

EDINALDO HOMOBONO SANTA BRÍGIDA

**PERCEÇÃO DA GESTÃO NOS HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS PRIVADOS VINCULADOS AO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA CIDADE DE
BELÉM E REGIÃO METROPOLITANA, PARÁ**

Orientador: Professor Doutor Ricardo Figueiredo Pinto

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Economia e Gestão

**Lisboa
2012**

EDINALDO HOMOBONO SANTA BRÍGIDA

**PERCEPÇÃO DA GESTÃO NOS HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS PRIVADOS VINCULADOS AO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA CIDADE DE
BELÉM E REGIÃO METROPOLITANA, PARÁ**

Dissertação apresentada para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão de Empresas no
Curso de Mestrado em Gestão de Empresas,
conferido pela Universidade Lusófona de
Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professor Doutor Ricardo
Figueiredo Pinto.

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Economia e Gestão

**Lisboa
2012**

EPÍGRAFE

“Triunfo é o desenvolvimento do poder com o qual se obtém tudo o que se deseja na vida, sem interferir com os direitos dos outros”.

(Napoleon Hill)

DEDICATÓRIA

A **Deus** por tornar meu sonho realidade;

A **minha família**, por ser a estrutura e a principal fonte de inspiração em todos os momentos da vida.

A minha mãe, **Dora**, doce e eterna vida, pela minha existência humana;

A meu pai **Durval Santa Brígida** (in memoriam) meu eterno agradecimento pelas lições de vida;

À **Mercedes**, minha esposa, porque a sua compreensão, carinho e amor foram fundamentais para que eu me sentisse motivado a concluir esta pesquisa;

Enfim, **aos amigos** da turma do Curso de Mestrado em Gestão-II da ULHT (Lisboa-Pt) que, de uma maneira ou de outra, contribuíram incentivando a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** por me conceder o dom da vida e por estar presente constantemente em todos os momentos de minha existência.

À minha **Família**, exemplo de força e determinação, por tudo que representa em minha vida.

Em especial, ao amigo e coorientador, Prof. Msc. **Divaldo Martins de Souza**, pela sincera amizade e colaboração valorosa na realização deste estudo.

A minha esposa **Mercedes Porpino de Oliveira**, pelo incansável incentivo, paciência e apoio em prol dos meus ideais.

Aos meus filhos **Fernanda, Bruno, Maria Eugenia e Gabriel**, por serem maravilhosamente a principal fonte de inspiração e estímulo na conquista de novos horizontes.

Ao meu sobrinho e administrador **Igor Porpino**, pela colaboração e imprescindível contribuição no repasse dos conhecimentos na área de gestão empresarial.

Ao Prof. Dr. **Ricardo Figueiredo Pinto**, diretor da empresa Conhecimento & Ciência, pelas orientações e pela coragem, iniciativa e inovação em gerar novas oportunidades para aqueles que querem cursar mestrado e doutorado em nossa região.

Por fim, meus sinceros agradecimentos **aos amigos e a todos os Professores** do Curso de Mestrado em Gestão-II da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias-ULHT(Lisboa-Pt).

RESUMO

Os hospitais filantrópicos representam cerca de 1/3 do total de hospitais existentes no Brasil, são 1.917 instituições entre privados e não privados, lucrativos e sem fins lucrativos, constituídas aproximadamente por 132 mil leitos. Se beneficiam de inúmeros privilégios fiscais que geram vantagens competitivas sobre o setor privado, dentre os quais, listam-se as isenções de impostos garantidas pela aquisição do certificado de filantropia, concedido pelo Ministério da Saúde. O objetivo geral da pesquisa é perceber a gestão desses hospitais e consiste em um estudo de caso com abordagem qualitativa e quantitativa desenvolvido em cima de uma amostra composta por 2 (dois) hospitais filantrópicos privados vinculados ao SUS da cidade de Belém, Pará, Brasil e região metropolitana, escolhidos aleatoriamente numa população de 4 (quatro) hospitais. Constatou-se que os gestores ainda apresentam uma visão mecanicista, os colaboradores demonstram pouco conhecimento sobre a gestão, os usuários por sua vez têm o SUS como única opção e acham apenas que a qualidade nos serviços precisa melhorar, o planejamento estratégico é desconhecido e não é elaborado de modo participativo, inexistindo na sua forma completa. Por outro lado, ainda que contraditório, os hospitais apresentam um bom nível de qualificação profissional na gestão.

Palavras-Chave: Hospitais filantrópicos; Setor privado; Gestão e Qualidade.

ABSTRACT

Philanthropic hospitals represent about 1/3 of the total number of existing hospitals in Brazil, are private and not institutions 1,917 between private, profit-making and non-profit-making, formed approximately 132 thousand beds by benefit from many tax privileges that generate competitive advantages on the private sector, including, list the tax exemptions for the acquisition of the certificate of guarantees philanthropy granted by the Ministry of Health. The general objective of the research is to perceive the management of these hospitals and consists of a case study with qualitative and quantitative approach developed on top of a sample consisting of 2 (two) private philanthropic hospitals linked to SUS city of Belém, Pará, Brazil and metropolitan, randomly chosen from a population of four (4). It was noted that managers still have a mechanistic view, employees demonstrate little knowledge about management, users in turn have SUS as only option and find just that quality needs to improve services, the strategic planning is unknown and is not drawn up in such a way supportive, as failed to complete. On the other hand, although contradictory, the hospitals have a good level of professional qualification in management.

Keywords: Philanthropic hospitals; Private sector; Management and Quality.

ABREVIATURAS

AH	Acreditação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCG	<i>Boston Consulting Groups</i>
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CEAS	Certificado de Entidade beneficente de Assistência Social
CMB	Confederação das Misericórdias do Brasil
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição Financeira para a seguridade Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
ICMS	Imposto sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre prestações de Serviços de transporte
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPI	Imposto de Produto Industrializado
ISS	Imposto Sobre Serviços
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONGs	Organizações Não Governamentais
PE	Planejamento Estratégico
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PLC	Projeto de Lei Complementar
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde

SWOT *Strenghts Weaknesses Opportunities e Threats*
TI Tecnologia da Informação
UTI Unidade de Tratamento Intensivo

INDICE GERAL

CAPÍTULO I- INTRODUÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO II- REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 Conceitos de Organização	21
2.2 Tipos Básicos de Organizações	21
2.3 Administração Estratégica	22
2.3.1 Planejamento Estratégico	25
2.3.1.1 <i>Etapas do Planejamento Estratégico</i>	26
2.4 Principais Ferramentas da Gestão Estratégica	27
2.5 Histórico da Filantropia no Brasil	29
2.6 Hospitais Filantrópicos	32
2.6.1 Regulamentação dos Hospitais Filantrópicos	34
2.6.2 O Papel dos Hospitais Filantrópicos	35
2.6.3 O Potencial dos Hospitais Filantrópicos	35
2.7 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Filantropia Hospitalar	37
2.8 A Gestão dos Hospitais Filantrópicos	39
2.9 Características dos Hospitais Filantrópicos	42
2.9.1 Porte de Leitos nos Hospitais Filantrópicos	46
2.10 Gestão Hospitalar- Aspectos Gerais	49
2.11 Modelos de Gestão Hospitalar	50
2.11.1 Programas de Qualidade Hospitalar e Acreditação Hospitalar (AH)	51
2.11.2 Modelo de Clínica Ampliada	54
2.11.3 Hospital Fundação Estatal	56
2.12 O Balanced Scorecard (BSC) como Ferramenta de Gestão na Área Hospitalar	58
2.12.1 Perspectiva Financeira	58
2.12.2 Perspectiva dos Clientes	58
2.12.3 Perspectiva dos Processos Internos	59
2.12.4 Perspectiva do Aprendizado e Crescimento	59
2.13 Proposta de Modelo de Gestão Estratégica mediante a Implantação da Ferramenta - Balanced Scorecard (BSC) no Setor Hospitalar	61
CAPÍTULO III- METODOLOGIA	63
3.1 Caracterização do Estudo	64

3.2 Seleção da Amostra	64
3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão	65
3.4 Instrumentos Utilizados na Coleta de Dados	65
3.5 Coleta de Dados	66
3.6 Tratamento e Análise dos Dados	67
3.7 Aspecto Ético	67
3.8 Riscos e Benefícios	67
CAPÍTULO IV- RESULTADOS	69
CAPÍTULO V- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
CONCLUSÃO	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ÍNDICE REMISSIVO	114
APÊNDICES	116
ANEXO	133

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Demonstrativo de receitas e despesas dos quatro maiores hospitais filantrópicos do Brasil (valores em milhões de reais – ano base 2001)	45
Quadro 2 - Dimensão da participação do SUS como fonte de receita para os hospitais sem fins lucrativos, mesmo não sendo a única fonte.	46
Quadro 3 - Porte dos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos da região norte do Brasil, por faixa de números de leitos.	47
Quadro 4 - Quantidade de leitos por categoria nos hospitais filantrópicos privados sem fins lucrativos da cidade de Belém (Pará) e Região Metropolitana.	48
Quadro 5 - Quantidade de leitos hospitalares no Brasil de acordo com a natureza jurídica.	48
Quadro 6 - Número e total de hospitais filantrópicos existentes no Estado do Pará, de acordo com a sua natureza jurídica.	48
Quadro 7 - Mostrando as perspectivas do "BSC" na área hospitalar	60

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema da Matriz SWOT	28
Figura 2 - Esquema das cinco forças de Porter e a cadeia de valor	28
Figura 3 - Esquema do <i>Balanced Scorecard</i> (BSC)	29
Figura 4 - Mapa estratégico do Hospital Nove de Julho (SP), embasado nas quatro perspectivas propostas por Kaplan e Norton no processo de implementação do <i>Balanced Scorecard</i> (BSC).	61
Figura 5 - Esquema da proposta de implementação da ferramenta de gestão - <i>Balanced Scorecard</i> (BSC) numa instituição hospitalar.	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos da amostra quanto a sua função em relação ao hospital pesquisado	70
Gráfico 2 - Distribuição dos colaboradores dos hospitais pesquisados quanto ao cargo em que ocupam	74

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Visão do gestores sobre os hospitais em que atuam	70
Tabela 2 - Características dos colaboradores entrevistados	74
Tabela 3 - Visão dos colaboradores sobre os hospitais em que atuam	75
Tabela 4 - Características dos usuários entrevistados	78
Tabela 5 - Visão dos usuários sobre os hospitais que freqüentam	78

CAPÍTULO I- INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa enfatiza a compreensão das temáticas relacionadas à gestão hospitalar, especialmente na discussão da análise da gestão dos hospitais filantrópicos privados sem fins lucrativos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para Bosco (2009) inexistem uma gestão adequada para atender os hospitais filantrópicos e existe a necessidade de se analisar a importância da gestão dentro dessas instituições.

Segundo Castro (2009) as organizações filantrópicas de saúde no Brasil existem desde o período colonial, marcada pela presença das instituições portuguesas (Santa Casa de Lisboa, fundada em 1498). Para Bernardes et al. (2010) os hospitais filantrópicos são ligados a uma mantenedora, que pode ou não se confundir com a própria organização hospitalar, composta de uma sociedade de cunho religioso ou não, que elege um conselho de administração e uma diretoria para gerir as atividades organizacionais.

A história política da sociedade brasileira mostra que o Governo na área da saúde, ao longo do tempo tem trazido poucos benefícios ao modelo de saúde utilizado, resultando num aumento das desigualdades sociais. Segundo Zatta et al. (2003) os hospitais filantrópicos se apresentam como alternativas para o processo de descentralização da saúde, o que favorece em parte o Governo no atendimento do SUS. Dados da Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB) demonstram que os hospitais filantrópicos atualmente totalizam 2,6 mil, representando aproximadamente 57% dos leitos oferecidos ao SUS e cerca de 1/3 dos leitos existentes no país, sendo aceita como uma importante fonte prestadora de serviços ao SUS.

De acordo com a lei da filantropia em vigor, são considerados filantrópicos os hospitais portadores do certificado de filantropia, hoje concedido pelo Ministério da Saúde, como exigência para a obtenção de diversas isenções fiscais e vantagens tributárias. No entanto, como condição para a concessão do mesmo se exige entre outras, a oferta e a efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS.

A problemática da gestão nos hospitais filantrópicos se apresenta polêmica e sua discussão caminha por muito tempo com enfoques variados dentro da literatura. Mas, segundo Lima et al. (2004) a qualidade gerencial e assistencial dos hospitais filantrópicos ainda é considerada uma área carente, apresentando na sua maior parte estudos que abordam apenas o efeito das pressões financeiras sobre a instituição e a influência dos médicos sobre a qualidade hospitalar. Zatta et al. (2003) sugerem que sejam realizadas pesquisas para identificar também o nível de profissionalização da gestão desses hospitais, para verificar se esse não seria um dos motivos da difícil situação por que passam estas instituições.

De acordo com Ferreira et al. (2005) se torna cada vez maior o número de empresas no Brasil que, perante as exigências do cenário empresarial, buscam ferramentas que auxiliem no gerenciamento, como por exemplo a implementação do planejamento estratégico e o uso do BSC.

Pesquisas têm sido realizadas buscando conhecer e entender o desenvolvimento da gestão hospitalar enquanto prática estratégica na área da saúde. Acredita-se que isto seja uma exigência permanente na vida profissional, que leva de encontro com as atuais perspectivas e trajetória profissional do autor, marcada pela inserção no campo hospitalar e no ensino universitário. As questões discutidas no estudo tiveram suas origens numa experiência profissional de aproximadamente 20 anos, atuando como fisioterapeuta em uma organização hospitalar privada filantrópica sem fins lucrativos vinculada ao SUS da cidade de Belém-Pará-Brasil.

O interesse pela pesquisa adveio da relevância do estudo para a área da gestão hospitalar, visto que o crescimento dessas instituições indubitavelmente depende do desenvolvimento de uma gestão de qualidade. Neste contexto, existe a necessidade de se expor e promover práticas gestoras para melhorias do sistema de saúde. Referenciando os entraves profissionais vivenciados pelo autor durante o tempo de inserção no ambiente hospitalar.

Nesse sentido levantou-se os seguintes questionamentos como é feita a gestão e qual o nível de qualificação profissional existente na gestão dos hospitais filantrópicos privados sem fins lucrativos vinculados ao SUS?

A abordagem temática da pesquisa proporcionou a criação da seguinte hipótese sobre o assunto: **H** – existe ou não planejamento estratégico e qualificação profissional na administração dos hospitais filantrópicos privados vinculados ao SUS.

Para responder ao problema da pesquisa, se desenvolveu o **objetivo geral** de perceber a gestão nos hospitais filantrópicos privados vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Belém e Região Metropolitana, Pará. Além disso, se propõem por meio de **objetivos específicos**: verificar como os gestores, colaboradores e usuários de saúde veem a gestão; mostrar, a partir da literatura, o BSC como instrumento de gestão estratégica para os hospitais filantrópicos; apresentar a percepção dos gestores, colaboradores e usuários acerca dessa gestão; identificar a existência de um planejamento estratégico nessa gestão e o nível de profissionalização na administração desses hospitais.

A pesquisa foi realizada no campo de ação da administração na área de gestão hospitalar. Contextualizando uma população de quatro hospitais filantrópicos privados vinculados ao SUS, existentes na cidade de Belém, Pará, Brasil e região metropolitana, composta pelo Hospital da Ordem Terceira (Venerável Ordem Terceira de São Francisco),

Hospital D. Luiz I (Benemérita Sociedade Beneficente Portuguesa do Pará), Hospital Anita Gerosa (Sociedade Beneficente São Camilo) e Hospital da Divina Providência (Instituto Pobres Servos da Divina Providência). Considerados hospitais de médio porte, com níveis de atenção de média e de alta complexidade e oferta aproximada de 100 a 200 leitos.

A saber, a pesquisa em pauta é um estudo de caso dos hospitais filantrópicos privados vinculados ao SUS, localizados na região metropolitana da cidade de Belém do Pará (Brasil). Se baseia na visão de gestores (diretores), colaboradores (clientes internos) e usuários de saúde (clientes externos), inerentes a uma amostra de dois hospitais, obtida a partir da acessibilidade de informações de uma população de quatro hospitais com a mesma natureza jurídica. Os dados primários foram obtidos mediante a aplicação de questionários previamente elaborados, com perguntas relacionadas à área de administração e, os dados secundários, obtidos por meio de pesquisa bibliográfica em livros, artigos, dissertações, teses e materiais disponíveis em sites na internet.

As informações preliminares sobre os dois hospitais pesquisados foram obtidas através de documentação enviada para a diretoria de cada um dos hospitais. A análise dos questionários foi realizada se utilizando métodos com caráter qualitativo e quantitativo. A solicitação do estudo propriamente dito foi realizada após obtenção de carta de autorização entregue pessoalmente aos dirigentes dos dois hospitais da amostra, formalizada mediante assinatura e entregue posteriormente ao comitê de ética em pesquisa em seres humanos responsável pela pesquisa junto com o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” que define o estudo e informa sobre o procedimento na aplicação dos questionários.

Os sujeitos respondentes dos questionários aplicados foram compostos por três áreas: os gestores (diretores), os colaboradores – clientes internos (médicos, enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem, serviços gerais, administrativos, laboratoriais, etc.) e os clientes externos - usuários (pacientes e familiares) dos dois hospitais. Os sujeitos foram selecionados através de esclarecimentos, sensibilização, conscientização e explicação prévia sobre o significado e procedimentos da pesquisa. Respeitando aqueles que optaram por não contribuir com o estudo, estando amparados pelos preceitos éticos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde de n.196/96 (BRASIL, 1996).

O estudo realizado demonstrou por meio dos resultados obtidos que os gestores veem a gestão dos hospitais de forma tradicionalista, adotando um estilo de gestão com características centralizadoras; os colaboradores por estarem mais ligados às suas funções do que com a afetividade pelas instituições e por sofrerem continuamente os efeitos impostos pela cultura organizacional, desconhecem e não mostram qualquer envolvimento com a gestão, ficando portanto alheios aos problemas institucionais; os usuários por não

terem muita opção e por utilizarem os serviços do SUS, recorrem sempre aos hospitais e, quando têm suas expectativas imediatas atendidas não reclamam do atendimento, porém, cobram mais qualidade nos serviços de saúde ofertados.

Outro enfoque, mostra que inexistente um planejamento de gestão completo. Os resultados deixam transparecer a existência de um planejamento tradicionalista, não participativo, unilateral, sem ferramentas importantes de gestão (*Balanced Scorecard - BSC*), onde até mesmo alguns gestores entrevistados o desconhecem ou colocam em dúvida a sua existência, portanto, mostrando que não são implementados ou executados de fato na gestão dos hospitais, são apenas "elaborados". Contudo, em contradição, os resultados mostram que dispõem de um bom nível de profissionalização em sua gestão, já que todos os envolvidos são graduados em administração e afirmam conhecer profundamente a área da gestão.

Este estudo se encontra organizado por uma introdução (capítulo 1) que apresenta de modo sucinto a temática, a problemática, justificativa, os procedimentos metodológicos e os principais resultados da pesquisa; seguida de uma aprofundada revisão de literatura (capítulo 2), que se apresenta como um marco teórico voltado para a área de administração, filantropia, políticas de saúde e gestão hospitalar e que serviu para fundamentar a pesquisa como um todo; adiante se encontra a metodologia (capítulo 3), onde se demonstra os procedimentos metodológicos que nortearam o desenvolvimento da pesquisa; a apresentação dos resultados (capítulo 4), onde os dados estão expostos em tabelas e gráficos para uma melhor visualização e compreensão dos mesmos; a discussão dos resultados (capítulo 5), onde os dados obtidos na pesquisa são exaustivamente discutidos e interpretados com base na literatura pesquisada sobre a temática; e finalmente, a conclusão da pesquisa (capítulo 6), onde se buscou realizar um fechamento da pesquisa, fundamentado nos objetivos previamente apresentados na introdução da mesma.

CAPÍTULO II- REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceitos de Organização

Moraes (2009) procura distinguir o termo “organização” do conceito de “estrutura organizacional”, definindo-o como uma união de pessoas, idéias, ideologias e recursos para alcançar objetivos e estrutura organizacional como sendo um modo de agir e de cuidar da forma como essa organização será racionalizada. Por outro lado, Maximiano (apud Corrêa, 2008) vê como um conjunto de recursos humanos, financeiros e materiais que busca realizar um mesmo objetivo.

Além disso, considera-se a organização como um sistema planejado de esforço cooperativo no qual cada participante tem um papel definido a desempenhar e deveres e tarefas a executar (Cury apud Moraes, 2009). E não obstante, por último, o seguinte conceito:

[...] a organização é um artefato que pode ser abordado como um conjunto articulado de pessoas, métodos e recursos materiais, projetado para um dado fim e balizado por um conjunto de imperativos determinantes (crenças, valores, culturas etc.) (Meireles, 2003 apud Moraes, 2009, p. 46).

2.2 Tipos Básicos de Organizações

As organizações podem ser classificadas em mecanicistas e orgânicas. De acordo com Moraes (2009), na organização mecanicista a estrutura burocrática é baseada em uma minuciosa divisão do trabalho, os cargos são ocupados por especialistas com atribuições perfeitamente definidas, as decisões são centralizadas pelos diretores da empresa, a hierarquia é rígida com comando único, apresenta sistemas rígidos de controle, predomínio da interação vertical entre superior e subordinado, controle administrativo estreito, regras, procedimentos formais e carrega os princípios da teoria clássica da administração.

Já a organização orgânica, tem estruturas flexíveis com pouca divisão do trabalho, cargos modificados e redefinidos através de interação, descentralização das decisões, tarefas executadas com o conhecimento do todo da empresa, hierarquia flexível, controle administrativo amplo e informações mais confiáveis. Desse modo, os sistemas mecanicistas mostram-se compatíveis com condições ambientais estáveis e os sistemas orgânicos se adaptam facilmente a condições ambientais em processo de mudança, porque o ambiente determina a estrutura e o funcionamento das organizações.

2.3 Administração Estratégica

Para Moraes (2009) na administração estratégica toda empresa é parte integrante do seu ambiente. Assim, enquanto os níveis operacionais da empresa estão relacionados com os seus aspectos internos, a tarefa dos níveis estratégicos é estudar e mapear as oportunidades e ameaças que o ambiente impõe a empresa.

Contudo, para que se compreenda o contexto da gestão estratégica nas organizações, é importante entender o conceito de administração e administração estratégica. Maximiano apud Corrêa (2008) explica que administração é o processo de tomar decisões sobre objetivos e utilização de recursos. Já a administração estratégica integra o planejamento estratégico e a administração em um único processo, tornando-se uma atividade contínua em que os gestores são encorajados a pensar com uma visão estratégica. Pedir a um teórico que defina estratégia é o mesmo que pedir a um filósofo que defina o que é a verdade.

Sem dúvida, então, a estratégia decide o destino da empresa e como guiá-la nesse caminho, selecionando meios para alcançar os objetivos. A palavra “estratégia” foi herdada dos gregos e diz respeito a cargo de comandante de batalha. Deste modo, torna-se claro, que as organizações são obrigadas a planejar estratégias.

Para Martins (2008) teoricamente o conceito de estratégia evoluiu e tornou-se fundamental para o bom desempenho dos negócios e da economia, beneficiando a busca pela vantagem competitiva. Na prática, isso representa antecipar o futuro e traçar rumos para a organização. A saber, segundo o caderno rumo a excelência da Fundação Nacional de Qualidade (2008), a estratégia inicialmente utilizada como técnicas de enfrentar o inimigo em guerras, foi adaptada para a realidade do mundo empresarial, transformando-se num amplo conjunto de procedimentos e de técnicas criativas com o intuito de alcançar objetivos dentro do cenário organizacional.

A estratégia segundo Porter (1986), é o modo pelo qual uma organização procura alcançar sua visão e missão, numa série de metas e objetivos, englobando pessoas, recursos e processos. São iniciativas planejadas em busca de um fim, apesar de ser, também, entendida como um posicionamento da organização perante opções e escolhas a partir de cenários e propostas de valor. Acredita-se que uma organização está bem orientada quando sabe para onde está indo, e a busca pela estratégia sem o planejamento estratégico leva a empresa numa direção desorientada.

Para o mesmo autor, o planejamento estratégico vem ser o processo de elaborar a estratégia, definindo a relação entre a organização e o ambiente, compreendendo a tomada

de decisões sobre qual o padrão de comportamento que a empresa pretende seguir, produtos e serviços que pretende oferecer, e mercados e clientes que pretende atingir.

O dinamismo das transformações e das mudanças presentes no cenário mutante das organizações representa apenas uma pequena parte dos fatores que estimulam o surgimento da modernização na gestão das empresas públicas ou privadas. Assim, de acordo com Moraes (2009), além de se conhecer o contexto das mudanças, se faz necessário observar a direção para qual apontam as mutações, visto que podem de várias formas interferir no crescimento das organizações, principalmente naquelas empresas que não fazem a avaliação do ambiente. Afinal de contas, a competitividade aumentou em todos os setores da sociedade, forçando as empresas a estabelecerem parcerias até então impensadas.

Na década de oitenta, se tornou claro que com globalização a concorrência seria mais ampla, principalmente devido a célere expansão da comunicação e informatização, propagada por meio do acelerado processo de desenvolvimento global da inovação tecnológica. Por isso, é de suma importância que as empresas absorvam imediatamente as variações de mercado e adotem métodos gerenciais mais eficientes e modernos (Levine, 1998 apud Bezerra & Moura, 2002).

Segundo Porter (1986) as instituições que pretendem ser bem sucedidas no futuro, precisam com visão estratégica planejar suas metas e objetivos, elaborando então, sua “missão” e sua “visão.” A missão projeta um sonho desafiador de onde a organização deseja estar (Onde estamos? Por que existimos?). A Visão é a razão de ser da empresa, o papel desempenhado pela organização no seu negócio (Para onde vamos? Qual é o nosso destino?).

Uma empresa não se define pelo seu nome, estatuto ou produto que faz; ela se define pela sua missão. Somente uma definição clara da missão é razão de existir da organização e torna possíveis, claros e realistas os objetivos da empresa (Drucker apud Moraes, 2009).

Segundo Moraes (2009) o estabelecimento do modelo de gestão envolve certamente o entendimento de seu conceito, como um conjunto de normas e princípios utilizados para nortear o processo administrativo de uma organização no cumprimento da sua “missão”. Deste modo, entende-se que toda empresa deva ter um modelo de gestão que, indubitavelmente, envolva crenças, valores e definições próprias das atividades desenvolvidas no interior da empresa. Considera-se que as crenças e os valores possam servir de base para formar a cultura organizacional, orientando na criação de um modelo

conceitual a ser assumido pela empresa na execução da gestão estratégica, já que influenciam diretamente na totalidade do ambiente empresarial.

Em síntese, de acordo com Moraes (2009), o modelo ideal de gestão em sua estrutura deve considerar aspectos, como o processo de gestão (planejamento, execução e controle), avaliação do desempenho das áreas e dos gestores, processo decisório (centralização ou descentralização) e o comportamento dos gestores (motivação e empreendedorismo).

O processo de gestão estratégica assume diversas formas quando em contato com a realidade apresentada pela empresa e obtém sua forma baseada nas resoluções tomadas pelo modelo de gestão adotado pela organização. Certamente, assegura o cumprimento das decisões tomadas pela empresa, firmando seu compromisso com equilíbrio, continuidade e adaptabilidade, na certificação de sua “missão” (Moraes, 2009).

Segundo o caderno rumo a excelência da FNQ (2008), o processo de gestão deve respeitar e obedecer a uma seqüência controlada de eventos nos quais se analisa primeiramente o ambiente. Neste sentido, para a formulação das estratégias, torna-se necessário: a análise do mercado (macroambiente), análise do ambiente interno, a definição e apresentação das estratégias, o envolvimento das diversas áreas, a implementação, a definição de indicadores para a avaliação da implementação das estratégias, o estabelecimento de metas e planos de ação, alocação de recursos, a comunicação e o monitoramento da implementação do plano de ação.

Porquanto, a análise do ambiente envolve a investigação e a avaliação dos aspectos externos e internos que podem influenciar o futuro da empresa. Daí, acreditar-se que esses aspectos se completam por mostrarem de forma precisa o cenário em que a organização se insere.

Desse modo, entende-se que a análise macroambiental investiga as questões do universo social, econômico, político-legal e tecnológico, e ainda, identifica as oportunidades, influências e ameaças no mercado de atuação. Por isso, percebe-se que as oportunidades soam como características oferecidas pelo ambiente externo para que a empresa possa aproveitar o alcance da sua visão e as ameaças, como situações que precisam ser combatidas de modo a não prejudicar a visão.

Neste contexto, compreende-se que a gestão estratégica consiste num conjunto de procedimentos e comportamentos influenciados pelos aspectos internos (disponibilidades de competências e recursos) e externos (clientes, fornecedores, concorrentes e cenários econômicos), com o intuito de atingir metas. Logo, a atitude de planejar estratégia parece passar por um processo em que se exige liderança forte, preparação e comprometimento,

isto porque as estratégias pensadas em equipe podem tornar-se realidades mais fácil dentro da empresa, já que parecem transformar as metas em resultados.

Por outro lado, igualmente, parece passar por um processo mental importante visto que exige dos envolvidos conhecimento e comportamento articulador para integrar toda a organização na elaboração do plano de ação que vai servir de alicerce para a construção do modelo de gestão.

Dessa maneira, percebe-se que o pensamento estratégico busca antever situações e solucionar problemas antes mesmo que aconteçam, pensando em todas as possibilidades, agindo no presente, mas pensando no futuro. Dessa forma, se deduz que na elaboração de um planejamento de sucesso é extremamente importante a presença do pensamento estratégico, visto que ele pode prever os fatos que compõem o cenário do negócio.

Afinal, na aplicação de um plano de ação na empresa, segundo Moraes (2009), a gestão estratégica vai necessitar continuamente de acompanhamento, monitoramento e gerenciamento, que podem ser feitos por meio de ferramentas confiáveis utilizadas no processo de gestão, como por exemplo, a “Análise SWOT”, “Matriz BCG”, as “Cinco Forças de Porter” e o “*Balanced Scorecard (BSC)*”.

2.3.1 Planejamento Estratégico

Segundo Ferreira et al. (2005) cresce o número de empresas no Brasil que aderem à busca de novas ferramentas e técnicas que auxiliem o processo gerencial, perante um cenário empresarial complexo com muitas turbulências e incertezas. Certamente, o planejamento estratégico parece então ser a mais importante ferramenta de gestão administrativa, que planeja e decide a respeito do futuro das ações e atividades empresariais, utilizado para que as mesmas se mantenham no mercado e conseqüentemente adquiram estabilidade. Por esta razão, os países do primeiro mundo têm o hábito de planejar estrategicamente desde o nascimento da empresa, ao contrário do Brasil que até pouco tempo desconhecia essa nova ferramenta de gestão.

Segundo Moraes (2009) o planejamento estratégico direciona os rumos da empresa dando a ela sustentabilidade no mercado e ainda, determina a melhor maneira de associar os recursos em relação a sociedade, colocando em prática mudanças contínuas que levem ao aumento da produtividade e à melhor qualidade de serviços. Esclarecendo ainda, explica que para a maioria dos autores especialistas, o planejamento é composto pelos seguintes elementos: Análise de ambiente externo e interno (diagnóstico empresarial), definição dos princípios e valores da organização, declaração da missão, visão de futuro, definição dos

objetivos, elaboração das estratégias, definição dos indicadores e metas, implementação, avaliação e revisão.

Para Martins (2008) os benefícios que o planejamento estratégico trás para as organizações, são: a) definir as expectativas dos acionistas, b) estabelecer o foco, c) direcionar as ações, d) atrair e reter talentos, e) fundamentar parcerias, f) auxiliar no processo decisório, g) orientar os investimentos, h) orientar a avaliação da equipe, i) orientar a capacitação, e j) monitorar o desempenho.

Para Moraes (2009) as etapas principais do processo de planejamento estratégico são: a) análise da situação atual; b) análise do ambiente externo; c) análise interna; d) definição de objetivos e estratégias; e) implementação da estratégia; e f) monitoramento e controle.

Na análise da situação atual se identifica a situação atual externa e interna da empresa. Tem como finalidade avaliar as condições e os recursos disponíveis primeiramente no interior da organização (financeiros, humanos e materiais) e em segundo lugar os recursos disponíveis no mercado.

A análise do ambiente externo é considerada uma etapa fundamental. Portanto, um dos alicerces na construção do plano estratégico. Mostra, que quanto mais competitivo, instável e complexo o ambiente, maior a necessidade de análise, visto que as empresas são sistemas abertos e, portanto sofrem influência direta do meio externo.

A análise interna e a etapa que durante a elaboração procura identificar os pontos fortes e fracos da empresa, através da análise nas áreas de produção, *marketing*, recursos humanos e finanças. Simultaneamente, realiza técnicas de *benchmarking* (compara o desempenho da organização com o desempenho de outra empresa em destaque no ramo). Integra uma parte da avaliação do ambiente.

2.3.1.1 Etapas do Planejamento Estratégico

Na etapa da definição de objetivos e estratégias se procura identificar aonde a empresa quer chegar, ou seja, o caminho que ela irá seguir para chegar tranqüila ao seu destino. Utiliza-se das informações obtidas nas etapas anteriores, consequentes da análise do ambiente.

Na etapa da implementação da estratégia precisa-se ter disciplina e cuidados cruciais na aplicação das estratégias. Devem ser implementadas adequadamente para não transformar o planejamento em insucesso. Já que, a estratégia é fundamental para o sucesso do negócio.

A etapa do monitoramento e controle, etapa essencial para plano, que em muitas vezes não é levada em consideração. Se deve avaliar e acompanhar a execução da estratégia.

Para Martins (2008) são as etapas de preparação, que direcionam as ações e deixam claras as estratégias a serem seguidas pela empresa. Os planos normalmente são feitos numa visão de médio e longo prazo, com perspectiva mínima de um ano. Neste cenário de constantes mudanças e extrema competitividade, é importante rever esse planejamento com frequência, para que esteja sempre adequado às condições da organização e do mercado. Porquanto, o cenário de grande transformação e a nova dinâmica dos negócios faz com que as empresas reduzam seu ciclo de análise da estratégia. Não é mais possível fazer o plano estratégico anual e se esquecer de visitá-lo periodicamente, pelo menos a cada quatro ou seis meses.

Para o mesmo autor, o planejamento estratégico é válido para diferentes fases de desenvolvimento do negócio e para diferentes orientações. Seja para obter o crescimento, seja para revitalizar a empresa já numa fase mais madura ou ainda para transformá-la nos períodos de crise. O importante é utilizar o plano para assim ter um mapa do caminho que se está seguindo e uma orientação para se tomar as decisões adequadas. O principal erro das empresas na execução é não avaliar o não alcance das metas.

Resumindo, de acordo com Moraes (2009) o planejamento estratégico é constituído por diversos elementos, seguindo a ordem apresentada pela maioria dos autores especialistas em planejamento, compostos pela análise do ambiente (diagnóstico organizacional), definição dos princípios e valores da organização, declaração da missão, visão do futuro, definição dos objetivos, elaboração das estratégias, definição dos indicadores e metas, implementação, avaliação e revisão.

2.4 Principais Ferramentas da Gestão Estratégica

De acordo com Moraes (2009) as ferramentas de gestão para a definição das estratégias são: a) análise de SWOT; b) matriz BCG e o ciclo de vida do produto; c) as cinco forças de Porter e a cadeia de valor; e d) *Balanced Scorecard* (BSC).

A análise de SWOT é uma ferramenta que ajuda a empresa a criar um cenário baseado na avaliação do ambiente. Onde, durante a análise do ambiente externo, procura identificar nele as ameaças e as oportunidades, e no ambiente interno, procura identificar sua forças e suas fraquezas. A palavra SWOT, significa um acróstico de quatro palavras da língua inglesa. Sendo: *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças).

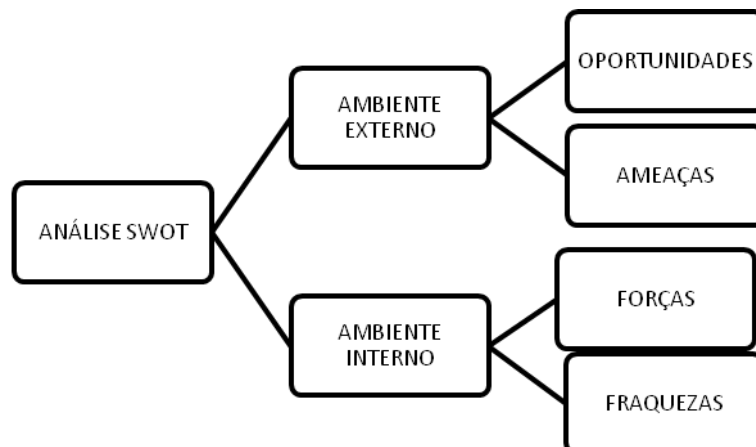


Figura 1 - Esquema da Matriz SWOT.
 Fonte: Moraes (2009).

As cinco forças de Porter e a cadeia de valor é a ferramenta responsável pela análise da competição entre as empresas. Foi concebida por Michael Porter em 1979. Focaliza o significado das cinco forças competitivas, que devem obrigatoriamente ser levadas em consideração para que se possam desenvolver estratégias eficientes. Visto que, toda empresa está sujeita a sofrer influência direta dessas forças, portanto, devendo sempre jogar com elas a seu favor.

Segundo Moraes (2009) essas forças são as seguintes: rivalidade entre concorrentes, barreiras à entrada de concorrentes, poder de barganha dos compradores, poder de barganha dos fornecedores e bens substitutos. Não obstante, a cadeia de valor representa um conjunto de atividades desempenhadas por uma empresa desde as relações com os fornecedores, ciclos de produção e de venda, até a fase de distribuição final.



Figura 2 - Esquema das cinco forças de Porter e a cadeia de valor.
 Fonte: Porter *apud* Moraes (2009).

O *Balanced Scorecard* (BSC) como ferramenta de gestão, é considerado o principal instrumento de gestão estratégica. Criado por Kaplan e Norton, foi apresentado ao mundo no ano de 1992, como um conceito revolucionário que mudou a forma de gestão nas empresas. Moraes (2009) considera o BSC como sendo uma ferramenta eficaz e de apoio no acompanhamento e monitoramento das decisões da organização, embasada por indicadores cruciais. Podendo ser implementado em qualquer situação, isto é, em qualquer ramo empresarial. Tem como finalidade fazer as empresas funcionarem, andarem e crescerem. Divide-se em quatro fases principais: Finanças, Processos internos, Clientes e Aprendizado e crescimento.



Figura 3 - Esquema do Balanced Scorecard (BSC).
 Fonte: Moraes (2009).

2.5 Histórico da Filantropia no Brasil

A origem do processo histórico da regulamentação da filantropia no Brasil, passa segundo Weber apud Girardi et al. (2001) pela existência de uma lei imperial de 1831, que isentava os hospitais e outras instituições de caridade de pagar diversos impostos. A saber, a criação dessas organizações filantrópicas ocorria sob garantia prévia desses privilégios.

Porém, somente em 1916, ficou definido que as sociedades civis, religiosas, científicas, literárias, associações e fundações seriam reconhecidas e constituídas como entidades jurídicas de direito privado.

No entanto, em 1935, uma determinada lei que reconhecia as instituições filantrópicas como entidades de utilidade pública, veio instituir novas formas de regulação

dos privilégios das organizações sem fins lucrativos, estabelecendo que as organizações criadas no país com finalidade de servir a população, seriam declaradas entidades de utilidade pública, desde que cumprissem os requisitos seguintes: a) adquirir a personalidade jurídica, b) estar em funcionamento e servir desinteressadamente à população, e c) que os cargos de diretoria, conselhos fiscais e deliberativos não fossem remunerados.

Em resumo, uma das exigências dessa lei era que as sociedades e fundações ficavam obrigadas a prestar contas e de apresentar a cada ano a relação dos serviços prestados à população.

Segundo Girardi et al. (2001) através do status de entidade de utilidade pública, as instituições filantrópicas sem fins lucrativos passaram a adquirir mais poder e por estarem cada vez mais estruturadas, conseguiram certamente mais vantagens e garantias na isenção de impostos diversos, situação que permanece até os dias atuais e que possibilita essas instituições se beneficiarem de renúncias fiscais significativas por intermédio da isenção de impostos, e assim, concorrer no mercado de forma mais vantajosa, inclusive ampliando a oferta de serviços para uma parcela da população não indigente, cobrando e obtendo lucro pelos serviços que ofertam.

Todavia por outro lado, sabe-se que a finalidade dos hospitais sem fins lucrativos somente foi regulamentada pela Lei número 8.742 em 1993, que normaliza e designa o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), como órgão responsável pela implementação e controle da política para o setor e, além disso, responsável também pela concessão do certificado de filantropia que assegura a isenção das contribuições previdenciárias.

A seguir, surgiu o decreto de número 3.504, de 13 de junho de 2000 que exigia inúmeros requisitos para a obtenção do certificado de filantropia, dentre eles o de estar legalmente constituído no país e em efetivo funcionamento, estar registrado no CNAS, aplicar seus recursos integralmente no território nacional, aplicar anualmente em gratuidade pelo menos 20% da receita bruta, comprovar anualmente o percentual de atendimentos do SUS (igual ou superior a 60% da sua capacidade instalada), não remunerar de forma alguma seus diretores e sócios, etc.

Em contrapartida, segundo Girardi et al. (2001), no início da década de noventa, aconteceu o surgimento dos “planos de saúde” no intuito de estabilizar o lado do setor privado, causando um embate acirrado em todos os setores da saúde, afetando os objetivos políticos propostos pelo SUS. Haja vista, neste ínterim, a relação entre as organizações filantrópicas e o Governo caminhava marcada por inúmeros conflitos que envolviam uma diversidade de interesses, incluindo principalmente a obtenção de recursos.

Contudo, na mesma década, aconteceu a IX Conferência Nacional de Saúde, onde a CMB (Confederação das Misericórdias do Brasil) procurou reivindicar dois conflitos considerados relevantes para a saúde. O primeiro argumentava que com a universalização do atendimento os valores recebidos pelas filantrópicas não cobriam os custos dos serviços prestados, prejudicando os investimentos necessários na reposição de equipamentos e nas reformas das áreas físicas usadas pelo atendimento aos pacientes do SUS. O segundo expressava uma crítica direta à regressão apresentada pelo sistema tributário vigente, pelo fato deste penalizar em especial a atividade hospitalar.

Neste sentido, a CMB propôs a criação de um imposto único incidente sobre os bens de consumo, bens de produção e jogos, e logo em seguida, propôs a polêmica implantação dos planos de saúde. Mais adiante, em um documento apresentado à IX Conferência, solicitou que as ações básicas de saúde deveriam ser efetivadas pelos governos municipais, deixando ao setor privado filantrópico o atendimento às demais ações, não deixando que o poder público entrasse em competição com os hospitais filantrópicos.

Em outro enfoque, Girardi et al. (2001) relata que o perfil empresarial adotado pelos hospitais filantrópicos desde a década de noventa, vem sendo utilizado pela maioria dos gestores como desculpa para manutenção e sobrevivência destas instituições. Contudo, percebe-se que a estratégia atual de firmar vínculo com operadoras de planos de saúde oferece de fato inúmeras vantagens sobre os hospitais lucrativos em decorrência dos benefícios tributários ofertados.

Iniciativa que, para o mesmo autor, certamente vem interferir no atendimento do paciente, visto que a situação parece proporcionar tratamento diferenciado entre os pacientes, prejudicando os usuários do SUS, já que eles não podem pagar pelos planos de saúde. O resultado, é que isso acaba por favorecer possíveis manobras lucrativas obtidas em cima da redução do número de leitos do SUS nos hospitais credenciados.

Entretanto, de acordo com Girardi et al. (2001) alguns programas desenvolvidos pelo Governo no final dos anos noventa, mostram a preferência pela assistência hospitalar prestada pelos hospitais filantrópicos e as Santa Casas de Misericórdia. Neste caso, constituídos de estratégias para a reestruturação financeira e modernização gerencial dos hospitais filantrópicos vinculados ao SUS, tendo como meta principal dar apoio econômico e financeiro e incentivar a melhoria da gestão hospitalar.

Além disso, registra-se o refinanciamento da dívida bancária, a reestruturação da dívida dos hospitais, o financiamento de projetos de reestruturação gerencial, reequipamento e adequação e melhoria de instalações físicas. Portanto, para se ter noção, ao final de todas as medidas adotadas pelo programa neste período, o investimento totalizava mais de 40 milhões de reais.

2.6 Hospitais Filantrópicos

Para Malik & Teles (2001) o termo “entidades filantrópicas” dissimula um grupo de organizações vistas como heterogêneas, por apresentarem clientelas, finalidades, controle social, financiamento e cobertura de serviços bastante diferenciados de qualquer modelo empresarial. De modo geral, 50% destas instituições estão ligadas às entidades católicas, 98,3% prestam serviços ao SUS e 90,3% dizem possuir a licença de filantropia. Por outro lado, Teixeira apud Zatta et al. (2003) define hospitais filantrópicos como empresas prestadoras de serviços na área da saúde, que têm como principais compradores de seus serviços, os planos de saúde, as pessoas físicas e o SUS. Normalmente sendo entendidas como associações civis sem fins lucrativos.

Castro (2009) avigora a abordagem sobre o histórico das organizações filantrópicas de saúde no Brasil, explicando que as mesmas existem desde o período colonial, marcada pela presença das instituições portuguesas (Santa Casa de Lisboa, fundada em 1498). Mas, sabe-se que atualmente elas sofrem em decorrência da falta de gerenciamento, explicado em parte pela dificuldade de se conseguir recursos humanos qualificados e pela falta de recursos financeiros, principalmente àqueles oriundos de fontes públicas.

Neste contexto, se acrescenta a necessidade de programas de revitalização voltados para a área de excelência em gestão. Pois, acredita-se que esse aspecto possa vir a ajudar indiretamente, criando condições para que as parcerias sociais influenciadas pelo crescimento socioeconômico demonstrem o interesse e ofereçam novas formas de apoio a esses hospitais, haja vista, como aconteceu no exemplo dado pela companhia paulista de força e luz (empresa de energia do interior do estado de São Paulo) que desenvolveu um processo de apoio à melhoria da gestão dos hospitais filantrópicos atuantes na sua área de concessão de energia.

Ainda com referência a busca de entendimento sobre o conceito das organizações filantrópicas, Carvalho (2007) explica que toda entidade filantrópica é beneficente, mas nem toda entidade beneficente é filantrópica.

Neste sentido, Teixeira apud Zatta et al. (2003) vai mais além e qualifica as instituições filantrópicas, como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que precisam de adaptação em seus estatutos para compreender seus objetivos sociais e cumprirem os requisitos impostos pela lei, não podendo de forma alguma entre seus sócios, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, distribuir eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu

patrimônio, obtido mediante o exercício de suas atividades, devendo ainda aplicar integralmente a receita excedente em suas metas sociais.

Segundo Lima et al. (2004) a rede hospitalar filantrópica no Brasil é responsável por 1/3 dos leitos do país, contemplando um quadro de importante prestador de serviços de saúde para o SUS e para a saúde suplementar. De acordo com a regulamentação atual, são aceitas como filantrópicas as entidades portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS), cedido sob a responsabilidade do CNAS, órgão vinculado ao Ministério de Assistência e Promoção Social (MAPS), como exigência para obter benefícios de isenções fiscais e tributárias.

Mas, dentre as diversas condições exigidas à concessão do certificado está o compromisso de ofertar ou realizar 60% de internações do SUS, ou em caso de impossibilidade de aplicar um valor percentual de 20% em gratuidade. Para Paes (apud Zatta et al., 2003), a carga tributária incidente sobre as atividades das instituições hospitalares filantrópicas hospitalares, resume-se ao IPI, ICMS, ISS, fornecimento de água, energia elétrica, etc. Acrescenta-se a isto, que as aplicações financeiras também estão sujeitas à tributação do Imposto de Renda sobre os rendimentos e ganhos de capital (Lei nº 9.532/97).

Segundo Tcherniacowski (2004) os hospitais filantrópicos vêm passando por uma delicada crise financeira. O principal motivo, segundo o setor, está no baixo valor pago pelo SUS, que não consegue cobrir o custo dos procedimentos. O problema, muitas vezes, ainda é agravado pelo atraso no repasse. A solução, geralmente, são os empréstimos bancários que, em longo prazo, aumentam o endividamento dos hospitais por conta dos altos juros. Logo, para se ter uma idéia da importância dessas instituições no sistema de saúde, em 2003 as cerca de 2.100 instituições filantrópicas espalhadas pelo país foram responsáveis por quase 5 milhões de internações, 41% das mais de 11 milhões realizadas pelo SUS.

Por fim, Zatta et al. (2003) tentando descobrir quem é o maior beneficiado com as concessões do atestado de filantropia, procurou verificar prováveis diferenças de valores de isenções fiscais e de déficits gerados pelo atendimento ao SUS, entre o governo e as organizações hospitalares filantrópicas. Em seguida, constatou que prestar serviço ao SUS dentro das regras impostas pelo atestado de filantropia é economicamente viável para a instituição beneficiada, questionando o senso comum de que o principal responsável pela difícil situação econômica das instituições filantrópicas brasileiras é a prestação de serviço ao SUS.

2.6.1 Regulamentação dos Hospitais Filantrópicos.

Segundo Barbosa et al. (2004) a principal lei que regulamentava o setor filantrópico, é a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS/93), que dispõe sobre a Assistência Social e define os requisitos necessários para uma entidade ser considerada filantrópica. Ela institui o CNAS, ao qual cabe fixar as normas para a concessão de registro e certificado de fins filantrópicos.

Art.1º. - Considera-se entidade beneficente de assistência social (...) a instituição beneficente de assistência social, educacional ou de saúde, sem fins lucrativos, que atue principalmente, no sentido de: I - proteger a família, a infância, a maternidade a adolescência e a velhice; II - amparar crianças e adolescentes carentes; III - promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência; IV - promover gratuitamente, assistência educacional ou saúde.” (Decreto 752/93).

No entanto, segundo Iannarelli (2009) as organizações hospitalares filantrópicas devem começar a se adaptar às mudanças trazidas pela lei nº. 12.101/09 que altera os caminhos para a certificação de filantropia, em vigor a partir do dia 30 de novembro de 2009.

Porquanto, ela poderá afetar o modo e a forma de atuação das organizações sociais, principalmente no que diz respeito à certificação das entidades beneficentes de assistência social. Desse modo, uma das principais características da nova “lei da filantropia”, envolve os pedidos de certificados, que garante a isenção de contribuições previdenciárias e sociais, como o PIS e a COFINS. Sabe-se que antes, a concessão era da alçada do CNAS, mas, atualmente, a certificação passou a ser dada ao ministério ligado à atividade em questão, no caso dos hospitais filantrópicos cedido pelo Ministério da Saúde.

Assim, os principais hospitais privados de ponta do país não terão mais de garantir 60% dos atendimentos pelo sistema público de saúde para manter o certificado de filantropia e a isenção de tributos e contribuições previdenciárias, para manter os benefícios, as unidades habilitadas pelo ministério poderão oferecer, em vez do percentual de atendimentos, um pacote de serviços ao SUS constituído por atividades de pesquisas de interesse na saúde pública, treinamento de profissionais e avaliações para a incorporação de tecnologias.

Em síntese, como surpresa, a saber, os melhores hospitais brasileiros são considerados unidades filantrópicas sem fins lucrativos. Deste modo, irão oferecer ao SUS, em vez dos requisitos tradicionais, o conhecimento, a capacidade técnica, a capacidade de gestão, a capacidade de realizar pesquisas e desenvolvimento tecnológico (CORREIO BRAZILIENSE, 2008).

2.6.2 O papel dos Hospitais Filantrópicos

De acordo com Ginzberg (1993) as instituições filantrópicas hospitalares executam serviços comunitários de saúde essenciais para a população indigente e por isso fatores inerentes a recursos federais (valor, distribuição e natureza), a custo dos serviços de saúde, a estrutura hospitalar, a mecanismo de financiamento, a postura do governo e a mudanças de valores sociais, influenciaram amplamente durante o último meio século o papel da filantropia na oferta dos cuidados hospitalares nos Estados Unidos da América (EUA).

Para Klarman (1962) a filantropia vem ser uma forma de organização ou um modo de atividade voluntária. Nos EUA seu papel ainda é considerado muito importante, por fazer parte de um cenário onde as organizações hospitalares são administradas principalmente pela iniciativa privada. Daí, entender por que o demonstrativo financeiro dos hospitais filantrópicos americanos sempre aponta para uma gestão eficiente, principalmente no que se refere ao investimento dos recursos filantrópicos, visto que a maioria desses hospitais funciona através do apoio do governo federal, do voluntariado (doações) e de parcerias. Apesar de tudo, ainda existe relatos que a maioria deles opera com uma pequena margem de lucro.

Segundo Leone & Horn (2005) os hospitais sem fins lucrativos diferem de outras empresas privadas por disporem de incentivos fiscais em sua gestão e, neste cenário, se torna claro que a instituição filantrópica que mostra déficit financeiro em sua receita, pode está apresentando ineficiência em sua gestão. Com efeito, esses hospitais procuram sempre mostrar que os seus demonstrativos financeiros estão vinculados a uma receita zero, embora o faturamento mostre ao contrário. Porquanto, a transparência da gestão é de suma importância para a sobrevivência dessas instituições, visto que a presença de irregularidades na administração pode ocasionar a perda dos privilégios proporcionados pelo Governo, doações, contratos e parcerias.

Neste sentido, se percebe atualmente que muitos hospitais do setor estão perdendo sua natureza jurídica filantrópica, devido a entraves no demonstrativo financeiro. Em consequência, Hoerger apud Leone & Horn (2005) mostra que essas instituições precisam e devem ajustar estrategicamente suas receitas para poderem usufruir dos privilégios e partir em busca resultados para o seu crescimento.

2.6.3 O potencial dos hospitais filantrópicos

Para Haderlein (2006) a maioria dos hospitais dos EUA, procuram neste setor novas formas de estratégias para tentar solucionar os problemas referentes à diminuição de

suas receitas, principalmente aqueles que não conseguem superávit e por esse motivo tentam buscar prováveis vantagens na filantropia.

O mesmo autor, explica que antes era bastante confortável para os hospitais, até pela importância e necessidade, ter a concessão da filantropia. No entanto, hoje o que se sabe, é que são realizadas inúmeras discussões na área da gestão hospitalar para saber qual o real papel e as vantagens da filantropia. Portanto, se torna claro que os hospitais que enfrentam desafios e dificuldades no gerenciamento, certamente devem procurar novos rumos para a sua gestão ou construir uma cultura interna que acredite no potencial estratégico da filantropia.

Em outro enfoque, Haderlein (2006) comenta sobre o futuro da filantropia hospitalar e enfatiza que os hospitais filantrópicos enfrentam frequentes pressões financeiras causadas pelo crescente número de desafios presentes no ambiente externo e interno. No entanto, assegura que os gestores estão cientes da situação e por causa disso, tentam encontrar soluções urgentes para suprir tais dificuldades, buscando insistentemente recursos que possam proporcionar um futuro sustentável para as organizações através dos privilégios filantrópicos.

No entanto, para o mesmo autor, a estratégia de obter recursos e doações é muito lenta, igualmente ao que ocorre no processo de conscientização por parte das parcerias pretendidas. Porém, mesmo que o processo seja lento, se deve considerar que esta ainda é uma estratégia fundamental para a gestão do hospital.

Em contraste com o exposto, Coimbra apud Girardi et al. (2001) esclarece que apesar da diversidade de fontes de recursos e do rentável patrimônio, os hospitais filantrópicos alegam constantemente dificuldades financeiras, se utilizando dessa estratégia para justificar a concessão de novos privilégios. Se acrescenta a isto, que o volume significativo de recursos recebidos às vezes nem mesmo é aplicado na filantropia, sendo desviado para a conservação e ampliação do patrimônio financeiro e imobiliário dessas instituições, deixando indícios de que a filantropia também serve para legitimar prática empresarial.

Neste contexto, se percebe que as tentativas de crescimento aliadas às despesas operacionais elevadas apresentadas pelos hospitais filantrópicos, são ingredientes suficientes para se tentar buscar novas idéias, inclusive a de se refletir logo sobre as propostas de inovação e tecnologia. No entanto, se sabe que os recursos oriundos de doações e parcerias quando investidos no hospital servem apenas para cobrir as despesas dos serviços prestados à comunidade. Embora como vantagem, seus recursos e verbas possam ser justificados e utilizados no investimento de programas de inovação e expansão hospitalar, o que proporciona novas oportunidades de crescimento para o setor.

Kaiser apud Haderlein (2006) explica que as propostas de inovação envolvem projetos de alto risco, muitas vezes dificultados pela situação econômica. No entanto, a obtenção desses recursos proporciona novas idéias e quando investidos adequadamente trazem sempre um faturamento a mais para a instituição, o que certamente não estaria na receita se a proposta de inovação estivesse fora do planejamento do hospital. Portanto, se torna importante reconhecer que a filantropia constitui um porto político seguro para a implementação dos processos de inovação e tecnologia na gestão dos hospitais filantrópicos.

Em resumo, Galas (2005) corrobora com a situação exposta e acrescenta a importância da Tecnologia da Informação (TI) para os hospitais, por entender que na era da informação e do conhecimento, se faz necessário ter gestão estratégica com inovação. Por essa razão, o alinhamento da TI com a estratégia tem sido uma necessidade constante para os gestores modernos.

2.7 O Sistema Único de Saúde (SUS) e Filantropia Hospitalar

O SUS constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar o nível municipal. Contudo, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação.

Essa situação fez com que fossem ampliados, nos últimos anos, os debates sobre o aumento do financiamento do setor público da saúde e a melhor utilização dos limitados recursos existentes. Sem dúvida, as alternativas passam por novas propostas de modelos de gestão aplicáveis ao setor que resultem em menos desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

Segundo Zatta et al. (2003) o SUS é considerado o principal comprador de serviço das instituições filantrópicas hospitalares. Este sistema é constituído pelo conjunto de órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração pública direta e indireta e pelas fundações mantidas pelo poder público, regido pela Lei n.º 8.080/90.

Contudo, segundo Viana et al. (2008) desde que o "SUS", foi instituído no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988, a estratégia para a implantação do sistema foi a descentralização, ficando neste caso os serviços e a organização dos sistemas de saúde sob a responsabilidade dos municípios. Entretanto, só recentemente é que a estratégia da regionalização apareceu com força nos documentos oficiais, dando início ao processo de

criação das regiões de saúde, tendo como objetivo relações mais cooperativas e solidárias para suprirem às demandas crescentes da população indigente na procura por serviços de saúde de melhor qualidade.

Além disso, um conjunto de leis e portarias foi instituído para determinar as regras e os mecanismos desse processo em todo o território nacional, com destaque para a Constituição Federal de 1988. Assim, se acredita que um dos principais desafios para o fortalecimento do SUS seja o processo de regionalização a partir de debates na área de políticas de saúde e de critérios que levem em conta a realidade do Brasil. O SUS é considerado único e garante acesso aos serviços de saúde para todo cidadão brasileiro.

No entanto, a sua regionalização parece ser a principal estratégia para o programa de descentralização da saúde, precisando sobretudo, ser um processo político compromissado com a diversidade do próprio SUS e de sua relação com as desigualdades do território brasileiro. Portanto, a regionalização deve se concretizar como um processo político centrado no planejamento territorial e nacional, já que não resultam somente da delimitação, nomeação e hierarquização das áreas do território, mas, sim, de acordos políticos embasados por informações coerentes.

Segundo Barbosa et al. (2002) os hospitais filantrópicos apresentam vantagens especiais de tamanho, de grande volume de internações para o SUS e de uma enorme importância geográfica para todo o território nacional. Por isso, não deve ser excluídos do processo de discussão e formulação de políticas públicas em saúde. Contudo, desde 1998, o BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social) vem desenvolvendo estratégias visando à estruturação da gestão do SUS. Proporcionando contribuições precisas no sentido de melhorar a capacidade de operacionalização, principalmente, através do apoio junto à iniciativa pública e privada, na intenção de garantir qualidade, racionalidade e eficiência.

Como resultado do exposto, se detectou então a relevância da rede hospitalar filantrópica nessa questão, em decorrência de seus objetivos sociais e de sua importância geográfica. Concomitantemente, a criação dos programas de fortalecimento e modernização dos hospitais filantrópicos vinculados ao SUS pelo MS, levou o BNDES a se interessar pelo processo de recuperação operacional e financeira dessas instituições. Incentivando ao mesmo tempo a implementação da modernização gerencial.

Para Castro et al. (2005) o sistema de saúde no Brasil envolve uma enorme e complexa rede de entidades e instituições hospitalares, que oferecem diferentes modalidades de serviços, dentre as quais, se inserem os serviços públicos do SUS. Ao mesmo tempo, a escassez e a má utilização dos recursos públicos, ocasionaram uma

divisão na atividade das entidades hospitalares, proporcionando a junção com a iniciativa privada, que presta assistência a população em três grupos:

a) Segmento não lucrativo (constituído por entidades filantrópicas, destacando-se as Santa Casas e instituições beneficentes formadas por grupos imigrantes, como o Hospital Albert Einstein e o Hospital Sírio Libanês, em São Paulo);

b) Lucrativo complementar (composto pelas empresas de assistência médica e seguro em saúde, formadas pelas operadoras de planos de saúde);

c) Segmento lucrativo assistencial (envolvendo instituições hospitalares que não mantêm qualquer vínculo com o SUS, desvinculadas também do segmento lucrativo complementar).

Com referência ao segmento não lucrativo, segundo o Panorama Setorial (2000), as instituições filantrópicas apresentaram-se, nos anos setenta, como alternativa de solução para a sobrecarga nos hospitais públicos, oferecendo a descentralização de forma geral. Além disso, apoiado na existência dessas instituições, o Governo se utilizou desse segmento para colocar parcialmente em funcionamento o SUS.

Neste contexto, Barbosa et al. (2002) o SUS classifica os hospitais filantrópicos, considerando três categorias: a) sem isenção dos tributos e contribuições sociais; b) com isenção de todos os tributos e contribuições sociais; c) com isenção dos tributos e contribuições sociais, exceto a COFINS.

Encerrando, de acordo com Zatta et al. (2003) as instituições filantrópicas se apresentam como alternativas de solução, oferecendo descentralização e oferta de serviço hospitalar de forma geral. Desse modo, o Governo se utiliza destas instituições na implementação do SUS, objetivando descentralizar e operar o sistema nacional de saúde.

2.8 A Gestão dos Hospitais Filantrópicos

Segundo Carvalho (2007) a gestão da saúde no Brasil faz pouco uso de conceitos, princípios e de saberes da economia em saúde. Em consequência, surgem conflitos de interesse entre os que perseguem mais cuidados preventivos e baixa complexidade, e de outro lado, os que desenvolvem mais ações complexas, com maior possibilidade de remuneração e lucro. Porquanto, ainda existe o conflito dos que praticam o jogo duplo, como vemos em planos de saúde e cooperativas.

Para o mesmo autor, embora a ciência econômica e financeira venha tentando analisar o perfil dos serviços e das ações de saúde, no Brasil ainda não se consegue saber quanto se gasta em saúde privada, e isto, se deve principalmente a dados inexistentes e a

dados precários. Por essa razão, fica difícil saber quanto corre de dinheiro dentro do setor privado, apesar de já se ter a disposição os primeiros dados estatísticos de produção.

Ferreira apud Malik & Teles, 2001), centrado na realidade do perfil moderno da saúde nos EUA, explica que a gestão estratégica em saúde abrange discussões referentes a competitividade, alianças estratégicas e parcerias.

Conforme descrito por Malik & Teles (2001) a administração na área de saúde mostra uma visão e prática diferentes daquelas apresentadas pelo setor da indústria. Por essa razão, suas características diferentes parecem confundir a avaliação de resultados obtidos pela organização e, conseqüentemente, podem embaraçar as melhorias significativas que as iniciativas gerenciais de aplicação de programas tentam trazer para a empresa. Por isso, nota-se que para garantir sobrevivência é necessário ter clientela, constituída nesse caso por usuários diretos, médicos ou agentes financiadores.

Para Malik & Teles (2001) o uso de estratégias aumenta o número de clientes e podem mostrar evidências de que o serviço oferecido apresenta qualidade. Apesar de que, se falar em financiamento de saúde no Brasil, signifique mencionar no mínimo em 70% dos casos o SUS. No setor de saúde os custos são altos e as receitas são sempre consideradas insuficientes, o que torna então muito preocupante nesta área, desconhecer programas de qualidade que contemplem a gestão estratégica.

Ao adotarem as propostas de gestão estratégica os hospitais filantrópicos estarão minimizando os riscos de investir seus recursos. Além disso, estarão criando oportunidades de crescimento em longo prazo, com melhoria na qualidade de gerenciamento e em serviços. Afinal de contas, a modernização da gestão contempla o conhecimento científico administrativo como parâmetro para a montagem da estrutura organizacional da empresa. Desse modo, a empresa precisa sempre estar inovando e não esquecer as metas e os aspectos inerentes ao alcance da “visão” e da “missão” empresarial.

Segundo Bezerra & Moura (2002) a qualidade se tornou um fator significativo, conduzindo empresas ao êxito organizacional e ao crescimento. O retorno sobre os investimentos através de rigorosos e eficazes programas de qualidade está gerando excelente rentabilidade para as empresas, quando acompanhado de melhorias significativas na qualidade de gestão, proporcionando significativa liderança competitiva no mercado. Enfim, por tudo, torna-se notório saber que a sociedade moderna detentora de informações mais dinamizadas e atualizadas, exige profissionais e organizações mais competentes e eficientes. Constituindo em sua essência um meio para gerenciar a organização.

Deming apud Malik & Teles (2001) dentro dos seus princípios de gestão de qualidade total (critério da totalidade), observou que a enfermagem e o corpo médico, consideradas duas importantes áreas do âmbito hospitalar, culturalmente desenham seus

próprios modelos de gestão e de avaliação, não aceitando as regras de gerenciamento da organização. Pena & Terra apud Malik & Teles (2001) do mesmo modo, explicam que existe uma importante resistência dos médicos por mudanças e investimentos em programas de qualidade.

Feinberg apud Malik & Teles (2001) acrescenta que no meio hospitalar observa-se o aparecimento de obstáculos perante as tentativas de mudanças, que incluem principalmente a postura dos administradores hospitalares em adotarem uma gestão voltada para a qualidade. Daí entender-se, que a implantação de programas de qualidade não seja considerada relevante para os diretores de hospitais. Muito embora o discurso de escassez de recursos entre os dirigentes hospitalares seja aceito como convincente o suficiente.

Segundo Canazaro (2007) os hospitais que atendem pelo SUS sofrem com a falta de qualidade dos serviços. É sabido que averiguações estão sendo feitas no intuito de analisar como as diferenças entre os hospitais privados e os hospitais sem fins lucrativos podem interferir no desempenho da *performance* econômico financeira. Haja vista, os resultados já mostram baixa rentabilidade e liquidez em ambos, mas a rentabilidade é menor nos hospitais privados.

Para Escrivão Junior (2007) os hospitais produzem um considerável volume de dados, desconhecidos por muitos gestores ou utilizados inadequadamente na gestão hospitalar, esquecendo que a profissionalização da gestão na área de saúde se tornou necessariamente um fator básico, como o que ocorre nos outros ramos da economia.

Segundo Marracini & Pagnani (2004) poucos serviços hospitalares dispõem ou utilizam de indicadores de gestão na área da saúde. Porém, resultados mostram que a gestão estratégica de custos contribui muito para a sustentação e viabilização econômica e financeira, principalmente nos hospitais filantrópicos.

Barbosa et al. (2002) afirmam que a qualidade das informações econômicas e financeiras parece ser um grande desafio para a realização de análises no setor hospitalar filantrópico, por tenderem a apresentar demonstrativos financeiros mínimos e por cuidados em não deixar aparecer variáveis relevantes.

Para Bezerra & Moura (2002) existem ainda instituições hospitalares complexas sem níveis de eficácia e que não possuem na sua estrutura gerencial aplicações de normas e procedimentos técnicos. Seus dados e informações são apresentados de forma insignificante e sem qualquer tratamento.

Lima et al. (2004), analisando as características gerenciais de hospitais filantrópicos através de aspectos estruturais da gestão hospitalar (direção e planejamento econômico e financeiro, recursos humanos, serviços técnicos, serviços logísticos e tecnologia de informações), explicam que uma estrutura organizacional bem planejada serve de base para

o bom crescimento de uma organização, já que procura refletir o nível de organização e capacidade gerencial de uma empresa. Caso contrário, a ausência da gestão pode afetar o desempenho e a sustentabilidade de serviços e do sistema de saúde.

2.9 Características dos Hospitais Filantrópicos

Potter (2000) assegura que tanto no Brasil como no cenário internacional, o reconhecimento das diferenças entre hospitais filantrópicos sem fins lucrativos e hospitais com fins lucrativos, sofrem um acelerado desgaste. O modo de serviço desinteressado prestado às comunidades, somado a própria concorrência desleal frente a outras instituições, proporcionada pelo favorecimento dos privilégios fiscais, sem dúvida pode contribuir para uma competição de mercado, no mínimo antiética.

Do mesmo modo, Carvalho (2007) entende como errônea a atitude de um hospital filantrópico tentar virar lucrativo, visto que os hospitais privados lucrativos sempre têm que arcar com os custos dos impostos que incidem sobre eles. Além disso, considera essa atitude como uma traição contra aqueles que contribuíram e ou contribuem para o crescimento do patrimônio da instituição filantrópica.

Lima et al. (2004) comentam a caracterização dos hospitais filantrópicos baseados nas variáveis de estruturas gerenciais, explicando que o nível e a capacidade de gerenciamento são elementos imprescindíveis para o bom desempenho e sustentabilidade dos serviços de saúde. Acrescentam ainda, que uma estrutura gerencial bem organizada pode servir de base e contribuir para o alcance do sucesso na gestão das organizações hospitalares.

Neste sentido, se procura então relevar a importância de uma tendência encontrada na literatura referente a gestão das organizações de saúde, descrita por Griffith apud Lima et al. (2004) que aponta os processos de decisão aplicados com frequência no setor hospitalar em conjunto com os modelos de avaliação de qualidade, constituídos por: gerenciamento estratégico; qualidade clínica; organização clínica; planejamento financeiro; planejamento e marketing; serviços de informação; recursos humanos; planta física e suprimentos.

Não obstante, para Lima et al. (2004) a qualidade assistencial em saúde, em termos de conhecimento, ainda é considerada uma área bastante carente de desenvolvimento, em virtude da pouca produção científica e por abordar na literatura análises exclusivas na maioria das vezes somente sobre o efeito das pressões financeiras e do credenciamento de médicos.

Um outro enfoque aborda sobre o que acontece com o processo de transição administrativa no Brasil. De acordo com Tonello & Martinho (2003) essa situação provoca muita expectativa nas pessoas, resultando quase sempre no agravamento de alguns problemas já conhecidos no meio empresarial. Porquanto, esses problemas acontecem também na transição da direção dos hospitais filantrópicos a partir do momento em que se inicia o processo sucessório.

Pelo exposto, durante o processo de transição se detecta que as atividades do hospital entram em ritmo de espera, se perdendo oportunidades que não surgirão novamente. Com efeito, se acredita que os entraves encontrados neste tipo de gestão parecem mesmo residir no mandato da diretoria, que dura no máximo dois ou três anos. Além disso, na intenção de mostrar empenho e deixar o nome para história em placas de obras, a diretoria inicia inúmeras construções no âmbito da instituição sem realizar qualquer diagnóstico prévio da situação.

De acordo com Bernardes et al. (2010) os hospitais filantrópicos são ligados a uma mantenedora, que pode ou não se confundir com a própria organização hospitalar, composta de uma sociedade de cunho religioso ou não, que elege um conselho de administração e uma diretoria para gerir as atividades organizacionais. Em contraste com o que acontece em uma empresa privada, não existe uma continuidade de comando, pois os diretores, provedores ou presidentes são eleitos pela sociedade e que, para esta função, não podem perceber remuneração ou vantagem, seja ela financeira ou não.

Neste contexto, se frisa a importância da atitude e da sabedoria do gestor hospitalar em procurar evitar o envolvimento em questões de política interna da empresa, ele deve deixar transparecer uma postura de que sua função é somente administrar a instituição com responsabilidade e sem partidarismo, deixando transparecer que suas atribuições constam apenas em informar com precisão, motivar, manter a tranquilidade do ambiente interno e alertar sobre as possíveis consequências advindas de alguma tomada de decisão precipitada.

Segundo Tonello & Martinho (2003) o gestor que assume uma organização hospitalar deve se preocupar primeiramente com o diagnóstico institucional e logo depois com a missão da empresa, com os métodos de avaliação a serem aplicados e por último com o processo de auditoria interna e controle. Igualmente, ele deve pensar de forma estratégica procurando não interferir nos assuntos técnico-operacionais da instituição.

Neste ponto, o gestor deve envolver no seu processo de gestão os administradores qualificados da empresa e principalmente cobrar deles os resultados precisos, centrando a sua administração inicialmente em cima de recursos disponíveis, mas, focado numa visão de sobrevivência em longo prazo. Além disso, haja vista, o bom gestor deve considerar

imprescindível a existência ou a elaboração prévia de um planejamento estratégico para a sua organização.

Soares (2007) enfatiza a importância da implementação e do funcionamento da auditoria interna para o acompanhamento e controle da gestão nos hospitais filantrópicos, explicando que a aceitação deste processo pode propiciar inúmeras sugestões para a melhoria da administração hospitalar, inclusive de colaborar com a instituição no sentido de minimizar eventuais riscos para manutenção do certificado de filantropia.

Com referência ao aspecto filantrópico, segundo Zatta et al. (2003), no ambiente das organizações filantrópicas parece existir uma espécie de estratégia para usufruir dos benefícios tributários e fiscais proporcionados pelo Governo, inclusive constituída de evidentes manobras para camuflar negócios lucrativos vinculados a determinados grupos, promovendo dessa forma a privatização de fundos públicos e prejudicando deste modo os principais objetivos do SUS.

Para Girardi et al. (2001) a estratégia de forçar o funcionamento do chamado “empresariamento” na gestão dos hospitais filantrópicos, vem sendo muito questionada e criticada por todos principalmente por oferecer vantagens sobre os hospitais particulares em decorrência dos benefícios fiscais recebidos do Governo, o que por sua vez fere os princípios do SUS devido ao tipo de atendimento realizado. Se acrescenta a isto, o uso de estratégias para disponibilizar mais leitos para pacientes de planos de saúde e reduzir o número de leitos contratados pelo SUS nos hospitais.

Todavia por outro lado, se percebe que essas entidades continuam sendo aceitas como fortes aliadas do Governo na prestação de serviços de saúde, visto que as recentes atitudes e medidas adotadas pelo governo comprovam por todos os meios essa preferência. Na década de noventa o governo foi capaz de criar um Programa de Reestruturação Financeira e Modernização Gerencial dos Hospitais Filantrópicos vinculados ao SUS, com o objetivo de apoio financeiro aos hospitais sem fins lucrativos vinculados ao SUS, na intenção de melhorar o equilíbrio econômico e financeiro e a gestão.

Ainda sobre os aspectos da filantropia, Merege apud Girardi et al. (2001) esclarece que embora não haja registros oficiais no País, parece existir cerca de 200 mil ONGs (Organizações Não Governamentais), as quais empregam mais de dois milhões de pessoas. Explica que o Brasil se posiciona bem longe de outros países, comparado aos EUA que atualmente empregam nesse setor cerca de 12 milhões de pessoas, movimentando aproximadamente US\$ 600 bilhões por ano. Entretanto, isso não ocorre somente nos EUA, é sabido que países como a Itália, França e Alemanha também movimentam acima de 3% dos seus produtos internos brutos (PIB), com esse tipo de Organização.

Zatta et al. (2003) em outro enfoque, explica que se uma instituição atender um valor de 71% (11% acima do valor regulamentado para obtenção do certificado de filantropia) de pacientes do SUS, estará beneficiando diretamente o Governo. Porém, se atender um valor de 60%, o maior beneficiado será a instituição hospitalar filantrópica. Neste caso, o percentual pesquisado referente ao ponto de equilíbrio entre as duas partes se dá em torno de 63,9%. Evidenciando que o atendimento ao SUS tem viabilidade econômica, contradizendo as frequentes desculpas de que o principal responsável pela atual situação econômica dessas instituições são os valores repassados pelo SUS na prestação de serviços.

De acordo com Girardi et al. (2001) existe um total de 5.193 hospitais privados, sendo que 1.977 correspondem a hospitais privados sem fins lucrativos, representando um pouco mais de 25% do total de hospitais do país, porém, destes, 80,8% são entidades filantrópicas. Por esse motivo, é que o SUS se utiliza principalmente da rede privada para a oferta de seus serviços. Visto que, 63% dos hospitais vinculados ao SUS são privados.

A saber, os hospitais filantrópicos privados sem fins lucrativos que são parceiros majoritários na complementação da oferta do sistema público representam 27% do total de hospitais do SUS e 42% dos privados. Em síntese, um percentual próximo de 98% dos hospitais não-lucrativos mantêm convênio com o SUS, um pouco mais de 82% referem convênios com planos e seguros de saúde de terceiros, 81% recebem desembolso direto de particulares e apenas 10% operam planos de saúde próprios.

HOSPITAIS	Santa Marcelina	Hospital do Câncer	Sociedade Evangélica	Fundação José Silveira
LOCAL	São Paulo	São Paulo	Curitiba	Bahia
RECEITA	155	73	60	39
DESPESAS	161	77	64	38
DÉFICIT/SUPERÁVIT	-6	-4	-4	1

Quadro 1- Demonstrativo de receitas e despesas dos quatro maiores hospitais filantrópicos do Brasil (valores em milhões de reais - ano base 2001).

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Zatta et al. (2003).

No quadro 1 são evidenciados resultados da receita operacional bruta das quatro maiores instituições hospitalares filantrópicas do Brasil. Se observa que dos quatro hospitais, três apresentaram déficit operacional.

O quadro 2 apresenta as fontes de receita por ordem de importância nos hospitais não-lucrativos. Se observa que o SUS constitui a principal fonte de receita para 87,4% dos hospitais e a segunda maior fonte de receita para 10,8%.

FONTES DE RECEITAS	RECEITA 1		RECEITA 2		RECEITA 3	
	freq.	%	freq.	%	freq.	%
Sistema Único de Saúde (SUS)	463	87,4	50	10,8	6	1,9
Convênios, seguros e planos privados	33	6,2	304	65,8	39	12
Prefeitura	16	3	24	5,2	4	1,2
Outras fontes	6	1,1	4	0,9	9	2,8
Plano de saúde próprio	5	0,9	6	1,3	8	2,5
Doações	3	0,6	15	3,2	8	2,5
Convênio, plano privado/desembolso	2	0,4	15	3,2	17	5,2
Estado	2	0,4	13	2,8	5	1,5
Desembolso direto de particulares	-	-	31	6,7	228	70,4
TOTAL	530	100	462	100	324	100

Quadro 2 - Dimensão da participação do SUS como fonte de receita para os hospitais sem fins lucrativos, mesmo não sendo a única fonte.

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Girardi et al. (2001).

Além disso, entre aqueles hospitais que o SUS constitui a principal fonte de receita, em 82% ele responde por mais de 70% do seu financiamento. No entanto, os convênios com seguros e planos privados, constituem a primeira fonte de receita para apenas 6,2% dos hospitais e a segunda maior fonte para 65,8% do total. O desembolso direto parece se constituir, de forma predominante, apenas como terceira fonte de receita, o que ocorre para mais de 70% dos hospitais.

Entretanto, se torna interessante destacar que os planos de saúde próprios ainda não se constituem como uma fonte de receita significativa entre os hospitais não-lucrativos, apresentando percentual de 2,5% como a terceira opção de financiamento. Segundo Zatta et al. (2003) a venda de medicamentos, diárias e taxas constituem a principal fonte de receita dos hospitais filantrópicos privados sem fins lucrativos vinculados ao SUS .

2.9.1 Porte de Leitos nos Hospitais Filantrópicos

Segundo dados da CMB, os hospitais filantrópicos totalizam 2,6 mil e representam aproximadamente 57% dos leitos oferecidos ao SUS, que é considerado o principal comprador de serviço das instituições filantrópicas hospitalares. No entanto, para o exercício de suas atividades e funcionamento, esses hospitais devem obter, haja vista, a concessão do certificado de entidades filantrópicas, anteriormente, emitido por setores do Governo ligados CNAS e, atualmente, após a aprovação da nova lei da filantropia em novembro de 2009, emitido unicamente pelo Ministério da Saúde.

Segundo Vecina Neto & Malik (2007) os problemas de planejamento urbano influenciam a disponibilidade de leitos. A maioria dos hospitais brasileiros oferece leitos de baixa capacidade resolutive, frente ao padrão de financiamento da saúde. Dados do CNES revelam que apenas 2,2% dos leitos nacionais são de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) e que 22,8% dos leitos estão em hospitais com menos de cinquenta leitos. Com isso, causando interferências sobre as fontes de recursos e modelo assistencial, gerando busca cada vez mais por produtos e serviços de saúde.

Com base nas informações legais sobre internações, de acordo com Vecina Neto & Malik (2007) é possível dizer que não faltam leitos no país. No entanto, se fossem internados 10% da população, o SUS internaria 7%, com uma média de permanência de cinco dias e uma taxa de ocupação de 80%. Então, seriam necessários para os 180 milhões de brasileiros 310 mil leitos. No Brasil, há 404 mil leitos. Desses 310 mil leitos, cerca de 10% (31 mil) deveriam ser de UTI. Em 2006, apenas 9 mil apresentavam esta característica. Com efeito, as diferenças se acentuam quando se analisa por setor (público e privado) e por região.

REGIÃO	PORTE EM LEITOS	NÚMERO DE HOSPITAIS
NORTE	1- ATÉ 50	9
	2- DE 51 a 100	22
	3- DE 101 a 200	7
	4- DE 201 a 500	4
	TOTAL	42

Quadro 3 - Porte dos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos da região norte do Brasil, por faixa de números de leitos.

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Girardi et al. (2001).

Segundo Lima et al. (2004) o setor hospitalar filantrópico no Brasil é responsável por cerca de um terço dos leitos existentes no País. No quadro 3, Girardi et al. (2001) mostram o porte dos hospitais por faixa de números de leitos ativos e em seguida o número de hospitais correspondentes, na região norte do Brasil.

O quadro 4 mostra as quatro instituições hospitalares filantrópicas privadas sem fins lucrativos vinculadas ao SUS da cidade de Belém, Pará, Brasil e região metropolitana, que fazem parte da amostra do estudo, demonstrando segundo dados do CNES (2010) a quantidade total de número de leitos do SUS, não SUS e leitos existentes, de cada hospital. Neste caso, observa-se que apenas um dos hospitais mantém convênio exclusivo com o SUS.

HOSPITAIS FILANTRÓPICOS PRIVADOS SEM FINS LUCRATIVOS	LEITOS SUS	LEITOS NÃO SUS	LEITOS EXISTENTES
Hospital da Ordem Terceira	129	52	181
Hospital D. Luiz I	192	126	318
Hospital da Divina Providência	99	57	156
Hospital Anita Gerosa	128	-	128
TOTAL	548	235	783

Quadro 4 - Quantidade de leitos por categoria nos hospitais filantrópicos privados sem fins lucrativos da cidade de Belém (Pará) e região metropolitana.

Fonte: CNES (2010).

O quadro 5 mostra um panorama do número de leitos ofertados pelos hospitais em todo o país, de acordo com sua natureza jurídica (hospitais públicos, hospitais privados lucrativos e hospitais sem fins lucrativos). Separando os leitos do SUS do total de leitos existentes. Para Girardi et al. (2001) quando se compara o número de leitos de cada segmento, se observa que a capacidade dos hospitais sem fins lucrativos permanece bastante significativa (um terço do total) justificando a idéia de que este segmento concentra estabelecimentos de maior porte que o segmento lucrativo.

NATUREZA JURÍDICA	LEITOS SUS	LEITOS EXISTENTES
Públicos	162.278	165.949
Privado lucrativo	133.905	165.874
Sem- fins lucrativos	123.317	155.490
TOTAL	419.500	487.313

Quadro 5 - Quantidade de leitos hospitalares no Brasil de acordo com a natureza jurídica.

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Girardi et al. (2001).

Portanto, considerando o número de hospitais em cada segmento, se observa a existência de diferentes perfis quanto ao porte das instituições hospitalares. Desse modo, os hospitais sem fins lucrativos apresentam em média uma relação de 80 leitos para cada hospital, o segmento lucrativo 29 leitos para cada hospital e o segmento público 73 para cada hospital. Por outro lado, se observa que o segmento sem fins lucrativos apresenta 91% de seus hospitais conveniados ao SUS, contrastando com o segmento privado lucrativo que nestes termos apresenta apenas 38,1%.

ESTADO	PÚBLICO	LUCRATIVOS	NÃO-LUCRATIVOS	TOTAL
PARÁ	102	180	15	297

Quadro 6 - Número e total de hospitais filantrópicos existentes no Estado do Pará, de acordo com a sua natureza jurídica.

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Girardi et al., (2001).

O quadro 6 mostra a distribuição do número de hospitais no Estado do Pará, segundo sua natureza jurídica. De acordo com Girardi et al. (2001), se pode observar nesta Unidade Federativa que a presença do segmento sem fins lucrativos é pouco significativa, se situando muito abaixo do percentual geral nacional do número de estabelecimentos de saúde.

2.10 Gestão Hospitalar - Aspectos Gerais

Borges & Ferreira (2006) consideram que os avanços da tecnologia na área de saúde, a expansão de conhecimentos mediante investigações científicas e a acentuada diversificação das especialidades médicas, levaram os hospitais a se transformarem em organizações dinâmicas, acompanhadas de mudanças estruturais aderidas a novos objetivos assistenciais e financeiros, como parte de um complexo sistema de assistência em saúde.

Porém, na concretização da eficiência da oferta de serviços de saúde, a administração de um hospital pode desempenhar papel significativo por ser considerada um elo de ligação entre a estratégia utilizada e a prestação de serviços, desse modo gerenciando no ambiente interno hospitalar a combinação de pessoas, tecnologias e recursos, no intuito de cumprir as metas previamente estabelecidas. Visto que, para Santos (apud Borges & Ferreira, 2006) o processo de gestão hospitalar também é formado por planejamento, execução e controle.

Nas entidades hospitalares privadas, segundo Borges & Ferreira (2006), a atividade produtiva se desenvolve de forma contínua, o que mostra a diferença existente entre uma instituição hospitalar e outro tipo de empresa. Neste caso, é sabido que os hospitais são organizações complexas e sua gestão depende de um tipo de especialização inerente ao campo da administração, a gestão hospitalar, que atualmente ainda é pouco reconhecida no Brasil. Mas, para Pereira & Santos (apud Borges & Ferreira, 2006), a gestão hospitalar foi se desenvolvendo de acordo com as características de cada realidade, o que de fato tem motivado uma evolução dinâmica dos modelos de gestão hospitalar.

Em consenso, Almeida & Dubrin (apud Borges & Ferreira, 2006) frisam que o modelo de gestão não é algo que simplesmente acontece, ele é considerado um fenômeno social que pode ser compreendido perfeitamente pelo administrador.

Segundo Almeida & Chanes apud Borges & Ferreira (2006) existem inúmeras pesquisas realizadas em cima de modelos de gestão hospitalar, buscando encontrar uma metodologia que contemple qualidade de serviços e redução de custos assistenciais, já que

estas são as principais dificuldades encontradas na maioria das vezes pelas instituições de saúde.

Chiavenato (2003) esclarece que os hospitais, por serem empresas complexas, envolvem atividades diversificadas na promoção da saúde, em geral, estão organizados em departamentos, serviços ou setores, e seções. Em função desta complexidade, estas organizações devem procurar vivenciar entre indicadores de estrutura, processos e resultados, um conjunto que almeje qualidade e que melhor atenda as necessidades de uma gestão eficiente.

Com referência a atual situação da gestão das organizações filantrópicas de saúde. Segundo o Setor em Notícias (2005) as crescentes dificuldades impostas pela baixa remuneração dos serviços, associadas a um mercado cada vez mais competitivo têm levado os gestores dos hospitais filantrópicos a procurarem alternativas de sobrevivência. Todavia, sabe-se que a falta de recursos tem sido o grande estorvo dessas entidades, no entanto, muitas instituições filantrópicas resolveram abrir o olho e mudar o perfil de sua gestão. Afinal de contas, alguns hospitais estão investindo em planejamento estratégico e em modernos sistemas integrados, que permitem o controle apurado dos custos e evitam assim o desperdício.

Além disso, a automação total dessas instituições parece ser o caminho que na busca de melhores resultados. A implantação de *softwares* de gestão hospitalar tem criado novos horizontes, com sustentabilidade e transparência de informações, inclusive para nortear as relações com o SUS e outros compradores de serviços.

2.11 Modelos de Gestão Hospitalar

Os hospitais, do ponto de vista gerencial, são bastante assemelhados a qualquer outra empresa, porém muito complexos e recheados de inúmeras variáveis, o que certamente dificulta a aplicação de modelos de gestão. Segundo Bittar (2004) ainda não surgiu um diagrama melhor do que o modelo de Fleming para definir a complexidade dos hospitais, onde ocorre uma constante interatividade entre estrutura, meio ambiente, processos e resultados.

De acordo com Campos & Amaral (2007) existe uma ampla bibliografia indicando que o funcionamento adequado depende de modelos de gestão que assegurem uma importante autonomia hospitalar. Vários estudos indicam também a existência de problemas de eficácia e de eficiência na gestão de hospitais ligados ao SUS. Neste contexto, se enquadra os hospitais filantrópicos, que mesmo com relativa autonomia gerencial, também apresentam sintomas reais de crise.

Segundo Bittar (2004) a cultura organizacional pela sua importância dentro do processo de gestão hospitalar, passa atualmente a ser estudada também por administradores na tentativa de melhorar as relações no ambiente das organizações, buscando alcançar uma melhor qualidade profissional, maior produtividade e menores custos de produção. Visto que, a cultura influencia a qualidade de maneira positiva ou negativa, de acordo com os comportamentos que incidem sobre a instituição hospitalar.

Afinal de contas, a cultura transcende ao longo da criação e da vida das instituições de saúde, explicando realmente que esses hospitais foram fundados apoiados em princípios religiosos, na filantropia e sobre a influência do militarismo. Por causa disso, se crê que a cultura organizacional inspira atributos que interferem diretamente na administração da organização.

2.11.1 Programas de Qualidade Hospitalar e Acreditação Hospitalar (AH)

Segundo Bittar (2004) os programas de qualidade são considerados princípios estratégicos fundamentais para o plano de gestão hospitalar, devendo funcionar como um elemento que cause diferença no tipo de atendimento prestado e na expectativa do usuário perante aos serviços de saúde. Exigem a necessidade de se elaborar metas essenciais em prol do ser humano, que proporcione de fato uma adequada atenção ao paciente e a preocupação de se fazer melhorias permanentes na qualidade da gestão, de tal forma que o ambiente hospitalar se integre de forma harmônica com as áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial, docência e pesquisa.

Para o mesmo autor, a preocupação com qualidade existe desde a Grécia Antiga, contudo no século passado o termo qualidade passou a integrar a área de saúde de forma mais renovada a partir do chamado “Relatório Flexner” nos EUA, que em virtude de suas características e argumentos causou uma radical transformação no sistema de saúde americano, inclusive fechando hospitais.

Continuando, explica que para não ocorrer grandes interferências no planejamento de gestão hospitalar, a implementação do programa de qualidade por todos os meios seguramente deve estar respaldado na cultura organizacional, caso contrário não terá sustentação, porque os sujeitos envolvidos no ambiente empresarial poderão não assimilar os benefícios trazidos e desse modo, ocasionar frustração ao programa de qualidade.

Segundo Machado & Kurcgant (2004) o processo de mudança no ambiente hospitalar envolve uma reestruturação no modelo de gestão da organização, promovendo interferências diretas sobre o clima organizacional da empresa, causando nos sujeitos envolvidos uma situação conflituosa perante o mudar ou conservar o antigo, isto é,

implicando numa renovação daquilo que as pessoas já estavam acostumadas a fazer, ocasionando igualmente sentimentos de perda.

Bittar (2004) considera que as mudanças estruturais e organizacionais são mais eficientes quando acompanhadas pelos processos de mudança no modo de ser dos sujeitos envolvidos. Daí, o entendimento de que mais difícil do que alcançar a agilidade administrativa é a própria gestão de pessoal.

O mesmo autor avigora que o conjunto de programas e serviços oferecidos pelos hospitais deve conter acima de tudo estratégias de qualidade, visto que este conceito inclui principalmente prevenção de doenças, promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Além disso, enfatiza que existem várias formas de trabalhar a qualidade. Mas, nada disso se faz sem um nível de profissionalização gerencial ou sem conhecimento de administração estratégica.

De acordo com Moraes (2009) os programas de qualidade têm como princípio básico satisfazer ou mesmo exceder a expectativa do cliente, e devem estar associados aos princípios da gestão de qualidade (foco total no cliente, foco em pessoas, gerenciamento de processos, etc.).

Em outro enfoque, Bittar (2004) explica que o sistema de AH (acreditação hospitalar) surgiu em outubro de 1999, com a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) pelo Ministério da Saúde. No entanto, apesar do tempo decorrido se percebe ainda que um número muito reduzido de hospitais adota esse sistema de acreditação como modelo de gestão. Contudo, é sabido que existem vários hospitais importantes com capacidade para investir em programas de qualidade e não o fazem. Em contraste, se crê que tal redução do número de hospitais, talvez seja explicada pela existência do aspecto cultural do imediatismo presente nas atividades hospitalares, visto que os programas de qualidade apresentam resultados a médio e longo prazo.

Segundo Schiesari & Kisil apud Souza et al. (2008) o processo de AH, exige que todas as áreas do hospital estejam em conjunto e no mesmo nível de qualidade para poder lhe conferir uma certificação. Neste processo, a ONA tem o objetivo de coordenar e promover a acreditação na área de saúde no Brasil.

Segundo a ANVISA (2000), no Brasil, a metodologia usada no processo de AH proporciona vantagens na melhoria do gerenciamento da unidade e melhoria da qualidade da assistência ao paciente. O certificado de AH é composto por uma escala de três níveis: simples (nível 1), pleno (nível 2), e de excelência (nível 3). Desse modo, para se obter o certificado de AH, o nível desejado deve ser alcançado por todas as áreas do hospital. Além disso, considera-se que os padrões estabelecidos para a AH são correlacionados e de

complexidade crescente. Portanto, para se alcançar um nível de qualidade superior, os níveis anteriores certamente devem ser atendidos.

Azevedo apud Souza et al. (2008) explica que a importância dos indicadores hospitalares pode estar atribuída ao fato de que a avaliação de resultados possibilita definir a eficiência de uma gestão e a aplicação adequada de recursos. Baseado nisso, a certificação da avaliação hospitalar pelo processo de AH aponta uma direção positiva na melhoria da assistência aos pacientes, estabelecendo níveis crescentes de qualidade.

Reforçando este enfoque, Campos & Amaral (2007) comentam que foram desenvolvidos métodos de gestão com base em sistemas de AH (verificação sistemática da qualidade dos serviços) e em resultados de produção, onde todos os métodos de padronização (protocolos, fluxograma, cadeias de cuidado, etc.) aplicados na gestão hospitalar, transportam para os serviços e sistemas de saúde estratégias coerentes voltadas para a linha de produção.

Além disso, outro interessante modelo de gestão surgiu nos EUA e deu origem a uma linha administrativa denominada de “*managed care*”, focando suas metas principalmente em diminuir a autonomia dos profissionais de saúde, através da implementação de protocolos e de sistema de decisão sobre os casos clínicos fora da relação entre médico e paciente. Se acredita que esse modelo de gestão hospitalar tenha contribuído bastante e trazido para a administração privada uma série de conceitos e de ferramentas desenvolvidos na área da saúde pública (Campos & Amaral, 2007).

No entanto, se percebeu que esse modelo estava preferencialmente voltado para o conceito de atenção primária a redes privadas de saúde, resgatando desse modo o antigo papel do médico generalista nos hospitais, como estratégia para alcançar suas metas, procurando centralizar suas ações em cima de métodos disciplinares e normativos para conseguir os objetivos, portanto, deixando transparecer uma falta de confiança na modificação dos valores e na postura dos profissionais. Em parte, o modelo parece insinuar que as dificuldades de gestão são influenciadas pelo poder da autonomia médica e pela presença de outros profissionais no cotidiano hospitalar.

De acordo com Campos & Amaral (2007) se observa a ocorrência de um crescimento cada vez maior na fragmentação do processo terapêutico, ora em decorrência da especialização das profissões, ora atrelado à multiplicação das profissões de saúde, que haja vista, vem aumentando muito o número de profissionais que intervêm em um mesmo caso, contribuindo significativamente para a degradação do trabalho clínico e consequentemente dos programas de qualidade na gestão dos hospitais.

2.11.2 Modelo de Clínica Ampliada

O modelo de clínica ampliada e gestão democrática aqui descrito por Campos & Amaral (2007) e já utilizado no Brasil, se baseia na concepção de um princípio filosófico da Grécia Antiga, chamada de Paidéia (que originou a palavra pedagogia), buscando sugerir metas para a reforma do tradicional modelo de gestão de saúde.

Com efeito, este modelo propõe alternativas para reorganizar a atenção ao paciente, a autonomia profissional, a responsabilidade clínica e a realização de análises nas dificuldades que existem no processo de integração dos hospitais ao sistema público de saúde. Por outro lado, se propõe ainda a realizar uma reformulação no sistema de saúde, trazendo para a prática clínica conhecimentos da saúde coletiva, do planejamento, da gestão e das ciências sociais e políticas. Entretanto, o funcionamento da implementação deste modelo só se torna possível se houver esforço particular de cada profissional, dedicação e motivação na produção da saúde.

Segundo Campos & Amaral (2007) os países que promoveram grandes reformas no setor hospitalar aderiram ao modelo de gestão da clínica ampliada agregada a um contrato de gestão que funciona como instrumento para definir os objetivos assistenciais. No entanto, no Brasil a utilização dos contratos de gestão na área hospitalar tem se apegado mais a indicadores de produção, a mecanismos de certificação de qualidade e a pouca valorização da integração do hospital ao sistema de saúde em vigor.

A saber, para os mesmos autores, o contrato de gestão entre o hospital e seus diretores deve conter cláusulas relacionadas à ampliação do acesso e a qualificação da atenção, valorização dos trabalhadores e implementação de gestão participativa, além da sustentabilidade do projeto organizacional. Mas, para que essa mudança se efetive é necessário que o contrato de gestão estimule a descentralização do poder, ampliando a corresponsabilidade pelos resultados e pelo uso dos recursos.

Segundo o Caderno do Curso de Gestão Clínica nos Hospitais do SUS (2009) os hospitais vinculados ao SUS enfrentam grandes desafios em seu funcionamento, inclusive o de oferecer qualidade em saúde, entendida como a capacidade de prestar serviços com efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. No entanto, tudo isso parece depender da organização interna do cuidado prestado, do comportamento coordenado e da integração das redes hospitalares, todos voltados para uma perspectiva sistêmica de atenção à saúde.

Portanto, neste caso, para o alcance dos objetivos parece ser necessário desenvolver estratégias de superação, no intuito de quebrar os paradigmas do modelo atual

de saúde empregado, ora centrado em procedimentos, ora na fragmentação de especialidades médicas consideradas pouco cuidadoras.

Em consequência, se observa uma rede hospitalar com grande fragilidade de gerenciamento, distantes em atender os requisitos para se ter uma gestão estratégica eficiente. Desse modo, se aceita como tópico fundamental para a melhoria da qualidade o relevante papel dos cuidados ao paciente, que incansavelmente luta contra a situação atual da saúde no país, caracterizada pela falta de planejamento, ausência de sistemas de informações confiáveis, necessidade de gestão baseada na melhoria contínua e em resultados, baixo uso de indicadores de desempenho e a inexistência de uma cultura voltada para a qualidade e segurança do cuidado ao paciente.

Para Campos & Amaral (2007) a gestão da clínica diferenciada vem sendo utilizada por diversos países da Europa e inclusive no Brasil, como estratégia para a qualificação da assistência hospitalar. Em síntese, ela pode ser entendida como uma área da competência profissional, representada por um conjunto de capacidades que possibilitam a organização do cuidado seguro e de qualidade, considerando necessidades e riscos apresentados pelos pacientes, por meio da utilização de arranjos que permitam construção de vínculos, trabalho em equipe, responsabilização e socialização de informações.

Além disso, a gestão clínica compreende a utilização de diretrizes e ferramentas baseadas em evidências científicas e de indicadores que permitam monitorar o desempenho. Neste processo, a natureza do trabalho clínico representa um excelente estímulo para o envolvimento dos profissionais da saúde na gestão de recursos para uma melhor atenção à saúde e, do mesmo modo, a integração da clínica com a gestão vira estratégia para a sensibilização, ampliação e articulação de novas capacidades que realmente enfrente as transformações atuais da sociedade.

De acordo com Campos & Amaral (2007), o modelo de gestão da clínica ampliada consiste nos seguintes objetivos: a) aprimorar a organização hospitalar orientando o processo de cuidado no sentido da atenção integral ao paciente e atendimento humanizado; b) envolver de forma coordenada e sistematizada os profissionais de saúde na gestão dos recursos dos hospitais a que pertencem; c) utilizar instrumentos de gestão para a construção de processos gerenciais no cuidado à saúde através da descentralização e autonomia com corresponsabilização; d) construir uma cultura de comunicação efetiva com dispositivos de socialização e de informação focada na gestão do cuidado ao paciente; e) construir protocolos, fluxogramas e diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas e princípios éticos; f) desenvolver capacidades de liderança das equipes de gestão do hospital, em todos os âmbitos, para coordenar e facilitar as mudanças; g) construir uma

cultura de avaliação permanente, individual e institucional, com critérios claramente estabelecidos.

2.11.3 Hospital Fundação Estatal

Segundo Rego & Nunes (2009) tanto no Brasil como em Portugal, o reconhecimento pela inadequação e rigidez do modelo da administração pública e as dificuldades decorrentes da limitada autonomia de gestão promoveu a procura de um modelo com maior autonomia, mesmo que sob o controle do Governo Federal.

Para os mesmos autores, o aumento constante nos custos de saúde e a necessidade de se obter recursos de natureza pública ou privada no intuito de garantir a universalidade da cobertura dos cuidados de saúde tem levado os gestores a fazerem uma reflexão teórica e uma aplicação prática em cima de novos modelos de gestão hospitalar com a finalidade de verificar qual modalidade de gestão é mais eficiente. Com efeito, a adoção de novos modelos de gestão hospitalar é considerada atualmente uma prática comum em vários países, pois o modelo tradicional se mostra bastante esgotado inclusive deixando de questionar os princípios fundamentais de equidade no acesso a cuidados de saúde e da universalidade da sua cobertura.

Neste contexto, se torna importante saber que implementação de uma nova cultura de gestão necessariamente deve passar pela responsabilização formal dos diferentes agentes envolvidos, e acima de tudo, ser determinante no processo de agilização de recursos e no combate ao desperdício que ocorre dentro do sistema de saúde.

Conforme descrito pelo Ministério da Saúde (2007), no início de 2005, o Governo Federal começou uma série de estudos e análises sobre as atuais formas jurídico-institucionais da administração pública, particularmente visando combater o aumento da demanda na área hospitalar. O objetivo deste processo propõe ajustes na gestão pública, utilizando mecanismos legais que permitam maior autonomia sem abandonar o controle pelo Governo.

O projeto fundação estatal surgiu da eminente necessidade de dotar o Governo de agilidade e eficácia no atendimento das demandas sociais do País. A essência da Fundação Estatal é aperfeiçoar a gestão dos serviços públicos e melhorar o atendimento do Estado em áreas prioritariamente sociais. Por esse motivo, segundo o Ministério da Saúde (2007) o Governo Federal enviou ao Congresso Nacional o PLC (Projeto de Lei Complementar) nº 92/07, em 13/7/2007, com o objetivo de regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, no que se refere às fundações instituídas pelo poder público, e estabelecer as áreas de atuação e a natureza jurídica dessas entidades.

Em suma, o referido projeto apenas autoriza a possibilidade de que seja instituída fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, para exercício de atividades que não exijam o uso do poder de polícia do Estado, nas áreas de saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, comunicação social e promoção do turismo nacional. Portanto, como a fundação estatal é uma entidade pública, será necessária uma lei específica para criar cada fundação.

Para entender especificamente como as fundações estatais podem ser usadas na área da saúde pública, é bom lembrar primeiro que o "SUS" nasceu com a promulgação da Constituição de 1988 pelo Congresso Nacional. Um gigantesco passo foi dado com a implantação de um modelo universal e gratuito cujo objetivo maior era disponibilizar para a população serviços de saúde de qualidade. Com o passar dos anos, o modelo de administração pública direta se mostrou incapaz de acompanhar as constantes demandas, com dificuldades de ampliar a capacidade de funcionamento dos hospitais e se preparar para os novos tempos, sem abrir mão dos princípios do SUS.

Como resultado, hoje são encontrados serviços públicos de saúde, particularmente hospitais, com limitações significativas, servidores sobrecarregados, sem perspectivas de crescimento profissional, e uma população insatisfeita com o atendimento.

Por esses motivos, apostando no aperfeiçoamento da instituição pública e nos direitos à gratuidade da saúde, o Governo Federal buscou um novo modelo jurídico-institucional legal que inove o padrão de gestão existente. Os objetivos são desburocratizar e prestar um atendimento efetivo às necessidades do cidadão, construir uma alternativa mais ágil, transparente e participativa, da qual a sociedade possa cobrar resultados e conseqüentemente ter um maior controle.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009) a fundação estatal é uma entidade do Estado. No entanto, a proposta não é privatizar, mas sim trazer inovações que o mundo inteiro está experimentando (contratos de desempenho, modelos mais eficientes de gestão, cobrança de resultados da administração e remuneração por bom desempenho). Neste sentido, a profissionalização da gestão permitirá uma nova lógica administrativa que irá trabalhar com metas pactuadas e indicadores definidos de acordo com o perfil de cada unidade e adequados conforme a complexidade dos serviços prestados, permitindo a criação de um mecanismo de avaliação da produção e da qualidade do atendimento.

Entretanto, como toda proposta nova está sujeita a sofrer os efeitos da cultura organizacional, segundo Bittar (2004) se torna claro e natural surgir um clima de incerteza, principalmente entre os servidores. Então, antes de tudo, é importante que se conheça a fundo o modelo de gestão proposto pela fundação estatal.

Segundo Girardi et al. (2007) o sonho de um sistema de saúde para todos, que foi implantado no Brasil em 1988 pelo Congresso Nacional, não pode se dar por falido e muito menos se tornar inviável depois de quase 20 anos de empenho e dedicação da sociedade, de seus profissionais, gestores e usuários. Desse modo, é preciso que o "SUS" seja fortalecido, acompanhe as mudanças, cumpra sua função principal de proporcionar um atendimento digno e que seja orgulho de toda a população brasileira.

2.12 O *Balanced Scorecard* (BSC) como Ferramenta de Gestão na Área Hospitalar

Segundo Castro et al. (2005) o BSC foi desenvolvido pelo professor da Harvard *Business Schools Press*, Robert Kaplan, e pelo executivo David Norton. O BSC foi inicialmente definido como um conjunto de indicadores que oferecem aos gestores uma rápida e ampla visão do negócio. Em sua definição inicial foram incluídos indicadores de desempenho financeiro e não-financeiro, em quatro perspectivas: **inovação e aprendizado, processos internos, clientes e finanças**. Mas, no caso de instituições sem fins lucrativos, o objetivo principal é a busca do cumprimento da missão.

2.12.1 Perspectiva Financeira

Tem como finalidade satisfazer as necessidades dos acionistas, sustentada pelos objetivos financeiros. Deve ser elaborada a partir dos seguintes tópicos: a) Crescimento (ampliação da oferta de produtos e serviços, conquista de novos mercados). No caso de hospitais, de acordo com Castro et al. (2005) isto significa aumentar os tipos de cirurgias, atendimentos ambulatoriais, etc.). b) Redução de custos e aumento da produtividade. Inclui a redução dos custos indiretos e otimização na utilização de recursos. c) Utilização dos ativos e estratégias de investimentos (utilização de forma adequada dos ativos financeiros e físicos).

2.12.2 Perspectiva dos Clientes

Segundo Kaplan & Norton (1997) essa perspectiva deve responder a pergunta (Para alcançarmos nossa missão, como deveríamos ser vistos pelos nossos clientes?). Neste caso, as empresas procuram identificar os segmentos dos clientes e do mercado nos quais desejam competir. Nesse ponto, então, se observa que a perspectiva dos clientes é essencial para qualquer empresa.

Os autores esclarecem ainda, que as empresas selecionam dois conjuntos de medidas fundamentais para a perspectiva dos clientes. O primeiro conjunto constitui as medidas essenciais (participação no mercado, retenção de clientes, fidelidade, captação de clientes, satisfação dos clientes e lucratividade). O segundo conjunto de medidas contém os vetores de desempenho, os diferenciadores, dos resultados fornecidos aos clientes. Eles respondem à pergunta: “O que uma empresa deve oferecer aos clientes para alcançar altos níveis de satisfação, retenção, captação e participação no mercado?” Se referem aos atributos dos produtos e serviços, ao relacionamento com os clientes e à imagem e reputação da organização.

Nesta perspectiva, Barbosa et al. (2002) enfatizam que o uso de medidas de desempenho na área da filantropia é de suma importância, pois existe a real necessidade dessas organizações prestarem contas, não só ao Governo, mas também à sociedade.

Para Kaplan & Norton (2004) a aplicação do BSC nessas organizações tem sido uma das extensões mais gratificantes desta ferramenta, tendo em vista que essas organizações se empenham em cumprir sua missão, em vez de gerar resultados acima da média.

2.12.3 Perspectiva dos Processos Internos

De acordo com Kaplan & Norton (2004) neste caso são identificados os processos críticos nos quais a empresa deve buscar a excelência, no sentido de alcançar os objetivos dos acionistas e dos clientes. Suas medidas estão voltadas para os processos que terão maior importância na satisfação do cliente e no alcance dos objetivos financeiros da organização. No entanto, os objetivos e medidas dessa perspectiva só serão desenvolvidos depois da elaboração dos objetivos e das medidas para a perspectiva financeira e do cliente.

2.12.4 Perspectiva do Aprendizado e Crescimento

Para Kaplan & Norton (apud Castro et al., 2005) os objetivos do aprendizado e crescimento oferecem a infraestrutura para o alcance dos objetivos nas outras três perspectivas. Todavia, a capacidade de alcançar metas superiores depende da capacidade organizacional para se chegar ao aprendizado e crescimento. Nestes termos, percebe-se que os hospitais são empresas bastante complexas e mesmo sendo consideradas entidades

humanitárias, tem os mesmos problemas econômicos e necessitam também de planejamento e gestão eficiente.

Perspectivas	Temas estratégicos	Objetivos estratégicos	Indicadores estratégicos
Financeira	Crescimento financeiro	<ul style="list-style-type: none"> •Retorno sobre o capital investido, •Utilização dos ativos existentes, •Crescimento sustentável. 	<ul style="list-style-type: none"> •% da margem operacional, •% da receita da unidade de negócio, •% de retorno dos Investimentos, •% de redução de custos.
Cliente	Encantar o consumidor	<ul style="list-style-type: none"> •Transmitir segurança e confiança no atendimento médico aos consumidores. 	<ul style="list-style-type: none"> •% de satisfação, •% que recomenda, •% de retorno.
Processos Internos	Qualidade e produtividade	<ul style="list-style-type: none"> •Ter índices de infecção hospitalar dentro dos padrões internacionais, •Aumentar giro de pacientes no hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> •% de admissões, •% de altas, •índice de infecção, •duração das internações, •índice de readmissão, •grau de ociosidade da equipe.
Aprendizado e Crescimento	Força de trabalho motivada e capacitada	<ul style="list-style-type: none"> •Clima para a ação, •Competências e habilidade essenciais, •Acesso à informação estratégica. 	<ul style="list-style-type: none"> •% de satisfação entre os empregados, •% de BSC pessoais, •% de uso das informações Estratégicas

Quadro 7 – Mostrando as perspectivas do "BSC" na área hospitalar

Fonte: Borges & Ferreira, 2006, p. 11)

Conforme proposto por Borges & Ferreira (2006), no quadro 7, apresentam-se as perspectivas do BSC criadas por Kaplan e Norton, adaptadas para mostrar uma sucinta proposta de gestão estratégica na área hospitalar, e dentro delas, os temas, os objetivos e os indicadores estratégicos. Ressaltando que os elementos do BSC se apresentam sob a forma de exemplo, o que não impede a ampliação e a adaptação dos mesmos de acordo com a realidade da instituição.

Para Carvalho et al. (2005) no Brasil, o processo de implantação do BSC no meio empresarial hospitalar, ocorreu precisamente no ano de 2002, através do Hospital Nove de Julho da cidade de São Paulo, considerado o primeiro hospital a implantar gestão estratégica em sua administração. Mas, para que isso acontecesse, foi necessária a realização de uma pesquisa que mapeou a visão de médicos, pacientes, funcionários, convênios e fornecedores.

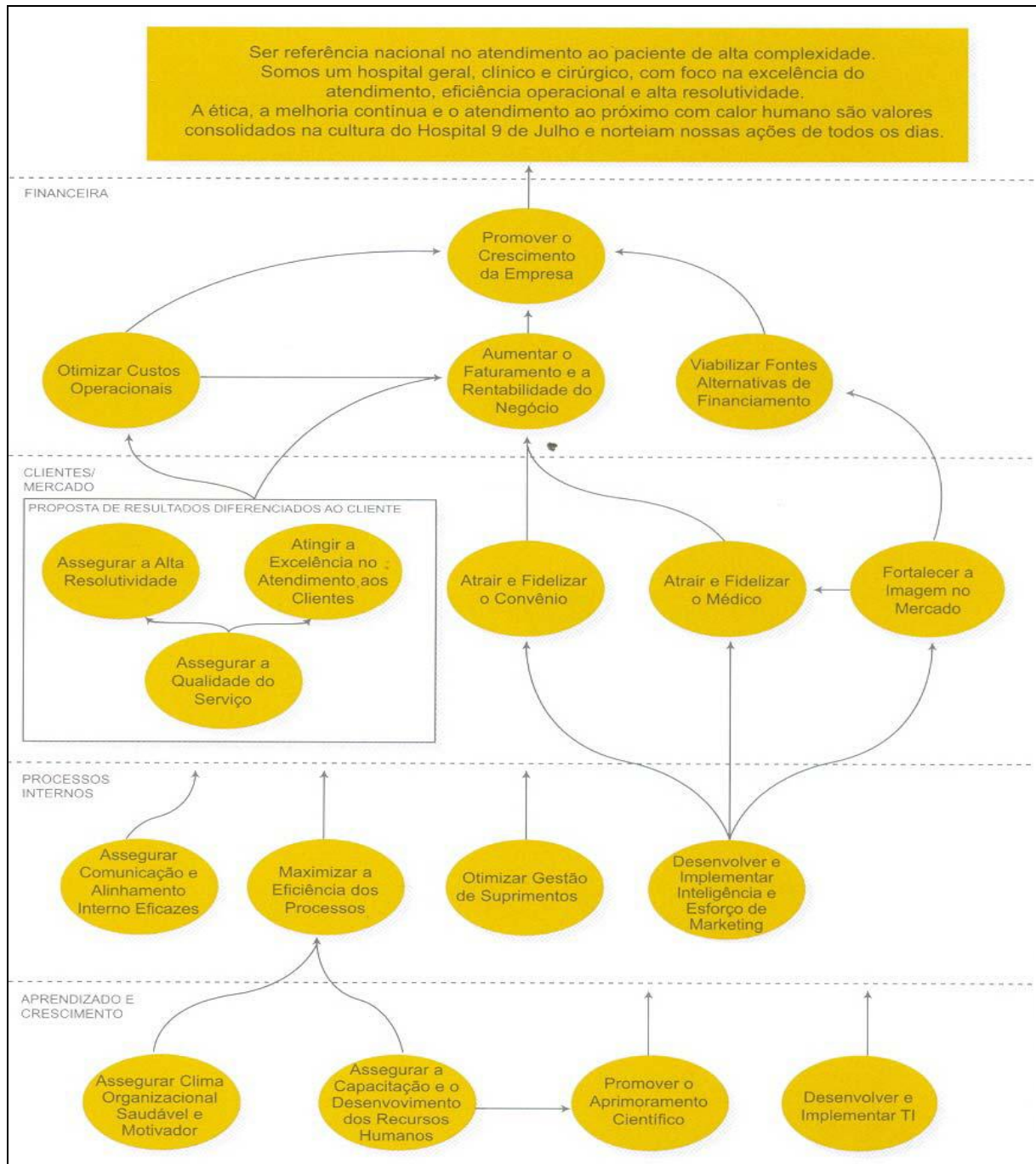


Figura 4- Mapa estratégico do Hospital Nove de Julho (SP), embasado nas quatro perspectivas propostas por Kaplan e Norton no processo de implementação do Balanced Scorecard (BSC).
Fonte: Carvalho et al. (2005, p. 07).

2.13 Proposta de Modelo de Gestão Estratégica mediante a Implantação da Ferramenta - *Balanced Scorecard* (BSC) no Setor Hospitalar

Para mostrar a proposta de modelo de gestão estratégica sugerida por Borges & Ferreira (2006) mediante a implantação do BSC na área hospitalar, se considerou a criação

de um hospital fictício, cuja missão é a de prestação de serviços de saúde especializados (médico-cirúrgico, materno-infantil, meios complementares de diagnóstico e terapêutica) com equipes multidisciplinares, especialmente à população da cidade Belém (Pará) e região metropolitana.

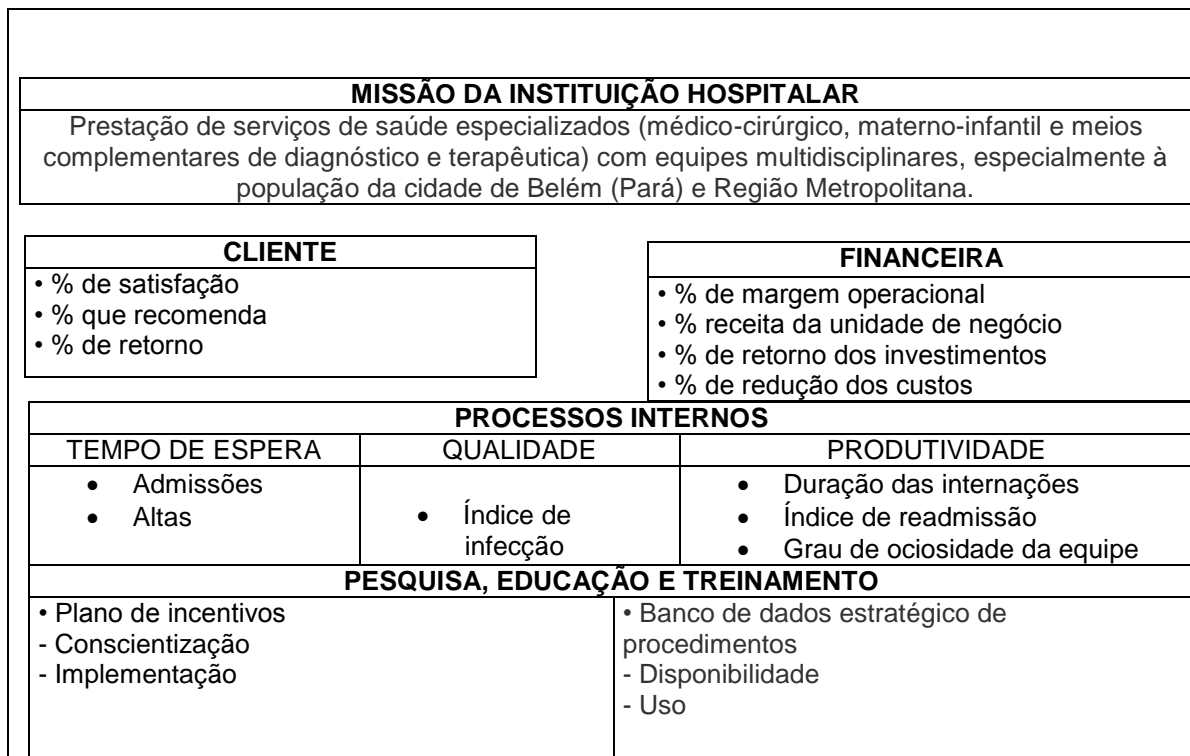


Figura 5 - Esquema da proposta de implementação da ferramenta de gestão - *Balanced Scorecard* (BSC) numa instituição hospitalar.

Fonte: Borges & Ferreira, 2006, p 12).

Desse modo, se observa na figura 5, que foi necessário fazer algumas adaptações na proposta original, no intuito de proporcionar melhor entendimento do assunto e atender aos interesses do estudo.

Para Escrivão júnior (2007) o BSC promove o alinhamento do hospital, dos indivíduos e das iniciativas interdepartamentais, possibilitando que os esforços sejam dirigidos às áreas que necessitem de maior atenção, utilizando indicadores classificados segundo quatro categorias básicas: finanças, clientes, processos internos, aprendizagem e crescimento. Uma das grandes dificuldades para operacionalizar esse sistema é a obtenção dos dados, pois envolve a superação de problemas relativos aos sistemas de produção das informações nos hospitais, como a impossibilidade de se obter dados relativos a períodos de tempo menores.

CAPÍTULO III- METODOLOGIA

3.1 Caracterização do Estudo

Esta pesquisa é um estudo de caso de hospitais filantrópicos privados vinculados ao SUS, localizados na Região Metropolitana da cidade de Belém do Pará (Brasil). Se baseia na visão de gestores (altos executivos), colaboradores (clientes internos) e usuários (clientes externos) de dois hospitais filantrópicos utilizados como amostra, a qual é composta por uma população de quatro hospitais gerais com a mesma natureza jurídica e vinculados ao SUS.

Os dados primários foram obtidos mediante a aplicação de questionários previamente elaborados, com perguntas relacionadas à área de administração (gestão hospitalar), realizada pessoalmente pelo pesquisador. A análise dos questionários foi realizada utilizando-se métodos com caráter qualitativo e quantitativo

Os dados secundários foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica em livros, artigos, dissertações, teses e materiais disponíveis em sites na internet. Visto que, o estudo de caso proporciona uma análise holística, considerando as empresas estudadas como um todo, com o objetivo de compreendê-las em seus próprios termos.

A solicitação de participação na pesquisa iniciou-se com a entrega da Carta de Autorização aos dirigentes (gestores) dos quatro hospitais privados filantrópicos vinculados ao SUS e foi formalizada mediante assinatura da carta de autorização (entregue ao comitê de ética em pesquisa em seres humanos responsável pela pesquisa) e do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (ANEXO) inerente, que define o estudo e informa sobre o procedimento na aplicação dos questionários. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido informa também os possíveis riscos e benefícios da pesquisa e assume o compromisso de confidencialidade da fonte e das informações, bem como do uso dos dados exclusivamente para os fins propostos nesta investigação.

3.2 Seleção da Amostra

Conforme os dados do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), existe na grande Belém e região metropolitana apenas 4 (quatro) hospitais gerais privados filantrópicos sem fins lucrativos vinculados ao SUS, considerados de médio porte. Sendo 1 (um) hospital de média complexidade (com 116 leitos e 193 colaboradores - clientes internos) e 3 (três) hospitais de alta complexidade, sendo: 1 (um) hospital de alta complexidade (com 279 leitos e 600 colaboradores – clientes internos); 1 (um) hospital de alta complexidade (com 141 leitos e 429 colaboradores – clientes internos) e 1 (um) hospital de alta complexidade (com 154 leitos e 450 colaboradores – clientes internos).

A amostra foi determinada a partir de hospitais que responderam positivamente a solicitação de participação na pesquisa e inclui dois hospitais filantrópicos privados sem fins lucrativos, de médio porte da Região Metropolitana de Belém, Pará, Brasil, vinculados e que tivessem parceria vigente com o SUS até a data final de coleta de dados do estudo (10 de julho de 2011).

Os sujeitos respondentes dos questionários aplicados foram compostos por três áreas: os gestores (diretores - altos executivos), os colaboradores – clientes internos (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem, serviços gerais, administrativos, laboratoriais, etc.) e os usuários - clientes externos (pacientes - familiares) dos dois hospitais.

Na aplicação dos questionários os sujeitos foram sensibilizados e conscientizados previamente sobre o significado e procedimentos da pesquisa. Respeitando aqueles que optaram por não contribuir com o estudo, estando amparados pelos preceitos éticos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde de n.196/96 (BRASIL, 1996).

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos na amostra do estudo, hospitais gerais localizados na Grande Belém, caracterizados como Filantrópicos e sem fins lucrativos, vinculados ao SUS e que responderam positivamente ao interesse de participar do estudo. Foram excluídos da pesquisa hospitais filantrópicos da Grande Belém, que não responderam positivamente ao interesse de participar do estudo, além daqueles que não faziam parte da região da Grande Belém ou que fossem privados e filantrópicos, mas não tivessem vínculo com o SUS.

3.4 Instrumentos Utilizados na Coleta de Dados

Questionários elaborados e adaptados de pesquisas, embasados na literatura específica de administração de empresas, com perguntas objetivas relacionadas com a área de gestão estratégica. Os questionários utilizados na pesquisa foram construídos em conformidade com as descrições propostas por Bispo (2006), a partir de respostas objetivas com o intuito de facilitar a atitude dos respondentes. O instrumento de pesquisa, foi aplicado de acordo com a conveniência de cada sujeito e adaptado para cada classe profissional investigada, assim divididas:

a) Questionário para gestores (diretores executivos) dos hospitais, elaborados com 46 questões relacionadas à área de conhecimento em gestão estratégica (Anexo 1);

b) Questionário para colaboradores, considerados clientes internos da instituição, elaborados com 48 questões relacionadas à pesquisa de clima organizacional (Anexo 2);

c) Questionário para usuários - clientes externos (particulares, planos de saúde e Sistema Único de Saúde), com 15 questões para pacientes conscientes e familiares de pacientes internados com incapacidade de responder às perguntas (Anexo 3).

3.5 Coleta de Dados

Em seguida, em posse da Carta de Solicitação de Participação anexada ao projeto de pesquisa, se encaminhou conforme determinação do SISNEP (MEC) para avaliação, ao comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), obtendo-se resposta favorável por meio do parecer final CAAE: 0613.0.000.323-11 (Anexo 4).

Após a avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), bem como a anuência da direção geral dos 2 (dois) hospitais representantes da amostra, se realizou então uma revisão nos instrumentos de coleta de dados com o objetivo de verificar viabilidade, necessidade de correções e reajuste de conteúdo, para se ter uma melhor compreensão. Não houve necessidade de realizar alterações nos questionários.

Por fim, confirmada a viabilidade do instrumento, agendou-se junto à direção de cada hospital um dia para realização de esclarecimentos quanto à natureza da pesquisa, conceito, metodologia, objetivos e solicitação da participação dos gestores, colaboradores e clientes externos, sensibilizados por meio de uma rápida apresentação. A técnica utilizada para a coleta de dados foi à entrega do instrumento por contato direto com cada sujeito.

Nesta oportunidade se deixou claro que seriam observados todos os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, haja vista, preconizados de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº. 196/96 (BRASIL, 1996), a qual garante o respeito à proteção dos direitos e ao bem estar dos envolvidos na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em apenas uma etapa, no período de 15 de junho a 2 de julho de 2011, durante o horário matutino e vespertino, de segunda à sábado, no horário de expediente dos profissionais (gestores e colaboradores internos) que compõem os 2 (dois) hospitais privados filantrópicos, com o prazo máximo de devolução do questionário em mãos ao pesquisador fixado em 15 (quinze) dias.

Em contrapartida, o procedimento de coleta de dados para usuários - clientes externos (pacientes ou familiares de pacientes), por ser atípico em decorrência da alta rotatividade, tipo de clientela e condição clínica apresentada pelo paciente no momento de responder ao questionário, foi executado de outro modo. Porquanto, o "Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido” do usuário (cliente externo) que concordava em participar do estudo teve que ser assinado já com o questionário anexo e realizado imediatamente durante a abordagem do pesquisador ao cliente, após as explicações prévias de esclarecimentos da pesquisa.

3.6 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos. A análise estatística foi realizada através do pacote estatístico SPSS 17.0, sendo adotada a estatística descritiva para a caracterização do estudo e a estatística inferencial para análise das diferenças nos dados qualitativos. Para a estatística descritiva utilizou-se a distribuição de frequência de forma absoluta e relativa e para a inferência estatística utilizou-se o teste do Qui-quadrado para dados não-paramétricos. Foi adotado um nível de significância de $p \leq 0,05$ para a inferência estatística.

3.7 Aspecto Ético

O projeto de pesquisa após ser aprovado junto à coordenação local da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), foi encaminhado por determinação do SISNEP (MEC) ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Desse modo, em anexo são apresentados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foram assinados pelos sujeitos que concordaram em participar do estudo (Apêndice 1 - para gestores; Apêndice 2 - para colaboradores (clientes internos) e Apêndice 3 - para clientes externos).

Registra-se que o estudo propriamente dito teve seu início somente após ter sido aprovado com parecer favorável junto ao Comitê de Ética e Pesquisa responsável, conforme resolução 196/96, do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 1996).

Anota-se, que os custos com o desenvolvimento da pesquisa foram de inteira responsabilidade do pesquisador, já que não se teve nenhum patrocinador antes ou durante o desenvolvimento da pesquisa.

3.8 Riscos e Benefícios

Os principais riscos decorrentes da realização da pesquisa, relacionados aos hospitais investigados foi à exposição destes à comunidade em geral, com suas fragilidades

administrativas e de gestão. No entanto, estes riscos foram minimizados pelo pesquisador, através da manutenção da identidade dos hospitais, em sigilo absoluto. Outro risco possível estava relacionado à exposição da identidade dos sujeitos fontes da informação, o que se controlou através do sigilo absoluto de suas identidades.

Registra-se aqui, que a pesquisa sem dúvida proporcionou benefícios importantes à comunidade, pois mediante as informações colhidas e os aspectos abordados, se chegou a conclusões importantes, que certamente podem servir e auxiliar no processo de revisão e de gestão dessas organizações, já que foi dado um relatório de *feedback* às instituições envolvidas, acerca daquilo que foi observado na avaliação.

CAPÍTULO IV- RESULTADOS

A amostra foi composta por 350 sujeitos, sendo 182 provenientes do Hospital A e 168 do hospital B, onde foram distribuídos em 7 gestores (5 e 2 respectivamente), 162 colaboradores (92 e 70 respectivamente) e 181 usuários (85 e 96 respectivamente).

No gráfico 1 se pode observar a distribuição dos sujeitos da amostra quanto a sua característica. Nele se pode observar que a maioria dos integrantes da amostra, caso de 52% dos sujeitos, eram usuários dos hospitais investigados.

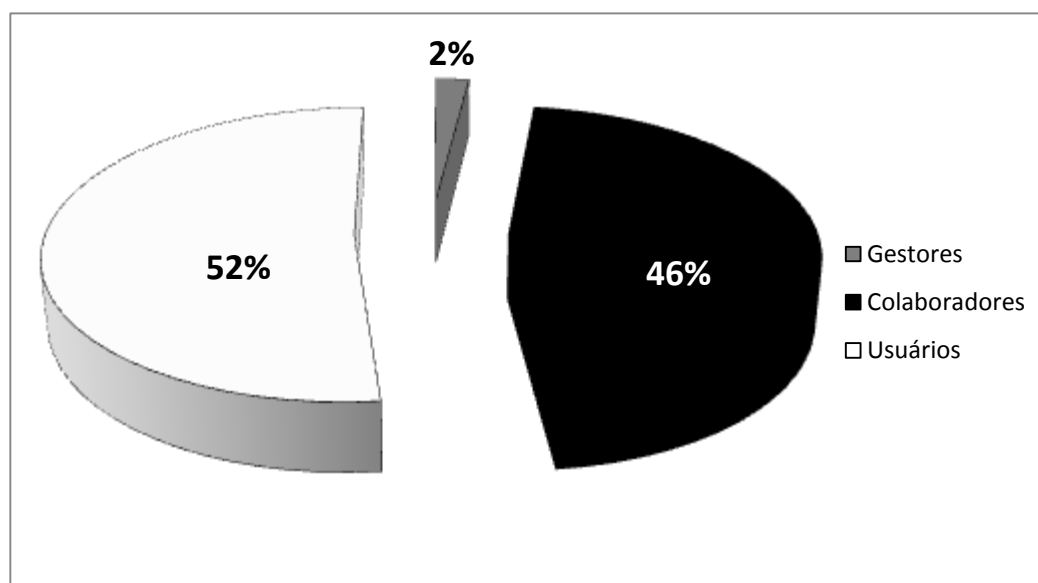


Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos da amostra quanto a sua função em relação ao hospital pesquisado.

Fonte: Pesquisa direta

Na tabela 1 observam-se as respostas dos gestores dos dois hospitais investigados, quanto a sua percepção dos aspectos relativos a gestão no seu hospital (em que trabalham).

Tabela 1 - Visão dos gestores sobre os hospitais em que atuam.

Questões	Sim	Não	Mais/Menos	X ²	p
Há planejamento estratégico (PE) na gestão?	4 (57,1%)	---	3 (42,9%)	0,14	0,71
Administradores são graduados e conhecem gestão?	6 (85,7%)	---	1 (14,3%)	3,57	0,06
Gestores atuam na elaboração do PE?	6 (85,7%)	---	1 (14,3%)	3,57	0,06
O planejamento estratégico é claramente definido e aplicado?	3 (42,9%)	---	4 (57,1%)	0,14	0,71
Há consciência do PE e do que o hospital se propõe a fazer?	6 (85,7%)	---	1 (14,3%)	3,57	0,06
Os objetivos financeiros integram o PE e são claros?	6 (85,7%)	1 (14,3%)	---	3,57	0,06
A Missão/visão estão definidas/traduzidas em objetivos?	6 (85,7%)	---	1 (14,3%)	3,57	0,06
A administração atual realizou estudo de mercado?	2 (28,6%)	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2,00	0,37

Tabela 1 - Visão dos gestores sobre os hospitais em que atuam (Continuação).

Questões	Sim	Não	Mais/Menos	X²	p
Há tentativa implantar/definir estrat. de gestão na administração do hospital?	7(100,0%)	---	---	---	---
Verificou como cliente/fornecedor vêm adm. do hospital?	2 (28,6%)	3 (42,9%)	2 (28,6%)	0,29	0,87
O hospital recolhe informações sobre a concorrência?	1 (14,3%)	4 (57,1%)	2 (28,6%)	2,00	0,37
Gestores entendem os pontos fortes/fracos no mercado?	7(100,0%)	---	---	2,00	0,37
O hospital faz análise da competição no mercado de atuação?	4 (57,1%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	2,00	0,37
O planejamento é feito em todos níveis estruturais do hosp.?	4 (57,1%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	2,00	0,37
O hosp. atualiza seus objetivos freqüentemente?	5 (71,4%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	4,57	0,10
O PE foi elaborado a partir da realidade de mercado?	4 (57,1%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	2,00	0,37
Funcionários diretos atuam elaboração do plano de unidade?	5 (71,4%)	---	2 (28,6%)	1,29	0,26
Os planos setoriais contribuem para o PE do hospital?	6 (85,7%)	---	1 (14,3%)	3,57	0,06
Os procedimentos contribuem para objetivos do hospital	6 (85,7%)	---	1 (14,3%)	3,57	0,06
A estrutura empresarial é ágil para os objetivos?	2 (28,6%)	1 (14,3%)	4 (57,1%)	2,00	0,37
Os cargos são bem definidos/comunicados aos ocupantes?	5 (71,4%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	4,57	0,10
Há delegação de autoridade?	6 (85,7%)	---	1 (14,3%)	3,57	0,06
As responsabilidades são claramente definidas e cobradas?	6 (85,7%)	---	1 (14,3%)	3,57	0,06
Unid. de trabalho bem identificadas e interagem no organog.?	5 (71,4%)	---	2 (28,6%)	1,29	0,26
O hospital utiliza ferramenta de controle administrativo?	5 (71,4%)	---	2 (28,6%)	1,29	0,26
Usa instrumentos de controle adequados?	3 (42,9%)	---	4 (57,1%)	0,14	0,71
As unidades de trabalho utilizam meios de controle?	4 (57,1%)	---	3 (42,9%)	0,14	0,71
Os controles são facilmente entendidos pelos executores?	2 (28,6%)	---	5 (71,4%)	1,29	0,26
Existe gerência hierárquica em todos os níveis do hospital?	7(100,0%)	---	---	---	---
Existe estratégia de coordenação das atividades do hospital?	5 (71,4%)	---	2 (28,6%)	1,29	0,26
Há superposição de tarefas pelos funcionários?	2 (28,6%)	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2,00	0,37
A coordenação é compreendida e aceita pelos funcionários?	3 (42,9%)	---	4 (57,1%)	0,14	0,71
Os funcionários agem conforme o espírito de equipe?	2 (28,6%)	---	5 (71,4%)	1,29	0,26
Os atritos interpessoais estão abaixo do nível suportável?	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	2,00	0,37
Há confiança e lealdade de funcionários nas chefias?	6 (85,7%)	---	1 (14,3%)	3,57	0,06
Funcionários opinam plano/programa/execução de trabalho?	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	2,00	0,37
As sugestões exeqüíveis são aplicadas pelas chefias?	4 (57,1%)	---	3 (42,9%)	0,14	0,71
A política salarial adotada é justa e imparcial?	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	2,00	0,37
Há integração funcional nas relações hierárquicas?	5 (71,4%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	4,57	0,10
Existe plano de carreira para os funcionários?	1 (14,3%)	5 (71,4%)	1 (14,3%)	4,57	0,10
O hospital adota um sistema de benefícios na administração?	5 (71,4%)	---	2 (28,6%)	1,29	0,26

Tabela 1 - Visão dos gestores sobre os hospitais em que atuam (Continuação).

Administração reconhece/estimula desempenho funcional?	5 (71,4%)	---	2 (28,6%)	1,29	0,26
Há comunicação eficiente entre os níveis na administração?	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	2,00	0,37
Há comunicação eficiente na administração do hospital?	4 (57,1%)	---	3 (42,9%)	0,14	0,71
Funcionários participam de decisões relativas a suas tarefas?	5 (71,4%)	---	2 (28,6%)	1,29	0,26
As decisões finais são acertadas e objetivas?	6 (85,7%)	---	1 (14,3%)	3,57	0,06

Fonte: Pesquisa direta

Na tabela 1, que trata da percepção dos gestores dos hospitais investigados sobre as questões relativas ao planejamento e gestão destes hospitais, nota-se que apesar de se perceber diferenças nas respostas a cada uma das questões da investigação, estas diferenças não foram significativas do ponto de vista estatístico em nenhuma delas.

A discreta maioria afirma haver planejamento estratégico na gestão do hospital em que atua, a grande maioria dos administradores dos hospitais são graduados e entendem de gestão, a grande maioria dos gestores atua na elaboração do plano estratégico do hospital, a discreta maioria considera que o plano estratégico do hospital é mais ou menos definido de forma clara, a grande maioria considera que há consciência de um planejamento estratégico e daquilo que o hospital se propõe a fazer, que os objetivos financeiros e não financeiros são parte integrantes do planejamento estratégico e são transparentes, que a Missão e a Visão de empresa estão definidas e ou traduzidas em objetivos em todos a os níveis do hospital.

A discreta maioria considera que na atual administração do hospital não foi realizado nenhum estudo de mercado, que todos os gestores consideram que tem havido algumas tentativas para implantar e ou definir alguma estratégia de gestão na administração do hospital, uma discreta maioria considera que não foi efetuado nenhum estudo para identificar como os clientes e fornecedores veem a administração do hospital, que o hospital não recolhe formalmente informações sobre os hospitais concorrentes, todos os gestores entendem que os gestores e ou diretores do hospital tem entendimento sobre os pontos fortes e fracos do mercado local, a maioria entende que o hospital faz alguma análise sobre a competitividade do mercado.

A maioria entende que o planejamento é feito em todos os níveis estruturais do hospital, que o hospital atualiza seus objetivos globais e setoriais a curto, médio e longo prazo, que o planejamento do hospital é ou foi elaborado a partir da realidade de mercado, que os funcionários mais diretos de suas respectivas chefias imediatas participam da elaboração dos planos de sua unidade de trabalho, a grande maioria considera que os

planos setoriais contribuem para a consecução do planejamento geral do hospital, que os procedimentos (métodos) utilizados contribuem para a consecução dos objetivos do hospital, que a maioria considera que a estrutura empresarial é relativamente ágil na consecução dos objetivos do hospital, que os cargos são perfeitamente definidos e comunicados a seus ocupantes, que a grande maioria considera que há delegação de autoridade, que as responsabilidades são claramente definidas e cobradas, que as unidades de trabalho (divisões, departamentos, seções e setores) são claramente identificadas e interagem no contexto estrutural do hospital (organograma).

A grande maioria considera que o hospital utiliza em sua administração alguma ferramenta de controle, que os instrumentos de controle utilizados pelo hospital são adequados, que a discreta maioria considera que as unidades (setores) de trabalho utilizam meios de controle, que a maioria considera que os controles são facilmente entendidos por seus executores de forma parcial, todos consideram que existe coordenação (gerência) hierárquica em todos os níveis do hospital, que a grande maioria entende que existe uma política (estratégia) definida de coordenação das atividades diárias do hospital, que não há superposição de tarefas exercidas pelos funcionários do hospital, a discreta maioria entende que a coordenação é parcialmente compreendida e aceita por todos os funcionários, a grande maioria considera que os funcionários agem parcialmente conforme o espírito de equipe, que os atritos interpessoais estão abaixo do nível suportável, que há confiança e lealdade dos funcionários em relação as suas chefias imediatas, que os funcionários são chamados a opinar sobre planos, programas e execução de seus trabalhos.

A discreta maioria entende que as sugestões exequíveis são aplicadas pelas chefias imediatas, a grande maioria entende que a política salarial adotada pelo hospital é justa e imparcial, que na gestão do hospital, existe integração funcional nas relações hierárquicas verticais e horizontais, que não existe um plano de carreira para os funcionários do hospital, que o hospital adota um sistema de benefícios (vale alimentação, vale transporte, plano de saúde, aposentadoria complementar, empréstimos pessoais, etc.) na sua administração, que o hospital, na sua administração, reconhece e estimula o bom desempenho dos funcionários.

Entende que há comunicação eficiente entre os níveis hierárquicos na administração do hospital, que há comunicação eficiente, compreensão dentro do mesmo nível hierárquico na administração do hospital, e que a grande maioria entende que os funcionários participam das decisões relacionadas com suas tarefas e que as decisões finais são acertadas e objetivas.

Na tabela 2 se pode observar as características dos sujeitos colaboradores dos dois hospitais investigados. Estes colaboradores apresentaram idade de $31,29 \pm 8,33$ (18 a 64) anos.

Tabela 2 - Características dos colaboradores entrevistados.

Características	Opções					X ²	p
	Feminino			Masculino			
Sexo	105 (64,8%)			57 (35,2%)		14,22	<0,01*
Estado Civil	Solteiro 78(48,1%)	Casado 58(35,8%)	Viúvo 1(0,6%)	Desq/Div 4(2,5%)	Amasiado 21(13,0%)		
Cargo	Produção 22 (13,6%)	Administração 18 (11,1%)	Chefia 13 (8,0%)	Outros 109 (67,3%)		155,5	<0,01*

Fonte: Pesquisa direta

Na tabela 2 se pode observar que a maioria significativa dos colaboradores entrevistados nos hospitais investigados, é do sexo feminino, é solteiro e atua no hospital, em outras áreas que não a produção, a administração ou a chefia.

No gráfico 2 se pode constatar que a maioria dos colaboradores dos hospitais investigados outros cargos que não os de produção, de administração e de chefia.

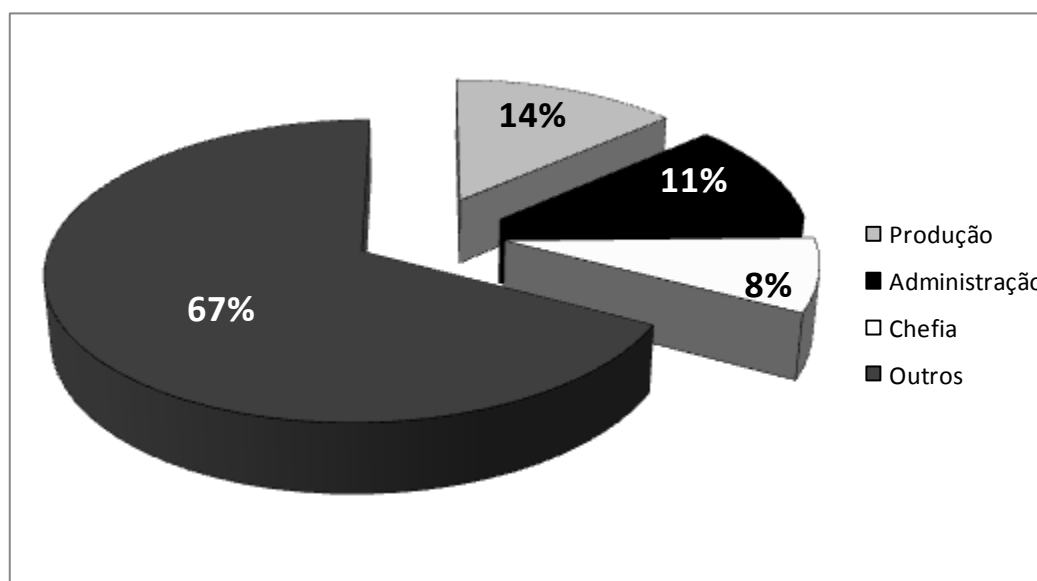


Gráfico 2 - Distribuição dos colaboradores dos hospitais pesquisados quanto ao cargo em que ocupam.

Fonte: Pesquisa direta

Na tabela 3 se pode observar as respostas dos colaboradores dos dois hospitais investigados, quanto a sua percepção dos aspectos relativos à gestão nos hospitais de sua atuação.

Tabela 3 - Visão dos colaboradores sobre os hospitais em que atuam.

Questões	S/ Resp.	Sim	Não	Mais/Men	X²	p
Me orgulho em trabalhar no hospital	1(0,6%)	119(73,5%)	5(3,1%)	37(22,8%)	222,1	<0,01*
Me orgulho da atividade que exerço	---	138(85,2%)	3(1,9%)	21(13,0%)	199,0	<0,01*
Hospital oferece bom plano carreira	---	51(31,5%)	58(35,8%)	53(32,7%)	0,48	0,79
Indico o hospital para emprego	---	89(54,9%)	25(15,4%)	48(29,6%)	38,93	<0,01*
Me preocupo com futuro do hospital	---	140(86,4%)	8(4,9%)	14(8,6%)	205,8	<0,01*
Estou obtendo sucesso na carreira	---	98(60,5%)	15(9,3%)	49(30,2%)	64,48	<0,01*
Gostaria meu filho trabalhe hospital	3(1,9%)	57(35,2%)	62(38,3%)	40(24,7%)	52,86	<0,01*
Dependo meu esforço para sucesso	---	87(53,7%)	47(29,0%)	28(17,3%)	33,59	<0,01*
Cursos suficientes para o exercício	---	58(35,8%)	57(35,2%)	47(29,0%)	1,37	0,50
Confio no meu chefe imediato	---	99(61,1%)	24(14,8%)	39(24,1%)	58,33	<0,01*
Meu chefe imediato é um líder	1(0,6%)	111(68,5%)	18(11,1%)	32(19,8%)	175,5	<0,01*
Meu chefe é o mais indicado à função	1(0,6%)	115(71,0%)	23(14,2%)	23(14,2%)	190,7	<0,01*
Estou satisfeito com a hierarquia	---	77(47,5%)	34(21,0%)	51(31,5%)	17,37	<0,01*
Meu trabalho é reconhecido	---	55(34,0%)	57(35,2%)	50(30,9%)	0,48	0,79
Meu trabalho reconhecido p/ família	---	144(88,9%)	5(3,1%)	13(8,0%)	225,6	<0,01*
Meu trabalho reconhecido amigos	---	119(73,5%)	11(6,8%)	32(19,8%)	121,4	<0,01*
Acho justo o meu salário atual	1(0,6%)	29(17,9%)	96(59,3%)	36(22,2%)	118,3	<0,01*
O patrimônio condiz com esforços	2(1,2%)	38(23,5%)	77(47,5%)	45(27,8%)	70,15	<0,01*
Meu emprego é seguro	1(0,6%)	53(32,7%)	72(44,4%)	36(22,2%)	67,38	<0,01*
Meu nível cultural/intelectual é suficiente	---	101(62,3%)	14(8,7%)	47(29,0%)	71,44	<0,01*
Meu nível social suficiente p/ atividades	---	113(69,8%)	9(5,6%)	40(24,7%)	105,6	<0,01*
Tenho problemas com transporte	---	39(24,1%)	103(63,6%)	20(12,3%)	70,04	<0,01*
Ambiente trabalho favorece atividades	---	77(47,5%)	32(19,8%)	53(32,7%)	18,78	<0,01*
Relacionamento colegas favorece atividades	1(0,6%)	122(75,3%)	8(4,9%)	31(19,1%)	230,8	<0,01*
A burocracia facilita atividades	---	51(31,5%)	50(30,9%)	61(37,7%)	1,37	0,50
Cultura Organizacional favorece atividades	3(1,9%)	61(37,7%)	40(24,7%)	58(35,8%)	52,67	<0,01*
Assistência médica/social favorece atividades	---	48(29,6%)	62(38,3%)	52(32,1%)	1,96	0,38
Me preocupo futuro minha família	---	160(98,8%)	2(1,2%)	---	154,1	<0,01*
Me preocupo futuro meus filhos	6(3,7%)	150(92,6%)	5(3,1%)	1(0,6%)	395,1	<0,01*

Tabela 3 - Visão dos colaboradores sobre os hospitais em que atuam (Continuação).

Questões	S/ Resp.	Sim	Não	Mais/Men	X²	p
Estou satisfeito alimentação família	1(0,6%)	71(43,8%)	41(25,3%)	49(30,2%)	63,28	<0,01*
Estou satisfeito educação filhos	23(14,2%)	65(40,1%)	36(22,2%)	38(23,5%)	23,04	<0,01*
Estou vivendo bem esposa/marido	23(14,2%)	105(64,8%)	20(12,3%)	14(8,6%)	138,0	<0,01*
Estou vivendo bem filhos	29(17,9%)	103(63,6%)	18(11,1%)	12(7,4%)	132,3	<0,01*
Estou satisfeito residência	1(0,6%)	80(49,4%)	38(23,5%)	43(26,5%)	77,36	<0,01*
Estou satisfeito vestuário família	6(3,7%)	70(43,2%)	33(20,4%)	53(32,7%)	56,12	<0,01*
Estou situação financeira em ordem	---	29(17,9%)	78(48,1%)	55(34,0%)	22,26	<0,01*
Estou satisfeito meu patrimônio	1(0,6%)	49(30,2%)	60(37,0%)	52(32,1%)	52,96	<0,01*
Estou satisfeito nível social	---	68(42,0%)	42(25,9%)	52(32,1%)	6,37	0,04*
Estou satisfeito convívio social	---	98(60,5%)	17(10,5%)	47(29,0%)	62,11	<0,01*
Estou satisfeito nível intelectual	1(0,6%)	62(38,3%)	35(21,6%)	64(39,5%)	64,32	<0,01*
Estou satisfeito nível cultural	1(0,6%)	66(40,7%)	25(15,4%)	70(43,2%)	82,00	<0,01*
Estou satisfeito minha religião	---	151(93,2%)	2(1,2%)	9(5,6%)	261,8	<0,01*
Estou satisfeito práticas desportivas	2(1,2%)	56(34,6%)	62(38,3%)	42(25,9%)	54,00	<0,01*
Estou satisfeito estado físico	---	68(42,0%)	42(25,9%)	52(32,1%)	6,37	0,04*
Estou satisfeito estado mental	---	121(74,7%)	13(8,0%)	28(17,3%)	126,8	<0,01*
Estou satisfeito vida afetiva	1(0,6%)	117(72,2%)	12(7,4%)	32(19,8%)	204,9	<0,01*
Estou satisfeito últimas férias	3(1,9%)	84(51,9%)	42(25,9%)	33(20,4%)	82,9	<0,01*
Estou planejando próximas férias	2(1,2%)	135(83,3%)	8(4,9%)	17(10,5%)	296,8	<0,01*

Fonte: Pesquisa direta

Na tabela 3, que trata da visão dos colaboradores dos hospitais investigados, sobre o hospital em que atua, nota-se diferenças estatisticamente significativas nas respostas destes colaboradores em diferentes questões.

A maioria significativa dos colaboradores dos hospitais investigados sente orgulho de trabalhar neste hospital, se orgulha de sua atividade neste hospital, a discreta maioria não acha que o hospital lhe oferece um bom plano de carreira, a maioria significativa costuma indicar este hospital como alternativa de emprego para amigos e parentes, se preocupa com o futuro deste hospital, considera que está obtendo sucesso na carreira e na vida profissional, gostaria plenamente ou não gostaria que seus filhos trabalhassem neste hospital, considera que depende apenas de seus próprios esforços para obter o sucesso profissional e de carreira no hospital, e a discreta maioria considera que os cursos e

treinamentos que fez são suficientes para o exercício de suas atividades ou nega este aspecto.

A maioria significativa confia plenamente no seu chefe imediato, considera seu chefe imediato um líder, o mais indicado para a função e está satisfeito com a estrutura hierárquica (chefes e subordinados) a que está vinculado.

A discreta maioria não considera que o seu trabalho é reconhecido e valorizado pelo hospital, a significativa maioria considera que o seu trabalho é reconhecido e valorizado pela sua família, que o seu trabalho neste hospital é reconhecido e valorizado pelos seus amigos e parentes, não acha justo o seu salário atual, acha que seu patrimônio não é condizente com os esforços que tem feito pelo hospital, seu emprego não é seguro no hospital, ou seja, que corre o risco de ser demitido sem motivo, seu nível cultural e intelectual é suficiente para o exercício das atividades no hospital, seu nível social é suficiente para o exercício das atividades no hospital e que não tem tido problemas com o transporte casa–hospital e hospital–casa.

A maioria significativa considera que o ambiente de trabalho favorece a execução de suas atividades no hospital, o relacionamento com seus colegas de trabalho favorece a execução de suas atividades no hospital, a discreta maioria considera que a burocracia adotada no hospital favorece (facilita) apenas parcialmente a execução de suas atividades na empresa, a maioria significativa considera que a cultura organizacional (tradições, práticas e costumes adotados na empresa que não estão previstos em qualquer regra) favorece total ou parcialmente a execução de suas atividades no hospital, e que a discreta maioria considera que a assistência de médico e dentista e a assistência social adotadas na empresa não favorecem a execução de suas atividades na empresa.

A maioria significativa se preocupa com o futuro de sua família, se preocupa com o futuro de seus filhos, está satisfeito com a alimentação que está podendo proporcionar à sua família, está satisfeito com a educação que está podendo proporcionar aos seus filhos, está vivendo bem com sua esposa/companheira ou marido/companheiro, está vivendo bem com os seus filhos, está satisfeito com a sua residência, esta satisfeito com o vestuário que está podendo proporcionar à sua família, não está com a sua situação financeira em ordem, não está satisfeito com o seu patrimônio, está satisfeito com o seu nível social, está satisfeito com o seu convívio social, está total ou parcialmente satisfeito com o seu nível intelectual, está total ou parcialmente satisfeito com o seu nível cultural, Está satisfeito com a sua religião, não está satisfeito com as suas práticas desportivas, está satisfeito com o seu estado físico, está satisfeito com o seu estado mental, está satisfeito com a sua vida afetiva, está satisfeito com as suas últimas férias e está planejando para que as suas próximas férias sejam muito boas.

Na tabela 4 estão apresentados os dados característicos dos usuários dos dois hospitais investigados. Nela estão demonstradas as características de sexo, estado civil, nível de escolaridade e idade dos sujeitos.

Tabela 4 - Características dos usuários entrevistados.

Características	Opções					X ²	p
	Feminino		Masculino				
Sexo	119 (65,7%)		62 (34,3%)			17,95	<0,01*
Estado Civil	Solteiro	Casado	Viúvo	Sep/Desq/Div		136,3	<0,01*
	83(45,9%)	86(47,5%)	5(2,8%)	7(3,9%)			
Escolaridade	Fund.	Médio	Sup.Inc.	Sup.Com.	Pós/Gd.	143,9	<0,01*
	68(37,6%)	82(45,3%)	18(9,9%)	8(4,4%)	5(2,8%)		
Idade	Até 20a	21 a 30a	31 a 40a	41 a 50a	Mais 50a	23,45	<0,01*
	16(8,8%)	57(31,5%)	34(18,8%)	36(19,9%)	38(21,0%)		

Fonte: Pesquisa direta

Na tabela 4 se pode constatar que a maioria significativa dos clientes (usuários) atendidos nos hospitais investigados é do sexo feminino, ou é solteiro ou casado, tem ensino médio completo, e tem entre 21 e 30 anos de idade.

Na tabela 5 se pode observar as respostas dos usuários dos dois hospitais investigados, para as questões relativas ao atendimento, serviço oferecido, etc. dos hospitais que frequentam.

Tabela 5 - Visão dos usuários sobre os hospitais que frequentam.

Questões	Opções					X ²	p
	Família	Amigos	P. Saúde	Propag.	Ind.Médica		
Conhecimento do hospital	59(32,6%)	50(27,6%)	20(11,0%)	4(2,2%)	48(26,5%)	59,36	<0,01*
Preferência	SUS	Qual.Serv.	Q.A.	Q.P.S.	Outros	102,2	<0,01*
	89(49,2%)	29(16,0%)	29(16,0%)	11(6,1%)	23(12,7%)		
Atendimento recebido	Ótim.	Bom	Reg.	Ruim	N.A.	141,2	<0,01*
	62(34,3%)	82(45,3%)	33(18,2%)	2(1,1%)	2(1,1%)		
Ambiente hospitalar	48(26,5%)	89(49,2%)	29(16,0%)	11(6,1%)	4(2,2%)	128,5	<0,01*
Avaliação dos serviços	53(29,3%)	83(45,9%)	31(17,1%)	11(6,1%)	3(1,7%)	117,0	<0,01*
Causa da satisfação	Presteza	Cordial.	Efic. Rap.	N.A.	Outros	47,43	<0,01*
	54(29,8%)	39(21,5%)	54(29,8%)	30(16,6%)	4(2,2%)		
Causa da insatisfação	Má Vont.	Demora	Falta. S.S.	N.A.	Outros	117,1	<0,01*
	9(5,0%)	43(23,8%)	38(21,0%)	74(40,9%)	17(9,4%)		
Para melhorar	Presteza	Cordial.	Efic. Rap.	Qual. Serv.	Outros	160,9	<0,01*
	11(6,1%)	11(6,1%)	55(30,4%)	82(45,4%)	22(12,2%)		

Tabela 5 - Visão dos usuários sobre os hospitais que frequentam (Continuação).

Variedade de serviços	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	N.A.	74,28	<0,01*
	46(25,4%)	72(39,8%)	41(22,7%)	14(7,7%)	8(4,4%)		
Utilização de serviços	Sim		Não		Mais / Menos	169,2	<0,01*
	141 (77,9%)		5 (2,8%)		35 (19,3%)		
Nota para o hospital	0 a 2		3 a 5	6 a 8	9 a 10	71,44	<0,01*
	14 (7,7%)		21 (11,6%)	81 (44,8%)	65 (35,9%)		

Fonte: Pesquisa direta

Na tabela 5, onde se pode perceber as opiniões dos usuários sobre os hospitais que freqüentam se pode constatar que em todas as questões pesquisadas ocorreram diferenças significativas nas respostas.

Como se pode constatar, a maioria significativa dos usuários tomou conhecimento do hospital ou por indicação de um familiar ou de um amigo, que prefere este hospital por atender ao SUS, considera bom o atendimento e o ambiente hospitalar, avalia como bom os serviços do hospital, se satisfaz com a presteza e com a eficiência e rapidez no atendimento do hospital, não está satisfeito com a demora no atendimento hospitalar ou não puderam avaliar, declara que a qualidade dos serviços precisa melhorar no hospital, considera boa a variedade de serviços oferecidos pelo hospital, utiliza os serviços do hospital, e aplica nota de 6 a 8 para o hospital que freqüenta.

CAPÍTULO V- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados acontece apoiada na literatura científica inerente, mas em consonância com os objetivos específicos propostos pela pesquisa, previamente delimitados em se perceber a visão dos gestores, colaboradores e usuários (pacientes/familiares de pacientes) sobre a gestão dos hospitais estudados; mostrar, a partir da literatura, o BSC como instrumento de gestão estratégica para os hospitais filantrópicos e identificar a existência do planejamento estratégico e o nível de qualificação profissional.

A amostra dos dois hospitais em conjunto foi composta por 350 sujeitos, sendo 182 provenientes do Hospital (A) e 168 do hospital (B). O hospital (A), mostrou uma caracterização institucional ofertando um total de 141 leitos e 429 colaboradores, neste hospital participaram da pesquisa 05 gestores, 92 colaboradores e 85 usuários. Já o hospital (B), mostrou uma caracterização institucional ofertando um total de 116 leitos e 193 colaboradores, neste hospital participaram da pesquisa 02 gestores, 70 colaboradores e 96 usuários.

Se pode observar que os gestores entrevistados parecem não ter feito nenhuma pesquisa de clima organizacional nos últimos anos em suas instituições. Tal suposição, parece se compatibilizar ainda mais com os resultados obtidos na pesquisa, principalmente pelo fato de que a maior parte dos gestores entrevistados discorda ter sido feito algum estudo para verificar como colaboradores (clientes internos) e fornecedores visualizam a gestão dos hospitais.

Aliás, se acredita que por esse motivo ou talvez pelos efeitos produzidos pela própria cultura organizacional, tenha se observado inicialmente muita resistência, receio e desistências por parte dos colaboradores em participarem do estudo. Visto que, de acordo com Bittar (2004), a cultura organizacional inspira comportamentos que interferem diretamente na administração da organização.

A tabela 1, que mostra a visão dos gestores sobre o processo de gestão estratégica dos hospitais filantrópicos que administram, nos resultados obtidos pela pesquisa apresenta diferenças importantes referentes ao processo de gestão, porém, não são consideradas significativas estatisticamente.

Sendo assim, visualizando os resultados referentes ao grupo de perguntas relacionadas à existência do planejamento estratégico na gestão dos hospitais, se notou a presença de contradições importantes entre as respostas analisadas, dentre elas a que apenas uma parte (57,1%) de gestores, obviamente sem unanimidade, afirma existir um planejamento estratégico no hospital. Porém, paralelamente a isto, observa-se que a outra parte dos gestores, quase de mesma magnitude, se mostrou indeciso em afirmar tal existência parecendo questionar e duvidar da presença do planejamento estratégico na gestão desses hospitais.

Proposições explicadas por Malik & Teles (2001), quando enfatizam em seus resultados que muitos gestores de hospitais brasileiros afirmam não ter seu planejamento explicitado, significando falta de prioridade para a atividade administrativa e falta de vontade na demonstração do plano por não ter a quem prestar satisfação. Explicam ainda, que no Brasil a bibliografia direciona e aponta para a elaboração de um planejamento estratégico tradicionalista.

Assim, se torna claro a presença de uma provável discordância na afirmação dos gestores. Pois, se infere que as dúvidas e contradições apresentadas possam surgir também em decorrência de um possível desconhecimento do plano ou por falhas em sua implementação, já que a opção “mais ou menos” escolhida como resposta por boa parte dos respondentes parece significar que o plano foi elaborado fora da realidade da instituição, proporcionando descrédito. De acordo com Malik & Pena (2003) o gestor deve se preocupar não só com a elaboração do planejamento, mas também com sua implementação e desenvolvimento.

Além disso, se diz que o planejamento é confidencial até ser colocado em ação. Se os envolvidos não o conhecem, certamente não poderão auxiliar na sua implantação. Porquanto, não fica claro se inexistente o interesse em divulgar o planejamento ou se existe a intenção de não divulgá-lo, como evidenciado por Malik & Pena (2003).

Neste contexto, registra-se como observação que durante o período de coleta de dados se observou que um dos hospitais do estudo pareceu não apresentar exposto em suas dependências sua “Missão” e “Visão”, consideradas imprescindíveis para o planejamento estratégico. Embora, os resultados mostrem que uma grande parte dos respondentes afirme que as mesmas se encontram bem definidas e traduzidas em objetivos em todo o hospital. A saber, de acordo com Malik & Pena (2003), a descrição de um planejamento estratégico completo inclui missão, visão, valores e prioridades estabelecidas pela organização hospitalar, bem como objetivos estratégicos e eventuais parcerias existentes ou buscadas.

Baseado nisso, Malik & Pena (2003), preocupados com respostas de questionários aplicados em pesquisas, procuraram elaborar perguntas com o objetivo de caracterizar a concreta existência de um planejamento estratégico, testando a percepção do gestor sobre os desafios do mercado hospitalar para o presente e para o futuro.

Prosseguindo a discussão dos resultados, se verificou que a maior parte (85,7%) dos gestores assegura que os administradores envolvidos na gestão desses hospitais são profissionais graduados e plenos conhecedores da área da gestão hospitalar, portanto, elucidando a provável existência de um bom nível de profissionalização na gestão desses hospitais. Embora, por outro lado, isto venha contradizer as preposições de Malik & Pena

(2003) quando enfatizam que no Brasil se comenta de maneira geral sobre a incipiente formação de gestores hospitalares, bem como da precária implementação de técnicas e de desenvolvimento de métodos gerenciais profissionais.

Ainda em contraste, de acordo com Bernardes et al. (2010), a grande maioria destas organizações hospitalares filantrópicas continuam a ser geridas por “amadores de boa vontade”, o que certamente não significa resultado positivo, pelo contrário, nestes estabelecimentos encontra-se resultados negativos. Por isso, se torna necessário o gerente ter formação em administração com sólidos conhecimentos na área de saúde em geral.

Neste contexto, se acredita que em termos de profissionalização da gestão em hospitais filantrópicos os resultados obtidos são corroborados ainda mais por Bernardes et al. (2010) quando dizem que nesses hospitais nem sempre a decisão final é da racionalidade da técnica administrativa, sendo na maioria das vezes substituída por fatores impostos pela área médica e por outras decisões tomadas em decorrência da política interna (diretoria, presidência, patronos, instituidores ou provedores), sem que o administrador hospitalar tenha conhecimento ou possa influenciar na decisão.

Continuando, para Esteves apud Huzek & Stefano (2009) a profissionalização da gestão é uma necessidade de sobrevivência e uma tendência irreversível, onde se torna importante discutir se o ensino formal de administração de empresas existente pode contribuir para isto.

Para Feinberg apud Malik & Teles (2001) dados encontrados na literatura permitem inferir que ocorre resistência dos administradores à gestão pela qualidade. No Brasil, há críticas constantes à atuação não “profissional” dos administradores do setor da saúde, tanto na área privada quanto na pública.

De acordo com Schwaab (2002), nas organizações hospitalares públicas e privadas, se percebe um despreparo profissional e uma tendência empirística para improvisações técnico-administrativas, que comprometem o desenvolvimento da própria organização. Já, para Bernardes et al. (2010), na gestão dos hospitais filantrópicos é importante que a técnica administrativa seja implementada por um administrador profissional.

Retomando a discussão dos resultados sobre o tema planejamento, numa outra situação se observa que uma grande parte (85,7%) dos gestores respondentes afirma participar diretamente da elaboração do planejamento estratégico do hospital, mas quando se pergunta se o planejamento estratégico é claramente definido e aplicado na instituição, se verifica que a maioria (57,1%) dos gestores contraditoriamente, parece duvidar disso e não consegue afirmar.

Portanto, se levando em consideração as contradições apresentadas pelos resultados, se torna lógico compreender que se a maioria dos gestores afirma existir planejamento estratégico nos hospitais, diz conhecer gestão hospitalar, afirma participar da elaboração do plano, tem consciência do plano e do que o hospital se propõe a fazer. Sendo assim, como pode o gestor apresentar ainda dúvidas e insegurança para afirmar se o planejamento estratégico é claramente definido e bem aplicado na gestão dos hospitais.

Logo, pelo exposto acima, se questiona como pode um gestor apresentar tanto conhecimento no assunto e ao mesmo tempo não saber responder se o planejamento que ele próprio elaborou e construiu está ou não sendo devidamente aplicado no hospital. De acordo com as explicações de Malik & Pena (2003), essa situação pode acontecer em decorrência do reflexo da falta de comunicação interna na instituição e da falta de conhecimento sobre a implantação do planejamento.

Igualmente acontece quando a maioria dos gestores entrevistados afirma que o planejamento foi elaborado a partir de uma realidade do mercado. No entanto, do mesmo modo uma maioria de gestores afirma não ter sido realizado nenhum estudo de mercado, deixando entender certamente que o planejamento estratégico não foi construído ou elaborado a partir de uma realidade de mercado. Tal situação se elucida ainda mais quando uma maioria de gestores respondentes discorda que o hospital recolha informação da concorrência e surpreendentemente quando todos os respondentes afirmam conhecer os pontos fortes e fracos do mercado, mesmo sem ter feito qualquer estudo de mercado.

Do mesmo modo acontece, quando se refere à análise do ambiente externo da qual o mercado e a concorrência fazem parte, levando em conta que uma maioria de gestores entrevistados parece negar ter sido realizado qualquer estudo de mercado. Com efeito, a discussão parece vir de encontro às considerações propostas por Moraes (2009), quando explica que no processo de elaboração do planejamento estratégico é imprescindível se fazer uma análise prévia do ambiente (interno e externo).

Esclarecendo, o estudo de mercado que parece não ter sido realizado se enquadra na avaliação do ambiente externo e a pesquisa de clima organizacional, igualmente entendida como não realizada se enquadra na avaliação do ambiente interno. Porquanto, os resultados mostram que a maioria dos gestores nega ter sido realizado algum estudo para identificar como os clientes e fornecedores veem a gestão do hospital. É importante ressaltar que, de acordo com Matias (2010) o colaborador é entendido como cliente interno do hospital.

Neste contexto, Chiavenato apud Spiri (1998) define clima organizacional como o meio “interno” de uma organização e com referência mostra a importância deste instrumento

na implantação do processo de administração estratégica da qual o planejamento faz parte, principalmente por avaliar a visão dos colaboradores.

Prosseguindo a discussão dos resultados, registra-se que a grande maioria (85,7%) dos gestores respondentes afirma que há consciência de um planejamento estratégico e daquilo que o hospital se propõe a fazer. Contudo, como entender tal situação se por outro lado haja vista contraditoriamente, a maioria dos gestores apresenta dúvidas em afirmar que o planejamento é claramente definido e aplicado no hospital. Logo, se pergunta como ter consciência de um planejamento e ao mesmo tempo não saber dizer ou afirmar se ele é devidamente aplicado no hospital.

Como saldo positivo do exposto, se percebeu nos resultados que pelo menos existe uma grande vontade por parte dos gestores em tentar implantar e definir gestão estratégica no hospital, visto que todos concordam positivamente com a iniciativa. Entretanto, a unânime intenção dos gestores de tentar implantar o processo de gestão parece causar um provável conflito teórico-prático no conceito de gestão estratégica, inclusive por se ter o conhecimento de que o planejamento estratégico é parte preponderante de todo o processo de administração estratégica.

Semelhantemente, a grande maioria (85,7%) de gestores entrevistados responde positivamente que os objetivos financeiros e não financeiros são parte integrante do planejamento estratégico e são transparentes. Então, se questiona novamente como se pode ter certeza dos objetivos, se a maioria dos gestores demonstra dúvida sobre a aplicação e a definição do planejamento no hospital.

Considerando as contradições surgidas, de acordo com o caderno rumo a excelência da FNQ (2008), planejar gestão estratégica consiste num conjunto de procedimentos e comportamentos influenciados pelos aspectos internos (disponibilidades de competências e recursos) e externos (clientes, fornecedores, concorrentes e cenários econômicos), com o intuito de atingir metas. Daí, se compreender então a necessidade concreta e a importância em se realizar estudo de mercado no intuito de se conhecer o cenário fora do hospital (ambiente externo) e assim poder elaborar um planejamento estratégico.

Situação, da mesma maneira, devidamente corroborada por Moraes (2009), quando explica que o planejamento estratégico é constituído pela análise do ambiente externo e interno (diagnóstico empresarial), definição dos princípios e valores da organização, declaração da missão, visão de futuro, definição dos objetivos, elaboração das estratégias, definição dos indicadores e metas, implementação, avaliação e revisão.

Retomando novamente a discussão dos resultados, se verificou que a maior parte (57,1%) dos entrevistados nega que os hospitais recolham informações sobre a

concorrência. Entretanto, contraditoriamente quase que de forma idêntica, se percebe ao mesmo tempo, que a maior parte (57,1%) dos respondentes assegura que os hospitais fazem uma análise da competição no mercado. Neste sentido, para elucidar mais a situação discutida, haja vista que todos ainda afirmam entender plenamente sobre os pontos fortes e fracos do mercado. Com efeito, segundo resultados anteriores, sem realizar qualquer estudo de mercado.

Analisando as contradições dos resultados acima, se nota que a mesma parte que nega a situação inicial, igualmente afirma uma situação semelhante. Visto que, a concorrência neste caso parece ser sinônimo direto da competição. Esclarecendo melhor, para Martins (2008) o planejamento estratégico é uma metodologia usada para criar o futuro dos negócios em um cenário de “competição”.

Baseado na abordagem acima se compreende indubitavelmente a obrigatoriedade de se conhecer o ambiente externo hospitalar, do qual a concorrência e a competição parecem fazer parte, via estudo de mercado. Segundo Malik & Pena (2003), isto pode ocorrer através do uso de ferramentas tipo *benchmarking*, atualmente muito utilizada por hospitais que adotam o processo de administração estratégica.

Continuando novamente a discussão sobre o grupo de questões referentes ao planejamento estratégico e levando em conta as crescentes contradições. Se percebe que uma parte (57,1%) dos gestores consegue afirmar que o planejamento é feito em todos os níveis estruturais do hospital. Além disso, a mesma parte (57,1%) de gestores também afirma que o planejamento foi elaborado a partir da realidade do mercado. Contudo, baseado nas discussões anteriores, se sabe que a realidade do mercado só pode ser conhecida a partir da análise do ambiente externo, parecendo pouco provável então que o plano seja feito em todos os níveis estruturais do hospital, o que certamente pode gerar dúvidas sobre a sua existência.

Adiante, a maioria (71,4%) dos gestores afirma que o hospital utiliza em sua administração alguma ferramenta de controle. No entanto, se observou que a maior parte (57,1%) dos gestores demonstra dúvidas para afirmar se os instrumentos de controle utilizados são adequados. Esta situação parece mostrar uma forte contradição, visto que as ferramentas de controle administrativo são predefinidas pelo planejamento e por isso devem ser avaliadas de modo contínuo. Daí, se pergunta como identificar e utilizar uma ferramenta de controle em um planejamento estratégico que parece não ser aplicado adequadamente, se a maioria dos gestores tem dúvida em afirmar se os instrumentos de controle administrativo são adequados.

Em seguida, a maior parte (57,1%) de respondentes afirma que os setores de trabalho utilizam meios de controle, no entanto, a maior parte (71,4%) dos respondentes não

consegue afirmar que os controles são facilmente entendidos por seus executores. Neste caso, é sabido que diversos tipos de controle organizacionais integram o planejamento estratégico. Então, como entender a sua utilização setorial se a maioria dos gestores, de acordo com as respostas, tem dúvida em afirmar se os mesmos são facilmente entendidos por parte de seus executores, mesmo se tratando de controle social.

Na situação discutida, se percebe que as contradições apresentadas indubitavelmente parecem refletir uma falta de conhecimento sobre o plano principalmente em termos de controle administrativo. Aliás, a efetividade de qualquer ferramenta de controle depende exclusivamente do bom funcionamento do planejamento estratégico, que de acordo com os resultados obtidos, parece não ser bem aplicado e definido nos hospitais. Segundo Chiavenato (2003), se for o caso de controle interno, o mesmo faz parte do planejamento estratégico e se ocupa essencialmente com processos de informações em prol da direção do hospital, concorrendo para a correta tomada de decisões.

Desse modo, os resultados parecem causar a impressão de que o processo de gestão estratégica proposto pelos hospitais não está funcionando adequadamente ou provavelmente não foi implantado completamente. Para Malik e Pena (2003), a fase de implementação do planejamento estratégico é considerada falha em decorrência dos processos de comunicação e controle, aceitos como ponto fraco entre as organizações hospitalares. Além disso, no Brasil se percebe inúmeros problemas referentes à comunicação e a controle. De acordo com Lima et al.(2004), inúmeras estruturas e instrumentos gerenciais básicos voltados para a eficiência em gestão, se encontram ausentes em boa parte dos hospitais filantrópicos.

No modelo descrito por Ginter apud Malik & Pena (2003), o processo de administração estratégica se divide em análise situacional, formulação, implementação e o “controle” da estratégia. Então, parece que a situação discutida acima envolve diretamente a fase de controle, considerada a fase mais importante gestão estratégica.

Reverendo os resultados referentes ao ambiente interno, se verificou que a maior parte dos entrevistados concorda que os colaboradores agem parcialmente conforme o espírito de equipe e que não há superposição de tarefas exercidas pelos colaboradores. Entretanto, tais afirmações parecem contrariar novamente a realidade da gestão estratégica nos hospitais pesquisados, em virtude das contradições discutidas anteriormente relevarem ainda mais o provável fato de não se ter realizado qualquer pesquisa de clima organizacional nos dois hospitais.

Por outro lado, apenas uma discreta maioria (57,1%) dos gestores entrevistados, timidamente afirma existir comunicação eficiente tanto na administração do hospital como entre os níveis hierárquicos. No entanto, se percebe que esta afirmação não representa

unanimidade nas respostas, visto que uma quantidade significativa de gestores mostra dúvidas quanto a essa situação. Dessa maneira, se subentende que o processo de comunicação institucional parece estar comprometido em função do mecanismo de gestão instalado. Para Malik & Pena (2003) o sucesso do processo de comunicação depende dos receptores e de seus interesses. Já que um dos pontos críticos da implantação da gestão estratégica no hospital é a comunicação.

Com referência a visão dos gestores sobre os colaboradores, se observa outras contradições compatíveis também com a possibilidade de não ter sido realizado qualquer pesquisa de clima organizacional nas instituições. Fato que pode ser avigorado quando se observa que apenas uma discreta maioria (57,1%) dos gestores afirma timidamente não haver superposição de tarefas entre os funcionários, quando a igual maioria (57,1%) dos gestores não consegue negar ou afirmar que a coordenação de atividades dos hospitais é bem compreendida ou aceita pelos funcionários e ainda quando a maioria (71,4%) desses gestores entrevistados responde que os funcionários agem "mais ou menos" conforme o espírito de equipe.

Além disso, relacionado ao exposto acima, se percebe também que apenas uma discreta maioria (57,1%) dos gestores concorda que a política salarial adotada é justa e imparcial. Se acrescenta a isto, que a maioria (71,4%) afirma que os hospitais adotam um sistema de benefícios e igualmente afirma que a administração reconhece e estimula o desempenho funcional. Apesar de que, relativo a benefícios, contraditoriamente a mesma maioria (71,4%) afirma não existir plano de carreira para os funcionários.

Baseado nisso, segundo Silva et al. (2009), se faz necessário que os funcionários sejam adequadamente "cuidados". Os hospitais devem implantar estratégias que vislumbrem a satisfação da equipe de colaboradores. A pesquisa de clima organizacional é um instrumento que aproxima empregado e empregador. É possível registrar que a aplicação desta metodologia proporciona uma melhor avaliação e possibilita a revisão das estratégias utilizadas para o alcance da satisfação dos profissionais envolvidos. Portanto, valorizá-los e mantê-los informados sobre todos os aspectos inerentes à instituição é condição fundamental para que haja comprometimento, desenvolvimento e prestação de serviços com qualidade aos pacientes.

Retomando, se observou ainda que uma grande parte (85,7%) dos respondentes afirma que as decisões finais são acertadas e objetivas. Embora, uma pequena parte de gestores apresente dúvidas em afirmar tal situação, que aliás, parece intensificar ainda mais as contradições relacionadas à presença da gestão estratégica na administração desses hospitais. Neste caso, se supõem que as decisões empiricamente tomadas podem ocasionar sérios entraves na gestão dos hospitais. De acordo com Chiavenato (2003) se

sugere efetividade na utilização do controle interno como parte de um planejamento estratégico definido e aplicado nos hospitais, contribuindo para a tomada de decisões acertadas e objetivas.

No entanto, se acredita que tal postura possa ser amenizada em casos em que gestores com formação administrativa estejam mais acostumados a lidar com este tipo de situação, seja interna ou externamente, os tornando mais preparados para tomar decisões acertadas, já que, para Martins (2008) não se chega a lugar nenhum sem planejamento.

Ao contrário, segundo Malik & Pena (2003) a referida situação pode ser vista como um reflexo do desconhecimento das estratégias de uma organização por parte do gestor, mesmo conhecendo os objetivos e as metas a cumprir.

Encerrando, segundo Abdala (2010) a realização de pesquisas e o surgimento de cursos especializados em administração hospitalar, corroboram com a intenção de se instituir no setor hospitalar uma metodologia de gestão mais profissionalizada, de forma a reduzir a complexidade dos processos da gestão estratégica e a influência de atitudes amadoras apoiadas numa metodologia empírica de gestão.

A tabela 2, vista no capítulo “Resultados”, mostra as características dos colaboradores em conjunto nos dois hospitais avaliados. Se constatou que a maioria deles é do sexo feminino, solteiros e exercem suas atividades laborativas em outros setores do hospital diferentes da área de produção, administração ou chefia.

Ao se analisar a característica dos colaboradores participantes da pesquisa quanto à faixa etária, se percebeu de acordo com os resultados obtidos um predomínio no intervalo de idade entre 18 a 64 anos. Em seguida, analisando o aspecto de gênero dos colaboradores separadamente, se observa que a maioria é do sexo feminino, talvez pela predominância da profissão de enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem), o que a princípio poderia justificar o quantitativo feminino. Além disso, de acordo com Gil apud Matias (2010), resultados de estudos revelam a feminilização das profissões da área de saúde, como uma das tendências do mercado de trabalho.

Fato confirmado segundo as preposições de Lopes apud Godoy (2001), quando mostra que o recrutamento feminino no ramo da saúde se mantém mesmo com a mudança dos procedimentos técnicos e as várias qualificações profissionais exigidas no mercado de trabalho.

Esclarecendo melhor, para Pitta apud Godoy (2001), a predominância feminina na força de trabalho em saúde se deve a fatos históricos, em que a divisão social sempre colocou a mulher nas atividades de cuidar de doentes, crianças e idosos. Como o hospital foi considerado um espaço privilegiado de profissionalização do trabalho doméstico, as mulheres foram assumindo este campo, principalmente como profissionais de enfermagem.

Então, dessa maneira se compreende que o grande contingente de trabalhadores de saúde pode ser representado tanto pela mulher como pela profissão de enfermagem, com suas diversas categorias. Conforme descrito por Oguisso apud Godoy (2001), a enfermagem constitui uma das mais antigas portas de entrada da mulher na força de trabalho remunerada e sendo predominantemente feminina, alcança cerca 95% da força de trabalho na categoria em todo o mundo.

Já quanto ao estado civil, onde a maioria é solteira, se preferiu ficar alheio aos diversos fatores que envolvem socialmente esta variável, embora isso pareça ser justificado pela característica da faixa etária alcançada, visto que a diferença entre solteiros e casados fica apenas em torno de 12,3%. Apesar de que para o clima organizacional, segundo Nogueira e Azevedo apud Silva & Marziale (2000), o estado civil do colaborador faça parte das variáveis que mais afetam o absenteísmo hospitalar.

Por fim, analisando os resultados referentes a cargo, onde diferente de produção, administração e chefia, a categoria "outros" apresenta maior participação na pesquisa com um percentual (67,3%) de colaboradores, ainda que a categoria "outros" envolva também profissionais da área de serviços gerais, se acredita de fato que a maioria seja constituída pelos profissionais de enfermagem, até por sua marcante presença no meio hospitalar.

A tabela 3, nos "Resultados", mostra a visão do colaborador sobre a gestão dos dois hospitais onde exercem as suas atividades laborais. Analisando os resultados, que de acordo com a amostra são bastante significativos do ponto vista estatístico, novamente se busca clarificar que a intenção do estudo não é fazer uma avaliação completa do clima organizacional das duas instituições e nem identificar o perfil do colaborador, mas sim, em compatibilidade com os objetivos da pesquisa, verificar a visão do colaborador (cliente interno) sobre a administração dos hospitais.

A saber, a discussão dos resultados é feita com suporte nas variáveis de clima organizacional descritas por Silva (2008) e no questionário de pesquisa de clima organizacional desenvolvido por Bispo (2006), com base nos modelos de pesquisas de clima organizacionais propostos por Litwin & Stringer (1968), Kolb (1986), Sbragia (1983) e outros modelos adequados para aplicação em instituições públicas de médio a grande porte.

Analisando os resultados obtidos no grupo de questões inerentes as "questões éticas", segundo Silva (2008) se costuma avaliar de um modo amplo se os colaboradores no ambiente são tratados com respeito independente de seus cargos e se a atuação no hospital é guiada por valores éticos inclusive em tomadas de decisão, principalmente em situações influenciadas diretamente pela cultura organizacional ou ocasionadas por mudanças que afetam o ambiente de trabalho, como o que acontece no caso de uma redução do quadro de pessoal.

O instrumento de pesquisa aplicado no estudo aborda as questões éticas como uma variável dependente, inclusive se relacionando com a variável comunicação, pois segundo Abreu et al. (2009), se entende a mensagem em saúde como um processo dialético, onde o conjunto entre emissor e receptor interage de forma contínua podendo proporcionar um trabalho mais eficaz, eficiente e ético.

Assim, o resultado em que a maioria dos colaboradores respondentes afirma significativamente não sentir que o emprego é seguro e que corre o risco de ser demitido sem motivo, se observa uma grande relação com o resultado da "variável estilo de gestão" principalmente em termos de gestão de pessoas. Se percebe que a sensação de insegurança profissional mostrada provavelmente já perdura a algum tempo no ambiente de trabalho, talvez ocasionada pela própria cultura organizacional ou pelas formas de controle comportamental utilizadas pela gestão dos hospitais estudados.

Desse modo, a questão pode estar afetando indiretamente os preceitos éticos, bem como os aspectos da valorização e reconhecimento profissional, do comportamento do colaborador e até mesmo da imagem da instituição perante os colaboradores e outros. Neste ponto, Silva et al. (2009) entendem que o simbolismo contido nas demissões reproduz uma verdade em que todos devem ser submissos à cultura maior dos hospitais e entregues aos seus meios de exercício do poder, supostamente nem sempre guiado por valores éticos. Assim, para Bispo (2006) a percepção do colaborador sobre a existência de um clima organizacional favorável esta ligada principalmente a aspectos inerentes a sensação de satisfação no trabalho.

Dentro de uma visão mais ampla, segundo Blanchard & Peale apud Torres (2006), a ética organizacional é vista como aquela que se refere às relações externas das empresas ou dos profissionais com os clientes e às relações internas entre os colaboradores e gestores da empresa. Estas relações preconizam sempre mecanismos de cooperação em vez de conflitos. Em qualquer organização, o código de ética e as normas de condutas constituem meios excelentes para expor propósitos, valores e convicções de liderança.

Neste contexto, para Zoboli (2000) a cultura do individualismo, considerada uma característica da modernidade, se mostra indubitavelmente geradora de insatisfações. A saber, os seres humanos se tornam pessoas dentro de comunidades concretas das quais os hospitais fazem parte, aprendendo os valores éticos que vão seguir defendendo. Desse modo, contribuindo para a boa imagem da empresa, pois nenhum dos grandes hospitais se distingue pela falta de princípios éticos, mas pela qualidade dos serviços que oferecem em prol da saúde. Portanto, a insistência na qualidade ética leva à qualidade em sentido mais amplo resultando em maior rentabilidade.

Porquanto, para Barnett & Vaicys apud Almeida (2007) o clima ético é afetado pelos diversos sistemas normativos do hospital, tais como as políticas, os procedimentos, os esquemas remuneratórios e os sistemas de controle.

Enfim, segundo Zoboli (2000), para o entendimento dos processos de tomada de decisão é imprescindível a compreensão das finalidades da organização. Neste contexto, a educação e a preocupação com um atuar eticamente correto, certamente deverão fazer parte do desenvolvimento da organização.

Já a “variável imagem da empresa” na visão do colaborador, se avalia de um modo geral se os hospitais desfrutam de uma boa imagem entre os colaboradores, se é um bom lugar para trabalhar e se mostram compromisso com a qualidade dos seus serviços.

Os resultados mostram que os colaboradores sentem orgulho em trabalhar nos hospitais, se orgulham de suas atividades, costumam indicar os hospitais como emprego, se preocupam com o futuro dos hospitais e gostariam ou não que seus filhos trabalhassem nesses hospitais. Se acrescenta a isso, que a burocracia e a cultura organizacional parecem não favorecer totalmente a execução das atividades nos hospitais, em contrapartida o ambiente de trabalho parece favorecer essas atividades. No entanto, parecem discordar dos aspectos relacionados à vida profissional quando acham que os hospitais não oferecem um bom plano de carreira e que o emprego não é seguro.

Pelo exposto, se infere que os resultados acima são dependentes de outras variáveis. Porquanto, concorda-se que os hospitais possuem uma boa imagem com relação a ser um bom lugar para se trabalhar, embora a burocracia e a cultura organizacional pareçam em parte atrapalhar o desenvolvimento das atividades, afetando indiretamente a qualidade dos serviços. Além disso, os resultados parecem interferir diretamente na motivação e na satisfação dos entrevistados, visto que os hospitais não oferecem um bom plano de carreira e ainda deixam transparecer falhas quanto aos aspectos da segurança profissional.

Para Bernardes et al. (2010) diversas variáveis podem influenciar o sentimento do indivíduo em busca de satisfação organizacional, tanto fatores internos referentes à satisfação pessoal quanto fatores externos referentes a suas condições de trabalho. Neste aspecto, se torna claro que por possuir um maior apego ao seu trabalho, o colaborador hospitalar parece ter um fator motivador interno em gostar de trabalhar na área da saúde.

Neste caso, para os mesmos autores, fica evidente como importante para a motivação no trabalho o “orgulho de trabalhar na empresa”, ter um “plano de saúde” e a “localização do local de trabalho”. Somado a isso, se acredita que o fator determinante para a variável satisfação seja o de "trabalhar no que se gosta", já para a variável motivação o primeiro seria o de "gostar do que se faz" e em um segundo o "salário justo para exercer a

função". Porquanto nada de exageros no salário, apenas fazer o que gosta e ser justamente remunerado. Portanto, analisando os fatores motivacionais referentes às tarefas e aos deveres, se pode observar que o aspecto "gostar do que se faz" provoca um efeito duradouro e um aumento na produtividade.

Finalmente, segundo as preposições de Zoboli (2000), se frisa que os hospitais têm uma imagem a preservar, considerada neste caso como um patrimônio essencial para a continuidade do próprio negócio.

Na "variável estilo de gestão" que trata principalmente sobre a estrutura organizacional, os resultados mostram os colaboradores confiam plenamente em seus chefes, consideram o chefe um líder e o mais indicado para exercer a função, estão satisfeitos com a estrutura hierárquica apresentada pela gestão dos hospitais. Além disso, os resultados sobre cultura organizacional, burocracia, segurança profissional, vida profissional, incentivo profissional, remuneração e benefícios, parecem mostrar realmente a presença de empecilhos na gestão desses hospitais, o que pode trazer prejuízo para o crescimento institucional.

Neste sentido, embora a discussão mostre um elevado grau de concordância entre os resultados, se observa que os resultados atingem claramente a variável estilo de gestão, mas parece também atingir outras variáveis. Com efeito, para Coda apud Bispo (2006), o clima organizacional é o indicador do grau de satisfação dos colaboradores, em relação a diferentes aspectos da cultura ou realidade aparente, neste último caso representado pela política de recursos humanos, modelos de gestão, missão, processo de comunicação, valorização profissional e identificação com a empresa.

Com relação à segurança profissional, repetindo Silva et al. (2009), o simbolismo contido nas demissões dos não-adaptáveis reproduz uma verdade em que todos devem ser submissos à cultura maior da empresa e entregues aos seus meios de exercício do poder. Dessa maneira, as novas formas de controle se utilizam do discurso do chefe-líder para obter a simpatia e aceitação de todos, onde o líder é o catalizador da cultura organizacional.

De acordo com Silva (2009) os hospitais privados filantrópicos sem fins lucrativos possuem uma estrutura de gestão composta por membros voluntários vinculados à instituição. Seus organogramas deixam transparecer que são constituídos por uma forte hierarquia formada por entidades mantenedoras, superintendente, diretor geral, diretor clínico, diretor técnico e administrador hospitalar.

Para Litwin & Stringer apud Silva (2008) uma das formas de se criar o clima organizacional se dá através do estilo de gestão imposto pelos dirigentes. Sendo assim, o modo como se executa a liderança influencia diretamente sobre o comportamento e o desempenho dos colaboradores, bem como sobre a saúde da organização.

Segundo Silva (2008), o estilo de gestão gera um impacto sobre o subordinado interferindo no seu comportamento e em seguida na sua motivação perante a sua atividade laboral.

Nos resultados da “variável relacionamento interpessoal”, se percebe que a maioria significativa de entrevistados considera que o ambiente de trabalho e o relacionamento com os colegas favorecem a execução das atividades no hospital, demonstrando desse modo que o relacionamento interpessoal no ambiente interno dos hospitais parece ser considerado bom, supondo que os padrões de relacionamento e expectativas vivenciados diariamente provavelmente possam estar contribuindo para o desenvolvimento da gestão.

Segundo Abreu et al. (2009) o relacionamento interpessoal é o fator que mais intervêm no clima organizacional, porque interfere tanto dentro como fora da organização. Desse modo, os relacionamentos externos afetam mais diretamente o clima organizacional, visto que o hospital é composto por pessoas e desse modo está sujeito às mais diversas alterações do meio ao qual está inserido.

Continuando a discussão, se percebe também que os resultados inerentes a questão cultura organizacional parecem influenciar diretamente esta variável, principalmente por não favorecer totalmente a execução das atividades nos hospitais. Entendendo neste caso, que isso pode interferir significativamente no comportamento dos colaboradores afetando as relações interpessoais e conseqüentemente a gestão dos hospitais. Segundo Bittar (2004) a cultura organizacional influencia o processo de qualidade de maneira positiva ou negativa, de acordo com os comportamentos que incidem sobre a instituição hospitalar.

Segundo Silva et al. (2009) a cultura e clima organizacional influenciam as relações interpessoais assim como o ambiente de trabalho. Além disso, o poder da instrumentalização da cultura está amplamente ligado aos mecanismos de controle comportamental nas organizações. Neste cenário, os resultados revelam mecanismos que propagam valores, crenças e heróis para o exercício do controle, de maneiras pouco perceptíveis aos membros, que vão aos poucos, moldando seus comportamentos. As organizações utilizam a cultura para exercer o poder sobre o comportamento, em um processo no qual os próprios colaboradores reforçam e legitimam esse controle por meio da reprodução de práticas e interpretações.

Na “variável comunicação” os resultados relativos à visão dos colaboradores também são abordados indiretamente na discussão. Portanto, neste processo a comunicação se apresenta como uma variável dependente. Assim, quando se analisa os resultados em que a maioria considera que o ambiente de trabalho facilita as atividades, a cultura organizacional favorece total ou parcialmente as atividades no hospital, que o

colaborador está contente com a estrutura hierárquica apresentada e que uma discreta maioria acha que a burocracia favorece apenas parcialmente as atividades.

Segundo Luz apud Matias (2010) a cultura organizacional direciona o comportamento de todos os indivíduos e grupos dentro de uma organização, influenciando nas atividades do cotidiano, tais como as decisões, atribuições, gerenciamento de conflitos, relacionamento interpessoal, estilo de liderança adotado, processo de comunicação, vestuário dos indivíduos no ambiente de trabalho, entre outras.

Porquanto, se entende que o processo de comunicação sofre influência da cultura organizacional, do ambiente de trabalho, da estrutura hierárquica, do nível de burocracia, da valorização profissional e do envolvimento com a instituição. Nesse ponto, de acordo com Silva (2008), se torna necessário saber se o colaborador está bem informado sobre as decisões, benefícios, planos e metas do hospital, para se evitar julgamentos e críticas precipitadas sobre a gestão. Segundo Abreu et al. (2009) a dificuldade de comunicação em saúde é um dos principais e atuais problemas de gestão nos serviços, que impacta diretamente na saúde da população.

Já os resultados inerentes a “variável benefícios”, onde Silva (2008) avalia se os benefícios oferecidos pelo hospital atendem a necessidade do colaborador. Se percebe que a maioria afirma que a assistência médico, dentista e social adotada pelos hospitais “não” favorecem a execução de suas atividades na empresa, não acha justo o salário oferecido pelos hospitais e acha que os hospitais não oferecem plano de carreira. Embora, por outro lado, a maioria concorde que não tem problema com transporte para o trabalho.

Portanto, se nota que os hospitais estudados parecem estar passando por dificuldades quanto ao desenvolvimento de benefícios em sua gestão, não atendendo as necessidades dos colaboradores. Segundo Wood Junior e Picarelli Filho apud Silva (2008), o benefício é um importante fator de decisão para a permanência do colaborador em uma empresa ou para a aceitação de uma nova proposta de trabalho, influenciando diretamente na qualidade de vida dos colaboradores.

Quanto à “variável treinamento e desenvolvimento”, de acordo com Silva (2008) os resultados avaliam geralmente se o colaborador tem oportunidade para o seu desenvolvimento e crescimento profissional (vida profissional). Além disso, inclui treinamento, capacitação e aprendizagem contínua.

Os resultados inerentes obtidos na pesquisa mostram que os colaboradores afirmam ou negam quase que igualmente, que os cursos e treinamentos são suficientes para o exercício de suas atividades profissionais. Além disso, haja vista, os hospitais não oferecem um plano de carreira. Com base no exposto, se subentende que os hospitais

estudados apresentam falhas nos aspectos relacionados às perspectivas da vida profissional.

No entanto, esta variável apresenta contradição em seus resultados, quando mostra que os colaboradores estão obtendo sucesso na carreira e na vida profissional e que depende de seus próprios esforços para conseguir isso. Embora, a gestão dos hospitais não ofereça plano de carreira e, além disso, pareça não ofertar capacitação suficiente para favorecer esse crescimento profissional.

Segundo Boaventura (2009) o treinamento tem como finalidade melhorar o desenvolvimento profissional do ser humano na sua organização e no desempenho das suas funções, além disso, pode ser considerado o processo que visa o aperfeiçoamento das habilidades e conhecimento dos funcionários de uma organização.

Analisando os resultados da “variável envolvimento”, que avalia se os entrevistados se sentem envolvidos com os objetivos e resultados dos hospitais. Neste sentido, os resultados obtidos parecem mostrar grande satisfação por parte dos colaboradores, visto que a maioria concorda que sente muito orgulho em trabalhar nos hospitais e ainda se preocupa com o futuro das instituições. Embora, a maioria relate não estar satisfeita com a situação financeira e com o patrimônio pessoal.

Se acrescenta a esta variável, uma gama de satisfação pessoal referente à convivência família, vida social, nível cultural e intelectual, férias, lazer, vida afetiva, investimentos, despesas familiares, política e economia, saúde, religião, estado mental, moradia, educação dos filhos, estado físico, situação financeira, etc., que segundo Bispo (2006) são fatores externos que influenciam diretamente no clima organizacional e conseqüentemente na gestão do hospital.

Por fim, considerando os efeitos positivos e negativos desta variável sobre a gestão das instituições pesquisadas, de acordo com Silva (2008) o envolvimento dos colaboradores com os hospitais parecem estar mais relacionado com as responsabilidades da função do que com o comportamento afetivo pelo hospital. Para Siqueira apud Matias (2010), o conceito de satisfação aborda uma perspectiva emocional traduzida pela afetividade do indivíduo com seu trabalho, nesse sentido a satisfação laboral passa a ser compreendida pela existência do bem estar no trabalho, do envolvimento e do comprometimento com a organização.

Analisando os resultados da “variável participação”, que avalia a participação dos colaboradores nas definições e objetivos do seu setor de trabalho. Haja vista, o instrumento de pesquisa utilizado não apresenta perguntas com abordagem direta sobre o assunto, porque a variável participação se mostra dependente de outras variáveis (estilo de gestão,

relacionamento interpessoal, treinamento, envolvimento, etc.), portanto, sendo relacionada e analisada com base no resultado de outras variáveis.

Como por exemplo na questão em que a maioria dos respondentes afirma não ter seu trabalho reconhecido pelo hospital, subentendendo que dificilmente os colaboradores "indiretos" tem liberdade para tomar decisões ou "participar" da gestão dos hospitais junto com seus superiores em decisões e muito menos na definição de metas e objetivos relacionados ao seu trabalho. Embora, os gestores em resultados anteriores observados na tabela 1, afirmem que os colaboradores participam de planos e decisões. Então, a situação discutida parece estar diretamente relacionada com a cultura organizacional, ambiente de trabalho, comunicação interna, relacionamento interpessoal e envolvimento em cursos e treinamentos.

De acordo com Chiavenato apud Spiri (1998), o clima organizacional depende da escolha da equipe, do preparo, do treinamento da equipe e da participação pessoal. Portanto, para ilustrar ainda mais o exposto acima, para Chiavenato apud Matias (2010), o clima organizacional constitui o meio interno de uma organização e resulta do envolvimento dos colaboradores com os aspectos estruturais e processuais da organização.

Finalmente, com relação a "variável reconhecimento", que avalia a satisfação ou insatisfação do colaborador perante o reconhecimento institucional e ou pessoal (familiares e amigos).

Analisando os resultados, se observa que maioria dos colaboradores não acha justo o seu salário atual, parecendo mostrar que a remuneração recebida não é adequada (compatível) com o seu trabalho e talvez por causa disso, a maioria afirme achar que seu patrimônio não é condizente com os esforços que tem feito pelo hospital. Segundo Bernardes et al. (2010), para as organizações em geral, dentre os fatores motivadores apontados especificamente aparecem aspectos como plano de cargos e salários, reconhecimento profissional e oportunidade de crescimento.

Outro enfoque da discussão seria sobre o resultado em que a maioria afirma não ter seu trabalho reconhecido e valorizado pelo hospital. Neste caso, se supõem que os hospitais não reconhecem a participação e o envolvimento profissional na realização de um bom trabalho. Além disso, de acordo com os resultados parecem não remunerar adequadamente seus funcionários e não ser abertas para receber sugestões, contribuições e reconhecer opiniões de seus funcionários. Todavia por outro lado, os colaboradores tem o seu trabalho no hospital bastante valorizado e reconhecido por seus familiares, parentes e amigos.

Prosseguindo a discussão dos resultados da visão dos colaboradores sobre a gestão dos hospitais investigados, Silva (2008) entende que o gerenciamento do clima

organizacional é muito importante porque permite conhecer aspectos que configuram pontos fortes, pontos fracos, deficiências, aspirações e expectativas presentes na relação entre o hospital e o colaborador, facilitando a utilização de estratégias que ajudem a instituição se tornar mais competitiva no mercado de atuação.

De acordo com Silva apud Matias (2010), é importante saber que a percepção do clima depende da sensibilidade de cada um dos membros da organização, podendo uma característica parecer positiva, satisfatória ou desejável para um indivíduo do grupo e apresentar-se como negativa, insatisfatória ou indesejável para outros.

Para Matias (2010) outra questão a ser enfatizada consiste na referência à influência do clima organizacional na satisfação e no comportamento das pessoas, já que por meio da criação de um clima favorável, o desempenho organizacional pode ser aumentado. Aspecto corroborado por Bispo (2006), quando comenta que a percepção de um clima organizacional favorável está diretamente ligada à sensação de satisfação, motivação, alta produtividade e dedicação, entre outras.

Dessa forma, acredita-se que os resultados discutidos estejam realmente traduzindo e mostrando com detalhes a força dos efeitos da cultura organizacional sobre a gestão dos hospitais filantrópicos. Segundo as preposições de Silva et al. (2009), as organizações utilizam a cultura para o exercício do poder sobre o comportamento de seus membros, em um processo no qual os próprios membros reforçam e legitimam esse controle por meio da reprodução de práticas e interpretações.

Encerrando a discussão, nos resultados da visão dos colaboradores sobre a gestão dos hospitais, se detecta que os hospitais em conjunto apresentam vários pontos positivos que necessitam ser potencializados dentro da gestão, embora apresentem outros pontos considerados importantes que merecem atenção por parte dos gestores. Portanto, de um modo geral, se verificou que as variáveis que necessitam de mais atenção por parte da administração dos hospitais são: Estilo de gestão, Treinamento e desenvolvimento, Comunicação, Benefícios, Reconhecimento e Participação.

A tabela 4 mostra as características dos usuários (pacientes ou familiares de pacientes) dos dois hospitais pesquisados. Analisando os resultados obtidos, se nota que a maior parte dos usuários que utilizam os serviços dos hospitais investigados, é constituída por mulheres, podendo ser casada ou solteira, com nível de escolaridade até o ensino médio completo, abrangendo uma faixa de idade entre 21 e 30 anos.

Talvez a presença feminina na clientela externa (usuários), possa também ser justificada por Pitta apud Godoy (2001), quando explica que a predominância feminina na força de trabalho em saúde deve-se a fatos históricos, em que a divisão social sempre colocou a mulher nas atividades de cuidar de doentes, crianças e idosos.

Assim, para dar melhor clareza a discussão e entendimento das características apresentadas pelos usuários, de acordo com os procedimentos metodológicos propostos pelo estudo, se procurou neste caso, entrevistar pacientes internados conscientes, familiares acompanhantes de pacientes (na sua maior parte constituído pelo sexo feminino) internados e incapacitados de responder ao instrumento de pesquisa em virtude do estado clínico, pacientes clínicos, pacientes internados em enfermarias e apartamentos, pacientes cirúrgicos, pacientes realizando apenas exames, pacientes em tratamento e pacientes a espera de consultas ambulatoriais. Todos considerados usuários dos hospitais.

Desse modo, se registra a necessidade de se obter um perfil epidemiológico completo dos pacientes para poder comparar, discutir e justificar melhor suas características, considerando que ainda parece existir muita dificuldade na obtenção de informações na área da saúde. De acordo com Souza et al. apud Matias (2010), a vigilância epidemiológica possibilita a avaliação do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde; analisa o perfil socioeconômico e de morbidade de uma determinada população; faz uma reflexão sobre a saúde dos trabalhadores; favorece a produção de conhecimento na área de saúde; direciona a gestão e o planejamento das ações do SUS.

Finalizando, Escrivão Júnior (2007) confirma em pesquisa que os hospitais filantrópicos produzem um considerável volume de dados e os resultados mostram que muitos gestores desconhecem a existência de tais informações ou não as utilizam adequadamente para subsidiar a gestão hospitalar.

A Tabela 5 mostra a visão do usuário (pacientes e familiares de pacientes internados) sobre a gestão dos hospitais nos quais utilizam os serviços. Analisando os resultados obtidos, se verifica que os usuários conheceram os hospitais por intermédio da família ou de amigos. Além disso, a maioria dos usuários que procuram os hospitais preferencialmente são do SUS, situação que pode ser justificada pela natureza jurídica dos hospitais e ou pelo considerado aumento da demanda de pacientes na rede pública.

Segundo Guedes (2011), sem recursos e políticas planejadas para o conseqüente aumento de demanda, o SUS fez crescer as filas, mas não adicionou qualidade nem aumentou o suficiente à rede de serviços. Os hospitais públicos e privados vinculados ao SUS agonizam ou estão sendo fechados porque os recursos são insuficientes para cobrir os custos. A classe média correu para os planos e seguros de saúde e o SUS se viu transformado em serviço de assistência aos pobres.

De acordo com Zatta et al. (2003) O SUS é considerado o principal comprador de serviço dos hospitais filantrópicos. Aliás, Teixeira apud Zatta et al. (2003), define essas instituições como empresas prestadoras de serviços na área da saúde, que têm como principais compradores de seus serviços, os planos de saúde, as pessoas físicas e o SUS.

Continuando a discussão sobre o perfil da clientela, se detecta que os usuários demonstram grande satisfação pelo atendimento, ambiente hospitalar, serviços em geral, variedade de serviços, presteza, eficiência e rapidez no atendimento do hospital. No entanto, os resultados mostram que a maior parte dos usuários preferiu "não avaliar" a variável "insatisfação", mas como segunda opção de resposta eles demonstram insatisfação pela demora no atendimento, embora elogiem o atendimento dos hospitais. Em seguida, ainda avaliam os hospitais com nota 6 a 8 e dizendo que voltariam a utilizar os serviços, mesmo achando que a qualidade dos serviços ainda precisa melhorar.

Neste caso, se deduz que os hospitais da pesquisa de um modo geral desfrutam de um bom prestígio junto à clientela (usuários), mas apesar da alta concordância e das contradições apresentada pelos resultados, inegavelmente eles necessitam melhorar sua gestão em alguns aspectos, principalmente em termos de satisfação e qualidade.

Com base nas considerações feitas por Milan & Trez (2005), se observa que os resultados demonstram relevância na qualidade do atendimento feito aos usuários como percepção determinante do seu nível de satisfação, evidenciando a necessidade da empresa em qualificar, cada vez mais o processo de atendimento ao usuário (dimensão da qualidade funcional dos serviços), enfatizando ainda mais os aspectos de agilidade, responsividade e cortesia.

Para Zeithaml et al. apud Milan & Trez (2005) o risco dos hospitais interpretarem a satisfação de seus usuários tomando por base a qualidade está no fato de que os aspectos relativos à qualidade são determinados pela percepção dos gestores, mas em muitos casos esse entendimento pode diferir totalmente da visão dos usuários.

De acordo com Milan & Trez (2005) pesquisar a respeito da satisfação dos usuários é uma tarefa fundamental para a gestão dos hospitais, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do usuário, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pela organização. Se acrescenta a isto, que o incremento de um sistema de avaliação de "satisfação" na gestão pode ser uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias.

Conforme descrito por Fornell apud Milan & Trez (2005), se entende "qualidade" como a percepção atual do usuário sobre o desempenho de um serviço, e a "satisfação" como sendo baseada não somente na experiência atual do usuário, mas também em experiências passadas e em experiências futuras.

Por fim, se levando em consideração o aumento da competitividade no mercado, segundo Vavra & Pruden apud Milan & Trez (2005), a retenção de usuários é fundamental, mas o grande desafio mesmo é o de reconhecer os usuários, lhes mostrando o quanto o

hospital os estima por terem lhe conferido sua preferência. Mas, de verdade, sabe-se que isso vai muito além da preocupação com a simples satisfação do usuário, visto que na realidade o negócio é entendido como um novo modo de pensar a respeito de lucros e estratégias.

CONCLUSÃO

A gestão estratégica nos dias atuais se configura como uma valiosa técnica administrativa a ser utilizada pelos gestores dos hospitais filantrópicos privados, como subsídio para fundamentar e desenvolver a gestão nessas organizações. Neste contexto, observou-se que os hospitais filantrópicos privados não funcionam com uma boa estrutura organizacional, embora sejam considerados importantes parceiros do Governo no processo de descentralização da saúde e no atendimento de pacientes da rede pública (SUS). Inclusive, como outros hospitais, mostrando dificuldades visíveis apresentadas pelo setor em geral.

Na verificação de como os gestores, funcionários (colaboradores) e usuários (clientes externos) veem a gestão, constatou-se que os gestores ainda apresentam uma visão mecanicista sobre os hospitais centralizando a gestão, na maioria das vezes usando conhecimentos tácitos no gerenciamento da instituição. Situação mostrada pela evidente ausência de um processo participativo de gestão na administração e devidamente explicada pela presença das diversas contradições nas respostas dos gestores, principalmente quando relacionadas ao processo de gestão (PE, mercado, clima organizacional, etc.).

Observou-se que os colaboradores (na maioria constituído pelo corpo de enfermagem) de um modo geral não apresentam qualquer visão crítica sobre a gestão dos hospitais. Neste processo, se compreende que por eles estarem mais ligados às suas funções do que com a afetividade pelo hospital, estão também mais preocupados com a manutenção do emprego ou com o salário ofertado. Além disso, como visto, eles ainda sofrem diretamente os efeitos da cultura organizacional imposta por esse tipo de instituição. Neste caso, se agrega a falta de interesse dos gestores em realizar uma pesquisa de clima organizacional para analisar o ambiente interno dos hospitais.

Verificou-se que os usuários veem a necessidade de melhoria nos serviços de saúde ofertados pela gestão dos hospitais. No geral, como visto, eles mostram satisfação pelo atendimento por terem suas expectativas atendidas e superadas, desse modo, não percebem e nem dão importância para as mazelas apresentadas pelos hospitais da rede pública. Os usuários utilizam os serviços dos hospitais por serem a única opção na região e também por prestarem atendimento ao SUS. Neste caso, se acrescenta ainda como fundamental importância para a quantidade do acesso de usuários, o aumento real da demanda nos serviços do SUS.

Com referência ao objetivo de mostrar, a partir da literatura, o BSC como instrumento de gestão estratégica para os hospitais filantrópicos, detectou-se que são poucos os hospitais filantrópicos privados no Brasil que utilizam esta importante ferramenta de gestão e os hospitais da pesquisa não mostraram qualquer vestígio que justificassem a utilização do BSC na gestão. Torna-se necessário ter uma ferramenta que faça a execução,

monitoração e avaliação dos resultados propostos, isto porque o BSC traduz a missão e a visão estratégica do hospital em termos de metas e objetivos específicos mensuráveis e tem ainda a capacidade de promover o equilíbrio entre as variáveis financeiras e não-financeiras.

A maioria dos hospitais filantrópicos privados que atendem ao SUS não dispõem de indicadores para acompanhar a implementação e desenvolvimento do processo de gestão estratégica. Fatores inerentes a concorrência e aos usuários obrigam os hospitais a profissionalizarem mais a sua gestão. Neste sentido, a literatura mostra que o BSC é uma ferramenta que pode ser perfeitamente adaptada aos hospitais brasileiros, visto que, no exterior vem sendo bastante utilizada em hospitais que buscam a administração estratégica.

Percebe-se a presença de várias contradições nas respostas dos gestores e dos colaboradores, principalmente relacionado às variáveis benefícios, remuneração, treinamento, estilo de gestão, ética organizacional e participação. O que demonstra a necessidade de se realizar urgentemente uma pesquisa de clima organizacional para subsidiar a gestão dos hospitais.

Em síntese, os gestores dos hospitais veem a gestão numa ótica que não leva em consideração a visão do funcionário e nem a visão do usuário. Constata-se a ausência de decisões acertadas em relação aos ambientes interno e externo das instituições, o que de certo modo vem prejudicar a administração dos hospitais. Porquanto, se sabe que o grau de satisfação do funcionário e do usuário interfere diretamente na gestão.

Por fim, compreende-se que neste setor são poucos os modelos de gestão eficientes, os colaboradores possuem pouca qualificação e baixo conhecimento da necessidade de integração das informações entre os diversos setores dos hospitais. Os investimentos em gestão, treinamento e tecnologia da informação são completamente insuficientes e, isso sem dúvida, resulta na baixa qualidade de serviços e de atendimento aos usuários.

Com referência ao objetivo de identificar a existência de um planejamento estratégico na gestão dos hospitais filantrópicos privados vinculados ao SUS. Em meio às inúmeras contradições apresentadas pelos gestores nas respostas inerentes a elaboração e implementação de um PE nos hospitais, observou-se a inexistência de um PE completo na gestão das instituições pesquisadas. Considerou que o hospital "A" foi o que mais se aproximou de uma proposta de gestão estratégica, por expor sua missão e sua visão em uma de suas dependências. Detectou-se ainda, que os hospitais filantrópicos pesquisados demonstram uma grande vontade de implantar o processo de gestão estratégica.

Portanto, os resultados obtidos mostram que os hospitais apresentam um PE tradicional e incompleto, ainda muito utilizado na administração da maioria dos hospitais filantrópicos brasileiros. Porquanto, como visto, os gestores não devem se preocupar

somente com a realização do planejamento, mas também com sua implementação e desenvolvimento. O PE dos hospitais é realizado de forma unilateral e de maneira confidencial, ou seja, sem a participação de todos, o que certamente torna inviável o seu desenvolvimento quando colocado em prática, já que a maioria dos envolvidos na administração das instituições não o conhece.

Com referência ao objetivo de identificar o nível de qualificação profissional da administração dos hospitais pesquisados. Verificou-se que os hospitais desfrutam de um elevado nível de qualificação na gestão, devidamente justificado pela maioria dos gestores em suas respostas. O que mostra uma contradição perante as características gerenciais apresentadas pelos hospitais pesquisados.

Os desafios para a construção e implementação de um processo de gestão estratégica nos hospitais filantrópicos privados vinculados ao SUS, continua sendo o rompimento dos paradigmas inerentes a cultura organizacional, assim como a iniciativa de se internalizar uma filosofia de gestão baseada em resultados na organização como um todo. Afinal, a pesquisa mostra como resultado um percentual muito baixo na resposta referente ao favorecimento da gestão por meio da cultura organizacional.

Outra consideração importante para entender o processo de gestão estratégica nos hospitais filantrópicos privados vinculados ao SUS, refere-se ao modelo de gestão em que aparecem quatro vertentes complexas agregadas ao poder (políticos, gestores, médicos e enfermagem) e que interferem diretamente na gestão dessas instituições.

É importante considerar algumas limitações com relação a pesquisa. Uma delas refere-se á restrição do setor e a inacessibilidade a alguns profissionais que compuseram a população e a amostra. Resultando, portanto em um número de respondentes que não permitiu uma análise estatística mais profunda. Outra limitação foi a deficiência de literatura específica relacionada ao tema, que pudesse subsidiar a comparação dos resultados obtidos com outros contextos.

Além disso, houve outros aspectos que dificultaram a realização da pesquisa. Um deles consistiu na recusa de alguns gestores em participar, bem como de colaboradores por temerem ser demitidos pelas instituições investigadas.

Diante do exposto, sugere-se a realização de estudos sobre a temática abordada, com uma amostra maior, que permita analisar amplamente a realidade da gestão dos hospitais filantrópicos privados no Estado do Pará e demais âmbitos. Assim, poderá se mostrar as características organizacionais comuns a gestão dessas instituições e os aspectos que podem ser desenvolvidos de maneira que a gestão desses hospitais seja realizada com responsabilidade, envolvimento, qualificação profissional e comprometimento.

Portanto, considerou-se o resultado geral da pesquisa como positivo para subsidiar a gestão dos hospitais filantrópicos privados vinculados ao SUS. Contudo, se faz necessário pensar em outros métodos de gestão, que venham melhorar o gerenciamento do setor. Acredita-se que os resultados encontrados na pesquisa possam vir a auxiliar os gestores no planejamento de ações neste sentido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdala, E. C. (2006). *Área temática: visão sistêmica nas áreas da saúde a gestão orientada por processos: um estudo de caso em uma organização hospitalar brasileira*. 2º Congresso Brasileiro de Sistemas. Ribeirão preto, SP: Acedido em 11 de agosto, 2011 em: <http://www.facef.br/>.

Abreu, N. et al. (2009). *Comunicação e análise dos fatores externos intervenientes no clima organizacional do hospital universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA*. SEGeT,. Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Acedido em 08 de agosto, 2011 em: <http://www.aedb.br/>.

ANVISA-AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. (2000). *Organização Nacional de Acreditação - ONA*. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Acedida em 28 de setembro, 2010 em: <http://www.anvisa.gov.br/>.

Almeida, F. J. R. (2007). *Ética e desempenho social das organizações: um modelo teórico de análise dos fatores culturais e contextuais*. *Revista de Administração Contemporânea*.vol.11, n.3, p. 105-125. Acedido em 20 de setembro, 2011 em <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552007000300005/>.

Baptista, R. F. (2007). *Estudo exploratório da gestão da política para produção de hemocomponentes no Paraná: Dicotomia entre o público e o privado*. Universidade Federal do Paraná. Curso de especialização em Formulação e Gestão de Políticas Públicas. Acedido em 20 de junho, 2010 em: <http://www.repositorio.seap.pr.gov.br/>.

Barbosa, P. R. et al. (2002). *Hospitais filantrópicos no Brasil*. Rio de Janeiro, BNDES, vol. 3, p. 1-3: Acedido em 7 de março, 2010 em: <http://www.bndes.gov.br/>.

Bernardes, J. G. et al. (2010). *Gerenciamento de Hospitais Filantrópicos: Confronto entre a Técnica Médica, o Poder Político e a Administração Hospitalar*. Artigo do VII SEGET. UCS. Caxias do Sul, RS. Acedido em 17 de agosto, 2011 em: <http://www.aedb.br/>.

Bernardes, J. G. et al. (2010). *Motivação do Trabalhador*. Estudo de Caso em um Hospital Filantrópico. Artigo. Universidade de Caxias do Sul (UCS). VII SEGET – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Acedido em 8 de agosto, 2011 em: <http://www.aedb.br/>.

Bezerra, P. R. C. & Moura, F. V. (2002). *Controle Estatístico de qualidade hospitalar*. Departamento de Estatística, UFRN. Acedido em 29 de março, 2010 em: <http://www.biblioteca.sebrae.com.br/>.

Bispo, C. A. F. (2006). *Modelo de questionário de pesquisa de clima para organizações públicas*. Artigo. Acedido em 21 de fevereiro, 2010 em: <http://www.administracaoegestao.com.br/pesquisa-de-clima-organizacional/modelo-de-questionario-de-pesquisa-de-clima-para-organizacoes-publicas/>.

Bispo, C. M. et al. (2006). *Liderança em Contextos Hospitalares: Fatores Intervenientes no Clima Organizacional*. *Revista Perspectivas Contemporâneas*. Faculdade Integrada de Campo Mourão. vol. 1, no 2. Acedido em 8 de agosto, 2011 em: <http://revista.grupointegrado.br/>.

Bittar, O. J. N. V. (2004). *Cultura & Qualidade em Hospitais*. Porto Alegre:. Cap.1. Acedido em 29 de março, 2010 em: http://www.ellusaude.com.br/adm_hospartigos02.pdf /.

Boaventura, J. S. (2009). *Treinamento e Desenvolvimento Organizacional*. Acedido em 2 de agosto, 2011 em: <http://www.artigonal.com/negocios-admin-artigos/treinamento-e-desenvolvimento-organizacional-1349661.html/>.

Borges, I. G. M. & Ferreira, L. N. (2006). *A Utilização do Balanced Scorecard - BSC como ferramenta de gestão em hospitais privados..* Estudo da graduação de Ciências Contábeis da UCB. Acedido em 1 de março, 2010 em: <http://www.contabeis.ucb.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Acedido em 14 de agosto, 2011 em: <http://www.etica.ufrn.br/>.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto n.752, de 16 de fevereiro de 1993*. Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Acedido em 15 de agosto, 2011 em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D752.htm.

Campos, G. W. S. & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (4): 849-859. Acedido em 19 de junho, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.orgpdfcs/>.

Canazaro, M. P. (2007). *Desempenho econômico-financeiro de nosocômios brasileiros: uma análise comparativa de hospitais com e sem fins lucrativos*. Santa Catarina.. Dissertação de mestrado acadêmico em administração. Universidade do Vale do Itajaí. Acedido em 25 de fevereiro, 2010 em <http://www6.univali.br/tede/tde>.

Carvalho, F. M. et al. (2005). A utilização do *Balanced Scorecard* em hospitais: o caso do Hospital Nove de Julho. IX Congresso Internacional de Custos. Florianópolis, SC: 28 a 30 de novembro. Acedido em 15 de setembro, 2010 em: http://www.ucla.edu/ve/DAC/departamentos/coordinaciones/custos_550.pdf/.

Carvalho, G. (2007). *Filantropia e Saúde*. Palestra XVII Congresso Nacional das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos. Brasília, DF.. Acedido em 25 de fevereiro, 2010 em: <http://www.idisa.org.br/>.

Castro, M.L. et al. (2005). *Balanced Scorecard: Um estudo de sua aplicação no setor hospitalar filantrópico*. Fucape. Acedido em 1 de março, 2010 em: <http://www.congressosp.fipecafi.orgartigos52005431.pdf/>.

Castro, P. C. (2009). *Programa de responsabilidade social de empresa na melhoria da gestão de hospitais filantrópicos: estudo de caso*. Tese de Doutorado apresentada a Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo. Acedido em 3 de março, 2010 em <http://bases.bireme.br/>.

Chiavenato, I. (2003). *Introdução à Teoria Geral da Administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações*. 7ª ed. revisada. e atualizada. Rio de Janeiro: Elsevier.

CBM - CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL. *Saúde no Brasil: A crise dos números - Análises*. Acedido em 5 de agosto, 2010 em: <http://www.cbm.org.br/>.

Corrêa, K. C. (2008). *O que é planejamento estratégico*. Fragmento do curso de planejamento estratégico. Acedido em 20 de julho, 2009 em: <http://www.portaleducacao.com.br>.

CORREIO BRAZILIENSE. *Exigências para certificado de filantropia dos hospitais mudam*. 2008. Acedido em 22 de Março, 2010 em: <http://www.sbinfecto.org.br>.

CNES– CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Acedido em 24 de março, 2010 em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

Escrivão Júnior, A. (2007). Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciência da Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 12, n. 3,. Acedido em 21 de fevereiro, 2010 em: <http://www.scielo.org/>.

Ferreira, M. A. D. et al. (2005). Importância do planejamento estratégico para o crescimento das empresas. *Revista de Ciências Empresariais*. v. 2, n.1, p.34-39, jan./jun. Maringá, Paraná. Acedido em 29 de março, 2010 em: <http://www.maringamanagement.com.br>.

FNQ - FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. (2008). *Cadernos rumo a excelência: estratégia e planos*. São Paulo.

Galas, E. S. *O Balanced Scorecard e o Alinhamento Estratégico da Tecnologia da Informação*. Fortaleza: 2005. Dissertação de Mestrado. Universidade de Fortaleza. Acedido em 1 de março, 2010 em: <https://uol13.unifor.br/oul/DefesaTese.do?method=trazerDadosDefesa&nrMatricula=313647>.

GESTÃO DA CLÍNICA NOS HOSPITAIS DO SUS. *Caderno do curso de gestão da clinica nos hospitais do SUS*. Ministério da Saúde, Instituto SÍrio-Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo: 2009. Acedido em 20 de junho, 2010 em: [http://www.portal.saude.gov.br /](http://www.portal.saude.gov.br/).

Ginzberg, E. (1993). *Hospitals and Philanthropy*. , Chapter pages in book. p. 73-102. Acedido em 22 de março, 2010 em: <http://ideas.repec.org>.

Girardi, S. N. et al. (2001). *Rede Hospitalar Filantrópica no Brasil: perfil institucional e ofertas de serviços*. Brasília: Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde/SIS/Ministério da Saúde. Relatório de Pesquisa.

Godoy, S. C. B. (2001). *Absenteísmo - Doença entre Funcionários de um Hospital Universitário*. Belo Horizonte. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Acedido em 7 de agosto, 2011 em: <http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/SolangeGodoy.pdf/>.

Guedes, G. L. M. (2011). *O SUS que queremos para os brasileiros*. Brasil Medicina. Acesso em 24 de agosto, 2011 em: <http://www.brasilmedicina.com.br/>.

Haderlein, J. (2006). Unleashing the untapped potential of hospital philanthropy. *Health Affairs*. vol. 25, no. 2, p. 541-545. Acedido em 22 de março, 2010 em: <http://content.healthaffairs.org/>.

Huzek, D. & Stefano, S. R. (2009). *Área temática: Gestão de Pessoas Rotatividade em Hospitais Filantrópicos da Região Centro sul do Paraná*. Universidade de São Paulo. Acedido em 13 de fevereiro, 2010 em: <http://www.ead.fea.usp.br>.

Iannarelli, T. (2009). *Nova lei da filantropia*. Acedido em 22 de março, 2010 em: <http://www.revistafilantropia.com.br>.

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1997). *A estratégia em ação: Balanced Scorecard*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus.

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (2004). *Mapas estratégicos – Balanced Scorecard: Convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Klarman, H. E. (1962). Role of philanthropy in hospitals. *Journal of Public Health*. Acedido em 25 de março, 2010 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>.

La Forgia, G. M. Couttolenc, B. F. (2009). *Desempenho hospitalar no Brasil: Em busca da excelência*. São Paulo: Singular. Acedido em 30 de outubro, 2011 em http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/62_Desempenho%20Hospitalar.pdf/.

Leone, A. J. & Van Horn, L. (2005). How do nonprofit hospitals manage earnings? E.U.A: *Journal of Health Economics*, vol. 24, Issue 4 , July, p. 815-837. Acedido em 12 de março, 2010 em: <http://linkinghub.elsevier.com/>.

Lima, S. M. L. et al. (2004). Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. Rio de Janeiro: *Caderno de Saúde Pública*. 20 (5), set-out, p. 1249-1261.

Machado, V. B. & Kurcgant, P. (2004). O processo de formação de cultura organizacional em um hospital filantrópico. *Revista da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo*. São Paulo: vol.38, no. 3, setembro .

Malik, A. M. & Teles, J. P. (2001). Administração Hospitalar: Hospitais e programas de qualidade de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*. v. 41, n. 3, Jul./Set. Acedido em 29 de março, 2010 em: <http://www.opas.org.brobervatorioarquivosSala266.pdf/>.

Pena, F. P. M. (2003). *Administração Estratégica em Hospitais*. Relatório de Pesquisa nº 21. EAESP/FGV/NPP- Núcleo de Pesquisas e Publicações. Acedido em 7 de abril, 2010 em: <http://www.virtualbib.fgv.br>.

Matias, A. C. M. (2010). *Clima Organizacional e Satisfação Laboral: Um estudo sobre os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia de Natal/RN*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal. Acedido em 7 de agosto, 2011 em: <http://www.btdt.bczm.ufrn.br/>.

Marracini, P. & Pagnani, E. M. (2004). Gestão de um hospital de alta complexidade inserido no Sistema Único de Saúde (SUS). Estratégia nas áreas de atuação de oncologia. São Paulo. *Revista Técnica*. FIPEP, v. 4, n. 1, p. 59-72, jan./jun. Acedido em 25 de fevereiro, 2010 em: <http://www.ipep.edu.br>. 2004.

Martins, A. P. (2008). O planejamento estratégico. *Revista FH.com.br*. Acedido em 13 de fevereiro, 2010 em: <http://www.itweb.com.br/>.

Milan, G. S. & Trez, G. (2005). Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE-eletrônica*, v. 4, n. 2, Art. 17,. Fundação Getúlio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Acedido em 23 de agosto, 2011 em: <http://www.scielo.br/>.

Ministério da Saúde. (2007). *Fundação estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados*. Brasília: Acedido em 18 de setembro, 2011 em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/arquivos/081003_PFE_Arq_cartilha.pdf/.

Moraes, R. R. (2009). *A importância do planejamento estratégico para organizações públicas e privadas*. Apostila da Disciplina Gestão Empresarial. Curso de Mestrado em Gestão da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Lisboa-Portugal), Belém(PA).

O Setor em Notícias. (2005). *Hospitais filantrópicos adotam gestão automatizada*. Acesso em 20 de junho, 2010 em: <http://www.hospitalar.com/noticias/not2294.html/>.

Panorama Setorial. (2000). *O Mapa da Saúde no Brasil*. Análise Setorial, Gazeta Mercantil. Vol. I, março.

Portela, M. C. et al. (2004). Caracterização assistencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. Rio de Janeiro: *Revista de Saúde Pública*.; 38(6): 811-8. Acedido em 5 de março, 2010 em: <http://www.scielo.br/>.

Porter, M. E. (1986). *Estratégia competitiva: Técnicas para análise de indústrias e da concorrência*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Campus.

Potter, S. J. (2000). Can Efficiency and Community Service be Symbiotic? *A longitudinal analysis of not-for-profit and for-profit Hospitals in the United States*. New York & London: Garland Publishing, Inc. Acedido em 4 de agosto, 2010 em: <http://books.google.com.br/books/>.

Rego, G & Nunes, R. (2009). *Hospital Fundação Estatal Portugal*. Unidade Curricular de Administração Hospitalar. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em 31 de maio, 2011 em: http://www.sbemfmup.org/fotosgca12802531501249299274estudo_e_14_apb_09_hospital_fundacao_estatal.pdf/.

Schwaab, M. L. (2002). *Contribuição do Planejamento Estratégico na Administração de Serviços Hospitalares*. Faculdade de Ciências Administrativas e de Tecnologia – FATEC. Abordagem da Gestão do Hospital de Base de Porto Velho/RO, março. Acedido em 8 de agosto, 2011 em: <http://mlschwaab.vilabol.uol.com.br/monografia.htm>.

Silva, D. M. P. P. & Marziale, M. H. P. (2000). Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 8, nº. 5, p. 44-51, outubro. Acedido em 21 de agosto, 2011 em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12366.pdf/>.

Silva, J. J. G. (2008). *Clima Organizacional: uma pesquisa no Hospital Universitário Pequeno Anjo – HUPA*. Trabalho de Conclusão de Estágio. Universidade do Vale do Itajaí. Centro de Ciências Sociais Aplicadas-Gestão. Curso de administração. Itajaí, Santa Catarina. Acedido em 7 de agosto, 2011 em: <http://siaibib01.univali.br/>.

Silva, J. R. et al. (2009). *Os mecanismos de controle comportamental nas organizações: uma análise do poder da instrumentalização da cultura*. Acedido em 8 de agosto, 2011 em: <http://www.fucape.br/>.

Soares, M. A. (2007). Auditoria interna aplicada em uma instituição filantrópica hospitalar. Porto Alegre: *ConTexto*, v. 7, nº. 11. Acesso em 20 de junho, 2010 em: <http://www.seer.ufrgs.br/>.

Souza, A. A. et al. (2008). *Controle de Gestão em Organizações Hospitalares*. XII congresso de contabilidade e auditoria, Nov. ISCA-UA. Acedido em 12 de março, 2010 em: <http://www.slideboom.com/presentations/33433/Controle-de-Gest%C3%A3o-em-Organiza%C3%A7%C3%B5es-Hospitalares/>.

Spiri, W. C. (1998). Estudo sobre a percepção do clima organizacional do centro cirúrgico de um hospital especializado. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto: v.6, n.1, p.11-14. Acedido em 7 de agosto, 2011 em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13916.pdf> /

Tcherniacowski, D. S. O. S. (2004). Hospitais Filantrópicos. *Revista Filantropia*. vol. 14. set/out. Acedido em 22 de março, 2010 em: <http://www.revistafilantropia.com.br/>.

Tonello, S. & Martinho, E. (2003). *Hospitais filantrópicos: por que a mudança de diretoria paralisa a instituição?*. Acedido em 15 de junho, 2010 em: http://www.hospitalar.com/opiniaio/opiniaio_987.html.

Torres, J. Q. R. (2006). *Estudo da relação entre os modelos de gestão baseados no Balanced Scorecard, Responsabilidade Social Empresarial e as práticas de Recursos Humanos*. Acedido em 20 de agosto, 2011 em: <http://www.ethos.org.br/>.

Vecina Neto, G. & Malik, A. M. (2007). Tendências na assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: v. 12, n. 4. Acedido em 5 de junho, 2011 em: <http://www.scielo.orgpdfcscv12n402.pdf>.

Viana, A. L. D. et al. (2008). Novas perspectivas para regionalização da saúde. 2008. *São Paulo em Perspectiva*. v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. Acedido em 12 de março, 2010 em: <http://www.seade.gov.br/>.

Zatta, F. N. et al. (2003). *Filantropia: Um estudo de caso numa Instituição Hospitalar Brasileira*. Acedido em 31 de março, 2010 em: <http://www.fucape.br/>.

Zoboli, E. L. C. P. (2000). *A interface entre a ética e a administração hospitalar*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. Acedido em 22 de agosto, 2011 em: <http://bases.bireme.br/>.

INDICE REMISSIVO

A

abordagem contingencialista, 25, 26

Abordagem Sistêmica da Administração, 13, 23

administração estratégica, 5, 28, 66, 75, 106, 107, 108, 125

Administração Holística, 26

Administração Participativa, 26

análise de SWOT, 34

B

Balanced Scorecard (BSC), 5, 7, 14, 18, 19, 31, 34, 37, 72, 75, 79, 81, 82, 124

Benchmarking, 13, 26

C

Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, 37

cadeia de valor, 7, 34, 36

ciclo de vida do produto, 34, 35, 36

cinco forças de Porter, 7, 34, 36

Conselho Nacional de Saúde, 10, 20, 40, 85, 87

Downsizing, 13, 27

E

estrutura organizacional, 23

F

Funcionalismo, 24

G

gestão estratégica, 1, 18, 19, 28, 30, 31, 37, 51, 54, 55, 56, 69, 74, 78, 81, 86, 102, 106, 108, 109, 110, 124, 125, 126, 127, 149, 151, 153

H

Holismo, 25

hospitais filantrópicos, 5, 9, 14, 17, 18, 19, 20, 37, 38, 39, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 84, 85, 102, 104, 108, 119, 120, 121, 124, 125, 126, 127, 130, 132, 133, 149, 151, 153

L

Learning Organization, 13, 27

M

matriz BCG, 34, 35

mecanicistas, 23

Ministério da Saúde, 5, 10, 17, 39, 41, 49, 61, 67, 71, 72, 88, 130, 131, 133

O

organização orgânica, 23

organizações, 14, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 55, 57, 58, 63, 64, 65, 73, 75, 77, 84, 86, 104, 108, 115, 118, 119, 124, 129, 130, 133

P

planejamento estratégico, 5, 18, 19, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 58, 64, 76, 77, 81, 90, 92, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 124, 126, 131, 132, 133, 139, 149, 151

políticas de saúde, 38, 39

R

Reengenharia, 13, 27

S

saúde, 5, 17, 18, 19, 20, 21, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 81, 86, 94, 104, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 120, 121, 124, 126, 129, 132, 134, 141, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154

Serviço Único de Saúde, 37

T

Terceirização, 13, 28

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Questionário: Perspectivas do Gestor.

PERSPECTIVAS DO GESTOR

- 1) O hospital reconhece a existência de um planejamento estratégico em sua gestão?**
 sim não mais ou menos
- 2) Os profissionais responsáveis pela administração do hospital, são graduados e tem conhecimentos específicos da área de gestão?**
 sim não mais ou menos
- 3) Os gestores do hospital participam da elaboração de algum planejamento estratégico?**
 sim não mais ou menos
- 4) O planejamento estratégico é claramente definido e sistematicamente aplicado?**
 sim não mais ou menos
- 5) Há consciência de um planejamento estratégico e daquilo que o hospital se propõe a fazer?**
 sim não mais ou menos
- 6) Os objetivos financeiros e não financeiros são parte integrantes do planejamento estratégico e são transparentes?.**
 sim não mais ou menos
- 7) A Missão e a visão de empresa estão definidas e ou traduzidas em objetivos em todos a os níveis do hospital?**
 sim não mais ou menos
- 8) Na atual administração do hospital, já foi realizado algum estudo de mercado?**
 sim não mais ou menos
- 9) Tem havido algumas tentativas para implantar e ou definir alguma estratégia de gestão na administração do hospital?**
 sim não mais ou menos
- 10) Foi efetuado algum estudo para identificar como os clientes e fornecedores vêm a administração do hospital?**
 sim não mais ou menos
- 11) O hospital recolhe formalmente informações sobre os hospitais concorrentes?**
 sim não mais ou menos
- 12) Os gestores e ou diretores do hospital tem entendimento sobre os pontos fortes e fracos no mercado local?**
 sim não mais ou menos
- 13) O hospital faz alguma análise sobre a competitividade no mercado de atuação.**
 sim não mais ou menos
- 14) O planejamento é feito em todos os níveis estruturais do hospital?**
 sim não mais ou menos

15) O hospital atualiza seus objetivos globais e setoriais a curto, médio e longo prazos?

sim não mais ou menos

16) O planejamento do hospital é ou foi elaborado a partir da realidade de mercado?

sim não mais ou menos

17) Os funcionários mais diretos de suas respectivas chefias imediatas participam da elaboração dos planos de sua unidade de trabalho?

sim não mais ou menos

18) Os planos setoriais contribuem para a consecução do planejamento geral do hospital?

sim não mais ou menos

19) Os procedimentos(métodos) utilizados contribuem para a consecução dos objetivos do hospital?

sim não mais ou menos

20) A estrutura empresarial é ágil na consecução dos objetivos do hospital?

sim não mais ou menos

21) Os cargos são perfeitamente definidos e comunicados a seus ocupantes?

sim não mais ou menos

22) Há delegação de autoridade?

sim não mais ou menos

23) As responsabilidades são claramente definidas e cobradas?

sim não mais ou menos

24) As unidades de trabalho(divisões, departamentos, seções e setores) são claramente identificadas e interagem no contexto estrutural do hospital - organograma?

sim não mais ou menos

25) O hospital utiliza em sua administração alguma ferramenta de controle?

sim não mais ou menos

26) Os instrumentos de controle utilizados pelo hospital são adequados?

sim não mais ou menos

27) As unidades(setores) de trabalho utilizam meios de controle?

sim não mais ou menos

28) Os controles são facilmente entendidos por seus executores?

sim não mais ou menos

29) Existe coordenação(gerência) hierárquica em todos os níveis do hospital?

sim não mais ou menos

30) Existe uma política(estratégia) definida de coordenação das atividades diárias do hospital?

sim não mais ou menos

31) Há superposição de tarefas exercidas pelos funcionários do hospital?

sim não mais ou menos

32) A coordenação é compreendida e aceita por todos os funcionários?

sim não mais ou menos

33) Os funcionários agem conforme o espírito de equipe?

sim não mais ou menos

34) Os atritos interpessoais estão abaixo do nível suportável?

sim não mais ou menos

35) Há confiança e lealdade dos funcionários em relação as suas chefias imediatas?

sim não mais ou menos

36) os funcionários são chamados a opinar sobre planos, programas e execução de seus trabalhos?

sim não mais ou menos

37) As sugestões exequíveis são aplicadas pelas chefias imediatas?

sim não mais ou menos

38) A política salarial adotada pelo hospital é justa e imparcial?

sim não mais ou menos

39) Na gestão do hospital, existe integração funcional nas relações hierárquicas verticais e horizontais?

sim não mais ou menos

40) Existe um plano de carreira para os colaboradores do hospital?

sim não mais ou menos

41) O hospital adota um sistema de benefícios (vale alimentação, vale transporte, plano de saúde, aposentadoria complementar, empréstimos pessoais, etc.) na sua administração?

sim não mais ou menos

42) O hospital, na sua administração, reconhece e estimula o bom desempenho dos funcionários?

sim não mais ou menos

43) Há uma comunicação eficiente entre os níveis hierárquicos na administração do hospital?

sim não mais ou menos

44) Há comunicação eficiente, compreensão dentro do mesmo nível hierárquico na administração do hospital?

sim não mais ou menos

45) Os funcionários participam das decisões relacionadas com suas tarefas?

sim não mais ou menos

46) As decisões finais são acertadas e objetivas?

sim não mais ou menos

APÊNDICE 2 - Questionário: Perspectivas dos colaboradores(Clima organizacional).

PERSPECTIVAS DOS COLABORADORES

DADOS PESSOAIS

Sexo: () masculino () feminino

Idade: Anos

Estado Civil:

() Solteiro () Casado () Viúvo () Desquitado/divorciado () Amasiado

Cargo Atual:

() produção () administração () chefia () outro

CLIMA ORGANIZACIONAL

1. Sinto orgulho de trabalhar neste hospital?

() não () mais ou menos () sim

2. Sinto orgulho da minha atividade neste hospital?

() não () mais ou menos () sim

3. Acho que o hospital me oferece um bom plano de carreira?

() não () mais ou menos () sim

4. Costumo indicar este hospital como alternativa de emprego para meus amigos e parentes?

() não () mais ou menos () sim

5. Eu me preocupo com o futuro deste hospital?

() não () mais ou menos () sim

6. Considero que estou obtendo sucesso na minha carreira e na minha vida profissional?

() não () mais ou menos () sim

7. Gostaria que meus filhos trabalhassem neste hospital?

() não () mais ou menos () sim

8. Dependo apenas dos meus próprios esforços para obter o sucesso profissional e de carreira no hospital?

() não () mais ou menos () sim

9. Os cursos e treinamentos que fiz são suficientes para o exercício das minhas atividades?

() não () mais ou menos () sim

10. Eu confio plenamente no meu chefe imediato?

() não () mais ou menos () sim

11. O meu chefe imediato é um líder?

() não () mais ou menos () sim

12. O meu chefe imediato é a pessoa mais indicada para a função que ocupa?

() não () mais ou menos () sim

13. Estou satisfeito com a estrutura hierárquica (chefes e subordinados) a que estou vinculado?

() não () mais ou menos () sim

14. Considero que o meu trabalho é reconhecido e valorizado pelo hospital?

() não () mais ou menos () sim

15. Considero que o meu trabalho é reconhecido e valorizado pela minha família.

() não () mais ou menos () sim

16. Considero que o meu trabalho neste hospital é reconhecido e valorizado pelos meus amigos e parentes?

() não () mais ou menos () sim

17. Acho justo o meu salário atual?

() não () mais ou menos () sim

18. O meu património é condizente com os esforços que tenho feito pelo hospital?

() não () mais ou menos () sim

19. Meu emprego é seguro no hospital, ou seja, não corro o risco de ser demitido sem motivo?

() não () mais ou menos () sim

20. O meu nível cultural e intelectual é suficiente para o exercício das minhas atividades no hospital?

() não () mais ou menos () sim

21. O meu nível social é suficiente para o exercício das minhas atividades no hospital?

() não () mais ou menos () sim

22. Tenho tido problemas com o transporte casa–hospital / hospital–casa?

() não () mais ou menos () sim

23. O ambiente de trabalho favorece a execução das minhas atividades no hospital?

() não () mais ou menos () sim

24. O relacionamento com meus colegas de trabalho favorece a execução das minhas atividades no hospital?

() não () mais ou menos () sim

25. A burocracia adotada no hospital facilita a execução das minhas atividades na empresa?

() não () mais ou menos () sim

26. A cultura organizacional (tradições, práticas e costumes adotados na empresa que não estão previstos em qualquer regra) favorece a execução das minhas atividades no hospital?

() não () mais ou menos () sim

27. A assistência de médico e dentista e a assistência social adotadas na empresa favorecem a execução das minhas atividades na empresa?

() não () mais ou menos () sim

28. Eu me preocupo com o futuro da minha família?

() não () mais ou menos () sim

29. Eu me preocupo com o futuro dos meus filhos?

() não () mais ou menos () sim

30. Estou satisfeito com a alimentação que estou podendo proporcionar à minha família?

() não () mais ou menos () sim

31. Estou satisfeito com a educação que estou podendo proporcionar aos meus filhos?

() não () mais ou menos () sim

32. Estou vivendo bem com a minha esposa/companheira ou o meu marido/companheiro?

() não () mais ou menos () sim

33. Estou vivendo bem com os meus filhos?

() não () mais ou menos () sim

34. Estou satisfeito com a minha residência?

() não () mais ou menos () sim

35. Estou satisfeito com o vestuário que estou podendo proporcionar à minha família?

() não () mais ou menos () sim

36. Estou com a minha situação financeira em ordem?

() não () mais ou menos () sim

37. Estou satisfeito com o meu patrimônio?

() não () mais ou menos () sim

38. Estou satisfeito com o meu nível social?

() não () mais ou menos () sim

39. Estou satisfeito com o meu convívio social?

() não () mais ou menos () sim

40. Estou satisfeito com o meu nível intelectual?

() não () mais ou menos () sim

41. Estou satisfeito com o meu nível cultural?

() não () mais ou menos () sim

42. Estou satisfeito com a minha religião?

() não () mais ou menos () sim

43. Estou satisfeito com as minhas práticas desportivas?

() não () mais ou menos () sim

44. Estou satisfeito com o meu estado físico?

() não () mais ou menos () sim

45. Estou satisfeito com o meu estado mental?

() não () mais ou menos () sim

46. Estou satisfeito com a minha vida afetiva?

() não () mais ou menos () sim

47. Estou satisfeito com as minhas últimas férias?

() não () mais ou menos () sim

48. Estou planejando para que as minhas próximas férias sejam muito boas?

() não () mais ou menos () sim

APÊNDICE 3 - Questionário: Perspectivas do Cliente.

PERSPECTIVAS DO CLIENTE.

1. Sexo :

- Feminino Masculino

2. Idade:

- Até 20 anos
 Entre 21 e 30 anos
 Entre 31 e 40 anos
 Entre 41 e 50 anos
 Mais de 50 anos

3. Estado Civil:

- Solteiro(a)
 Casado(a)
 Viúvo(a)
 Separado(a) / desquitado(a) / divorciado(a)

4. Grau de escolaridade:

- Até o ensino fundamental completo
 Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto
 Ensino superior completo
 Pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado)

5. Como voce tomou conhecimento deste hospital?

- através de familiares
 através de amigos
 através do plano de saúde
 através de propaganda
 através de indicação médica

6. Qual o motivo que o leva a ter preferência por este hospital?

- Atendimento ao SUS
 Qualidade de serviços
 Qualidade de atendimento
 Quantidade de Planos de saúde
 Outras. Quais? _____

7. Como você avalia o atendimento neste hospital?

- Ótimo
 Bom
 Regular
 Ruim
 Não posso avaliar

8. Como você avalia o ambiente deste hospital?

- Ótimo
 Bom
 Regular

- Ruim
- Não posso avaliar

9. Como você avalia os serviços deste hospital?

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não posso avaliar

10. Quais fatores lhe deixam satisfeitos com o atendimento deste hospital?

- A presteza no Atendimento
- A cordialidade dos (as) atendentes
- A eficiência e rapidez no Atendimento
- Não posso avaliar
- Outros. Quais? _____

11. Quais fatores lhe deixam insatisfeitos com o atendimento deste hospital?

- A falta de vontade em atender
- Demora no atendimento
- A constante falta de serviços de saúde
- Não posso avaliar
- Outros. Quais? _____

12. O que você acha que poderia melhorar nos serviços deste hospital:

- A presteza no atendimento
- A cordialidade dos (as) funcionários
- A eficiência e rapidez no atendimento
- A qualidade dos serviços
- Outros. Quais? _____

13. Como você avalia a variedade de serviços de saúde deste hospital?

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não posso avaliar

14. Você voltaria a utilizar os serviços deste hospital?

- sim
- não
- mais ou menos

15. Qual a sua nota para este hospital de uma forma geral?

- de 0 a 2
- de 3 a 5
- de 6 a 8
- de 9 a 10

APÊNDICE 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido do Gestor.

UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS – ULHT LISBOA -
PORTUGAL
CURSO DE MESTRADO EM GESTÃO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO GESTOR(A)

TÍTULO DA PESQUISA: ANÁLISE DA GESTÃO DE HOSPITAIS FILANTRÓPICOS PRIVADOS VINCULADOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA CIDADE DE BELÉM E REGIÃO METROPOLITANA, PARÁ: Um estudo de caso para uma proposta de gestão estratégica.

QUALIDADE DA PESQUISA: DISSERTAÇÃO DE MESTRADO.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL - EDINALDO HOMOBOÑO SANTA BRÍGIDA

ORIENTADOR - RICARDO FIGUEIREDO PINTO

O PROBLEMA, JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

A problemática da gestão nos hospitais filantrópicos que atendem o SUS parece ser bastante ampla. Baseado nisso, esta pesquisa trás a intenção de analisar a existência do planejamento estratégico na gestão desses hospitais. Buscando o entendimento das perspectivas que se chocam no meio hospitalar privado com e sem fins lucrativos. Incomodando e nos levando a fazer a seguinte pergunta: Como é feita a gestão desses hospitais? É sabido que a área de saúde mostra carência por gestão hospitalar eficiente. Pesquisas têm sido feitas buscando entender a gestão hospitalar enquanto prática estratégica e sua indiscutível relevância para a área. O objetivo principal deste estudo é analisar e neste contexto verificar como gestores, colaboradores e clientes veem essa gestão. Numa população de quatro hospitais privados vinculados ao SUS da grande Belém (Pa), serão analisadas duas instituições, escolhidas através de sorteio. A avaliação será feita por meio da aplicação de questionários com perguntas da área de gestão, direcionados a gestores, colaboradores e clientes, com o prazo máximo para respostas e entrega fixado em quinze dias.

Desconforto e possíveis riscos associados à pesquisa:

O(A) gestor(a) envolvido poderá sentir a sua atividade empresarial exposta e com isso, apresentar desconforto com possíveis dificuldades e dúvidas em responder as perguntas do questionário aplicado. Tais desconfortos serão minimizados através do sigilo absoluto de seu nome e de suas respostas.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA:

Os resultados poderão contribuir e gerar novos rumos para a gestão dos hospitais filantrópicos privados vinculados ao SUS. Proporcionar sugestão para novas pesquisas e ofertar conhecimento científico para administradores e gestores da área hospitalar.

Forma de acompanhamento e esclarecimento:

Para esclarecimento, no caso de possíveis desconfortos e inconveniências decorrentes da atividade da pesquisa. Basta contatar o Pesquisador, Professor especialista e Fisioterapeuta EDINALDO HOMOBOÑO SANTA BRÍGIDA, pelo telefone pessoal (91) 32221816 - 81878080, e também no endereço: Rua Boaventura da Silva, 1227, Ap. 2204. Residencial: Rio San Juan. Bairro: Umarizal, CEP: 66060060. Belém-Pará.

ESCLARECIMENTOS, DIREITOS, Confidencialidade e Avaliação dos registros:

Em qualquer momento o gestor(a) poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. O gestor(a) terá também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu

consentimento em qualquer fase da pesquisa. Antes de responder o questionário, o gestor(a) será informado como serão os procedimentos da pesquisa e da importância dos dados a serem coletados.

A identidade do gestor(a) será mantida em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico, tese de doutorado ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional. É importante ressaltar que os dados obtidos nesta pesquisa, serão usados somente para o fim estabelecido nela, não sendo usados de nenhuma outra forma não descrita no projeto em questão. As despesas com o projeto serão obtidas através de recursos próprios.

Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo Órgão _____, hospital _____, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____.

Assinatura do Gestor(a)

Assinatura do responsável pela

pesquisa

Data

APÊNDICE 5 - Termo de consentimento livre e esclarecido do colaborador.

UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS – ULHT LISBOA -
PORTUGAL

CURSO DE MESTRADO EM GESTÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO COLABORADOR(A)

TÍTULO DA PESQUISA: ANÁLISE DA GESTÃO DE HOSPITAIS FILANTRÓPICOS PRIVADOS VINCULADOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA CIDADE DE BELÉM E REGIÃO METROPOLITANA, PARÁ: Um estudo de caso para uma proposta de gestão estratégica.

QUALIDADE DA PESQUISA: DISSERTAÇÃO DE MESTRADO.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL - EDINALDO HOMOBONO SANTA BRÍGIDA

ORIENTADOR - RICARDO FIGUEIREDO PINTO

O PROBLEMA, JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

A problemática da gestão nos hospitais filantrópicos que atendem o SUS parece ser bastante ampla. Baseado nisso, esta pesquisa trás a intenção de analisar a existência do planejamento estratégico na gestão desses hospitais. Buscando o entendimento das perspectivas que se chocam no meio hospitalar privado com e sem fins lucrativos. Incomodando e nos levando a fazer a seguinte pergunta: Como é feita a gestão desses hospitais? É sabido que a área de saúde mostra carência por gestão hospitalar eficiente. Pesquisas têm sido feitas buscando entender a gestão hospitalar enquanto prática estratégica e sua indiscutível relevância para a área. O objetivo principal deste estudo é analisar e neste contexto verificar como gestores, colaboradores e clientes veem essa gestão. Numa população de quatro hospitais privados vinculados ao SUS da grande Belém (Pa), serão analisadas duas instituições, escolhidas através de sorteio. A avaliação será feita por meio da aplicação de questionários com perguntas da área de gestão, direcionados a gestores, colaboradores e clientes, com o prazo máximo para respostas e entrega fixado em quinze dias.

Desconforto e possíveis riscos associados à pesquisa:

O(a) colaborador(a) poderá se sentir ameaçado(a), com sua função e ou atividade profissional exposta. Apresentando com isso desconfortos, possíveis dificuldades e dúvidas em responder ao questionário. Tais desconfortos serão minimizados através do sigilo absoluto de seu nome e de suas respostas.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA:

Os resultados poderão contribuir e gerar novos rumos para a gestão dos hospitais filantrópicos privados vinculados ao SUS, principalmente, por causa da avaliação do clima organizacional (colaboradores) da empresa. Proporcionar sugestão para novas pesquisas e ofertar conhecimento científico para administradores e gestores da área hospitalar.

Forma de acompanhamento e esclarecimento:

Para esclarecimento, no caso de possíveis desconfortos e inconveniências decorrentes da atividade da pesquisa. Basta contatar o Pesquisador, Professor especialista e Fisioterapeuta EDINALDO HOMOBONO SANTA BRÍGIDA, pelo telefone pessoal (91) 32221816 - 81878080, e também no endereço: Rua Boaventura da Silva, 1227, Ap. 2204. Residencial: Rio San Juan. Bairro: umarizal, CEP: 66060060. Belém-Pará.

ESCLARECIMENTOS, DIREITOS, Confidencialidade e Avaliação dos registros:

Em qualquer momento o colaborador(a) poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Terá também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Antes de responder o questionário, será informado como serão

os procedimentos da pesquisa e da importância dos dados a serem coletados. A identidade será mantida em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico, tese de doutorado ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional. É importante ressaltar que os dados obtidos nesta pesquisa, serão usados somente para o fim estabelecido nela, não sendo usados de nenhuma outra forma não descrita no projeto em questão. As despesas com o projeto serão obtidas através de recursos próprios.

Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo Órgão _____, hospital _____, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____.

Assinatura do Colaborador(a)

Assinatura do Responsável pela Pesquisa

Data

APÊNDICE 6 - Termo de consentimento livre e esclarecido do Cliente.

UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS – ULHT LISBOA -
PORTUGAL
CURSO DE MESTRADO EM GESTÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO(A) CLIENTE

TÍTULO DA PESQUISA: ANÁLISE DA GESTÃO DE HOSPITAIS FILANTRÓPICOS PRIVADOS VINCULADOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA CIDADE DE BELÉM E REGIÃO METROPOLITANA, PARÁ: Um estudo de caso para uma proposta de gestão estratégica.

QUALIDADE DA PESQUISA: DISSERTAÇÃO DE MESTRADO.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL - EDINALDO HOMOBONO SANTA BRÍGIDA

ORIENTADOR - RICARDO FIGUEIREDO PINTO

O PROBLEMA, JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

A problemática da gestão nos hospitais filantrópicos que atendem o SUS parece ser bastante ampla. Baseado nisso, esta pesquisa trás a intenção de analisar a gestão desses hospitais. Buscando o entendimento das perspectivas que se chocam no meio hospitalar privado com e sem fins lucrativos. Incomodando e nos levando a fazer a seguinte pergunta: Como é feita a gestão desses hospitais? É sabido que a área de saúde mostra carência por gestão hospitalar eficiente. Pesquisas têm sido feitas buscando entender a gestão hospitalar enquanto prática estratégica. O objetivo principal deste estudo é analisar e neste contexto verificar como gestores, colaboradores e clientes veem essa gestão. Numa população de quatro hospitais privados vinculados ao SUS da grande Belém (Pa), serão analisadas duas instituições, escolhidas através de sorteio. A avaliação será feita por meio da aplicação de questionários com perguntas da área de gestão, direcionados a gestores, colaboradores e clientes, com o prazo máximo para respostas e entrega fixado em quinze dias.

Desconforto e possíveis riscos associados à pesquisa:

O(a) cliente poderá se sentir exposto(a). Apresentando com isso desconfortos, possíveis dificuldades, medo e até dúvidas em responder ao questionário. Tais desconfortos serão minimizados através do sigilo absoluto de seu nome e de suas respostas.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA:

Os resultados poderão contribuir e gerar novos rumos para a gestão dos hospitais filantrópicos privados vinculados ao SUS. Incentivar novas pesquisas e ofertar conhecimento científico para administradores e gestores da área hospitalar.

Forma de acompanhamento e esclarecimento:

Para esclarecimento, no caso de possíveis desconfortos e inconveniências decorrentes da atividade da pesquisa. Basta contatar o Pesquisador, Professor UFPA, especialista e Fisioterapeuta EDINALDO HOMOBONO SANTA BRÍGIDA, pelo telefone pessoal (91) 32221816 - 81878080, e também no endereço: Rua Boaventura da Silva, 1227, Ap. 2204. Residencial: Rio San Juan. Bairro: umarizal, CEP: 66060060. Belém-Pará.

ESCLARECIMENTOS, DIREITOS, Confidencialidade e Avaliação dos registros:

Em qualquer momento o cliente poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Terá também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em

qualquer fase da pesquisa. Antes de responder o questionário, será informado como serão os procedimentos da pesquisa e da importância dos dados a serem coletados. A identidade será mantida em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico, tese de doutorado ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional. É importante ressaltar que os dados obtidos nesta pesquisa, serão usados somente para o fim estabelecido nela, não sendo usados de nenhuma outra forma não descrita no projeto em questão. As despesas com o projeto, serão obtidas através de recursos próprios.

Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo Órgão _____, hospital _____, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____.

Assinatura do Cliente

Assinatura do Responsável pela Pesquisa

Data

ANEXO 1- Parecer Final do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Pará.



Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Pará

PARECER FINAL

CAAE: 0613.0.000.323-11

Belém, 13 de junho de 2011.

Registro CEP	CAAE: 0613.0.000.323-11
Título do Projeto:	Análise da Gestão de Hospitais Filantrópicos Privados Vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) n Cidade de Belém e Região Metropolitana, Pará: Um estudo de caso para uma proposta de gestão estratégica.
Pesquisador responsável:	Divaldo Martins de Souza
Documentos estudados:	Folha de rosto, currículos dos pesquisadores, resumo do projeto e projeto
Instituição proponente:	CESUPA
Instituições parceiras:	-----
Suporte financeiro:	Dos autores

Prezado (a) Pesquisador (a),

O CEP-CESUPA, fundamentado no **consenso de opiniões** entre seus membros, na **resolução CNS 196/96 e complementares**, apresenta as seguintes considerações sobre o protocolo de pesquisa encaminhado por V. Sa. para submissão a este comitê:

MÉRITO CIENTÍFICO (RES. CNS 196/96 – VII.14) e **METODOLOGIA** (Res. CNS 196/96 – VII). O protocolo de pesquisa possui mérito científico e sua metodologia é adequada aos objetivos propostos.

PARECER FINAL:

O CEP-CESUPA fundamentado no consenso de opiniões entre seus membros, na **resolução CNS 196/96 e complementares**, informa-lhe que o protocolo de pesquisa encaminhado por V. Sa teve o parecer Aprovado

Parecer conclusivo: APROVADO

OBSERVAÇÃO:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Informamos que houve mudanças no critério de avaliação dos protocolos de pesquisa conforme a CONEP. Os novos critérios de avaliação são os seguintes:

De acordo com a Resolução CNS 196/96 item VII.13, alínea b, a "revisão ética de cada protocolo culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

- aprovado;

- com pendência: quando o Comitê com pendência: quando o Comitê considera o protocolo como aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou

solicita uma modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias pelos pesquisadores;

- retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

- não aprovado; e

- aprovado e encaminhado, com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), nos casos previstos no capítulo VIII, item 4".

Desta forma, cumpre-nos lembrar que não cabe aos Comitês de Ética em Pesquisa a decisão de Aprovado com Recomendação, sendo esta uma categoria utilizada apenas pela CONEP, quando recomenda ao CEP determinada providência para que se considere aprovado o projeto. Dessa forma, e com intuito de evitar incorreções de tramites por parte dos CEPs, a categoria aprovado com recomendação foi extinta do

SISNEP. Os comitês que erroneamente a utilizavam em suas análises, devem, de forma imediata, adequar seus procedimentos de emissão de pareceres.

Atenciosamente,


Adolfo Henrique Muller

Coordenador do CEP

Av. Nazaré, 630 – 66.035-170 – Belém/Pará – Tel.: 4009-2100 / Ramal 2155

cep@cesupa.br