

As quatro dimensões competitivas da saúde

Marcelo Caldeira Pedroso, Ana Maria Malik

MAIO 2015

Modelo baseado em conceitos de gestão estratégica pode ser usado para inovar e melhorar a competitividade no setor.

A saúde é um setor vital na economia mundial. Pelas estatísticas mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), os gastos nessa rubrica foram de 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB) do planeta em 2007 — últimos dados disponíveis —, um valor estimado em US\$ 5,3 trilhões. Nos Estados Unidos, tais despesas correspondiam a 15,7% do PIB. No Brasil, o segmento também é bastante significativo, representando o equivalente a 8,4%. Além das questões econômicas, as atividades de saúde envolvem cuidar da vida, o que as torna extremamente críticas para a sociedade.

As necessidades de cuidados, investimentos e gastos com saúde tendem a aumentar gradativamente em função de maior conscientização, por parte dos indivíduos, de que devem se cuidar melhor; de maior disponibilidade de recursos tecnológicos; de aumento do poder de renda da população e de elevação da expectativa de vida. Nesse último quesito deve se destacar que, segundo os mais recentes dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a esperança de vida ao nascer de um brasileiro — 73,2 anos para ambos os sexos, dados de 2009 — aumentou mais de dez anos entre 1980 e 2009. Estimativas desse mesmo instituto indicam um crescimento consistente da população acima de 60 anos, o que deve ocasionar uma alteração significativa na estrutura da pirâmide populacional brasileira: a quantidade de pessoas acima dessa faixa etária deve dobrar nos próximos 20 anos, até atingir aproximadamente 30% da população total em 2050.

Consequentemente, os custos de saúde tendem a aumentar com o tempo. Nos Estados Unidos, por exemplo, algumas projeções indicam que os gastos podem atingir 20% do PIB nos próximos anos, o que tem provocado importantes discussões sobre a sustentabilidade do sistema de saúde americano.

Saúde também é uma preocupação crucial nas empresas. A assistência à saúde é um dos principais benefícios oferecidos aos colaboradores — planos de assistência médica, odontológica e auxílio farmácia. Algumas organizações oferecem check-up periódico aos seus executivos. As despesas com saúde correspondem a um item crítico no orçamento das organizações. A GM, por exemplo, gasta, por automóvel produzido, cerca de US\$ 1.600 em saúde e outros benefícios aos empregados e aposentados.

O problema é que, para um setor tão importante, há várias questões de gestão ainda não resolvidas — e mesmo algumas a

respeito das quais não há consenso sobre como abordá-las. Por isso, a saúde é considerada por muitos especialistas como o setor de maior complexidade de gestão na atualidade, dadas as questões que o caracterizam:

1. Escopo da saúde: é amplo, pois contempla os diferentes graus de saúde, que variam desde a perspectiva positiva (inclui os elementos saudáveis e de bem-estar físico, mental e social) até a perspectiva patológica (contempla doenças de diferentes severidades).

2. Consumo de saúde: apresenta alguns elementos que o diferenciam de outros setores. Em geral, o consumidor não deseja o produto ou serviço de saúde de maneira intrínseca, mas para a preservação ou melhoria da sua própria condição. Assim, o consumo em saúde pode ser tratado como um investimento, pois contribui para aumentar a quantidade de dias produtivos, o que, por sua vez, contribui para a geração de riqueza. Também, acidentes ou doenças graves podem consumir elevados volumes de recursos e levar indivíduos e/ou famílias afetados à ruína financeira, quando não protegidos pelo Estado ou por algum tipo de plano de saúde.

3. Impacto na vida: os produtos e serviços de saúde têm importante impacto na qualidade de vida, na morbidade e na mortalidade dos indivíduos. Dessa forma, há um elemento de risco associado ao uso de produtos e à prestação de serviços de saúde. Além disso, diferentes decisões e atitudes dos indivíduos e dos profissionais de saúde, que podem causar impactos importantes na vida (clonagem e fertilização) e na morte (aborto e eutanásia), estão inter-relacionadas com aspectos éticos, religiosos e culturais.

4. Relevância social: a saúde é um recurso essencial aos indivíduos. Alguns pesquisadores da área de economia da saúde a consideram como um bem social, ou seja, um produto ou serviço que o Estado deveria prover à população. Outros entendem que as atividades empresariais da saúde deveriam estar submetidas às leis de mercado, com maior ou menor regulação, de maneira similar a outras atividades econômicas essenciais, tais como habitação, alimentação e transporte. Tais questões, por vezes, trazem à tona elementos ideológicos que distorcem o foco das discussões sobre a gestão da saúde. Além disso, a consideração da saúde como um bem social (ou seja, um direito do cidadão e dever do Estado) ou como um bem sujeito às leis de mercado pode gerar importantes impactos na sua oferta e consumo.

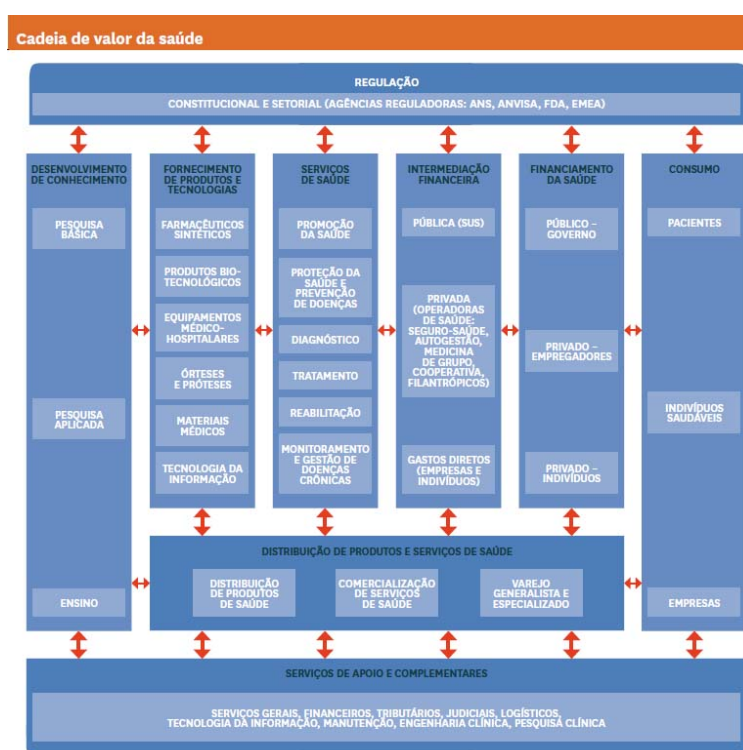
5. Relevância econômica: a saúde é um dos principais setores nas economias dos países. Dessa forma, suas ineficiências representam um considerável desperdício no consumo de recursos financeiros nacionais. A OMS estima que os desperdícios correspondam a algo entre 20% e 40% de todos os gastos com saúde.

6. Setor intensivo em conhecimento: a saúde é uma área intensiva em conhecimento quando comparada com outros setores da economia, sendo que este conhecimento está em plena evolução. Por exemplo, cerca de 30 mil novas citações são inseridas a cada mês no Medline, banco de dados on-line sobre periódicos médicos. Além disso, a saúde é um dos setores que mais investem em pesquisa e desenvolvimento. Mesmo assim, ainda há importantes lacunas de conhecimento médico, em particular nos mecanismos causadores das doenças e/ou na eficácia do tratamento de determinadas doenças. Além disso, a disponibilidade do conhecimento não é uniforme para os diferentes participantes da cadeia de valor da saúde, o que gera assimetrias de informação, que vêm sendo reduzidas consistentemente em função da melhoria de comunicação e oferta de informações sobre saúde, por meio da imprensa leiga e da internet. Tal fato modifica a relação entre pacientes e médicos, uma vez que antigamente a premissa era que um deles “sabia” e o outro, não.

<d

iv style="text-align: justify;">7. Cadeia de valor fragmentada: as operações de saúde geralmente são fragmentadas ao longo da sua cadeia de valor. Isto pode acarretar decisões locais e resultar na denominada competição de soma zero, em que os participantes lutam para dividir o valor gerado, e não para aumentá-lo. Uma das questões relevantes dessa fragmentação contempla o envolvimento de diferentes agentes nas atividades de decisão ou recomendação (exemplo: médicos), consumo (exemplo: consumidores e pacientes), pagamento (exemplo: governo e operadoras de saúde) e oferta de produtos e serviços (exemplo: indústria de materiais médicos, indústria farmacêutica, hospitais, provedores de serviços de medicina diagnóstica) para a realização de um mesmo procedimento de saúde.

Assim, é importante a compreensão dos gestores sobre essas questões para uma efetiva atuação no setor. Nosso objetivo, aqui, é apresentar uma abordagem de quatro dimensões que, se forem consideradas de maneira integrada, podem contribuir para a melhoria da qualidade e redução dos custos da saúde.



Uma cadeia de nove elos

Uma das formas de compreender o setor — e tornar mais efetiva sua gestão — é considerar o sistema de saúde como uma cadeia de valor. Veja, no quadro acima, uma cadeia formada por nove elos, sendo seis verticais e três horizontais. Cada um deles contempla um conjunto específico de atividades.

O conhecimento em saúde é o principal insumo na porção inicial da cadeia e é gerado no primeiro elo vertical, o do desenvolvimento de conhecimento em saúde. No próximo elo, o do fornecimento de produtos e tecnologias, esse conhecimento é transformado e incorporado em produtos (medicamentos, materiais médicos) e tecnologias de processos (cirurgias assistidas por robôs) e da informação (prontuário eletrônico do paciente). Estes, por sua vez, são utilizados pelo elo subsequente — os serviços de saúde — no atendimento aos consumidores finais. O elo vertical seguinte aborda a

intermediação financeira do sistema de saúde, cuja função principal é diluir os riscos e repassar os recursos financeiros aos demais. A seguir, a cadeia considera o financiamento, que consiste nos gastos em saúde do governo, das empresas e dos indivíduos. O sexto elo vertical contempla o consumo, realizado pelos pacientes, pessoas saudáveis e empresas, dos produtos e serviços de saúde.

Três elos horizontais cruzam os verticais. O primeiro contempla a atividade de regulação do sistema de saúde, que é gerenciada pelas agências reguladoras [no Brasil, por exemplo, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)]. O segundo elo horizontal aborda as atividades de distribuição e venda no varejo de produtos de saúde, bem como a comercialização de serviços de saúde. O último elo horizontal aborda os serviços de apoio e complementares, como serviços financeiros, tributários, jurídicos, logísticos, de tecnologia da informação, manutenção, engenharia clínica e pesquisa clínica.

A cadeia de valor da saúde considera quatro fluxos principais: produtos e serviços, financeiro, de informação e tecnológico. Estes se propagam da porção inicial da cadeia (upstream) até a parte final (downstream), e vice-versa. Cada um desses fluxos está associado, respectivamente, às dimensões competitivas da saúde: operações de saúde; financiamento e intermediação; informação sobre saúde; e tecnologia em saúde. O quadro “Questões a responder” ilustra essas dimensões e alguns de seus pontos relevantes.

1) Operações em saúde

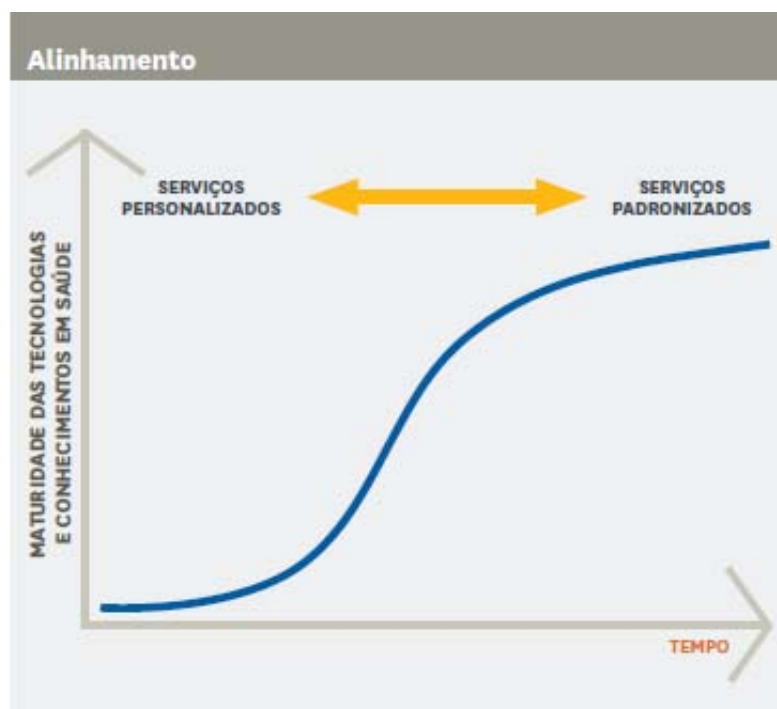
É o elemento central do sistema. O objetivo das operações em saúde é proporcionar aos consumidores os produtos e serviços corretos, no momento necessário, na localização apropriada e com os recursos adequados. A forma como as operações são estruturadas e gerenciadas determina, em grande parte, a qualidade e os custos do sistema. Diferentes conceitos e técnicas de gestão de operações podem ser utilizados.

Um dos conceitos é a manufatura focada. No Canadá, há um hospital denominado Shouldice, dedicado ao tratamento de hérnias — é um centro de referência mundial na especialidade. Lá, o custo médio de um procedimento é bastante inferior ao de um hospital geral. A especialização com volumes relativamente altos proporciona ganhos simultâneos de eficiência e qualidade em função da economia de escala e curva de aprendizado das operações, reconhecido por pesquisas publicadas em destacados journals de saúde, tais como o *New England Journal of Medicine (NEJM)* e *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*. Outros exemplos podem ser citados. No Brasil, o Hospital do Rim e Hipertensão, localizado em São Paulo, é uma referência internacional em tratamento renal, sendo considerado o maior transplantador de rins do mundo. Na Índia, o Aravind Eye Care Hospital é uma organização focada em tratamento oftalmológico e apresenta altos volumes e baixos custos (quando comparados com os custos de tratamentos similares em países desenvolvidos). Também indiano, o Narayana Hrudayalaya realiza cirurgias cardíacas tradicionais com preços correspondentes a uma fração daqueles praticados em hospitais americanos.

Há pelo menos duas questões relacionadas à especialização dos serviços de saúde. A primeira contempla a sua organização conforme níveis de complexidade. Nessa forma de organização, a denominada atenção primária é focada nos atendimentos de menor complexidade (como problemas comuns de saúde, atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde), que geralmente ocorrem de maneira descentralizada, em centros de saúde e ambulatorios gerais. Esse nível deveria funcionar como porta de entrada para os níveis de maior complexidade do sistema. A atenção secundária enfatiza o atendimento com níveis intermediários de complexidade. Isso ocorre, por exemplo, em ambulatorios especializados, serviços mais complexos de medicina diagnóstica (ressonância magnética e tomografia computadorizada), determinados procedimentos dos hospitais gerais e nos serviços de atendimento de urgência e emergência nos prontos-socorros. A atenção terciária foca os procedimentos de maior complexidade, como serviços realizados por hospitais com alta especialização.

A organização do sistema de saúde segundo níveis de complexidade está relacionada às necessidades de saúde da população. Estima-se que entre 80% e 90% dos atendimentos de saúde são considerados de baixa complexidade. No Reino Unido, por exemplo, o sistema nacional de saúde é organizado segundo esse conceito. A atenção primária é oferecida localmente, dimensionada para atender a uma população entre 5 mil e 50 mil pessoas. A atenção secundária é organizada em nível distrital, sendo dimensionada para atender entre 50 mil e 500 mil pessoas. E a atenção terciária é organizada regionalmente, para atender a uma população entre 500 mil e 5 milhões de pessoas. O médico geral é a porta de entrada principal do sistema de saúde. Assim, um paciente somente passa por uma consulta com um especialista após indicação do clínico. Isso evita o uso desnecessário dos recursos do sistema de saúde. Esse modelo de operações segmentadas busca a resolução dos problemas de saúde com alta eficiência e alta resolubilidade.

A segunda questão relacionada à especialização dos serviços de saúde diz respeito ao estágio de maturidade das tecnologias e dos diferentes conhecimentos na área. Tipicamente, o padrão dos desenvolvimentos tecnológicos e científicos segue uma curva-S. Na parte inicial dessa curva, as tecnologias são ainda incipientes e os conhecimentos estão em fase inicial. Na parte final, as tecnologias estão maduras e já se encontram disseminadas. Acreditamos que deva haver um alinhamento entre o estágio de maturidade dos desenvolvimentos tecnológicos e a organização dos serviços de saúde, particularmente quanto ao nível de padronização dos serviços de saúde (veja quadro ao lado). Serviços personalizados (e com fluxos interativos) deveriam ser utilizados para procedimentos associados às tecnologias em desenvolvimento. E serviços padronizados (e com fluxos principalmente sequenciais) deveriam ser adotados para procedimentos relacionados às tecnologias maduras.



Assim, o modelo de centro integrado, geralmente organizado e instalado em uma infraestrutura que provê acesso a um conjunto de recursos humanos, materiais e tecnológicos complementares, é um exemplo de serviço personalizado e interativo. Esses centros são utilizados, por exemplo, em algumas empresas do setor para pesquisa e tratamento de determinadas especialidades médicas, tais como neurologia e oncologia. O modelo de “clínicas do varejo” (retail clinics), localizadas particularmente nos Estados Unidos, é um exemplo de serviço padronizado, com atividades tipicamente sequenciais. Essas clínicas são utilizadas para procedimentos de baixa complexidade (vacinação, tratamento da dor de garganta) e oferecem serviços com conveniência (pois estão localizadas geralmente em supermercados) e de baixo custo.

Outro ponto de discussão diz respeito às amenidades e à alta diferenciação em serviços de saúde. Algumas organizações adotam essa estratégia para melhorar a percepção de qualidade e a experiência dos pacientes e acompanhantes. Isso provoca um aumento nos custos dos serviços; por outro lado, há importantes objetivos nessa estratégia, tais como a melhoria do conforto dos pacientes e uma maior personalização dos serviços prestados. E, conforme comentam alguns executivos do setor, da mesma forma que há a primeira classe e classe executiva no transporte aéreo, também há demanda para serviços premium de saúde.

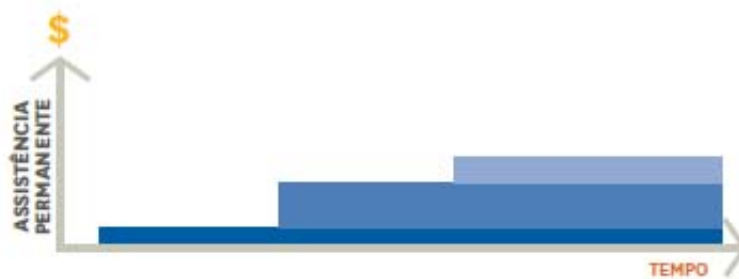
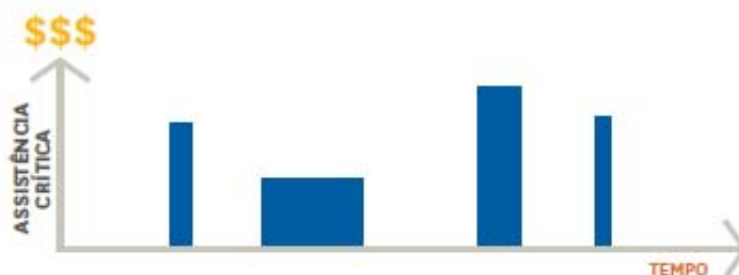
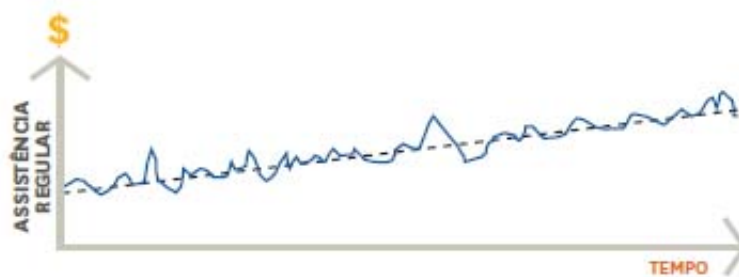
2) Financiamento e intermediação

Uma das primeiras questões é: qual fatia do PIB deve ser alocada à saúde? Segundo dados publicados em 2010 pela OMS, em 2007 os gastos com saúde no Brasil corresponderam a 8,4% do PIB. Esse percentual foi idêntico ao do Reino Unido, superior ao do Japão (8%) e inferior aos de países como Alemanha, Bélgica, Canadá, Dinamarca, França e Suécia (aproximadamente 10% do PIB). Os Estados Unidos gastaram 15,7% do PIB em 2007, sendo um dos países com maior fatia alocada à saúde. Vale ressaltar que um maior gasto em saúde não se traduz, automaticamente, em melhores indicadores de desempenho. Por exemplo, o Japão gasta menos em saúde do que os Estados Unidos quando se comparam o percentual do PIB e o consumo anual per capita (US\$ 2.751 no primeiro, US\$ 7.285 no segundo). No entanto, os japoneses apresentam melhores indicadores de expectativa de vida ao nascer (83 anos no Japão, 78 anos nos EUA) e mortalidade infantil, por mil nascidos vivos (3 no Japão, 7 nos EUA).

Outra questão relevante envolve a fonte de financiamento. No Brasil, aproximadamente 40% do financiamento é público e 60%, privado. Essa distribuição é similar à dos Estados Unidos. Para os demais países citados, a maior parte do financiamento é público (entre 70% e 85%), o que é uma característica dos países europeus. Mas no Brasil o percentual da população coberta por planos privados é de 23,4%, de acordo com os números da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de setembro do ano passado (nos EUA é superior a 80%). Para nós, brasileiros, esses números implicam duas questões importantes. Primeiro, a maior parte do financiamento da saúde é originada diretamente do bolso das empresas e dos indivíduos. Segundo, aproximadamente 23% da população tem acesso tanto ao sistema público (universal) quanto ao privado, enquanto os 77% restantes têm acesso somente ao sistema público. Ou seja, a maior parte dos recursos de saúde (mais de 60% do financiamento) é utilizada por uma parcela da população (23% que têm planos privados), ocasionando desigualdades sociais (ou iniquidades) no sistema. Além do mais, atualmente há uma baixa integração entre o sistema público e o privado, gerando ineficiências no sistema de saúde brasileiro.

É importante salientar que o consumo de saúde apresenta uma variação ao longo da vida de um indivíduo. Em geral, o consumo, assim como os custos, apresenta uma tendência de aumento com o passar dos anos. Com vista a facilitar a compreensão, segmentamos o consumo de produtos e serviços de saúde em três componentes: assistência à saúde regular, crítica e permanente **(veja o quadro “Em três níveis”)**.

Em três níveis



Maior gasto não se traduz, automaticamente, em melhores indicadores de desempenho.

A assistência regular denota o consumo com uma previsibilidade relativamente alta para uma dada população (assumindo que os dados epidemiológicos são conhecidos) — em comparação com os demais componentes. Exemplos dessa assistência incluem as consultas ambulatoriais, determinados exames de medicina diagnóstica (tradicionalmente aqueles mais solicitados pelos médicos) e consumo de alguns medicamentos (geralmente não de uso contínuo). A assistência crítica está associada aos denominados custos catastróficos, tais como aqueles incorridos por cirurgias de maior complexidade, internações longas e em UTI, tratamentos de câncer e assistência aos politraumatizados. Estes geralmente são de baixa previsibilidade; quando ocorrem, podem consumir elevadas quantias de recursos financeiros. A assistência permanente está relacionada à gestão de doenças crônicas (tais como diabetes e hipertensão arterial). O início dessas doenças pode até ser esperado (para determinadas populações de risco), porém nem sempre é previsível. Porém, uma vez iniciadas, apresentam uma relativa previsibilidade no consumo de produtos e serviços de saúde.

A segmentação do consumo de saúde pode ser utilizada para analisar alguns modelos na intermediação da saúde. Por exemplo, alguns países adotam a denominada “conta poupança saúde” (ou Health Savings Account — HSA). Esta é uma conta

individual, na qual são depositadas determinadas quantias (por exemplo, como um benefício oferecido pelas empresas), que somente pode ser utilizada para gastos em saúde, gerida pelo próprio titular. Ou seja, é um mecanismo similar ao do tíquete-refeição e do cartão- alimentação. Há pelo menos dois efeitos inerentes a esse modelo: primeiro, ele pode aumentar a competição no mercado de saúde ao aproximá-lo das características de um mercado de consumo (o que é diferente de um plano de saúde em que os consumidores pagam a priori e têm visibilidade limitada sobre os preços dos serviços); segundo, ele pode permitir um acúmulo de recursos financeiros (ou seja, uma poupança) para serem utilizados posteriormente (por exemplo, quando o indivíduo se aposenta).

No Brasil, a implantação da “conta poupança saúde” (no formato VGBL saúde, por exemplo) poderia ser utilizada para a assistência regular e permanente. A assistência crítica poderia ser considerada por meio de seguro-saúde, que se comportaria como um seguro tradicional, com o objetivo principal de proteger a saúde financeira dos indivíduos. Essa modalidade de seguro-saúde é similar aos denominados planos hospitalares do sistema privado brasileiro.

A segmentação do consumo de saúde também poderia estimular uma discussão do papel dos sistemas público e privado na atenção primária (problemas comuns de saúde e medidas preventivas, tipicamente associadas à assistência regular), nos tratamentos de alta complexidade (como transplantes, que estão associados à assistência crítica) e gestão dos doentes crônicos (associada à assistência permanente). Neste último, por exemplo, o SUS (sistema público) oferece medicamentos para algumas doenças crônicas.

3) Informação em saúde

Essa dimensão aborda três níveis de informação: sistema de saúde, organizações de saúde e indivíduos. Um adequado processo de captação, tratamento e disponibilização da informação em saúde, nesses três níveis, pode aumentar a eficiência e agilidade do sistema de saúde como um todo.

Em relação ao primeiro nível (sistema de saúde), podemos dizer que existe carência de dados epidemiológicos (relação causa-efeito de doenças) que possam ser utilizados pelas organizações de saúde no Brasil. Atualmente não há integração entre os dados do sistema público (disponíveis no Datasus) e privado (disponíveis parcialmente na ANS). Esse fato limita, por exemplo, o desenvolvimento de um sistema nacional de indicadores de desempenho em saúde.

Quanto às organizações, um incentivo à divulgação dos preços e resultados poderia levar a um aumento de competição no setor. Essas duas categorias de dados permitiriam uma melhor avaliação da relação custo-benefício (ou custo-efetividade) de diferentes produtos e serviços de saúde.

Por fim, temos a informação sobre a saúde dos indivíduos. Nesse contexto, existe uma questão que vem sendo debatida no mundo inteiro: a portabilidade das informações de saúde das pessoas. Isso implica a disponibilização das informações contidas no prontuário médico eletrônico das organizações de saúde aos indivíduos. Tipicamente, esse prontuário organiza e armazena, em um único local, as principais informações e registros sobre a saúde de um indivíduo, tais como: dados gerais sobre o paciente (lista de medicamentos utilizados e histórico de saúde); requisições (prescrições e solicitações de exames); resultados de exames (histórico de resultados de exames); e suporte ao tratamento (avisos sobre interações e efeitos colaterais de medicamentos). Essas informações são provenientes de diferentes atores do sistema de saúde, como os médicos, hospitais, empresas de medicina diagnóstica e indústria farmacêutica. Isso gera uma complexidade organizacional de implantação, adicionalmente às dificuldades tecnológicas (integração de diferentes sistemas de informação). Tais questões limitam uma implantação mais rápida do prontuário eletrônico do indivíduo. Há, também, diversos benefícios na adoção desse tipo de tecnologia. Por exemplo, a visão integrada das informações de saúde de um paciente e a possibilidade de acesso (mediante controle do próprio paciente) por parte dos provedores de serviços de saúde podem tornar o serviço mais ágil,

eficiente e resolutivo.

4) Tecnologia em saúde

Essa dimensão é a menos tangível, porém não menos importante. Apresentamos pelo menos quatro questões relacionadas a ela.

Primeiro, a gestão do conhecimento em segmentos intensivos em conhecimento, como é o setor de saúde, é um dos principais pilares de geração de valor e consumo de recursos financeiros. Por exemplo, os investimentos públicos e privados em pesquisa e desenvolvimento na área de saúde são geralmente elevados, quando comparados com outros setores da economia.

Segundo, as inovações tecnológicas são apontadas como uma das principais causas do aumento dos custos em saúde. A velocidade de incorporação de novas tecnologias e o fato de algumas serem complementares (e não substitutivas) às anteriores são elementos associados a essa questão.

Terceiro, o conhecimento médico é ainda incompleto. Ou seja, nem todas as relações de causa e efeito relacionadas ao diagnóstico e tratamento de condições de saúde são conhecidas. Há, por exemplo, várias lacunas de conhecimento na identificação precoce e no tratamento de alguns tipos de câncer.

Finalmente, em quarto lugar, o estágio de conhecimento médico tem implicações relevantes no projeto de organizações de saúde. A falta de alinhamento entre estágio de conhecimento e desenho das operações de saúde pode gerar ineficiências no sistema.

Gestão estratégica na saúde

Em função de sua importância e das relações de interdependência, consideramos que o efetivo projeto e a gestão de sistemas e de organizações de saúde devam abordar as quatro dimensões competitivas de maneira integrada. Consideram-se como sistemas de saúde, de maneira mais abrangente, os sistemas nacionais ou regionais de saúde e, de forma mais específica, as organizações que atuam na sua cadeia de valor.

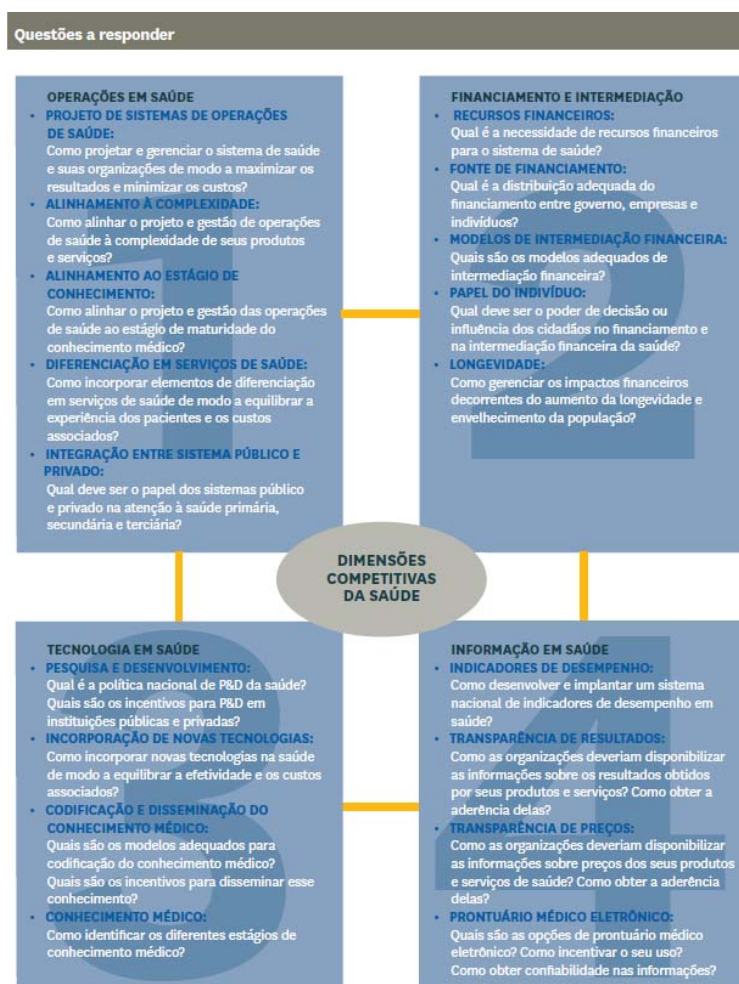
Gestores que atuam na área (particularmente aqueles oriundos de outros setores) devem buscar uma compreensão das particularidades da saúde. Para tanto, a cadeia de valor apresentada e a discussão sobre as complexidades do setor de saúde podem auxiliá-los. Os gestores com formação na área, em sua maioria, conhecem bem o setor. No entanto, costumam ter um estilo decisório próprio, inerente à sua formação e profissão. De maneira geral, o estilo decisório dos médicos pode ser resumido assim:

Foco no curto prazo: conforme Jerome Groopman cita em seu livro *Como os médicos pensam*, na média os médicos decidem em 18 segundos sobre o diagnóstico e melhor tratamento de um paciente. Em gestão, o foco no curto prazo é importante na execução de ações gerenciais. Mas também é necessário complementar com uma visão de longo prazo e habilidades de planejamento na gestão.

Autonomia: tende a gerar decisões gerenciais mais ágeis. Os resultados são mais rápidos, para o bem ou para o mal. É importante equilibrar essa característica com o trabalho em equipe, com pessoas de diferentes formações e experiências.

Especialização: tende a gerar decisões mais coerentes com o estado da arte do conhecimento em determinada área. Em gestão, particularmente na alta administração, é um importante complementar com uma visão sistêmica do negócio.

Sugerimos que esses gestores identifiquem seus estilos decisórios e desenvolvam as habilidades gerenciais complementares e necessárias para um bom desempenho.



Marcelo Caldeira Pedroso (mpedroso@usp.br) é professor do Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEA-USP). Doutor, mestre e graduado em engenharia de produção pela Escola Politécnica (Poli-USP) e doutor em ciências pela Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina (FM-USP). Possui pós-doutorado em administração na FEA (USP) e é pós-doutorando em saúde coletiva na Unifesp. Atuou como executivo nas práticas de consultoria da IBM, Deloitte, KPMG e Ernst & Young e na área de inovação do Grupo Fleury. **Ana Maria**

Malik (ana.malik@fgv.br) é professora adjunta e pesquisadora da FGV-Eaesp, professora convidada da Faculdade de Medicina da USP e da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, coordenadora do GVsaúde, diretora adjunta do PROAHSA e presidente do Conselho da ALASS. É graduada em medicina pela Faculdade de Medicina (FM-USP), mestre em administração de empresas pela FGV-Eaesp e doutora em medicina preventiva pela Faculdade de Medicina (FM-USP). Foi diretora de hospitais públicos e privados, coordenadora da Assistência Hospitalar da Secretaria do Estado da Saúde (SES – SP), coordenadora de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo, coordenadora de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e superintendente do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein de São Paulo.