que facilita seu seguimento e aplicação pelos participantes do processo, desde que orientados por um líder. O método compõe-se de seis etapas que devem ser desenvolvidas por um grupo multidisciplinar que realizará uma série de análises em *workshops*:

- (a) decisões estratégicas;
- (b) fatores-chave de decisão;
- (c) análise das forças ambientais;
- (d) desenvolvimento dos cenários lógicos;
- (e) descrição dos cenários; e
- (f) implicações estratégicas.

2) GBN – Global Business Network – O método apresentado pela *GBN*, a exemplo da *SRI*, também emprega o método de Lógica Intuitiva. Este método pode ser definido como uma ferramenta que permite ordenar diferentes percepções do futuro, cuja aplicação do método parece estar mais próxima de uma forma disciplinada de pensar do que de uma metodologia ou fórmula. De acordo com Schwartz (2000), o método é composto basicamente por oito etapas, sendo:

- (a) identificar a questão ou decisão central;
- (b) forças-chave do ambiente local;
- (c) forças motrizes;
- (d) hierarquização por importância de incerteza;
- (e) selecionar a lógica dos cenários;
- (f) incorporando os cenários;
- (g) implicações; e
- (h) selecionar os indicadores iniciais e sinais de aviso.

3) *Battele Memorial Institute* – O método de construção de cenários utilizado pelo *Battele Memorial Institute* é baseado na metodologia de Análise de Impactos Cruzados. O método é composto por sete etapas, conforme descrito a seguir:

- (a) definição da estrutura da questão a ser pesquisada, considerando escopo, tempo e mensuração;
- (b) identificação e estruturação das áreas influentes sobre o assunto;
- (c) definição dos descritores, sua lógica e probabilidade inicial de ocorrência;
- (d) alimentação da matriz de impacto cruzado com as probabilidades consideradas na etapa anterior e rodar os dados em um programa de computador;
- (e) seleção dos cenários para um estudo mais detalhado, descrevendo os mesmos;
- (f) introdução de eventos poucos prováveis, porém com alto impacto, conduzindo a uma análise de sensibilidade objetivando a análise de seus efeitos; e
- (g) elaboração das projeções decorrentes dos cenários e avaliação de suas conseqüências na empresa.

4) *Future Mapping* – O método denominado *Future Mapping* foi desenvolvido pela empresa de consultoria *Northeast Consulting Resources, Inc. – NCRI* e assemelha-se à Lógica Intuitiva aplicada pela *Shell*, cujo planejamento possibilita aprender e perceber o funcionamento do ambiente dos negócios. O processo de *Future Mapping* é composto por duas pré-suposições: (a) o futuro está condicionado e moldado pela ação de vários participantes e (b) na maioria das indústrias esforços no sentido de se atingir uma vantagem competitiva provocarão mudanças estruturais. O método utiliza duas ferramentas principais: (a) os “estados finais” que, em resumo, são fotografias do setor analisado em algum horizonte futuro, sendo considerados

normalmente em número de quatro a cinco e (b) os “eventos”, que têm como atributo principal ser capaz de apontar, se acontecerão ou não.

5) Análise prospectiva – Michel Godet – Assim como método da *Battele – BASICS*, a proposta de Godet também utiliza o método de impactos cruzados. O modelo proposto sofreu ajustes com o passar dos anos, resultando em um novo formato que considera a ligação entre análise prospectiva e estratégia. De acordo com Godet (2000), o objetivo dessa abordagem é sugerir orientações e ações estratégicas baseadas nas competências das organizações, de acordo com os cenários que reproduzem o ambiente geral e competitivo. Este novo modelo é constituído de nove etapas, conforme pode ser visualizado na Figura 2:

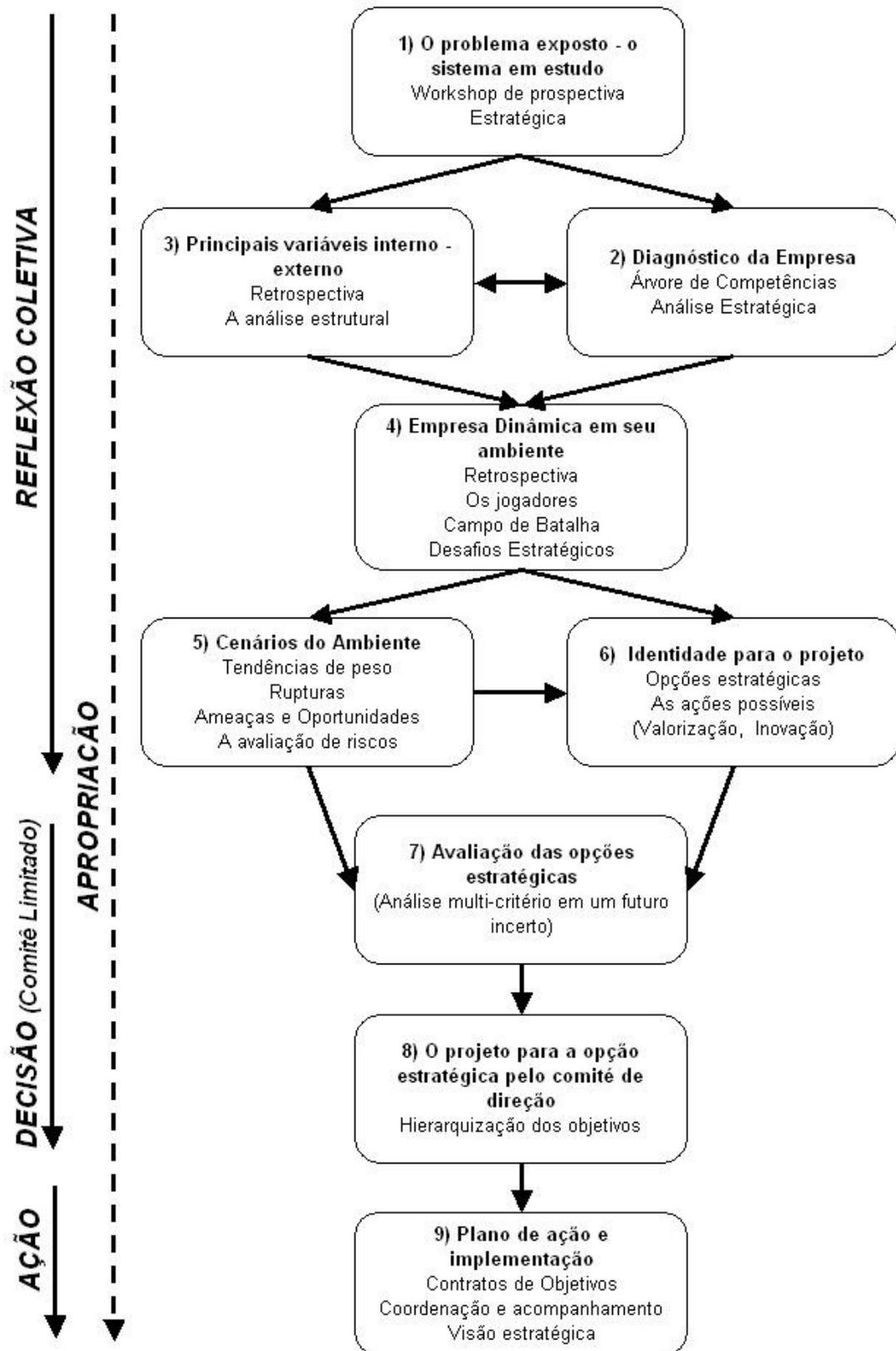


Figura 2. Planificação Estratégica por Cenários: Metodologia Integrada

Fonte: Godet (2000)

6) CSM – Comprehensive Situation Mapping – Esta ferramenta foi desenvolvida por William Acar em 1983. A exemplo de outras ferramentas, utiliza diagramas para tratar de problemas complexos, podendo ser classificada, como uma técnica de mapeamento causal, sendo uma ferramenta que auxilia na formulação estratégica, desde a fase de construção inicial do modelo de situação até a fase de análise estratégica. As características do *CSM* permitem a compilação de cenários por intermédio de alterações do ambiente e de estratégias da empresa, além de possibilitar a diagramação de situações estratégicas complexas. O modelo permite simular como as forças ambientais influenciam a empresa, ativando tanto mudanças repentinas externas como as ações dos grupos de gerentes dentro da organização. O desenvolvimento do método *CSM* é subdividido em duas etapas:

- (a) fase divergente, cuja a visão dos tomadores de decisão sobre a natureza e a estrutura da situação estratégica é diagramada individualmente sem sofrer influência dos outros participantes do processo; e
- (b) fase convergente, cujos participantes do processo compartilham as idéias em um debate.

7) DSI – Decision Strategies International – Desenvolvido por Paul J.H. Schoemaker, baseia-se na metodologia da Lógica Intuitiva e considera que a identificação das principais tendências e incertezas constitui-se em um dos principais elementos para a construção de cenários e propõe a necessidade de checar, pelo menos, três tipos de consistência: (a) a compatibilidade das tendências com o horizonte de tempo considerado; (b) a compatibilidade dos resultados finais das incertezas consideradas em um cenário; e (c) a condição em que se apresentam os principais *stakeholders* do cenário considerado. Esta análise torna-se, especialmente, necessária quando a construção dos cenários envolve *stakeholders* como governo, organizações internacionais ou fortes grupos de interesse. As etapas que constituem o método são as seguintes:

- (a) definição do escopo;
- (b) identificação dos principais *stakeholders*;

- (c) identificação das tendências básicas;
- (d) identificação das incertezas-chave;
- (e) construção inicial de cenários;
- (f) checagem de consistência e plausibilidade;
- (g) desenvolvimento de cenários de aprendizagem;
- (h) identificação de necessidade de pesquisa;
- (i) desenvolvimento de modelos quantitativos; e
- (j) seleção de cenários de decisão.

Em um processo interativo, deve-se convergir para cenários finais que são utilizados para testar as estratégias e gerar novas idéias. Estes cenários devem respeitar quatro aspectos principais: ser relevante, internamente consistente, contrastante e descritor de um estado final que perdure por um período de tempo razoável. (GONÇALVES, 2006).

2.3 – O Método Grumbach

Para fins deste trabalho, foi utilizado o Método Grumbach como método de construção de cenários, que, além de já ser um método consagrado, utilizar as técnicas de *brainstorming*, utilizar o método Delphi e o método dos impactos cruzados, permite a utilização do *software* PUMA (*Pointwise Unconstrained Minimization Approach*), um programa de computador que permite o cruzamento de informações, proporcionando a modelagem dos cenários. (GRUMBACH, 1997; MARCIAL e GRUMBACH, 2002; BRAINSTORMING, 2006)

O método Grumbach segue as quatro fases que são executadas na seguinte ordem (MARCIAL; GRUMBACH, 2002, p. 106-127; GRUMBACH, 2010):

1. **Definição do problema** – Propósito, amplitude, horizonte temporal. Esta é uma fase conceitual, na qual o pesquisador que irá realizar a construção dos cenários fixa os propósitos do estudo prospectivo, determina a amplitude dos sistema a ser analisado e

estabelece o horizonte temporal no qual se deve trabalhar. Devem ser definidos, ainda, os peritos (pesquisados) que ajudarão a construir os cenários.

2. **Pesquisa ou Diagnóstico Estratégico** – Histórico e Situação atual. O pesquisador deve fazer um minucioso levantamento das variáveis externas e internas do sistema em pauta, contemplando aspectos históricos, políticos, econômicos, geográficos, demográficos, sociais, educacionais, culturais, técnico-científicos, etc. Esta pesquisa retrospectiva serve para o entendimento do presente e da conjuntura atual do objeto do estudo.
3. **Processamento** – Fatos portadores de futuro, lista preliminar de eventos, Delphi e impactos cruzados, geração de cenários, interpretação e hierarquização de cenários. É a parte analítica do método, quando os dados coletados na fase anterior são depurados, pela extração dos fatos mais importantes. Nesta fase, com a utilização de um *brainstorming*, são obtidos os eventos futuros que comporão os cenários. Nesta fase, são utilizadas as pesquisas, o *software* PUMA, a tabulação e formatação dos dados. É utilizado o Método Delphi de pesquisa e são avaliados os impactos cruzados proporcionados pelas pesquisas. Após o processamento são interpretados os dados, com a hierarquização dos eventos, onde serão determinados os eventos que ocorrerão ou não.
4. **Sugestões** – Finalização do trabalho. Momento em que são sintetizadas o resultado de todo o encadeamento lógico das idéias, que permite a organização interessada no cenário prospectivo tomar ações no presente, visando a se orientar na direção do cenário que lhe é mais favorável ou enfrentar os percalços que surgirão em seu futuro que não serão possíveis de evitar. Quanto mais profundo o estudo sobre a documentação obtida na primeira fase da pesquisa, mais específicas serão as sugestões. Nesta parte do estudo, pode-se especificar “o que fazer” e “como fazer”. Estas sugestões serão tanto mais genéricas e superficiais, quanto menor tenha sido o tempo disponível para o analista obter os dados da primeira fase da pesquisa.

O Método Grumbach foi desenvolvido, a partir de 1996, por Raul Grumbach, um brasileiro que estudou o desenvolvimento de cenários prospectivos na Espanha e conseguiu aliar algumas idéias de autores consagrados, como Igor Ansoff, Michael Porter e Michel Godet, com as suas próprias conclusões e as de sua equipe, fruto da prestação de consultorias a vários órgãos públicos e empresas privadas no Brasil. (GRUMBACH, 2010, p. 8). Com o passar dos anos, consolidou o seu Método de Planejamento Estratégico com apoio de Cenários Prospectivos, que se apóia no *software* PUMA.

Em síntese, o Método Grumbach fundamenta-se em conceitos de:

- Planejamento Estratégico com Visão de Futuro baseada em Cenários Prospectivos, empregando Simulação Monte Carlo;
- Análise de Parcerias Estratégicas, levando em conta princípios da Teoria dos Jogos; e
- Gestão Estratégica, com base em análise de fatos novos obtidos pela Inteligência Competitiva e no acompanhamento de indicadores. (GRUMBACH, 2010).

2.3.1 – *Software* PUMA

Referente ao *software* PUMA, que foi utilizado para a tabulação dos dados obtidos nas pesquisas, este informatiza o método Grumbach no que se refere à construção de cenários, sendo uma ferramenta primordial para este trabalho e que atende aos requisitos estabelecidos pelo Método Grumbach, principalmente no que se refere à Simulação de Monte Carlo, que é uma técnica que envolve utilização de números randomizados e probabilidade para resolução de problemas. Segundo Lima *et al.* (2008), o método explora as propriedades estatísticas dos números aleatórios para assegurar que o resultado correto seja computado da mesma forma que num jogo de cassino para se certificar de que a “casa” sempre terá lucro. Por esta razão, a técnica de resolução de problemas é chamada de método de Monte Carlo.

Estes autores complementam que para resolver um problema por meio do método de Monte Carlo é usada uma série de tentativas aleatórias. A precisão do resultado final depende,

em geral, do número de tentativas. Esse equilíbrio entre a precisão do resultado e o tempo de computação é uma característica muito útil deste método. (LIMA *et al.*, 2008).

De uma forma geral, o *software* PUMA permite o cadastramento dos dados fundamentais (identificação do sistema), dos dados referentes ao diagnóstico estratégico, das medidas da visão de presente e de futuro e, por fim, a consolidação de um plano estratégico. (BRAINSTORMING, 2006)

Neste trabalho, foram utilizadas apenas as funcionalidades do *software* PUMA referentes à construção dos cenários, que envolve a visão de presente e visão de futuro, desconsiderando as outras funcionalidades deste sistema que não são objeto deste estudo.

Na Figura 3, são mostradas as etapas permitidas no *software* PUMA que estão alinhadas com o Método Grumbach de construção de cenários prospectivos.

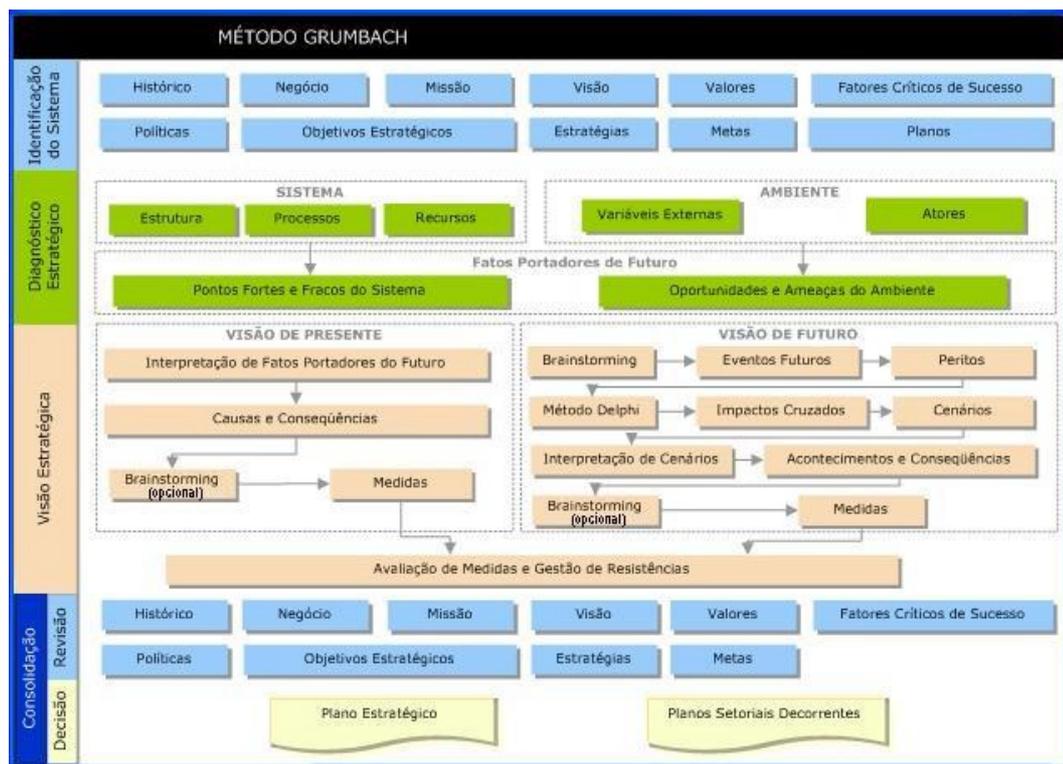


Figura 3. Fluxo do Método Grumbach no Software PUMA

Fonte: Brainstorming (2006)

Neste capítulo, foi apresentada a fundamentação teórica necessária para o desenvolvimento deste estudo. No próximo capítulo, apresenta-se a metodologia.

3. METODOLOGIA

3.1 – Tipo de Estudo

No sentido de alcançar os objetivos propostos e fazer uma pesquisa de natureza aplicada – no campo da Administração, uma ciência social – empregamos dois tipos de pesquisa:

- **Exploratória**, para saber as opiniões dos especialistas da área;
- **Descritiva**, necessária à aplicação de uma ferramenta de informática, própria para projetar cenários futuros.

O presente estudo classifica-se como pesquisa exploratória e descritiva e a origem dos dados é de procedência primária, provenientes da coleta de opiniões das pessoas. O estudo pode ser classificado, segundo a extensão, o campo, como um levantamento de dados junto aos especialistas em gestão hospitalar.

Para análise dos dados, foram empregadas as duas modalidades. Primeiro, foi utilizada a técnica qualitativa de análise para verificar, no conjunto, o tipo de visão dos especialistas. Segundo, foi aplicada a abordagem quantitativa, pois para analisar os resultados foram utilizadas técnicas estatísticas, para fazer projeções e descrições de modelos de cenários obtidos (DORNELLES, 2006, p. 88, SILVA; MENEZES, 2000).

A decisão de fazer um levantamento justifica-se porque a pesquisa envolve o questionamento direto de pessoas, cujas opiniões desejava-se conhecer acerca do problema estudado para, a seguir, mediante a análise quantitativa e qualitativa, trabalharmos os dados coletados nas entrevistas. (GIL, 1999).

Sobre a utilização de métodos qualitativos de pesquisa, reforçamos que segundo Godoy (1995) ocupa um reconhecido e destacado lugar entre as várias possibilidades de se estudar fenômenos que envolvem os seres humanos e suas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes. Neves (1996) complementa dizendo que pesquisa qualitativa é um conjunto de diferentes técnicas que visam descrever e decodificar os componentes de um

sistema complexo de significados, objetivando traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social.

A opção por pesquisa exploratória fundamentou-se em Gil (1999), que defende esta ser a mais adequada para proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a construir hipóteses para estudos futuros ou a torná-lo mais explícito. Assim, foi possível buscar um refinamento de idéias ou mesmo, a descoberta de intuições ou atitudes dos entrevistados, necessárias para estabelecer possíveis relações entre as variáveis estudadas.

3.2 – Sujeitos da Pesquisa

De acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, no Estado do Rio Grande do Sul, existem 376 hospitais, classificados em Hospitais Gerais (332 unidades), Hospitais Especializados (21 unidades) e Hospitais mistos (23 Unidades). Esta classificação pode ser de outras formas, como hospital público ou hospital privado, filantrópicos ou com fins lucrativos, tamanho, número de leitos, etc. Para fins deste trabalho, o que é importante é a quantidade de unidades hospitalares inseridas no Estado, objeto do estudo.

O CNES é a plataforma administrada pelo Ministério da Saúde, que visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja, Federal, Estadual e Municipal. Esta base de dados está disponibilizada no *web site* <http://cnes.datasus.gov.br>. Além dos dados acima citados, estão disponíveis informações sobre outros tipos de agentes da saúde, como postos de saúde, laboratórios, serviços de pronto atendimento e pronto socorro, etc.

Cabe destacar que destes 376 hospitais instalados no Estado do Rio Grande do Sul, 259 são filantrópicos. Conforme relação constante no *web site* da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul, esta informação torna-se importante pelo fato de serem aproximadamente 70% do número de hospitais do estado e que estes hospitais, por força de Lei, são obrigados a atender 60% de sua capacidade instalada a pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, órgão do Ministério da Saúde,

conforme determinava o parágrafo 4º do artigo 3º do Decreto nº 2.536, de 06 de abril de 1998 e suas alterações, corroborado pela Lei nº.12.101 de 27 de novembro de 2009.

Os entrevistados (especialistas) foram escolhidos dentre os participantes da cadeia de valor que integram estes hospitais, dentro da área de abrangência desta análise dos cenários, passando por dirigentes de hospitais, de associações de hospitais, fornecedores de *software* hospitalar, médicos e de consultores na área da saúde.

No Quadro 1, descreve-se a categorização dos especialistas que fizeram parte desta pesquisa:

	Formação acadêmica	Cargo/Função	Tempo de experiência na área hospitalar
Especialista 1	Doutor em Medicina	Diretor Geral do hospital universitário de grande porte	12 anos
Especialista 2	Administrador Hospitalar	Diretor Geral do hospital universitário de grande porte	41 anos
Especialista 3	Administrador de Empresa	Consultor em Gestão Hospitalar	23 anos
Especialista 4	Mestre em Saúde Coletiva, Graduada em Administração Hospitalar, Especialista em Gestão em Saúde, Especialista em Comunicação e Saúde	Professor nos Cursos de Administração Hospitalar, Administração de Empresas e Ciências Contábeis. Consultor em Gestão Hospitalar	20 anos
Especialista 5	Administrador de Empresa	Sócio-Diretor de empresa fornecedora de <i>software</i> hospitalar	10 anos
Especialista 6	Especialista em Gestão de Sistemas de Saúde	Superintendente de entidade de classe voltada a hospitais	20 anos
Especialista 7	Médico, Mestre em Administração de Empresas	Superintendente de hospital	25 anos
Especialista 8	Mestre em Administração de Empresas	Diretor Geral do hospital universitário de grande porte	7 anos
Especialista 9	Médico	Superintendente Executivo de hospital de grande porte	27 anos
Especialista 10	Médico	Diretor Administrativo de hospital de grande porte	13 anos
Especialista 11	Médico	Diretor Técnico e Clínico de hospital de grande porte	11 anos

Especialista 12	Especialista em Gestão em Saúde, MBA em Gestão Empresarial	Consultor em Gestão Hospitalar	12 anos
-----------------	--	--------------------------------	---------

Quadro 1. Categorização dos Especialistas

É importante registrar que houve muita dificuldade em selecionar os especialistas, pois tratam-se de pessoas compromissadas, ainda mais que o modelo de pesquisa adotado requeria mais de uma sessão de questionamentos. A escolha final dos especialistas ficou a cargo de seu grau de conhecimento sobre o setor hospitalar aliado com a acessibilidade a estas pessoas.

3.3 – Instrumento de Pesquisa

A primeira parte da pesquisa de campo foi a determinação dos eventos que fizeram parte do estudo ora apresentado e que influenciaram diretamente na construção dos cenários. Um formulário simples enviado aos especialistas, que apontaram os seguintes fatores críticos, sugeridos por Brainstorming (2006):

- Meio Ambiente;
- Tecnológicas;
- Psicossociais;
- Econômicas;
- Segurança Institucional;
- Políticas;
- Científico Tecnológicas.

Brainstorming (2006) separa as variáveis em dois tipos: VARIÁVEIS ENDÓGENAS (aquelas cujas mudanças de comportamento poderão afetar o cumprimento da Missão, e que deverão ser objeto de monitoramento) e VARIÁVEIS EXÓGENAS (aquelas, dentre as variáveis Políticas, Econômicas, Psicossociais, Segurança Institucional e de Ciência e Tecnologia atuantes no Ambiente, que influenciam o Sistema). Como o estudo de cenários

estão sendo feitos para um segmento determinado e para uma região específica, as variáveis endógenas devem ser desconsideradas. (BRAINSTORMING, 2006).

A lista de eventos (ou variáveis) são os fenômenos de possível ocorrência futura, que poderão impactar de alguma forma o Sistema, no caso os cenários prospectivos. (GRUMBACH, 2010). Segundo Grumbach (2010), os Fatos Portadores de Futuro – FPF são os fatos de comprovada existência, sinalizadores de uma possível realidade que irá se formar no futuro, isto é, fenômenos ou circunstâncias, relacionados com cada uma das dimensões do sistema e do ambiente em estudo. Godet (2000) complementa que são “sinais ínfimos por suas dimensões presentes, mas imensos por suas consequências e potencialidades virtuais”.

Para a determinação das variáveis, foi observado o trabalho de Gonçalves (2006), o qual listou 61 variáveis de influência do setor hospitalar. Estas variáveis iniciais foram levadas a discussão com 12 dos especialistas, e depois de incluir ou excluir algumas e outras sofreram adaptações em sua descrição, resultaram em 59 variáveis consideradas influenciadoras dos cenários do setor hospitalar do Estado do Rio Grande do Sul.

Foi solicitado, então, aos especialistas, que apontassem o grau de importância, o grau de incerteza e o seu conhecimento pessoal sobre o assunto, a respeito das 59 variáveis identificadas, divididas nos temas de influência, descritas no Apêndice 2 deste trabalho e apresentadas no Quadro 2:

Tema	Variáveis número
Saúde Suplementar	1, 2, 3, 4, 5
SUS – Sistema Único de Saúde	6, 7, 8, 9, 10
Governo	11, 12, 13, 14, 15
Pacientes	16, 17
Fornecedores	18, 19, 20, 21, 22, 23
Médicos	24, 25, 26, 27
Instituições de Pesquisa	28, 29, 30, 31
Concorrentes	32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39
Aspectos Sociais	40, 41, 42, 43, 44, 45
Aspectos Econômicos	46, 47, 48, 49, 50
Aspectos Tecnológicos	51, 52, 53, 54, 55
Gestão Hospitalar.	56, 57, 58, 59

Quadro 2. Separação das Variáveis por Tema de Influência

De acordo com o Método Grumbach e a operacionalização do *software* PUMA, o instrumento de pesquisa possui a característica de questionar cada especialista sobre:

- a importância de um evento (variável) para o estudo;
- sua possibilidade de ocorrência no espaço de tempo proposto;
- grau de conhecimento do especialista sobre o assunto (cada evento).

No Quadro 3, é apresentado um modelo do instrumento de pesquisa, que foi utilizado com os entrevistados.

VARIÁVEL	Grau de importância: se a variável é importante para a construção do cenário.	Incerteza de acontecimento: se a variável possui probabilidade de ocorrência.	Conhecimento do entrevistado sobre o assunto (auto-avaliação): o quanto o especialista entrevistado conhece a respeito do assunto.
		Menos importante: grau zero Muito importante: grau 100	Não acontecerá: grau um Com certeza acontecerá: grau nove
Variável 1	0 a 100	1 até 9	1 até 9
Variável 2	0 a 100	1 até 9	1 até 9
Variável 3	0 a 100	1 até 9	1 até 9
.....
Variável 59	0 a 100	1 até 9	1 até 9

Quadro 3. Modelo de Instrumento de Pesquisa Inicial
Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Brainstorming (2006).

É importante destacar que as características “Incerteza do acontecimento” e “Conhecimento do entrevistado sobre o assunto” recebem graus de 1 (um) a 9 (nove), em detrimento de graus de 0 (zero) a 10 (dez) em virtude que o grau 0 (zero) estaria condicionando a resposta a nenhuma possibilidade de acontecimento ou conhecimento nulo sobre o assunto, assim como o grau 10 (dez) remeteria a uma certeza de acontecimento ou conhecimento absoluto sobre o evento.

No segundo momento, após o cruzamento das informações coletadas e inseridas no *software* PUMA, este determinou uma série de dez eventos e questionou sobre o “impacto cruzado”, no qual cada evento foi associado a outro evento e verificado o impacto que causa, item por item.

Estas respostas também foram fornecidas pelos especialistas, utilizando uma escala de 1% a 99% (não mais de “0% - Evento não ocorre com certeza” - a “100% - Evento ocorre com certeza”), para registrar as opiniões quanto às novas probabilidades (condicionadas) de cada evento. Cabe esclarecer que as probabilidades condicionadas 0% e 100% foram

excluídas da escala dessa Matriz porque a utilização desses valores faria as ocorrências de alguns Cenários se tornarem impossíveis. (BRAINSTOMING, 2010).

No Quadro 4, apresenta-se um modelo de matriz de impactos cruzados.

Evento certo que ocorrerá e que irá gerar impacto nos demais eventos	Evento 1	Evento 2	Evento 3	Evento 4	Evento 5	Evento 6	Evento 7	Evento 8	Evento 9	Evento 10
Evento 1	xx									
Evento 2		xx								
Evento 3			xx							
Evento 4				xx						
Evento 5					xx					
Evento 6						xx				
Evento 7							xx			
Evento 8								xx		
Evento 9									xx	
Evento 10										xx

Quadro 4. Modelo de Matriz dos Impactos Cruzados

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Grumbach (2010).

Todas as probabilidades de influência são determinadas através do Teorema de Bayes, pois considera-se a probabilidade de um evento ocorrer, dado que outro evento tenha ocorrido. (BUSSAB; MORETTIN, 2002).

Sendo a sua principal função considerar o grau de conhecimento dos especialistas, evitando inconsistências, ou seja, o princípio das probabilidades subjetivas. (BUSSAB; MORETTIN, 2002, p.116). Caso não exista consistência nas probabilidades o próprio *software* PUMA não efetua os cálculos. Se isso ocorrer, o pesquisador deve fazer as correções nas inconsistências ocorridas em função da divergência entre as respostas, através de uma nova consulta aos especialistas participantes da pesquisa.

3.4 – Coleta de Dados

As pesquisas foram realizadas de maio de 2010 a janeiro de 2011, sendo que foram escolhidos 12 especialistas (Quadro 1) do setor hospitalar do Estado do Rio Grande do Sul, selecionados a partir de seu notório conhecimento e participação ativa neste mercado, levando em consideração que pertencessem a diferentes grupos de *stakeholders*.

Esta amostra tornou-se significativa no momento em que o número mínimo de peritos a serem entrevistados, de acordo com Blois e Souza (2008), para garantir a utilização do método Grumbach, é de sete especialistas. Entretanto, era pretendido que este número inicial de entrevistados fosse o dobro, para garantir que a sequência de “*rounds*” permitindo que, se houvesse alguma desistência de entrevistados, fosse possível chegar ao final da pesquisa com este número mínimo necessário.

Na primeira rodada da pesquisa, foram obtidas 12 respostas dos especialistas, e, na segunda rodada, este número foi reduzido para 9 especialistas. Este índice de respostas ainda está acima do prescrito por Blois e Souza (2008), portanto garante a utilização do método.

3.5 – Passos da Pesquisa

A pesquisa ocorreu na seguinte sequência:

- Passo 1: Definiram-se os peritos (especialistas) que foram entrevistados;
- Passo 2: Convidaram-se os especialistas para participar da pesquisa, sendo este convite feito pessoalmente, por telefone ou por *e-mail*. Após o convite inicial, foi enviado correspondência por *e-mail* confirmando a pesquisa;
- Passo 3: Foram analisadas as variáveis apresentadas no trabalho de Gonçalves (2006), que serviram de base para a lista inicial das variáveis que foram pesquisadas neste trabalho;

- Passo 4: Definiu-se, junto a alguns dos especialistas, quais as variáveis impactantes para a formação dos cenários. Foram selecionadas 59 variáveis, separadas em grupos de impactos;
- Passo 5: Foi montado o formulário da primeira pesquisa com as variáveis definidas;
- Passo 6: Foram enviados os formulários por *e-mail* aos especialistas;
- Passo 7: Após o recebimento das respostas, foram inseridos os dados no *software* PUMA;
- Passo 8: Por questões de configurações e de capacidade de processamento do próprio *software* PUMA, foram selecionadas, neste momento, apenas 40 variáveis, considerando o seu grau de importância ao estudo, grau este já definido pelos próprios especialistas;
- Passo 9: Foi gerada a Matriz de Impactos Cruzados com os 10 eventos propostos pelo *software* PUMA;
- Passo 10: Construiu-se o formulário de pesquisa dos Impactos Cruzados;
- Passo 11: Foi enviado este formulário aos especialistas;
- Passo 12: Após o recebimento das respostas, foi inserido os dados no *software* PUMA;
- Passo 13: Foram gerados, no *software* PUMA, os cenários, as tabelas e os gráficos auxiliares;
- Passo 14: Foram realizadas as análises dos dados e descrição dos cenários;

Cabe ressaltar que o *software* PUMA é uma ferramenta informatizada desenvolvida pela Empresa Brainstormig e que forneceu os direitos de utilização para fins deste trabalho.

Quanto à pesquisa com utilização de formulários padronizados, de acordo com Marconi e Lakatos (2006), é necessário que o pesquisador siga um roteiro previamente estabelecido, e é efetuada com pessoas selecionadas, de acordo com o planejamento, permitindo obter respostas às mesmas perguntas de tal forma que possam ser comparadas.

Para tanto, foi utilizado o método Delphi para a sequência de pesquisas. O método Delphi envolve questionar individualmente um grupo de *experts* (especialistas, no caso deste estudo), em um campo especificado, relacionado ao estudo a ser desenvolvido. (SPINELLI, 1983). O método é desenvolvido por meio de formulários, aplicados por meio de entrevistas ou questionários, não propiciando o confronto direto entre os participantes.

Consiste na aplicação de sucessivas rodadas (*rounds*), envolvendo todos os participantes em busca da formação de um consenso. Portanto, o objetivo deste método é obter o consenso de opinião entre um grupo de especialistas com maior grau ou nível de confiança. (DALKEY; HELMER, 1963). É um método intuitivo e interativo, sendo anônimo (não existe comunicação entre os participantes), tendo seu *feedback* controlado (o pesquisador apresenta somente aquilo que se refere aos objetivos do estudo, evitando ruídos ou mesmos aspectos psicológicos que aconteceriam em reuniões de grupo) e o resultado da aplicação será um consenso (pela utilização de várias rodadas).

3.6 – Roteiro de Entrevista

Para a realização da pesquisa foi adotado o seguinte roteiro:

1. Primeiro contato com os especialistas e determinação de quais os eventos seriam impactantes para os cenários futuros:
 - a) Os entrevistados foram convidados a participar do estudo e quatro deles foram consultados sobre as variáveis a serem investigadas para a formação dos cenários. Foi explicado como seriam os contatos, se presenciais, por telefone ou por *e-mail* e que este trabalho duraria alguns meses;
 - b) Após todos responderem, foram escolhidas as variáveis mais significativas, de acordo com o *software* PUMA.

Grumbach (2010) indica que este trabalho deve ser feito por meio de um *brainstoming* com o grupo pesquisado, no caso de os cenários estarem sendo pesquisados por uma empresa ou por um órgão do governo. Como este trabalho é individual, coube ao

pesquisador se valer dos próprios peritos para determinar os eventos impactantes nos cenários futuros.

Este autor ainda salienta que devem ser escolhidos poucos eventos, perto de 15, para serem trabalhados na pesquisa. (GRUMBACH, 2010). Entretanto, como foi identificado que existem muitas variáveis que influenciam o setor em análise, foram utilizados 59 eventos, sendo que ao final na primeira fase, o próprio *software* PUMA determinou apenas 10 eventos significativos e impactantes para a continuação das análises.

2. Primeira rodada da pesquisa em si, com a determinação da força de cada evento na formação do cenário futuro:

- a) O formulário, exemplificado no Quadro 3, no item 3.3 deste trabalho, foi enviado por *e-mail* e, em alguns casos, foi telefonado ao perito para o fornecimento de detalhes sobre o preenchimento;
- b) Retorno, por *e-mail*, dos formulários preenchidos.

3. Na segunda rodada da pesquisa investigou-se os impactos cruzados

- a) Foi feito em formulário, exemplificado no Quadro 4, no item 3.3 deste trabalho, específico e enviado por *e-mail* aos entrevistados.
- b) Retorno, por *e-mail*, dos formulários preenchidos.

4. Análise dos resultados.

A análise dos resultados serão apresentadas no capítulo seguinte.

4. RESULTADOS OBTIDOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados encontrados neste estudo.

4.1 – Variáveis Escolhidas Pelo *Software* PUMA

Após o retorno da primeira fase da pesquisa, os dados foram inseridos no *software* PUMA, que separou os dez eventos mais relevantes a partir da combinação entre a probabilidade de acontecimento, o grau de importância dado pelos especialistas e o grau de conhecimento dos especialistas sobre as variáveis. As variáveis foram:

- Variável 16 – PACIENTES – Os pacientes pressionarão por melhores níveis de atendimento e tratamento.
- Variável 23 – FORNECEDORES – As consultorias especializadas (qualidade, acreditação, gestão, projetos, etc.) estarão cada vez mais presentes no dia-a-dia dos hospitais.
- Variável 24 – MÉDICOS – Os médicos forçarão os hospitais a melhorar a infraestrutura.
- Variável 33 – CONCORRENTES – Os concorrentes forçarão a busca por procedimentos com menor custo, sem perda de qualidade.
- Variável 34 – CONCORRENTES – A concorrência também forçará a profissionalização da gestão dos hospitais.
- Variável 52 – ASPECTOS TECNOLÓGICOS – O desenvolvimento de sistemas integrados de gestão direcionados à área hospitalar colaborarão para uma melhoria na gestão dos hospitais.
- Variável 54 – ASPECTOS TECNOLÓGICOS – Prontuário eletrônico integrado entre os hospitais será uma realidade.

- Variável 55 – ASPECTOS TECNOLÓGICOS – Os sistemas de informação para a gestão administrativa de hospitais e suas sub-unidades proporcionarão diminuição de custos.
- Variável 57 – GESTÃO HOSPITALAR – Os hospitais irão profissionalizar cada vez mais a sua gestão, buscando administradores hospitalares para as suas funções estratégicas.
- Variável 58 – GESTÃO HOSPITALAR – A acreditação hospitalar será uma realidade da grande maioria dos hospitais.

Neste momento, já se percebe a tendência de como seria o comportamento dos cenários. No entanto, nada se podia concluir, pois ainda haveria a segunda parte da pesquisa que confrontou cada uma destas variáveis com as outras constantes na lista, determinando o percentual de impacto que causariam umas nas outras.

Estas dez variáveis foram apresentadas aos especialistas para que apontassem os impactos cruzados e, posteriormente, estas respostas foram inseridas no *software* PUMA. Isso permitiu gerar os cenários, obter o grau de probabilidade de acontecimento, a motricidade e qual a dependência de cada uma das variáveis.

4.2 – Impactos Cruzados

A primeira análise realizada é relativa aos impactos cruzados, já definidos anteriormente. Neste momento, é analisado o efeito que cada uma das dez variáveis destacadas causam umas às outras, complementando a informação de probabilidade de ocorrência ou não de uma variável. (GRUMBACH, 2010). Os especialistas foram orientados a preencher a matriz de impactos cruzados, conforme Quadro 4 do item 3.3 deste trabalho.

Estes impactos, definidos pelos especialistas, depois de inseridos no *software* PUMA e feitos os devidos ajustes necessários ao funcionamento do sistema, resultou na matriz de impactos cruzados, apresentada no Quadro 5.

EVENTOS	Probabilidade											Depen- dência
	%	16	23	24	33	34	52	54	55	57	58	
Variável 16 – PACIENTES – Os pacientes pressionarão por melhores níveis de atendimento e tratamento.	92	X	91	91	92	91	91	92	91	92	90	0,96
Variável 23 – FORNECEDORES – As consultorias especializadas (qualidade, acreditação, gestão, projetos, etc.) estarão cada vez mais presentes no dia-a-dia dos hospitais.	81	80	X	78	79	79	81	79	78	83	76	1,36
Variável 24 – MÉDICOS – Os médicos forçarão os hospitais a melhorar a infraestrutura.	85	84	82	X	84	83	83	84	83	84	81	1,37
Variável 33 – CONCORRENTES – Os concorrentes forçarão a busca por procedimentos com menor custo, sem perda de qualidade.	90	90	88	89	X	89	89	89	89	89	88	1,13
Variável 34 – CONCORRENTES – A concorrência forçará a profissionalização da gestão dos hospitais.	88	87	86	86	87	X	87	87	87	87	85	1,26
Variável 52 – ASPECTOS TECNOLÓGICOS – O desenvolvimento de sistemas integrados de gestão direcionados á área hospitalar colaborarão para uma melhoria na gestão dos hospitais.	87	86	85	85	86	86	X	86	85	86	85	1,26
Variável 54 – ASPECTOS TECNOLÓGICOS – Prontuário eletrônico integrado entre os hospitais será uma realidade.	90	90	88	89	89	89	89	X	89	89	88	1,13
Variável 55 – ASPECTOS TECNOLÓGICOS – Os sistemas de informação para a gestão administrativa de hospitais e suas sub-unidades proporcionarão diminuição de custos.	86	85	83	84	85	85	84	85	X	85	83	1,28
Variável 57 – GESTÃO HOSPITALAR – Os hospitais irão profissionalizar cada vez mais a sua gestão, buscando administradores hospitalares para as suas funções estratégicas.	89	89	87	88	88	88	88	88	88	X	86	1,15
Variável 58 – GESTÃO HOSPITALAR – A acreditação hospitalar será uma realidade da grande maioria dos hospitais.	78	77	77	75	76	76	79	76	79	83	X	1,16
Motricidade		0,47	1,74	1,39	0,82	1,05	0,95	0,82	1,17	1,1	2,55	

Quadro 5. Matriz de Impactos Cruzados

Fonte: Software PUMA

4.3 – Influência e Dependência

É importante destacar a análise de influência (motricidade) e de dependência que cada variável proposta para construção dos cenários possuem umas sobre as outras. Desta análise enfatizada por Godet (2000), foi construído o seguinte diagrama:

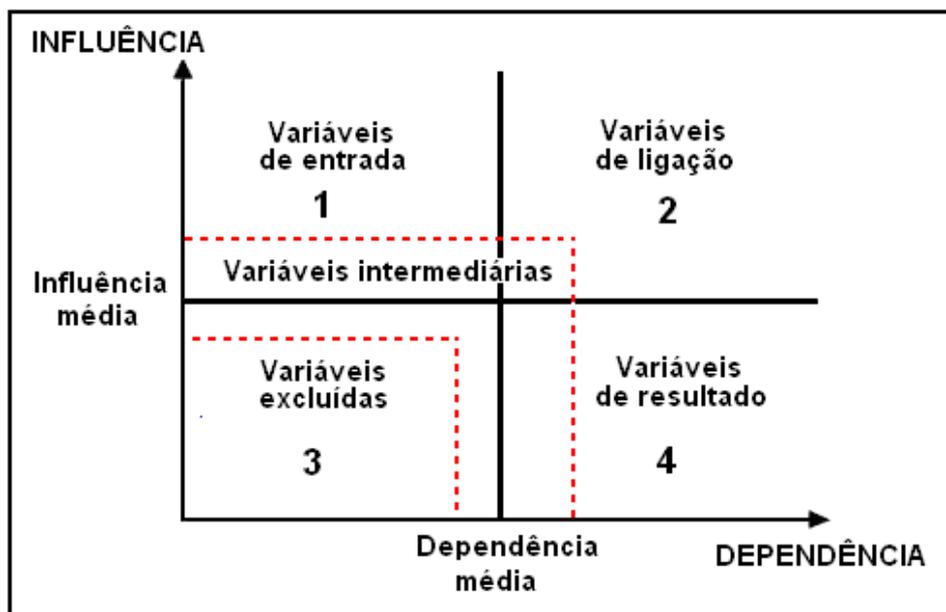


Figura 4. Plano de Influência-Dependência

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Godet (2000, p. 72)

Gonçalves (2006, p.75) explica o posicionamento das variáveis no contexto influência e dependência da seguinte forma:

1. As variáveis que estão no primeiro quadrante são aquelas que explicam e condicionam o restante do sistema e são chamadas de variáveis de influência e caracterizam-se por possuir alta influência e baixa dependência em relação as outras variáveis.
2. No segundo quadrante, estão as variáveis de transmissão, que apresentam grande influência e grande dependência, sendo que as ações nestas variáveis são retransmitidas para outras variáveis.

3. No terceiro quadrante, estão as variáveis de baixa influência e baixa dependência, sendo que são variáveis não determinantes e podem ser excluídas da análise.
4. Localizam-se, no quarto quadrante, as variáveis que sofrem grande influência das variáveis dos quadrantes 1 e 2 e são chamadas de variáveis de resultado e possuem baixa influência e alta dependência.

Desta análise, o sistema construiu a matriz de motricidade e dependência, que tem extrema importância para definição dos cenários. A matriz de motricidade (influência) e dependência está apresentada na Figura 5.

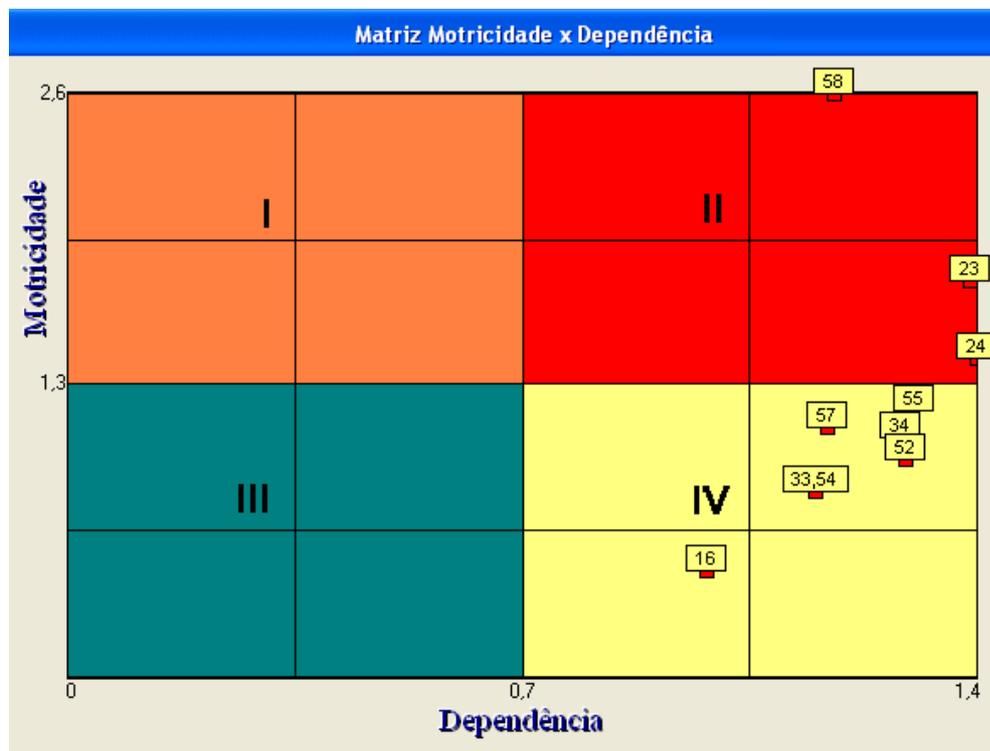


Figura 5. Matriz de Motricidade e Dependência

Fonte: Software PUMA

Assim, quanto maior for o grau de motricidade de um evento, mais ele influenciará as probabilidades dos demais; e quanto maior for o seu grau de dependência, mais a sua probabilidade de ocorrência será influenciada pelos demais.

É importante assinalar que, quanto maior for o grau de motricidade de um evento, mais ele aumentará as chances (“Odds”) de ocorrência ou não dos demais; e quanto maior o seu grau de dependência, mais a sua chance de ocorrência será influenciada pelos demais.

Observe-se, então que a Variável 16 “PACIENTES – Pressionarão por melhores níveis de atendimento e tratamento” é a que sofre menos dependência da ocorrência das outras variáveis, seguida pela Variável 33 “CONCORRENTES – Forçarão a busca por procedimentos com menor custo, sem perda de qualidade” e pela Variável 54 “ASPECTOS TECNOLÓGICOS – Prontuário eletrônico integrado entre os hospitais será uma realidade”.

Por outro lado, a Variável 58 “GESTÃO HOSPITALAR – A acreditação hospitalar será uma realidade da grande maioria dos hospitais” é a que tem maior poder de influência nas outras variáveis, seguida pela Variável 23 “FORNECEDORES – As consultorias especializadas (qualidade, acreditação, gestão, projetos, etc.) estarão cada vez mais presentes no dia-a-dia dos hospitais” e pela Variável 24 “MÉDICOS – Forçarão os hospitais a melhorar a infra-estrutura”.

4.4 – Construção dos Cenários

Por meio da classificação das variáveis, considerando seu grau de influência e dependência no setor objeto deste estudo, foram construídos 1024 (2¹⁰) cenários futuros em uma ordem de possibilidade de ocorrência, dos quais se destacam os 12 primeiros, sendo que os três mais prováveis ocuparam um percentual significativo no estudos requerendo uma análise mais detalhada.

O Quadro 6, apresenta os cenários e suas probabilidades de ocorrência.

		Variáveis									
		16	23	24	33	34	52	54	55	57	58
Cenários	Prob. (%)	Os pacientes pressionarão por melhores níveis de atendimento e tratamento.	As consultorias especializadas estarão cada vez mais presentes no dia-a-dia dos hospitais.	Os médicos forçarão os hospitais a melhorar a infraestrutura.	Os concorrentes forçarão a busca por procedimentos com menor custo, sem perda de	Os concorrentes forçarão a profissionalização da gestão dos hospitais.	O desenvolvimento de sistemas integrados de gestão direcionados à área hospitalar	O Prontuário eletrônico integrado entre os hospitais será uma realidade.	Os sistemas de informação para a gestão administrativa de hospitais e suas sub-unidades	Os hospitais irão profissionalizar cada vez mais a sua gestão, buscando administradores	A acreditação hospitalar será uma realidade da grande maioria dos hospitais.
Cenário 1	10,143	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre
Cenário 2	4,609	Ocorre	Não Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre
Cenário 3	3,892	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Não Ocorre
Cenário 4	3,852	Ocorre	Ocorre	Não Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre
Cenário 5	3,332	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Não Ocorre	Ocorre	Ocorre
Cenário 6	3,016	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Não Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre
Cenário 7	2,805	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Não Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre
Cenário 8	2,148	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Não Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre
Cenário 9	2,139	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Não Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre
Cenário 10	2,100	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Não Ocorre	Ocorre
Cenário 11	1,474	Ocorre	Não Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Não Ocorre
Cenário 12	1,447	Não Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre	Ocorre

Quadro 6. Estimação dos Cenários

Fonte: *Software PUMA*

Note-se que o cenário mais provável de ocorrência é aquele que apresenta todas as 10 variáveis, perfazendo uma probabilidade de 10,143% de ocorrência.

O segundo cenário se forma com a exclusão da variável 23 “FORNECEDORES – As consultorias especializadas (qualidade, acreditação, gestão, projetos, etc.) estarão cada vez mais presentes no dia-a-dia dos hospitais”, com as outras nove variáveis presentes, que dá uma possibilidade de ocorrência de 4,609%. Ou seja, a exclusão desta variável reduz a probabilidade de ocorrência de 10,143% para 4,609%.

Um terceiro cenário se forma com nove variáveis, onde a variável 58 “GESTÃO HOSPITALAR – A acreditação hospitalar será uma realidade da grande maioria dos hospitais”, com as outras nove presentes, ocorrendo com a probabilidade de 3,892%.

A combinação destes três cenários aponta a probabilidade de ocorrência de 18,645%, conforme a Figura 6.

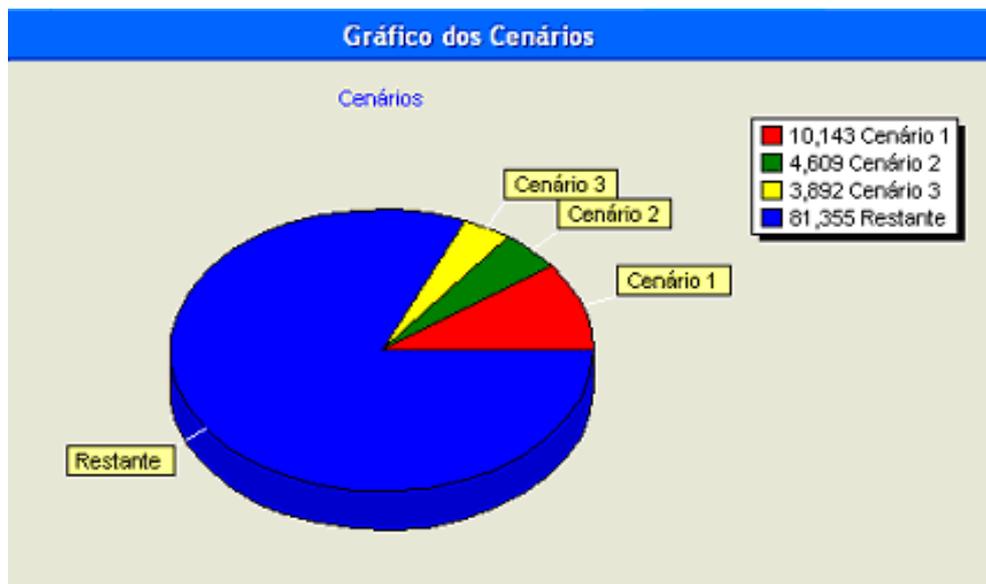


Figura 6. Gráfico dos Cenários – Os Três Mais Prováveis de Ocorrência

Fonte: *Software PUMA*

Entretanto, é necessário analisar o cenário classificado na décima-segunda posição, no qual a variável 16 “PACIENTES – Pressionarão por melhores níveis de atendimento e tratamento” não está presente, o que ocasiona a queda do percentual de ocorrência de 10,143% (que ocorre no primeiro cenário onde todas as variáveis estão presentes) para o probabilidade de 1,447%, sendo uma variável de extrema importância para o contexto de construção dos cenários. Observe-se que é mais importante que o cenário 11 (pois provoca um percentual de ocorrência menor), em que foi obtido a exclusão de 2 variáveis do contexto total.

A orientação do método recomenda que seja analisados apenas até o cenário 10, mas este fato descrito no parágrafo acima permitiu concluir sobre a importância desta variável.

A partir do décimo-terceiro cenário, sempre há a combinação da exclusão de duas ou mais variáveis e os percentuais de ocorrência já não passam a ser significativos.

Foi obtido, ainda, um dado interessante: se for considerado os 10 primeiros cenários de maior probabilidade de ocorrência, a combinação entre eles (com todas variáveis presentes e com a exclusão de cada uma, caso a caso) proporciona uma probabilidade de 38,040% de ocorrência, sendo a soma de todos os outros cenários restantes é de 61,960%, conforme apresentado na Figura 7, gerada pelo *software* PUMA.

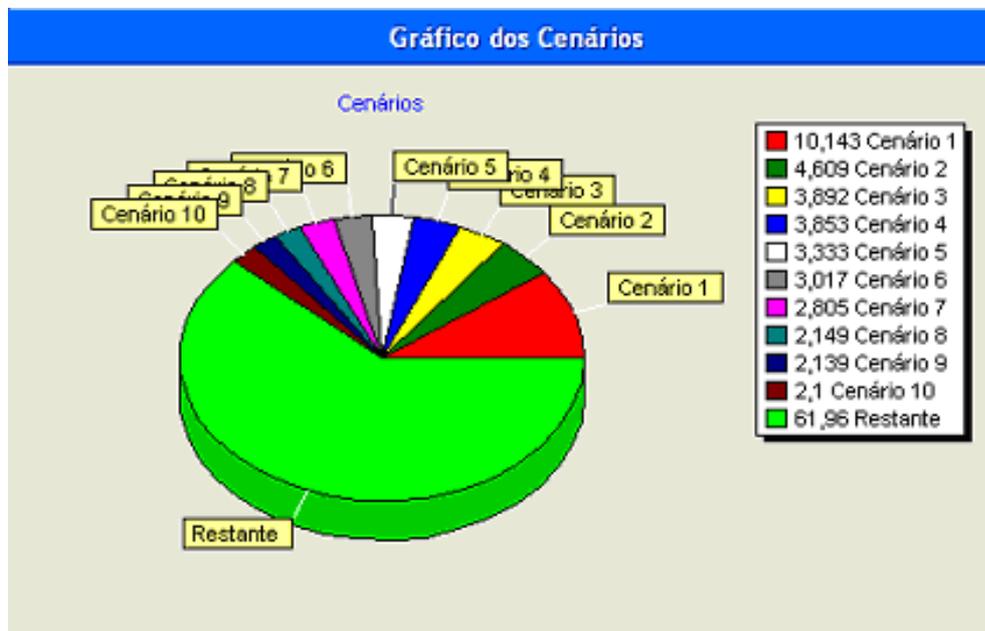


Figura 7: Gráfico dos Cenários – Os Dez Mais Prováveis de Ocorrência

Fonte: *Software* PUMA

Na última análise deste trabalho, é importante observar a função que o *software* PUMA permite, referente à interpretação dos cenários, que dispõe uma *interface* onde são inseridos dados referentes à cada cenário. Estes dados são referentes aos cenários mais prováveis, aos cenários ideais e aos cenários de tendência.

Esta interpretação está demonstrada na Figura 8.

O *software*, de forma automática, aponta como prováveis todos os 10 cenários já trabalhados, permitindo ao pesquisador que preencha as outras duas colunas, cenários ideais e

cenários de tendência, com a opção “O”, de “ocorre”, e “N”, de “não ocorre”. (BRAINSTORMING, 2006).

O critério utilizado para a classificação dos cenários ideais foi a possibilidade de ação externa pressionando sua execução, momento que foi classificados como “não ocorre” e os restantes como “ocorre”. Para o caso dos cenários de tendência, foi considerado como os cinco mais probabilísticos de ocorrência como “ocorre” e os restantes como “não ocorre”.

Em seguida, é permitido que se insira a competência que a organização possui sobre cada um dos cenários identificados, referindo-se ao fato de a organização possuir ingerência ou não sobre o acontecimento daquela variável. Esta análise foi feita de forma simples, apenas considerando a influência dos fatores externos aos hospitais na obtenção de cada cenário.

Após é solicitado uma ordem dos acontecimentos (roteiro), que neste trabalho foi utilizado o critério de maior probabilidade de acontecimento como determinante para esta ordenação.

4.4.1 – Análise dos Acontecimentos

Os cinco parâmetros descritos a seguir constituirão um ponto de partida para que o pesquisador preencha a coluna Roteiro (sequência cronológica de 1 a 10) de análise dos Acontecimentos. (BRAINSTORMING, 2006).

- a) Igualdade / desigualdade dos acontecimentos em cada um dos Cenários;
- b) Pertinências dos Eventos;
- c) Grau de motricidade de cada Evento;
- d) Capacidade de cada instituição de atuar sobre o Acontecimento (“Fora” ou “Dentro” da esfera de competência da mesma); e
- e) Probabilidade de cada Evento recalculada após os Impactos Cruzados (“Probabilidade Impactada”), todos exibidos na tela Interpretação de Cenários,

Este último item foi preponderante para o preenchimento da ordem de acontecimento (roteiro) face a maior probabilidade de acontecimento como determinante para a ordenação.

O estabelecimento desse roteiro forneceu ao pesquisador uma primeira idéia de importância relativa entre os acontecimentos, sem que isso signifique uma priorização. A ideia principal do roteiro é estabelecer uma sequência de abordagem dos temas a serem debatidos. Para uma análise estratégica, deve ser definido o que deve ser priorizado, uma vez que nem sempre se disporá de recursos e tempo suficientes para implementar todas elas simultaneamente. (BRAINSTORMING, 2006).

4.4.2 – Determinação dos Grupos

O *software* PUMA, então, busca alguns indicadores já tratados como pertinência, motricidade e probabilidade e determina os grupos em que cada cenário está inserido, classificados em ameaças, oportunidades e nas categorias de competência de dentro e fora da organização, conforme mostra a Figura 8.

Interpretação de Cenários									
Evento	+ Prov.	Ideal	Tend.	Grupo	Fora/Dent	Pert.	Motr.	Prob.	Roteiro
16 - Pac - Pressionário por melhores níveis de atendimento e tratamento.	0	N	0	I	D	8,58	,47	88,91 %	1
23 - Fornec - As consultorias especializadas estarão mais presentes	0	N	N	II	D	8,42	1,74	73,96 %	10
24 - Med - Forçarão os hospitais a melhorar a infra-estrutura.	0	N	N	II	D	8,67	1,39	77,00 %	9
33 - Concor - Forçarão a busca por procedimentos com menor custo, sem perda de qualid	0	N	0	I	F	8,42	,82	85,41 %	2
34 - Concor - Forçarão a profissionalização da gestão dos hospitais.	0	N	0	I	D	8,5	1,05	81,72 %	5
52 - Asp Tec - O desenvolvimento de sistemas integrados de gestão direcionados á área	0	0	N	III	D	8,58	,95	80,48 %	6
54 - Asp Tec - Prontuário eletrônico integrado entre os hospitais será uma realidade.	0	0	0	IV	F	8,75	,82	85,27 %	3
55 - Asp tec - Os sistemas de informação para a gestão administrativa de hospitais	0	0	N	III	D	8,5	1,17	78,99 %	7
57 - Ges Hosp - Os hospitais irão profissionalizar cada vez mais a sua gestão	0	0	0	IV	D	8,58	1,1	84,12 %	4
58 - Ges Hosp - Acreditação hospitalar será uma realidade da grande maioria dos hosp	0	0	N	III	D	8,42	2,55	77,02 %	8

Figura 8. Interpretação dos Cenários

Fonte: *Software* PUMA

Grupo	Variáveis	Probabilidade Média de Ocorrência
I	16, 33, 34	85,350%
II	23, 24	75,480%
III	52, 55, 58	78,830%
IV	54, 57	84,700%

Quadro 7. Probabilidade Média de Ocorrência dos Grupos

Fonte: *Software PUMA*

Nesta análise ficaram classificados no grupo I as variáveis:

- 16 – Os pacientes pressionarão por melhores níveis de atendimento e tratamento.
- 33 – Os concorrentes forçarão a busca por procedimentos com menor custo, sem perda de qualidade.
- 34 – Os concorrentes forçarão a profissionalização da gestão dos hospitais.

Isso significa que há uma ameaça forte: o acontecimento indicado pelo Cenário Mais Provável é diferente do apontado no Ideal e se iguala ao visualizado no de Tendência. Se o Cenário Ideal indica os acontecimentos desejáveis, ou seja, favoráveis à instituição, aqueles que, no Mais Provável, apontarem na direção oposta, deverão ser considerados como desfavoráveis. E esse grau de desfavorabilidade será ainda maior quando a indicação do Cenário de Tendência se igualar à do Mais Provável. (BRAINSTORMING, 2006).

No grupo II foram classificados as seguintes variáveis:

- 23 – Os fornecedores de consultorias especializadas (qualidade, acreditação, gestão, projetos, etc.) estarão cada vez mais presentes no dia-a-dia dos hospitais.
- 24 – Os médicos forçarão os hospitais a melhorar a infra-estrutura.

Neste caso existe uma ameaça moderada para a organização: o acontecimento indicado pelo Cenário Mais Provável é diferente do apontado no Ideal e também do visualizado no de Tendência. Aqui persiste a desfavorabilidade, embora um pouco atenuada pelo fato de o pesquisador ter visualizado uma tendência "boa", para que o Acontecimento se iguale ao Ideal, embora sem desconsiderar a possibilidade de que venham a ocorrer rupturas de tendência "más". (BRAINSTORMING, 2006).

No grupo III, apresentaram-se as seguintes variáveis:

- 52 – O desenvolvimento de sistemas integrados de gestão direcionados à área hospitalar colaborarão para uma melhoria na gestão dos hospitais.
- 55 – Os sistemas de informação para a gestão administrativa de hospitais e suas sub-unidades proporcionarão diminuição de custos.
- 58 – A acreditação hospitalar será uma realidade da grande maioria dos hospitais.

Proporciona uma oportunidade moderada: o Acontecimento indicado pelo Cenário Mais Provável é igual ao apontado no Ideal, mas diferente do visualizado no de Tendência. Empregando raciocínio inverso ao descrito na Prioridade I, há que se considerar esses acontecimentos como favoráveis, mantendo-se em mente, entretanto, que o pesquisador identificou uma tendência "má", no sentido oposto – embora também aqui possam vir a ocorrer rupturas de tendência, que, neste caso, seriam "boas".(BRAINSTORMING, 2006).

E no grupo IV, as seguintes variáveis foram classificadas:

- 54 – O Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP integrado entre os hospitais será uma realidade.
- 57 – Os hospitais irão profissionalizar cada vez mais a sua gestão hospitalar, buscando administradores hospitalares profissionais para as suas funções estratégicas.

Proporciona uma oportunidade forte: o Acontecimento indicado pelo Cenário Mais Provável é igual aos apontados no Ideal e no de Tendência. (BRAINSTORMING, 2006).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado é uma pesquisa aplicada por seu interesse prático. Em vista disso, os resultados encontrados poderão ser aplicados ou utilizados, imediatamente, na solução de problemas que ocorrem na realidade hospitalar do Rio Grande do Sul. (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 20).

Ao final deste trabalho, foram obtidos os cenários prospectivos prováveis para o setor hospitalar do Estado do Rio Grande do Sul, por meio de um estudo em que a importância, a probabilidade e o conhecimento dos entrevistados sobre cada variável componente dos cenários foi analisada, sendo este estudo suportado por um *software* específico (PUMA).

Este trabalho indicou, portanto, um referencial probabilístico de ocorrência de eventos e acontecimentos que servirão de base para a construção de planejamentos estratégicos em organizações hospitalares.

Desta forma, acredita-se ter respondido a questão principal deste trabalho que é como será composto o cenário futuro das organizações hospitalares no Estado do Rio Grande do Sul em um horizonte de dez anos, proporcionando um meio de estudo e reflexão para o planejamento de ações destas organizações, de tal forma que as tornem mais competitivas, autossustentáveis e permanentes.

Para a formulação de novas estratégias do setor hospitalar, os gestores poderão utilizar os cenários prospectivos encontrados neste estudo, realizando a interpretação analítica de cada cenário e de sua probabilidade de ocorrência apontada, criando condições de para que modifique as ações de acordo as probabilidades de ocorrência ou, ainda, minimizando (ou maximizando) seus efeitos. Os cenários prospectivos apresentados neste estudo não são a previsão de acontecimentos, mas a avaliação de suas probabilidades de acontecimento. Não foi objetivo prever o futuro, embora estudasse a probabilidade dos acontecimentos.

Os cenários prospectivos estudados com base de escolha probabilística de acontecimentos são de extrema importância no momento em que os analistas não teriam tempo hábil para avaliar todas as possíveis variáveis que possam ocorrer, como apresentado neste trabalho, cabendo a análise das variáveis plausíveis e que possuam possibilidade de acontecimento.

Portanto, o cenário mais provável para o setor hospitalar do Estado do Rio Grande do Sul, em um horizonte de tempo de 10 anos futuros, seria aquele que contempla as 10 variáveis, sendo que a probabilidade vai diminuindo a medida que algumas variáveis vão sendo excluídas. São listadas estas variáveis, na ordem de importância e de probabilidade de ocorrência.

- O pacientes pressionarão por melhores níveis de atendimento e tratamento.
- O Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP integrado entre os hospitais será uma realidade.
- Os concorrentes forçarão a busca por procedimentos com menor custo, sem perda de qualidade.
- Os hospitais irão profissionalizar cada vez mais a sua gestão hospitalar, buscando administradores hospitalares profissionais para as suas funções estratégicas.
- Os concorrentes forçarão a profissionalização da gestão dos hospitais.
- O desenvolvimento de sistemas integrados de gestão direcionados á área hospitalar colaborarão para uma melhoria na gestão dos hospitais.
- Os sistemas de informação para a gestão administrativa de hospitais e suas sub-unidades proporcionarão diminuição de custos.
- A Acreditação hospitalar será uma realidade da grande maioria dos hospitais.
- Os médicos forçarão os hospitais a melhorar a infraestrutura.
- Os fornecedores de consultorias especializadas (qualidade, acreditação, gestão, projetos, etc.) estarão cada vez mais presentes no dia-a-dia dos hospitais.

Observe-se que, dos dez itens relacionados no cenário mais provável, oito deles se referem a questões de gestão e administração, sendo três variáveis oriundas do aspecto tecnológico de sistemas de informação, confirmando a preocupação com a gestão hospitalar. Somado a estes itens, têm-se duas variáveis que mostram a intenção de médicos e pacientes de forcarem a melhoria do atendimento e da qualidade nas organizações hospitalares.

Isso leva à conclusão que estes itens relativos à gestão e à administração estão se consolidando em uma preocupação cada vez mais crescente, assumindo um grande grau de importância, tornando o papel do administrador e das ferramentas de gestão em elementos de cada vez maior importância nas organizações hospitalares.

É evidente que se os pacientes irão pressionar cada vez mais por melhores níveis de atendimento, constatado como sendo a variável com maior probabilidade de acontecimento, os itens relativos a gestão e processos organizacionais, principalmente aqueles que envolvem melhoria de valor agregado ao paciente e que não possam aumentar o custo, serão considerados prioritários e, assim, devem ser tratados e trabalhados pelas organizações hospitalares.

Cabe destacar que as variáveis oriundas dos temas macroambientais (sociais, econômicas, políticas e tecnológicas) não tiveram influência significativas nos cenários apresentados.

A leitura do conjunto das dez variáveis mais significativas torna-se importante, face a sua probabilidade de acontecimento destacada neste trabalho, pois estes itens devem ser considerados para o planejamento da estratégia para os próximos anos.

Neste contexto, pode-se afirmar que um modelo de gestão, de planejamento e de tomada de decisão, voltados para o futuro, auxilia as organizações hospitalares a ser competitivas, pois uma estratégia adequada pode ser a construção de cenários prospectivos. A partir deles, as decisões gerenciais podem ser tomadas com uma base mais ampla de segurança.

5.1 – Recomendações de trabalhos futuros

Referente a estudos futuros, o desenvolvimento de cenários prospectivos nunca irá ter fim, pois o futuro, além de incerto, sempre será contínuo e infinito, proporcionando inúmeras oportunidades de análise, sob os mais diferentes aspectos e variáveis que venham a ser estudadas.

A fase seguinte a este trabalho é a utilização destes cenários prospectivos para o desenvolvimento de estratégias organizacionais de cada corporação hospitalar inserida na limitação geográfica proposta.

Espera-se, ainda, com a construção destes cenários, apresentar para estas organizações hospitalares uma ferramenta para prepará-las para este futuro possível, permitindo que elas sejam mais competitivas, autossustentáveis e permanentes, por meio da reflexão sobre este tema e do planejamento das ações.

Oportuno, ainda, seria a interação do estudo de cenários prospectivos com a utilização das ferramentas aqui apresentadas com as análises feitas por centros tecnológicos de pesquisa, principalmente daqueles que trabalham com inteligência competitiva ou com inovação.

REFERÊNCIAS

BLOIS, H. D.; SOUZA, J. C. **Cenários prospectivos e a dinâmica de sistemas**: proposta de um modelo para o setor calçadista. RAE – Revista de Administração de Empresas vol. 48 – nº3, jul./set. 2008

BOAVENTURA, J. M. G.. **Desenvolvimento de um método para gerar as variáveis-chave de cenários**: um ensaio no setor de automação comercial no Brasil. 24º EnANPAD, Brasília, set. 2005.

BRAINSTORMING Assessoria de Planejamento de Informática. **Método Grumbach PUMA 4.0** – Sistema de planejamento estratégico e cenários prospectivos. Curso on line. Apostila Básica. 2006.

BRASIL. **Lei nº 12.101** de 27 de novembro de 2009. Brasília: Diário Oficial da União de 30 de novembro de 2009.

BRASIL. **Decreto nº 2.536**, de 06 de abril de 1998. Brasília: Diário Oficial da União de 07 de abril de 1998.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Geral, Grupo de Trabalho – Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde – **Terminologia básica em saúde**. 2 ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**, Disponível em URL: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43. Acessado em 26 de fevereiro de 2010

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Portaria n.º 400** de 06 de dezembro de 1977. Diário Oficial da União de 06 de dezembro de 1977.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística básica**. 5.ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

CHERUBIN, N. **Fundamentos da administração hospitalar**. São Paulo: União Social Camiliana. 1977.

DALKEY, N.; HELMER, O. **An experimental application of the delphi method to the use of experts**. RAND Corporation, California, 1963.

DIFFENBACH, J. **Corporate environmental analysis in large US corporations**. Long Range Planning. v. 16, no. 3, p. 107-116, 1983. ISSN: 0024-6301.

DORNELLES, G. S. **Metagestão: a arte do diálogo nas organizações**. São Paulo: Saraiva, 2006.

FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS BENEFICENTES, RELIGIOSOS E FILANTRÓPICOS DO RIO GRANDE DO SUL. Disponível em http://www.hospifilrs.org.br/novo_portal/modules/xt_conteudo/index.php?id=7 acessado em 03 de março de 2010.

GEUS, A.de. **A empresa viva: como as organizações podem aprender a prosperar e se perpetuar**. Rio de Janeiro: Campus, 1998

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GODET, M. **La caja de herramientas de la prospectiva estratégica – problemas y métodos**. Cuaderno nº 5 – LIPS – Laboratoire d'Investigation Prospective et Stratégique. Cuarta edición. Zarautz (Gipuzkoa) – España: Prospektiker. Abril de 2000

_____. **The art of scenarios and strategic planning: tools and pitfalls**. Technological Forecasting and Social Change. v. 65, 2000a, p.8

GODET, M.; ROUBELAT, F. **Creating the future: the use and misuse of scenarios**. **Long Range Planning**, v. 29, n. 2, p. 164-171, 1996.

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

GONÇALVES, E. L. **Estrutura organizacional do hospital moderno**. RAE/EAESP/FGV. São Paulo, v.38, n. 1, p. 80-90, jan/mar. 1998.

GONÇALVES, P. C. **Construção de Cenários para o Setor Hospitalar**. Dissertação de Mestrado em Administração. Universidade Cidade de São Paulo. São Paulo. 2006.

GONÇALVES, P. C.; BOAVENTURA, J. M.; COSTA, B.K.; MARQUES, F. M. **Construção de cenários para o setor hospitalar: um estudo no Estado de São Paulo**. SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2007.

_____. **Análise de Stakeholders: Um Estudo no Setor Hospitalar do Estado de São Paulo**. Disponível em URL: <http://www.ead.fea.usp.br/eadonline/grupodepesquisa/publica%3%A7%C3%B5es/benny/31.pdf> acesso em 24 de outubro de 2009.

GRUMBACH, R. J. **Prospectiva a chave para o planejamento estratégico**. Rio de Janeiro: Catau, 1997.

_____. **Método Grumbach de gestão estratégica**. Rio de Janeiro: Brainstorming Assessoria de Planejamento e Informática, 2010. (Manual)

HEIJDEN, K. van der. **Cenários: a arte da conversação estratégica**. Porto Alegre: Bookman, 2004

KORBES, G. A. **Construa seu plano: gestão estratégica em serviços de saúde**. Porto Alegre: [S.n.], 2010.

LIMA, E. C. P.; VIANA, J. C.; ALMEIDA, N.; MOTA, C. M. M. **Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras**. IV CNEF – CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO Niterói, RJ, Brasil, 31 de julho, 01 e 02 de agosto de 2008

MALIK, A. M.; PENA, F. P. M. **Administração estratégica em hospitais**. EAESP/FGV/NPP – Núcleo de Pesquisas e Publicações. Relatório de Pesquisa nº 21/2003.

MARCIAL, E. C.; GRUMBACH, R. J. S. **Cenário prospectivos: como construir um futuro melhor**. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

MARCIAL, E. C.; COSTA, A. J. L. **O uso de cenários prospectivos na estratégia empresarial: vidência especulativa ou inteligência competitiva?** Anais do 25º Encontro da ANPAD. Campinas, set. 2001.

_____. **Competitive intelligence versus spying: building a vision of the future**. Anais do BALAS – Business Association of Latin America. Tampa, Mar. 2002

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MINOTTO, R. **A estratégia em organizações hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

MINTZBERG, H. Five Ps for strategy. In: MINTZBERG, H.; QUINN, J. B. **The strategy process, concepts, contexts, cases**. 2. ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1991. p.12.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa:** características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisa em administração, v. 1., n. 3., 1996.

PORTER, M. E. **Estratégia competitiva:** técnica para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

_____. **Vantagem competitiva:** criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro: campus, 1992.

_____. What is strategy? **Harvard Business Review**, p. 61-78, Nov/Dec. 1996.

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

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. **A competência essencial da corporação.** In: MONTGOMERY, C.; PORTER, M. E. **Estratégia:** a busca da vantagem competitiva. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

RIO GRANDE DO SUL. Disponível em URL: <http://www.rs.gov.br>. Acesso em 03 de março de 2010.

SCHWARTZ, P. **A arte da visão de longo prazo.** São Paulo: Best Seller, 2000.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** Florianópolis, Laboratório de Ensino à Distância da UFSC. Disponível em: <http://www.eps.ufsc.br/ppgep.html>. Acesso em novembro de 2010.

SPINELLI, T. **The delphi decision-making process.** Journal of Psychology, 1983, 113, 73-80.

SUN TZU. **A arte da guerra.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

TEIXEIRA et al. **Planejamento estratégico e operacional em saúde.** In: GONÇALVES, E. L. **Gestão hospitalar:** administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva. 2006.

APÊNDICE 1

Classificação do hospitais, definida pela Terminologia Básica em Saúde, apresentada pelo Ministério da Saúde.

- **Hospital** – Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação, a uma determinada clientela, ou de não-internação, no caso de ambulatório ou outros serviços.
- **Hospital beneficente** – Hospital privado, instituído e mantido por contribuições e doações particulares, destinado à prestação de serviços a seus associados, cujos atos de constituição especificam sua clientela. Não remunera os membros de sua diretoria, aplica integralmente os seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais, e seus bens, no caso de sua extinção, reverterem em proveito de outras instituições do mesmo gênero ou do poder público.
- **Hospital com especialidades** – Hospital geral destinado a prestar assistência sanitária a doentes em especialidades, além das quatro básicas.
- **Hospital de base** – Hospital de maior complexidade dentro de uma área definida.
- **Hospital de corpo clínico aberto** – Hospital que, apesar de possuir corpo clínico próprio, permite que qualquer outro médico utilize suas instalações para prestar assistência a seus doentes.
- **Hospital de corpo clínico fechado** – Hospital que, dispondo de corpo clínico próprio, não permite que qualquer outro médico utilize suas instalações para prestar assistência a seus doentes.
- **Hospital de ensino** – Hospital que, além de prestar assistência sanitária à população, desenvolve atividades de capacitação de recursos humanos.
- **Hospital de grande porte** – Hospital com capacidade instalada de 151 a 500 leitos.
- **Hospital de médio porte** – Hospital com capacidade instalada de 51 a 150 leitos.
- **Hospital de pequeno porte** – Hospital com capacidade instalada de até 50 leitos.

- **Hospital de porte especial** – Hospital com capacidade instalada acima de 500 leitos.
- **Hospital-dia** – Modalidade de assistência na qual o doente utiliza, com regularidade, os serviços e o leito hospitalar, apenas durante o período diurno.
- **Hospital especializado** – Hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes, em uma especialidade.
- **Hospital filantrópico** – Hospital privado, que reserva para a população carente serviços gratuitos, respeitando a legislação em vigor. Não remunera os membros de sua diretoria nem de seus órgãos consultivos, e os resultados financeiros reverterem exclusivamente à manutenção da instituição.
- **Hospital geral** – Hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes, nas quatro especialidades básicas.
- **Hospital local** – Hospital que presta assistência sanitária à população de uma área geográfica determinada, dentro de uma região de saúde.
- **Hospital-noite** – Modalidade de assistência na qual o doente utiliza, com regularidade, os serviços e o leito hospitalar, apenas durante o período noturno.
- **Hospital privado ou particular** – Hospital que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público.
- **Hospital público** – Hospital que integra o patrimônio da União, estados, Distrito Federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado).
- **Hospital regional** – Hospital que presta assistência sanitária à população de uma região de saúde.
- **Hospital secundário** – Hospital geral ou especializado, destinado a prestar assistência a clientes nas especialidades médicas básicas.
- **Hospital terciário** – Hospital especializado ou com especialidades, destinado a prestar assistência a clientes em outras especialidades médicas além das básicas.

APÊNDICE 2

Foi questionado aos especialistas, para que apontassem o grau de importância, o grau de incerteza e o seu conhecimento pessoal sobre o assunto, a respeito das seguintes variáveis, divididas nos grandes grupos de influência:

I – SAÚDE SUPLEMENTAR

1. Os planos privados de saúde forçarão os hospitais a aceitarem suas tabelas de preços de materiais, medicamentos, diárias e taxas.
2. A Saúde Suplementar – Planos privados de saúde influenciarão seus conveniados a serem atendidos em hospitais da rede própria.
3. Haverá tributação diferenciada para empresas do setor de saúde suplementar, visando redução de custos.
4. A Saúde Suplementar – Planos privados de saúde forçarão a melhoria de estrutura e atendimento dos hospitais.
5. A Saúde Suplementar – Planos privados de saúde forçarão os hospitais a realizar cobrança dos procedimentos no conceito de pacotes.

II – SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

6. O SUS – Sistema Único de Saúde exercerá influência para que os hospitais atendam pacientes conveniados com o SUS oferecendo benefícios indiretos (redução tributária, bonificação por participação em programas, visibilidade na mídia, etc.).
7. Haverá ampliação dos serviços públicos de saúde, melhorando o acesso e a qualidade, diminuindo a demanda aos hospitais.
8. O SUS – Sistema Único de Saúde forçará os hospitais a restringirem o atendimento pela baixa remuneração dos procedimentos.

9. O SUS – Sistema Único de Saúde reduzirá os valores da remuneração dos procedimentos, aumentando a diferença entre o custo e o valor pago.

10. O SUS – Sistema Único de Saúde trará melhorias na tabela de remuneração de hospitais.

III – GOVERNO

11. O Governo pressionará a melhoria do nível de estrutura e atendimento por intermédio de programas como "Acreditação Hospitalar".

12. Haverá a regulamentação da EC 29, que define o percentual do orçamento destinado à saúde, bem como o acompanhamento dos recursos.

13. O Governo influenciará os hospitais privados a desenvolverem atendimento de pacientes oriundos do SUS em troca de benefícios fiscais.

14. As associações e entidades de classe exercerão grande influência junto a órgãos governamentais, objetivando defender os interesses dos hospitais privados.

15. Haverá a incorporação dos pequenos hospitais (até 50 leitos) pelos municípios.

IV – PACIENTES

16. Os pacientes pressionarão por melhores níveis de atendimento e tratamento.

17. Os pacientes pressionarão para que os hospitais ofereçam, além dos serviços médicos, serviços complementares de qualidade, tanto para os pacientes como para os acompanhantes.

V – FORNECEDORES

18. As indústrias de medicamentos, materiais e equipamentos forçarão a atualização constante dos protocolos clínicos devido ao desenvolvimento de novos produtos.

19. As indústrias de medicamentos, materiais e equipamentos forçarão a dependência de fornecimento devido a produção de produtos protegidos por patentes.
20. As indústrias de medicamentos, materiais e equipamentos forçarão investimentos constantes para atender as inovações tecnológicas.
21. As indústrias de medicamentos, materiais e equipamentos forçarão os hospitais a negociar constantemente com a saúde suplementar e SUS, autorização de utilização de novos produtos e procedimentos.
22. As indústrias de medicamentos, materiais e equipamentos auxiliarão os hospitais a obter vantagens com a implementação de novas tecnologias, como por exemplo, equipamentos que permitam procedimentos não invasivos ou administração de drogas controladas pelo próprio pacientes.
23. As consultorias especializadas (qualidade, acreditação, gestão, projetos, etc.) estarão cada vez mais presentes no dia-a-dia dos hospitais.

VI – MÉDICOS

24. Os médicos forçarão os hospitais a melhorar a infra-estrutura.
25. Os médicos exercerão influência no volume de atendimento dos hospitais pela indicação de pacientes.
26. Os médicos exercerão influência no nível tecnológico dos hospitais pela indicação de inovações tecnológicas.
27. Os médicos exercerão pressão no desenvolvimento de pesquisa científica pelos hospitais.

VII – INSTITUIÇÕES DE PESQUISA

28. As instituições de pesquisa forçarão os hospitais a investir em tecnologia atualizada.

29. As instituições de pesquisa estimularão o desenvolvimento científico em hospitais que buscam reconhecimento perante a sociedade.
30. Haverá a aproximação da academia (universidades) do setor privado, permitindo o acesso a inovação a hospitais.
31. Haverá aumento de hospitais-escola.

VIII – CONCORRENTES

32. Os concorrentes forçarão a melhoria na infra-estrutura e atendimento dos hospitais.
33. Os concorrentes forçarão a busca por procedimentos com menor custo, sem perda de qualidade.
34. Os concorrentes forçarão a profissionalização da gestão dos hospitais.
35. Haverá o desaparecimento de pequenos hospitais, principalmente em cidades do interior.
36. Aumentará o número de hospitais gerais de grande porte (mais de 300 leitos).
37. Surgirão (ou se transformarão) cada vez mais, hospitais especializados.
38. Haverá maior capacidade nos atendimentos de urgência e emergência, possibilitando aumento na demanda de hospitalizações.
39. Os concorrentes forçarão os hospitais a desenvolverem diferenciais no quesito hotelaria.

IX – ASPECTOS SOCIAIS

40. Haverá aumento do percentual da população idosa, o que levará ao aumento da demanda de atendimento dos hospitais.
41. O envelhecimento da população irá forçar os hospitais a readequarem sua infra-estrutura e atendimento.
42. O aumento da violência resultará no aumento da demanda dos hospitais.

43. O empobrecimento da população resultará no aumento da demanda do sistema público e diminuição dos usuários de saúde suplementar.

44. Haverá melhora do nível de emprego formal, gerando maior número de usuários da saúde suplementar oriundos dos planos empresariais, aumentando o acesso aos serviços hospitalares.

45. Haverá aumento na desigualdade social do País, acarretando aumento de doenças oriundas da miséria (ex. dengue), bem como aumento de doenças oriundas de melhor condição social (ex. infarto).

X – ASPECTOS ECONÔMICOS

46. A estabilidade da economia incrementará o número de associados aos planos de saúde.

47. A estabilidade cambial possibilitará que os hospitais mantenham-se atualizados em relação à tecnologia produzida no exterior.

48. Irá diminuir a burocracia o acesso a linhas de financiamento para hospitais.

49. As taxas de juros altas serão mantidas, dificultando que os hospitais utilizem linhas de financiamentos para a expansão e inovação dos serviços.

50. Os bancos de desenvolvimento terão linhas de créditos privilegiadas aos hospitais, proporcionando financiamento de melhorias.

XI – ASPECTOS TECNOLÓGICOS

51. O desenvolvimento de novas tecnologias forçará os hospitais a adequarem sua infra-estrutura.

52. O desenvolvimento de sistemas integrados de gestão direcionados á área hospitalar colaborarão para uma melhoria na gestão dos hospitais.

53. O desenvolvimento de novas tecnologias influenciará os hospitais a investir em equipamentos que nem sempre proporcionam um custo-benefício adequado.

54. Prontuário eletrônico integrado entre os hospitais será uma realidade.

55. Os sistemas de informação para a gestão administrativa de hospitais e suas sub-unidades proporcionarão diminuição de custos.

XII – GESTÃO HOSPITALAR

56. Haverá uma desospitalização, levando a tratamentos sem internação ou domiciliares.

57. Os hospitais irão profissionalizar cada vez mais a sua gestão, buscando administradores hospitalares para as suas funções estratégicas.

58. A acreditação hospitalar será uma realidade da grande maioria dos hospitais.

59. Os médicos estarão mais presentes na gestão dos hospitais.