

A CADEIA DE VALOR DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO: UM ESTUDO DE CASO

Jaime Gil Bernardes (UCS)

jaimegil@terra.com.br

Francieli Montanari Gasparin (UCS)

fmgaspar@ucs.br

Guilherme Cunha Malafaia (UCS)

gcmalafa@ucs.br



O entendimento da cadeia de valor de uma organização hospitalar torna-se necessária na medida em que as relações entre as empresas tornam-se cada vez mais dependentes, onde o resultado desta interação é a diferença entre a doença e a cura de um paciente. Não podemos observar um hospital de uma forma isolada no contexto da saúde e nem podemos trazer toda a responsabilidade da saúde pública para estas organizações. É necessário analisar o entorno e os atores que moldam as engrenagens no espectro da saúde e sua ligação com os processos internos da organização hospitalar. O objetivo deste trabalho é verificar quais são os agentes envolvidos em uma cadeia de valor de um hospital filantrópico e qual a importância de cada um destes elementos. Através de um estudo de caso, baseado em pesquisa realizada com os integrantes de uma organização hospitalar, embasado em um referencial teórico que discorreu sobre cadeia de valor, hospitais, processos, processo hospitalar e pensamento sistêmico. Os resultados permitiram a construção do fluxo desta cadeia de valor, bem como apresentou o papel de cada agente no contexto da organização hospitalar analisada.

Palavras-chaves: Serviços de Saúde; Hospital; Cadeia de Valor; Sistemas Internos

1. INTRODUÇÃO

Em tempos de rápidas mudanças, globalização e forte competição, as empresas necessitam buscar estratégias que lhes propiciem vantagens competitivas em ambientes de negócios cada vez mais complexos e dinâmicos. Maior diversidade de produtos e serviços, menores custos ou uma qualidade superior, são tipos de estratégia que uma empresa pode utilizar.

Na área da saúde esta abordagem não é diferente. Nas últimas décadas, diversas publicações surgiram no sentido de abordar as estratégias adotadas pelos hospitais para manterem-se competitivos. Muitas destas publicações (REICHHELD; SASSER, 1990; PORTER; TEISBERG, 2007; XAVIER *et al.*, 1997) não enfatizam em reduções de custos ou em maior diferenciação dos serviços, mas sim, na qualidade superior como fonte de vantagem competitiva.

Neste espectro, o estudo da cadeia de valor de uma organização hospitalar se torna de fundamental importância, pois se tem a consciência da realidade que compõe o macro processo que se forma no entorno de um hospital, e este macroprocesso interagindo com os processos internos da organização.

Um hospital é uma organização que não pode dar-se ao luxo de esperar que sua cadeia produtiva tenha uma reação demorada, pois a falta ou o enfraquecimento de um dos elos desta cadeia pode representar a diferença entre a doença e a cura, entre a vida e a morte. O objetivo deste estudo é entender este comportamento e a importância dos atores deste cenário que se forma no entorno de um hospital filantrópico, e qual a importância que cada elo desta cadeia de valor possui neste macro processo e seus reflexos nos processos internos.

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos. No primeiro destaca-se uma introdução sobre o tema abordado. No segundo capítulo, o referencial teórico sobre cadeia de valor, hospitais, processos, processo hospitalar e pensamento sistêmico. No terceiro, os procedimentos metodológicos, no quarto capítulo a descrição do caso estudado, e por fim são apresentados os resultados e a análise da pesquisa, seguido das considerações finais a respeito dos resultados observados.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cadeia de Valor

A compreensão da cadeia de valor de uma organização torna-se necessária na medida em que as relações entre as empresas tornam-se mais sólidas, fundamentalmente pela interdependência dos valores e pesos de cada agente econômico no sucesso e sobrevivência no mercado (SILVA, 2004). Para Porter (2003, p. 31) a cadeia de valor desagrega uma organização nas suas atividades de relevância estratégica para que se possa compreender o comportamento dos custos e as fontes existentes e potenciais de diferenciação.

Toda organização é uma reunião de atividades que são executadas para projetar, produzir, comercializar, entregar e sustentar seu produto, sendo que, estas atividades podem ser representadas, através de uma cadeia de valores. (PORTER, 2003). Assim, a cadeia de valor é um conjunto de atividades criadoras de valor desde as fontes de matérias-primas, passando por fornecedores de componentes até o produto final ser entregue ao consumidor (SHANK; GOVINDARAJAN, 2003). É um fluxograma de processos específicos de alto nível,

interligados para mostrar fluxos de processo, os quais podem ainda ser divididos em subprocessos e suas atividades de apoio (OSTRENGA *et al.*, 1997).

A cadeia de valor de uma organização existe para atender um determinado mercado, sendo composta por diferentes processos de fabricação e agregação de valor, até atingir o mercado final que se deseja (SILVA, 2002). O seu foco de fornecimento é à base de clientes da organização (MCCARTHY, 2009). De acordo com Porter (p. 33, 2003), a cadeia de valor de uma organização e o modo como ela executa atividades individuais são um reflexo de sua história, de sua estratégia, de seu método de implementação, e da economia básica das próprias atividades.

A cadeia de valor de uma organização é composta por dois elementos básicos: a margem e as atividades de valor. A margem é a diferença entre o valor total e o custo coletivo da execução das atividades de valor. As atividades de valor são as atividades física e tecnologicamente distintas, através das quais uma organização cria um produto valioso para seus compradores. Estas atividades podem ser divididas em dois tipos, sendo, atividades primárias e atividades de apoio (PORTER, 2003).

As atividades primárias envolvidas na concorrência em qualquer indústria podem ser identificadas através de cinco categorias genéricas: logística interna, Operações (transformação dos insumos em produtos), logística externa, marketing e vendas e serviço (fornecimento de serviço para intensificar ou manter o valor do produto). As atividades de apoio podem ser divididas em quatro categorias genéricas: aquisição, desenvolvimento de tecnologia (esforços para aperfeiçoar o produto e o processo), gerência de recursos humanos e infra-estrutura da empresa (gerência geral, planejamento, finanças, contabilidade, etc.).

Atividades de valor, portanto, são blocos de construção distintos da vantagem competitiva, sendo que, o modo como cada atividade é executada, combinado com sua economia, determinará se uma empresa tem custo alto ou baixo em relação à concorrência, e definirá sua contribuição para as necessidades do comprador, e assim, para a diferenciação (PORTER, 2003). Nesse sentido, uma organização pode fortalecer sua posição estratégica (HANSEN; MOWEN, 2001), e aumentar sua lucratividade, não apenas compreendendo sua própria cadeia de valor, mas também compreendendo como as atividades de valor da organização encaixam-se nas cadeias de valor dos fornecedores e dos clientes. (SHANK; GOVINDARAJAN, 2002).

Porter (2003) assegura que existem três tipos de atividades dentro de cada categoria de atividades primárias e de apoio, que desempenham um papel diferencial na vantagem competitiva de uma organização, sendo elas: (a) direta: atividades diretamente envolvidas na construção do valor; (b) indireta: atividades que tornam possível a execução das atividades diretas em base contínua; e (c) garantia de qualidade: atividades que garantem a qualidade de outras atividades.

Apesar das atividades de valor serem pontos fundamentais para a identificação da cadeia de valor de uma organização para uma determinada indústria, elas não são independentes, mas, interdependentes. Segundo Porter (2003) as atividades de valor estão relacionadas por meio de elos dentro da cadeia de valores, e estes elos são relações entre o modo como uma atividade de valor é executada e o custo ou desempenho de uma outra.

Para cada elo da cadeia existe um mercado que se define em virtude das necessidades surgidas a partir do consumidor final, das ameaças e das oportunidades existentes, dos recursos disponíveis para fabricação do produto ou conseqüimento do serviço, enfim, todos os fatores

que influenciam a organização (SILVA, 2004). Assim, a análise da cadeia de valor torna-se fundamental para a compreensão das decisões estratégicas de cada elo de ligação.

Os elos entre as atividades de valor podem surgir de uma série de causas genéricas, dentre elas: (i) a mesma função pode ser desempenhada de formas diferentes, por exemplo, a conformidade com as especificações pode ser alcançada através de insumos de alta qualidade, da especificação de tolerâncias exatas no processo de fabricação, ou de uma inspeção 100% nos produtos acabados; (ii) o custo ou o desempenho das atividades diretas é melhorado através de maiores esforços em atividades indiretas; (iii) atividades executadas dentro de uma organização reduzem a necessidade de demonstrar, explicar ou prestar assistência técnica a um produto no campo; e (iv) funções de garantia da qualidade podem ser desempenhadas de formas diferentes, por exemplo, inspeção durante o processo ou no produto acabado (PORTER, 2003).

Shank e Govindarajan (2002, p.67) afirmam que, de uma perspectiva estratégica, o conceito de cadeia de valor destaca quatro áreas de melhoria nos lucros de uma organização:

- a) Ligações com os fornecedores – capacidade de se desenvolverem análises cooperativas de redução dos custos e não necessariamente do preço;
- b) Ligações com os clientes – forma de melhoria da competitividade via redução de custos, através do desenvolvimento de alternativas e parcerias com o fornecedor;
- c) Ligações de processo dentro da cadeia de valor de uma unidade empresarial – através da análise da cadeia de valor, pode-se reduzir os custos totais sem necessariamente reduzir os custos de uma atividade;
- d) Ligações através das cadeias de valor da unidade empresarial dentro da empresa – a análise da cadeia de valor considera a exploração das ligações entre as atividades de valor dentro das unidades empresariais, buscando a sua otimização de recursos e resultados.

2.2 Processo

Processo é qualquer atividade que recebe uma entrada (input), realiza uma transformação que lhe agrega valor e gera uma saída (output) para um cliente externo ou interno, fazendo uso dos recursos da organização para gerar resultados concretos.

Almeida (2002, p. 27) conceitua processo como “o conjunto de recursos, humanos e materiais, dedicados às atividades necessárias à produção de um resultado final específico, independentemente de relacionamento hierárquico”. Define ainda, como uma sequência de atividades que transforma insumos em produtos finais, ou serviços, de muito maior valor para o cliente final (ALMEIDA, 2002, p.27).

Sob o ponto de vista de aplicação de processo como ferramenta para a busca da melhoria da qualidade e da produtividade, Almeida (2002) coloca que as atividades devem possuir as seguintes características: (a) **Ser interdependentes:** sem isso seriam apenas atividades avulsas, que não objetivariam resultados; (b) **Receber produtos parciais mensuráveis:** se não puder ser mensurado, não se pode avaliar o desempenho; (c) **Fazer algo, modificar o produto parcial recebido:** agregar valor; (d) **Gerar produtos também mensuráveis:** se não puder ser mensurado, não se pode avaliar o desempenho; (e) **Ser repetitivos:** se não for repetitivo não será um processo e sim um projeto.

2.3 Processo Hospitalar

A definição de “hospital” mais aceita nos trabalhos pesquisados é dada pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 400/77, que conceitua que:

“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.”

Minotto (2002) nos coloca o conceito de hospital como sendo a instituição dedicada ao tratamento de pessoas enfermas. Já Cherubin (1977) nos acrescenta que uma organização hospitalar é a parte integrante de um sistema de saúde que visa que visa dispensar completa assistência á saúde preventiva e curativa, inclusive na formação de profissionais do campo da saúde.

Cherubin (1977) nos apresenta um parecer da Comissão de Peritos em Assistência Médica da OMS – Organização Mundial da Saúde, onde descreve que as funções básicas de um hospital são: (i) prevenção de doenças para toda a comunidade, sem distinção; (ii) restauração da saúde, partindo de diagnósticos e tratamentos, seja de urgência e emergência ou eletivo; (iii) executar funções de ensino e treinamento de pessoal para a melhora do padrão de atendimento; e (iv) promover pesquisas, tanto em termos de doença e saúde, como em metodologias técnicas e administrativas do hospital (CHERUBIN, 1977; MINOTTO, 2002).

O controle dos processos é absolutamente fundamental na área da saúde, pois, de acordo com o Prof. W. E. Deming, de 85% a 95% dos problemas são resultado de falhas nos processos, e não de falhas das pessoas. Isto é uma incrível mudança de referencial. Diante de um problema, a primeira tendência, em geral, é procurar o “culpado”- “quem fez isso?”, quando o certo deveria ser “por que isso aconteceu?”. Quantas vezes temos visto organizações permeadas pela cultura do medo, em que as más notícias devem ser ocultadas, maquiando-se dados, e, quando não houver nenhuma maneira de ocultá-las, é melhor que se coloque a culpa em outro – alguém tem de ser o bode expiatório – “as responsabilidades serão apuradas e os culpados serão punidos” (NOGUEIRA, 1999).

Xavier *et al.* (1997), alerta que, a participação ativa dos médicos é um dos grandes desafios que os programas de implantação da gestão da qualidade enfrentam em hospitais e outras instituições de saúde, devendo haver uma preocupação em motivá-los a participar ativamente do processo de implantação do gerenciamento da rotina, podendo convocá-los a liderar as atividades que visam à melhoria de processos.

Um fluxo básico de atendimento em um hospital se dá pelo acompanhamento do seguinte macro processo (Figura 1):

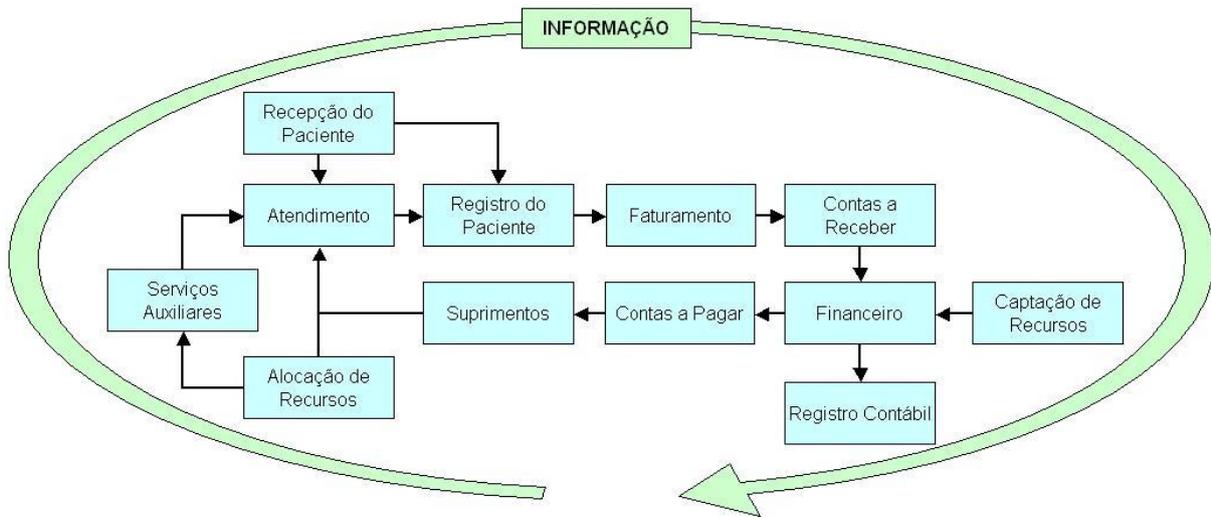


Figura 1 – Macroprocesso em uma organização hospitalar
 Fonte: Bernardes (2009)

Cabe ressaltar que processo é diferente de procedimento, sendo que o procedimento está relacionado com a tarefa. O procedimento operacional é um tipo de padrão voltado para a tarefa, e se destina a fixar condições de execução de quaisquer operações de conteúdo técnico e administrativo. (TACHIZAWA; SCAICO, 1997).

Portanto, executar uma gestão por processos é analisar o macro processo e entender cada fase por onde um produto ou serviço passa. O caso de um hospital, o produto final é a saúde do paciente, e pode ser representado pelo fluxo abaixo:

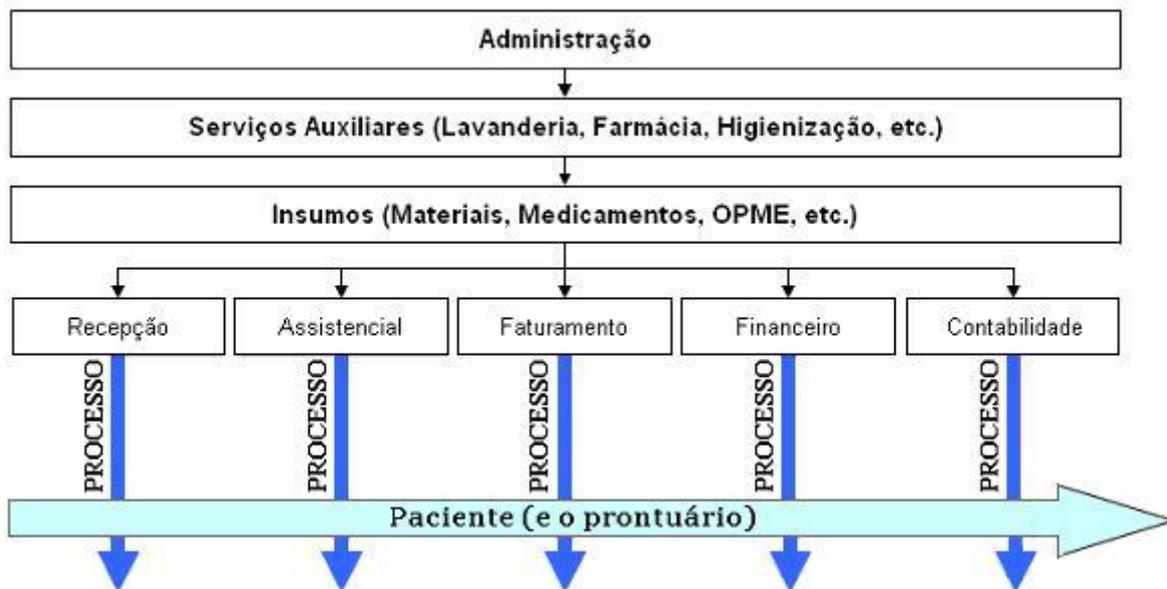


Figura 2 – Fluxo do Processo em uma Organização Hospitalar
 Fonte: Bernardes (2009)

De acordo com o fluxo acima, podemos perceber que em uma organização hospitalar, o paciente é peça chave do processo, pois entra na organização através da recepção, passa a ser atendido na área assistencial, tem suas movimentações anotadas e levadas ao setor de

faturamento, passando os seus registros pelo financeiro, até esta informação chegar na contabilidade. Isso tudo com o suporte das outras áreas operacionais e administrativas.

Tachizawa e Scaico (1997, p. 94) colocam que a visão horizontal, ou de sistema, de uma organização, em contraponto a perspectiva de um organograma funcional tradicional, permite incluir três elementos que normalmente faltam nos modelos de representação de uma organização: o cliente, o produto e o fluxo de trabalho. Colocam, ainda que permite visualizar como o trabalho é realmente feito por processos que cortam fronteiras funcionais e evidenciam os relacionamentos internos entre cliente-fornecedor, por meio dos quais são gerados produtos ou serviços (TACHIZAWA; SCAICO, 1997, p. 94).

2.4 Pensamento Sistêmico

Senge (1990) coloca que, o que realmente importa é a quinta disciplina: o raciocínio sistêmico, pois este engloba as outras quatro disciplinas descritas por ele (Domínio Pessoal, Modelos Mentais, Objetivo Comum e Aprendizado em Grupo), fundindo-as num conjunto coerente de teoria e prática, evitando que elas sejam vistas isoladamente como simples macetes ou o último modismo para efetuar mudanças na organização.

Morin (1987) argumenta que o sistema possui algo mais do que os seus componentes considerados de um modo isolado ou justaposto a sua organização, a própria unidade global e as qualidades e propriedades novas emergentes da organização e da unidade global.

“Observemos em seguida que eu separei estes três termos de maneira muito abstrata, porque a organização e a unidade global podem ser consideradas como qualidades e propriedades novas emergentes das inter-relações entre as partes; porque a organização e as qualidades novas podem ser consideradas como traços próprios da unidade global; porque a unidade global e as suas qualidades emergentes podem ser consideradas como os próprios produtos da organização” (MORIN, 1987, p. 103).

Deve-se sempre partir do princípio de que o todo é mais que a soma das partes, sendo, desta forma, o sistema é como um todo integrado cujas propriedades essenciais surgem das inter-relações entre suas partes. Segundo a idéia do Holismo, as propriedades de um sistema ou processo não podem ser explicadas apenas pela simples soma de seus componentes. Entender a realidade sistematicamente significa colocá-la dentro de um contexto e estabelecer a natureza de suas relações.

Christensen, GROSSMAN e HWANG (2009) recomendam que os hospitais desconstruam suas atividades em dois diferentes modelos de gestão operacionais: as atividades de centro resolutivo e as atividades com processo que agrega valor. Complementarmente citam que “quando os recursos, os processos e o modelo de lucro de uma organização estão voltados para uma tarefa a ser feita, então, e só então, eles podem ser integrados de um modo correto e otimizado, capaz de executá-la com a máxima perfeição possível (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009, p.110).

Por conseguinte, para que se possa oferecer uma proposição de valor ao consumidor (paciente), os administradores normalmente precisam lançar mão de um variado conjunto de recursos, que incluem pessoas, produtos, propriedade intelectual, suprimentos, equipamentos, instalações, dinheiro e assim por diante (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009).

Christensen, GROSSMAN e HWANG (2009, p.110) ainda complementam que com o trabalho sistemático para a consecução da obtenção de valor ao cliente (paciente), os processos se unem, sendo que são os processos que determinam como os recursos deverão se combinar para gerar a proposição de valor.

3. ABORDAGEM METODOLÓGICA

A metodologia utilizada na execução deste trabalho foi um estudo de caso, com características de pesquisa exploratória e pesquisa descritiva. Assim, tem-se como estudo exploratório, para Raupp e Beuren (2003), quando há pouco conhecimento em determinada área e se busca conhecer mais profundamente, por meio de pesquisa, algum assunto, possibilitando que possam ser realizados outros estudos acerca do mesmo tema. Por sua vez a pesquisa descritiva, não é tão preliminar como a exploratória e nem tão profunda como a explicativa, caracterizando-se um estudo intermediário.

Para Yin (2005), o estudo de caso é análogo a um experimento único e representa o teste decisivo de uma teoria significativa, podendo representar uma contribuição importante à base de conhecimento e à construção da teoria, bem como redirecionar investigações futuras e possíveis casos múltiplos.

Primeiramente foi realizada uma pesquisa que envolveu quatro gestores do hospital analisado, todos com cargos de chefia e que responderam as seguintes perguntas, conforme protocolo proposto pelos pesquisadores: (a) quais os atores existentes na cadeia de valor no Hospital de Caridade, sejam pessoas físicas ou pessoas jurídicas, e (b) explique, de forma resumida a participação de cada um destes atores mencionados no processo interno e externo, de tal forma a consolidar esta cadeia de valor.

Segundo Yin (2005), o protocolo contém o instrumento, o procedimento e as regras para a coleta de dados, sendo uma das táticas principais para aumentar a confiabilidade da pesquisa e orientar o pesquisador na coleta dos dados.

O protocolo utilizado neste trabalho possui as seguintes etapas:

- a) Obter as características do objeto da investigação (organização hospitalar);
- b) Identificar, a partir de entrevistas abertas com as pessoas-chaves, o contexto da cadeia de valor dentro da organização e sua importância estratégica.

Para corroborar as informações, observaram-se alguns manuais de operacionalização da instituição, chamados Protocolos Operacionais Padrões – POPs, bem como a vistoria nas dependências da Instituição analisada. Após, foi feito um levantamento bibliográfico sobre os temas inerentes a pesquisa, incluindo legislações aplicáveis e que serviram de base para as conclusões deste trabalho.

4. O CASO ESTUDADO

O Hospital de Caridade é o nome fictício de uma organização hospitalar sem fins lucrativos, filantrópica, com 96 anos de existência, 302 leitos, destinados a pacientes cirúrgicos, clínicos, psiquiátricos ou de UTI. É um hospital multiespecialista, contando com completa área de diagnóstico e terapia, pronto-socorro, escola técnica de enfermagem e residência médica.

Situado no estado do Rio Grande do Sul, que influencia uma população estimada em mais de um milhão de habitantes, disponibilizando 60% dos seus serviços ao Sistema Único de Saúde – SUS. Este aspecto é significativo, pois, sendo uma entidade filantrópica, é obrigada a atender este percentual de pacientes do SUS, o que na realidade é um aspecto causador de resultados negativos, pois a tabela de preços oferecida por este convênio público, em geral,

não atende aos valores de custo de operacionalização. Em contrapartida, a entidade é imune e isenta de tributos, mas mesmo assim não consegue um fluxo de caixa equilibrado, sendo obrigada a compensar estes valores com a venda de seus serviços a planos privados de saúde e a particulares.

Atualmente, o Hospital de Caridade é um dos maiores hospitais do Rio Grande do Sul, com constantes mudanças em suas áreas física, tecnológica e funcional. Essa evolução, somada aos investimentos na área de qualidade, propiciou nos últimos anos vários prêmios e certificados, entre eles a Acreditação Hospitalar conquistada em 2007. Tem como visão “Ser referência por excelência nas áreas de tratamento, diagnóstico, ensino e pesquisa”.

Ao todo o Hospital de Caridade possui 1080 funcionários em atividade, sendo que 180 destes funcionários são homens (16,66%) e 900 são mulheres (83,34%).

5. RESULTADO DA PESQUISA E ANÁLISE DOS DADOS

Das entrevistas realizadas, foi construído um fluxo, abaixo representado, com os atores citados na pesquisa, de tal forma que possa ser observado à cadeia de valor que envolve o Hospital de Caridade.

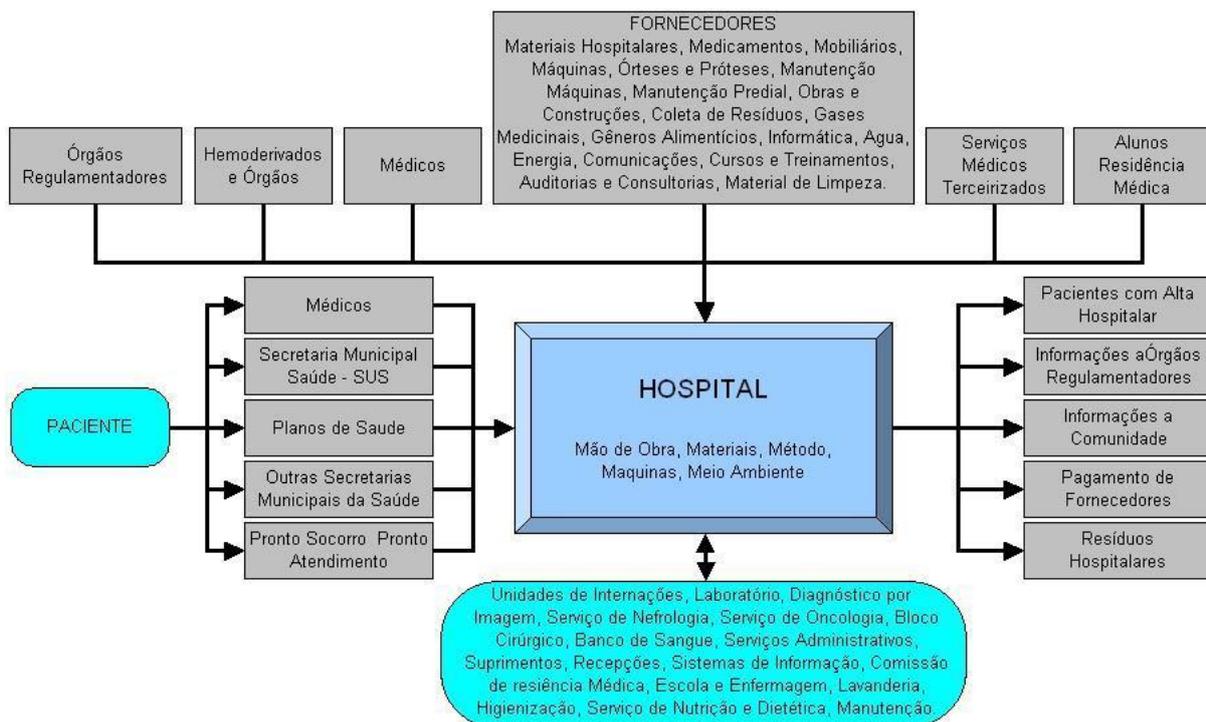


Figura 3 - Fluxo da Cadeia de Valor do Hospital de Caridade
Fonte: Construído pelos autores a partir das informações colhidas na instituição

A partir deste fluxo e baseado nas respostas observadas, relata-se, de forma sintética, a participação de cada ator nesta cadeia de valor, destacando o seu papel e sua importância no fluxo da cadeia de valor que se forma a partir do Hospital de Caridade:

5.1 Órgãos Regulamentadores – Apesar dos órgãos regulamentadores não agregarem valor direto sobre a cadeia de valor que envolve a organização estudada, eles influenciam

diretamente sobre o contexto, determinando diretrizes e padronizações, bem como querem informações posteriores aos fatos ocorridos, para formalizar estatísticas e redirecionar a regulamentação. Podem ser citados a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (que regulamenta os planos de saúde), o Ministério da Saúde e o Sistema Único de Saúde – SUS, os governos municipais, estaduais e federais, o Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS (que regulamenta e controla as empresas filantrópicas), os órgãos de proteção ambiental, etc.

5.2 Hemoderivados e Órgãos – De acordo com o artigo 199 da Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), é vedado qualquer tipo de comercialização de órgãos, tecidos e substâncias humanas, sendo permitido que seja cobrada a coleta, o processamento, armazenagem e outros serviços necessários para o transplante, pesquisa, tratamento e transfusão. Para os serviços com sangue e hemoderivados, o hospital se recorre a um Hemocentro mantido pela iniciativa pública quando de pacientes atendidos pelo SUS e um serviço privado para atender pacientes de planos de saúde e particulares. Referente a órgãos, existe uma comissão interna do Hospital para captar órgãos de pacientes com morte encefálica declarada (conforme protocolo médico), fazendo parte de uma rede de referência de transplantes de órgãos, bem como recebem órgãos captados em outros serviços de saúde que são transplantados nas dependências do hospital. Especificamente sobre córneas, o hospital possui um serviço especializado para a retirada e manuseio destes órgãos.

5.3 Médicos – Existe um consenso a respeito da participação dos profissionais médicos e sua relação com o hospital, pois ao passo que os médicos são fornecedores de serviços, eles também assumem o papel de clientes da organização. São fornecedores, pois eles detêm a técnica da Medicina, técnica esta indispensável para o tratamento e cura. Na realidade, pode-se dizer que no serviço de internação, os pacientes são dos médicos e não do hospital, pois estes decidem o tratamento e o tempo que o paciente ficará internado. Por outro lado, os médicos são clientes a serem conquistados pela organização hospitalar, pois são eles que escolhem qual o hospital irão tratar seu paciente. Cabe ressaltar que os pacientes procuram o hospital para seu tratamento através do serviço de urgência ou emergência, de onde pode resultar uma internação hospitalar, ou pela indicação e recomendação do médico nos tratamentos eletivos, que aponta em qual hospital o paciente será tratado. Os médicos, de uma maneira geral, trabalham com vários hospitais, onde exercem sua função como autônomos e recebem seus honorários diretamente do paciente ou de outra fonte financiadora da saúde (planos privados e do SUS). De um universo de aproximadamente mil médicos cadastrados no corpo clínico do Hospital de Caridade, apenas 10 são funcionários e muitas vezes exercem funções de gerência e de administração.

5.4 Fornecedores – Os fornecedores talvez sejam o elo mais forte da cadeia de valor do hospital, juntamente com o corpo médico, pois se não for ajustado o fluxo de pedido, entrega e pagamento, o hospital não funciona, pois necessitam dos materiais e medicamentos, além de bens, gêneros alimentícios, utilidades (água, luz, comunicações). Dentro do hospital se tem serviços de hotelaria, de cozinha, de costura, de farmácia, de lavanderia, de obras e construções, etc, que dependem de fornecedores para que seus processos sejam executados a contento e no momento certo. Cabe destacar que os fornecedores, de uma maneira geral, estão dispostos a cumprir um cronograma de entrega de materiais, medicamentos e serviços, desde que haja uma compensação financeira adequada e no prazo acertado, sob pena de não permanecer nesta cadeia de valor. O aspecto preconizado pelo hospital de tratar a saúde e fazer a filantropia não exerce influência sobre os fornecedores, pois o que importa para a sua manutenção como elo desta cadeia é que o hospital honre seus compromissos financeiros com

eles. Cabe observar a situação de um grupo de materiais aplicados cirurgicamente em pacientes, denominados OPMEs (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) que se destacam pelo seu valor elevado e que não agregam valor financeiro significativo ao hospital, pois a organização necessita de quatro pessoas para controlar estes materiais e os valores são pagos diretamente pelo plano de saúde ou mesmo pelo SUS ao fornecedor. Sendo cobrada uma pequena taxa de serviço e esterilização do material, que no montante geral não representa 2% do valor total destes materiais, ficando a cargo do hospital a guarda destes (alguns com valores superiores a R\$ 50.000,00 a unidade), sob a forma de consignação (ficam estocados no hospital e só são faturados no momento da sua utilização).

5.5 Serviços Médicos Terceirizados – Os serviços médicos terceirizados são importantes para o hospital, pois abrangem aqueles serviços em que o hospital não consegue atender, principalmente porque envolvem uma intensidade de serviços específicos de profissionais médicos. Estes serviços estão localizados dentro das dependências do hospital e muitas vezes o paciente ou usuário o têm como sendo serviço próprio do hospital.

5.6 Médicos Residentes – O hospital possui cursos de residência médica em várias especialidades. Estes médicos residentes são responsáveis pelo atendimento de pacientes internados do SUS, supervisionados pelos médicos preceptores (professores).

5.7 Pacientes – Os pacientes e suas doenças são a razão de ser de uma organização hospitalar. Eles procuram o serviço para realizar um diagnóstico ou a cura sobre sua patologia, indicados pelos médicos, pelas operadoras privadas de saúde, pelo SUS, pela proximidade de sua residência ou até pela especialização do hospital. A organização analisada é tratada como Hospital Geral, pois atende a quase todas as especialidades médicas, tanto no diagnóstico como no tratamento, sendo referência para aproximadamente 50 municípios de sua região em algumas especialidades médicas, como, por exemplo, Traumatologia-ortopedia. Cabe ressaltar que não há diferenciação de equipamentos nem de materiais e medicamentos entre os pacientes de planos privados e do SUS.

5.8 Operadoras de Planos de Saúde – As operadoras de planos de saúde executam um papel muito importante no contexto da saúde e dos atendimentos hospitalares, pois propiciam um atendimento mais ágil e diferenciado para seus beneficiários. Caso o paciente resolva ser atendido pelo sistema público (SUS) tem que passar pela triagem dos órgãos municipais, o que pode ser demorado. Se for beneficiário de um plano privado de saúde (disponíveis em vários modelos, formas e preços no mercado, regulados pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar) e necessitar de um serviço médico-hospitalar, têm a sua disposição uma internação mais ágil e em acomodações semi-privativas ou privativas, ao passo que se for pelo sistema público, as acomodações são em enfermarias de no mínimo quatro leitos. Estes pacientes representam aproximadamente 40% do número de internações do hospital e são representados por aproximadamente 40 planos privados diferentes, cada um com uma negociação diferenciada, com valores e coberturas diferentes. Cabe ressaltar que existe um poder de barganha de preços de operadoras de planos de saúde, pois algumas representam um percentual significativo dentro do faturamento total do hospital, requerendo um trabalho de atenção especial sobre valores contratados.

5.9 Secretarias Municipais da Saúde: SUS – Por força da legislação que rege as organizações filantrópicas, que permite a organização obter imunidades e isenções tributárias, o hospital tem que atender no mínimo 60% de seus pacientes do SUS – Sistema Único de Saúde. Estes pacientes precisam passar pela triagem feita pelos órgãos municipais de saúde, seja do município sede do hospital analisado, seja de municípios onde o serviço do Hospital

de Caridade é referência. Esta triagem serve para internações eletivas, sejam cirúrgicas, clínicas ou psiquiátricas. Nos casos de emergência, o próprio paciente se dirige ao pronto socorro do hospital e será atendido com financiamento do SUS.

5.10 Pronto Socorro e Pronto Atendimento – Os serviços de pronto socorro, que atendem emergências médicas (onde há o risco de morte eminente) e o pronto atendimento, que atende as urgências (não há risco imediato de morte) de pacientes de planos privados e particulares são referência na comunidade para os casos estabelecidos, principalmente o pronto socorro. Este dois serviços são importantes portas de entradas para a internação hospitalar e para os serviços de diagnóstico. As urgências de pacientes SUS não são acolhidas no hospital, pois estes pacientes devem se dirigir aos postos de saúde dos municípios de origem.

5.11 Comunidade – A comunidade tem que ter a certeza que o hospital está apto a atender suas necessidades e expectativas na resolução de seus problemas de saúde, mesmo que não seja o lugar mais adequado ou indicado, pois muitas vezes os pacientes se dirigem ao hospital ao passo que deveriam procurar primeiramente um médico em seu consultório, ou um posto de saúde ou mesmo um serviço governamental de prevenção a saúde. Isso porque, muitas vezes a população não possui a orientação e a informação correta de como proceder, servindo o hospital, então, como um “templo da saúde”, um ponto de referência.

5.12 Resíduos Hospitalares – O hospital é um grande gerador de resíduos, tendo que ter um tratamento diferenciado, pois alguns resíduos possuem aspectos de contaminação e devem ser recolhidos por agentes sanitários específicos. A Resolução nº. 283/01 do CONAMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente estabelece a classificação para os resíduos produzidos nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, em quatro grupos (biológicos, químicos, radioativos e comuns). Determina, ainda, que a administração dos estabelecimentos de saúde em operação deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde - PGRSS, a ser submetido à aprovação pelos órgãos do meio ambiente e de saúde, dentro de suas respectivas esferas de competência. Esta resolução atribui responsabilidade ao gerador do resíduo, pelo gerenciamento de todas as etapas do ciclo de vida dos resíduos, devendo o estabelecimento possuir um responsável técnico, devidamente registrado no Conselho Profissional. Esta responsabilidade não cessa, mesmo após a transferência dos resíduos a terceiros para o transporte, tratamento e disposição final, conhecido como princípio da co-responsabilidade e exige licenciamento ambiental para a implantação de sistemas de tratamento e destinação final dos resíduos.

5.13 Estrutura Interna do Hospital – O Hospital de Caridade possui uma estrutura de SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia, que atende tanto a pacientes internados, como pacientes ambulatoriais (aqueles que não pernoitam no hospital), bem como a pacientes externos, que necessitam de um exame por indicação médica. Este serviço é formado por uma área de diagnóstico por imagem (RX, Tomografia, Ressonância Magnética, Cintilografia, Ecografia e Mamografia) e por um laboratório de análises clínicas. Também possui serviços de tratamento em especialidades, como oncologia e nefrologia. Então, dentro de uma cadeia de valor da saúde, onde o hospital está inserido, não apenas o serviço de internação é crucial, mas também o de diagnóstico e tratamento (além dos serviços de atendimento de emergência e urgência).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faz-se necessário, inicialmente, considerar a limitação desta pesquisa, que utilizou somente um objeto de investigação. Uma pesquisa mais completa, utilizando uma gama maior de hospitais, poderia tornar os resultados e conclusões mais confiáveis.

Apesar disso, realizam-se algumas conclusões iniciais sobre o assunto que foi a pauta deste estudo de caso. O objetivo do artigo foi o de analisar a relação existente na cadeia de valor e sua importância para uma organização hospitalar filantrópica. Na instituição analisada, por se tratar de um hospital filantrópico, caritativo, qualquer gasto é analisado em detalhes, de tal forma a diminuir os custos operacionais, pois a receita é limitada aos valores propostos pelos planos privados de saúde e pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

As pesquisas apontaram a significância que os atores da cadeia de valor que envolve o hospital possui, face ser mais que uma corrente com elos que se apóiam, mas, metaforicamente falando, um conjunto de engrenagem trabalhando em sintonia e sinergia, onde nenhuma destas engrenagens pode parar, sob pena de ter a saúde da população ameaçada.

Importante destacar que algumas engrenagens são fundamentais para a continuidade desta cadeia de valor estudada, pois se não houver pacientes do SUS, não haverá a condição de entidade filantrópica e haverá um aumento de gastos com atributos fiscais. Mas se houverem pacientes do SUS, o custo do tratamento será maior que o valor pago por este agente, gerando prejuízo. É onde entra os planos privados de saúde que pagam um valor adequado, que complementa o prejuízo antes obtido e mantém a organização em funcionamento, sempre com poder de barganha, assim como os fornecedores.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. G. Gestão de processos e a gestão estratégica. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002. 152p.
- BERNARDES, Jaime. G. As ferramentas de gestão do Hospital Pompéia analisadas sob a ótica da gestão por processos. Trabalho de Conclusão de Curso – MBA. IBGEN – Instituto Brasileiro de Gestão em Negócios. Porto Alegre. 2009
- BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - 1988. Diário Oficial da União de 05 de outubro de 1988.
- BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 400 de 06 de dezembro de 1977. Diário Oficial da União de 06 de dezembro de 1977.
- CHERUBIN, N. Fundamentos da administração hospitalar. São Paulo: União Social Camiliana. 1977.
- CHRISTENSEN, C. M.; GROSSMAN, J. H.; HWANG, J. Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- HANSEN, D. R.; MOWEN, M. M. Gestão de custos: contabilidade e controle. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.
- MCCARTHY, K. T. *Value Chain Focus: The Human Touch*. People & Strategy, v. 32, n. 3, p. 11, 2009.
- MINOTTO, R. A estratégia em organizações hospitalares. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
- MORIN, E. O método. 2. ed. Portugal: Publicações Europa-América, 1987-2002.
- NOGUEIRA, L. C. L. Gerenciamento pela qualidade total na saúde. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial, 1999.
- OSTRENGA, M. R.; OZAN, T. R.; MCLLHANTTAN, R. D.; HARWOOD, M. D. Guia da Ernst & Young para Gestão Total dos Custos. Rio de Janeiro: Record, 1997.

- PORTER, M. E. Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior. 24. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2003. 512 p.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre : Bookman, 2007.
- SENGE, P. A Quinta Disciplina – Arte, teoria e prática da organização de aprendizagem. São Paulo: Editora Best Seller, 1990.
- RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia de pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, I. M. (Org.) Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. Atlas, 2003.
- REICHHELD, F.; SASSER Jr., W. E. *Zero Defections: Quality Comes to Service*. Harvard Business Review, September-October, p. 105-111, 1990.
- SHANK, J. K.; GOVINDARAJAN, V. A revolução dos custos: como reinventar e redefinir sua estratégia de custos para vencer em mercados crescentemente competitivos. 11. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2003. 341 p.
- SILVA, C. L. Competitividade na cadeia de valor: um modelo econômico para tomada de decisão empresarial. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2004. 172p.
- TACHIZAWA, T.; SCAICO, O. Organização flexível: qualidade na gestão por processos. São Paulo: Atlas, 1997. 335 p.
- XAVIER, A. C. R; BATISTA, F. F.; MARRA, F.; LONGO, R. M. J. Implantando a gestão da qualidade em hospitais: a experiência da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre — RS. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Texto para discussão nº 486. Junho de 1997.
- YIN, R. K. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.