

## **Gerenciamento de Hospitais Filantrópicos: Confronto entre a Técnica Médica, o Poder Político e a Administração Hospitalar**

**Jaime Gil Bernardes – UCS Universidade de Caxias do Sul – jaimegil@terra.com.br**

**Jana Toledo de Castilhos – UCS Universidade de Caxias do Sul – jana.castilhos@gmail.com**

**Eric Dorion – UCS Universidade de Caxias do Sul – edorion@ucs.br**

**Maria Emília Camargo – UCS Universidade de Caxias do Sul – kamargo@terra.com.br**

### **RESUMO**

*As instituições hospitalares filantrópicas, para manter o status de filantropia e usufruir dos benefícios fiscais e manter seus objetivos institucionais, precisam observar a obrigação legal de atender pacientes patrocinados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em pelo menos 60 % de sua capacidade instalada. Entretanto, o fato de atender a pacientes por este convênio é um aspecto que pode acarretar em prejuízos financeiros, face aos baixos valores que este convênio impõe como ressarcimento dos serviços prestados. Percebe-se, contudo, que entre os hospitais filantrópicos, alguns conseguem transcender a estas dificuldades financeiras e manter uma situação equilibrada, mesmo continuando a atender os pacientes pelo SUS. Por outro lado, tantos outros hospitais filantrópicos sofrem com falta de recursos, levando a situações de total insolvência financeira. A resposta desta discrepância entre estas duas situações, onde as fontes de financiamento são as mesmas, pode estar no fato que o gerenciamento de algumas destas organizações pode estar melhor consolidada que outras, através do consenso entre suas estruturas de poder. As estruturas de gerenciamento e de poder em hospitais filantrópicos estão, normalmente, divididas entre três atores organizacionais: os médicos (que detêm a técnica necessária para a cura do paciente), os presidentes ou provedores da instituição (filantropos) e o administrador hospitalar (detentor da técnica administrativa). No embate entre estas estruturas quem tem mais razão poder: o técnico, o presidente ou o administrador hospitalar? O objetivo deste artigo é analisar como acontecem estas relações de poder dentro dos hospitais filantrópicos e quais os seus reflexos para a situação financeira. Para a obtenção dos objetivos deste trabalho, foi feita uma pesquisa qualitativa, exploratória descritiva, através da observação dos autores, através de visitas a 11 hospitais caracterizados como filantrópicos, em dois estados da Federação. Foi realizada, ainda, uma revisão teórica sobre os temas abordados. Houve, ainda, a preocupação com a caracterização deste tipo de instituição e suas particularidades. Este artigo propõe, ainda, ao leitor, a reflexão inerente aos modelos de poder e política adotados nestas organizações, enfatizando a importância da técnica administrativa a ser implementada por um administrador profissional. A conclusão é que a melhor solução de gestão para estas organizações é a formação de um grupo harmônico composto pela tríade que compõe o processo decisório. Este grupo tem que trabalhar em conjunto, aprendendo mutuamente as dificuldades e as vantagens deste modelo de organização, principalmente, no que se refere à discussão e decisão de fatos do dia a dia.*

---

**Palavras-Chave:** Hospitais; Filantropia; Poder; Política Interna.

---

## 1. INTRODUÇÃO

A vivência entre os hospitais filantrópicos nos mostrava que alguns conseguiam ser economicamente estáveis e que conseguiam se manter financeiramente. Outros hospitais até conseguem obter algum desempenho financeiro positivo e reinvestem em melhorias, e tantos outros hospitais filantrópicos estão com suas operações comprometidas e o encerramento de suas atividades se aproximando, face a dívidas impagáveis que se acumulam ao passar dos anos.

Essas dificuldades financeiras são atribuídas ao fato de que hospitais filantrópicos são obrigados a vender seus serviços em grande parte a um único financiador: ao SUS - Sistema Único de Saúde, órgão do Ministério da Saúde. As entidades filantrópicas da área da saúde têm que comprovar atendimentos de pelo menos 60% (sessenta por cento) de sua capacidade instalada com o convênio firmado com o SUS, conforme determinava o parágrafo 4º do artigo 3º do Decreto nº 2.536, de 06 de abril de 1998 e suas alterações, corroborado pela Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009.

Considerando que os valores pagos aos hospitais (tanto particulares, públicos ou filantrópicos) por este convênio são os mesmos, foi levantado, então, a hipótese de que a causa dessa disparidade no resultado econômico pode ser a má gestão dos recursos, de processos administrativos e operacionais ultrapassados e de custos elevados, o que leva à real responsabilidade do administrador do hospital, que, teoricamente, assume a gestão das operações hospitalares como um todo.

Por outro lado, administrador hospitalar é, freqüentemente, apenas um ator organizacional, que se posta no meio de duas estruturas que estão acima de sua capacidade de gestão e que não são a si subordinadas, que são a diretoria eleita destas organizações, formada por presidentes, provedores, patronos, instituidores, etc., e o corpo clínico, formado pelos médicos.

Nestas organizações é que, nem sempre, a decisão final é da racionalidade da técnica administrativa, sendo esta substituída, em muitas vezes, por fatores impostos pela área médica e por outras decisões tomadas em decorrência da política interna (diretoria, ou presidência, ou pelos patronos, instituidores ou pela provedoria), sem que o administrador hospitalar tenha conhecimento ou possa influenciar na decisão.

A experiência na área da saúde e, especificamente em hospitais de características filantrópicas, percebemos a distorção nas interpretações de rotinas organizacionais ocasionadas pelas diferentes visões que o presidente (principal político interno da instituição), o médico e o administrador têm a respeito do gerenciamento dos hospitais. Cada um destes membros tem visões e interesses diferenciados. Além disso, ainda predomina o senso comum, segundo o qual quem administra uma empresa de engenharia tem que ser um engenheiro, quem é técnico de futebol tem que ser um ex-jogador, e quem manda em um hospital tem que ser um médico. Isso leva a que, em muitos hospitais, o dirigente seja um profissional médico, em detrimento de um administrador hospitalar.

Temos, ainda, que caracterizar o que significa uma entidade beneficente de assistência social. De acordo com o Decreto nº 2.536, de 06 de abril de 1998 e suas alterações, e a partir de 27 de novembro de 2009, de acordo com a Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009, faz jus ao certificação de entidades beneficentes de assistência social e a isenção de contribuições para a seguridade social a entidade beneficente de saúde que, cumulativamente (Lei nº 12.101/2009):

- a) comprove o cumprimento das metas estabelecidas em convênio ou instrumento congêneres celebrado com o gestor local do SUS;
- b) oferte a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento);
- c) comprove, anualmente, a prestação dos serviços de que trata item anterior, com base no somatório das internações realizadas e dos atendimentos ambulatoriais prestados;
- d) não percebam seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores ou benfeitores, remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos;
- e) aplique suas rendas, seus recursos e eventual superávit integralmente no território nacional, na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos institucionais;
- f) apresente certidão negativa ou certidão positiva com efeito de negativa de débitos relativos aos tributos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e certificado de regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS;
- g) mantenha escrituração contábil regular que registre as receitas e despesas, bem como a aplicação em gratuidade de forma segregada, em consonância com as normas emanadas do Conselho Federal de Contabilidade;
- h) não distribua resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, sob qualquer forma ou pretexto;
- i) conserve em boa ordem, pelo prazo de 10 (dez) anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovem a origem e a aplicação de seus recursos e os relativos a atos ou operações realizados que impliquem modificação da situação patrimonial;
- j) cumpra as obrigações acessórias estabelecidas na legislação tributária;
- k) apresente as demonstrações contábeis e financeiras devidamente auditadas por auditor independente legalmente habilitado nos Conselhos Regionais de Contabilidade quando a receita bruta anual auferida for superior ao limite fixado pela Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

O cumprimento deste quesitos permite a entidade que usufrua da imunidade tributária e da isenção das contribuições sociais, que representam uma economia tributária significativa. As entidades reconhecidas como de utilidade pública federal e estadual ou municipal, terão isenções (parciais ou totais) de contribuições sociais e imunidade de impostos, conforme legislações específicas, partindo do artigo 150 da Constituição Federal que veda instituir impostos sobre o patrimônio, renda ou serviços das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, observados os requisitos da lei.

Já no que se refere a história dos hospitais filantrópicos no Brasil, a *home page* da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB nos indica que a primeira foi fundada em 1543 na cidade de Santos, em São Paulo. Uma vez criadas, passaram a se dedicar ao atendimento aos enfermos e, em alguns casos, em mais de uma direção, ou seja, no amparo à velhice, à criança, aos hansenianos, à educação entre outras. Somam, hoje, mais de duas mil e quinhentas em todo o território nacional. Responsáveis por cerca de 50% dos leitos hospitalares existentes no País, muitas vezes constituindo-se em Centros Regionais de Referência e Excelência Médica.

Há que se destacar, ainda, o papel histórico que essas instituições cumpriram e cumprem na formação de Recursos Humanos para a saúde, a começar pela criação das

primeiras Escolas de Medicina e de Enfermagem. Desnecessário enumerar, uma a uma, todas aquelas que tem contribuído para o desenvolvimento da ciência médica e outras, mantendo hospitais-escolas, residência médica, ou mesmo campo de estágio e aplicação dos conhecimentos adquiridos. Só no estado do Rio Grande do Sul são mais de 250 Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, com base em dados da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul. (CMB, 2009; FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS FILANTRÓPICOS DO RS, 2009)

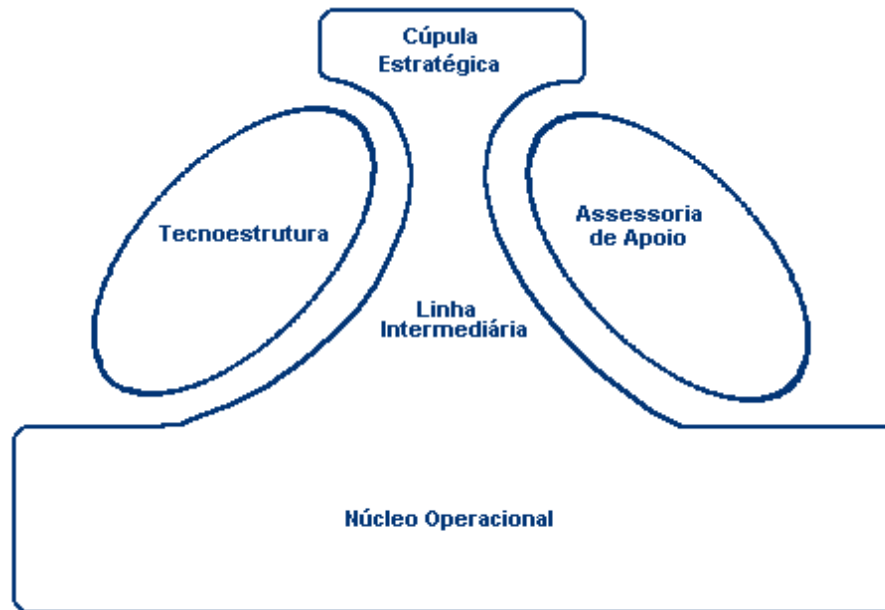
Este trabalho objetiva explorar a condição que se os hospitais filantrópicos que adotam um modelo gerencial profissional alcançam um resultado financeiro melhor que os hospitais que possuem, em sua cúpula estratégica políticos internos (presidentes ou provedores com mandato temporário) ou profissionais médicos. Tenta mostrar, ainda, que um hospital é uma organização com características próprias e complexas, sendo necessária a presença de administradores profissionais na cúpula estratégica, definindo, neste trabalho como administrador hospitalar como o profissional com embasamento teórico e prático em administração e com conhecimento de organizações de saúde, especificamente de hospitais, não necessariamente com curso superior em Administração de Empresas ou Administração Hospitalar.

Após a leitura deste trabalho, o leitor terá somado alguns argumentos para discutir qual o melhor modelo gerencial e de poder a ser adotado em hospitais filantrópicos, podendo, ainda, ter condições de perceber que a causa filantrópica (objetivo final dos hospitais tratados neste trabalho) não ocorre se não houver um gerenciamento de suas atividades de uma maneira eficiente e eficaz, de tal forma que permita que a organização disponha de recursos financeiros para a sua própria manutenção e para a continuidade de sua obra social.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Mintzberg (1995) coloca que toda a atividade organizada dá origem a duas exigências fundamentais e opostas: a *divisão do trabalho* em várias tarefas a serem executadas e a *coordenação* dessas tarefas para obter resultados. Coloca, ainda, que a estrutura de uma organização pode ser simplesmente definida como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como é feita a coordenação entre essas tarefas.

O modelo descrito por Mintzberg (1995), estrutura a organização em cinco partes: (a) **Núcleo Operacional**, que engloba aqueles participantes que perfazem o trabalho básico relacionado diretamente com a produção de bens ou prestações de serviços; (b) **Cúpula Estratégica**, que é encarregada de assegurar que a organização cumpra sua missão de maneira mais eficaz, e também de satisfazer as exigências daqueles que controlam ou de outra forma exercem poder sobre a organização; (c) **Linha Intermediária**, que é a ligação da cúpula estratégica ao núcleo operacional, formada pela cadeia de gerentes com autoridade formal; (d) **Tecnoestrutura**, que são analistas incumbidos de efetuar certas formas de padronizar na organização, prestando serviços à organização atuando sobre as tarefas dos outros, ficando fora do fluxo de trabalho operacional; e (e) **Assessoria de Apoio**, que são as unidades especializadas, que foram criadas com o fim de dar apoio fora de seu fluxo de trabalho operacional.



**Figura 1:** As cinco partes básicas da organização (Mintzberg, 1995, pag. 19)

Note-se que o diagrama apresentado mostra uma pequena cúpula estratégica ligada ininterruptamente ao núcleo operacional através de uma linha intermediária, ficando a tecnoestrutura e a assessoria de apoio separadas e somente indiretamente influenciam o núcleo operacional.

No que se refere a mecanismos de controle, Mintzberg (1995) abrange 5 maneiras fundamentais pelas quais as organizações coordenam (concernentes, também, com o controle e com a comunicação) suas tarefas:

- a) ajustamento mútuo (processo de simples da comunicação informal);
- b) supervisão direta (supervisão direta monitora o trabalho);
- c) padronização dos processos de trabalho (execuções do trabalho são especificadas ou programadas);
- d) padronização dos resultados (os resultados do trabalho são padronizados);
- e) padronização das habilidades ou conhecimentos dos trabalhadores (o tipo de treinamento necessário para executar o trabalho é especificado).

Nas empresas comerciais, industriais e de prestação de serviço que não são de área de saúde, a estrutura identificada por Mintzberg (1995) funciona perfeitamente, pois a cúpula estratégica interage com a linha intermediária e com o núcleo operacional. Nos hospitais filantrópicos existe uma profunda linha divisória entre estas três estruturas, ficando o gerente (administrador hospitalar) limitado nas suas ações, pois tem que submeter-se a estratégia de uma cúpula temporária (em função da eleição e do mandato que a presidência possui) e ainda estar sujeito a imposições feitas pelo núcleo operacional, no caso a área médica. Um administrador de um hospital caritativo não tem o privilégio de ser o “dono” do negócio, onde poderia gerenciar baseado nas suas experiências pessoais e seus valores, em busca dos objetivos organizacionais, não participando, portanto, da cúpula estratégica.

Handy (1993, p. 115) define que nas organizações existem três tipos positivos de poder a serem suscitados, se quisermos fazer com que as coisas aconteçam (caso quisermos que as coisas não aconteçam, invocamos algum poder negativo). Se não podermos contar com

nenhum deles, seremos, de fato, impotentes para atuar sobre os acontecimentos (exceto na invocação dos poderes negativos). São eles:

- **O poder dos recursos** – exercer controle sobre a propriedade, bens financeiros;
- **O poder da posição** – o título, o papel, o grau de hierarquia dentro da organização;
- **O poder técnico** – a posse do conhecimento, experiência ou capacidade.

A política, de acordo com Handy (1993, p. 119), é a tentativa de proceder a acumulação dos poderes referentes aos recursos e à posição, a fim de aumentar a influência na organização. A maioria acredita que, se tivesse maior poder de ação, conseguiria fazer as coisas andarem melhor; outras vezes, porém, o que se quer é o poder, ainda que de natureza predominantemente negativa (fazer as coisas não acontecerem), e para finalidades pessoais.

No final, o poder técnico é o poder fundamental, aquele que subsiste, porque só a própria pessoa pode destruí-lo ou negligenciar-lhe a reciclagem.

As organizações são sistemas políticos fechados. Não considerar ou mesmo não trabalhar este fato de forma explícita, em nada ajuda os seus gestores e colaboradores a nelas agir para alcançar suas metas. A política interna nas empresas não pode ser considerada como uma proibição, disfunção ou algo opcional. Ela é necessária à vida humana e, conseqüentemente, as empresas.

Morgan (1996) nos aponta que a noção de política está sempre permeando as relações dentro das organizações. Frente a interesses divergentes, cabe a sociedade possibilitar aos indivíduos reconciliarem essas diferenças através da consulta e negociação. No entanto, dentro das organizações, a discussão política é sempre desencorajada e não se assume que é através da política que pode-se criar ordem na diversidade e evitar-se formas e regras totalitárias.

Ao se falar a respeito de interesses, fala-se sobre um conjunto complexo de predisposições que envolvem objetivos, valores, desejos, expectativas e outras orientações e inclinações que levem a pessoa a agir em uma e não em outra direção. O fluxo da ação política acha-se intimamente relacionado com esta maneira de posicionamento pessoal. (MORGAN, 1996).

A Organização como um todo é, então, obrigada a funcionar com um grau mínimo de consenso. Isto lhe permite sobreviver enquanto reconhece a diversidade de objetivos e de aspirações de seus membros. A organização, muitas vezes, tem que aceitar soluções satisfatórias, em lugar de soluções ótimas para os problemas, usando negociação e transigência, que se tornam mais importantes do que a racionalidade técnica. Quer seja formal ou informal, confinado à organização ou expandido para abranger interesses de fora, as coalizões e os grupos de interesses freqüentemente fornecem meios importantes para garantir os fins desejados. (MORGAN, 1996).

A metáfora política apresentada por Morgan (1996) coloca o conhecimento do papel e do uso do poder no centro da análise organizacional e ajuda a arrasar o mito da racionalidade organizacional, que segundo essa metáfora os objetivos organizacionais podem ser racionais para o interesse de algumas pessoas, mas não para outras. A racionalidade é sempre política. Ninguém é neutro na administração das organizações, nem mesmo os administradores.

É da natureza humana se apegar a modos de agir que garantam a satisfação da sua segurança em detrimento de processos de mudanças em que o futuro é obscuro e nem sempre

seguro. É da natureza humana, também, querer que as mudanças gerem efeitos imediatos e resultados positivos no curto prazo.

Estas regras está muito fortemente enraizada em hospitais filantrópicos, em que, na sua maioria, são organizações tradicionais, fundadas a muitos anos, algumas até centenárias.

Mas a cada dia, a cada minuto, o mundo está mudando com novas tecnologias, novas maneiras de pensar, novas mídias, novas pessoas. Se hoje já conhecemos as empresas da nova economia, principalmente formada por empresas de tecnologia de informática e de Internet, temos que conviver com organizações hospitalares que controlam seus custos literalmente na ponta do lápis. Para muitas organizações hospitalares um computador é uma ferramenta que não ajuda em nada, pois não faz parte de sua competência essencial o controle de custos pela informática: a sua competência essencial é salvar vidas e atender a comunidade.

É claro que este exemplo é maximizado e temos muitos hospitais integralmente informatizados. Mas a conclusão que tenho é que a decisão de mudar a concepção de como administrar (usando o exemplo da informática) é lenta, pois certamente os hospitais filantrópicos que são geridos tradicionalmente por políticos ou por profissionais médicos não vislumbram os benefícios de uma mudança organizacional planejada e com técnica.

Felizmente, temos observado que algumas tentativas de mudança estão sendo feitas em hospitais filantrópicos, como a implantação de projetos de acreditação hospitalar, contratação de consultorias, gerenciamento por objetivos, foco no cliente, profissionalização da administração, etc., participando as diretorias (conselhos / presidências / provedorias) encarregadas apenas das decisões mais macro.

Mas qual a solução para estas discussões? Uma coisa é certa: não há como fazer omelete sem quebrar alguns ovos, e este quebrar de ovos significa mudanças internas. Kaufmann, citado por Hall (1984, pag. 150), conclui que a mudança ocorre através da rotatividade de pessoal. Sugere também que a mudança ocorre à medida que são superados obstáculos a ela.

Entretanto, as entidades filantrópicas possuem uma característica em que esta premissa é prejudicada, pois ocorre muita rotatividade na cúpula estratégica, com a troca (prevista) dos provedores, desestimulando o processo de continuidade das mudanças, pois outras táticas administrativas (que nem sempre estão de acordo com a estratégia de longo prazo) estarão sendo impostas na organização, trazendo inovações, que podem entrar em choque com as linhas de pensamento anteriores.

### **3. METODOLOGIA**

Para a obtenção dos objetivos deste trabalho, foi feita uma pesquisa qualitativa, exploratória descritiva. Através da observação dos autores, através de visitas ao longo de alguns, em diversos hospitais filantrópicos, localizados nos estado do Rio Grande do Sul e em Goiás, elencados no quadro abaixo, que representa a situação destes hospitais. Os hospitais observados possuem as seguintes características de tamanho, especialidade, formação da presidência / patronos / provedoria, o grau de especialização do administrador e a atual situação financeira da organização.

**Quadro 1:** Características gerais dos hospitais observados

Nº	Nº Leitos	Tipo de Hospital	Diretoria / Presidência	Administrador	Situação Financeira
1	70	Hospital geral sem UTI	Pessoas da comunidade com forte influência político partidária	Indicado pelo prefeito municipal	Estável com tendências a situação financeira prejudicial a sua continuidade.
2	200	Hospital do câncer	Médicos da comunidade envolvidos na causa da prevenção do Câncer	Indicado politicamente mas há bastante tempo no cargo	Financeiramente lucrativo e investindo.
3	380	Hospital geral e referência regional, com UTI	Pessoas da comunidade com participação direta nas macro decisões	Administração terceirizada à uma empresa de gestão em saúde	Financeiramente lucrativo e investindo
4	60	Hospital geral sem UTI	Pessoas da comunidade com referências religiosas	Profissional	Financeiramente lucrativo e investindo
5	62	Hospital maternidade	Entidade religiosa de pequeno porte	O próprio presidente da entidade religiosa	Estável
6	250	Hospital geral com UTI	Senhoras da comunidade com caráter religioso	Profissional	Necessitando urgentemente de entrada de recursos. Situação financeira prejudicial a sua continuidade
7	272	Hospital geral com UTI	Entidade formada por uma etnia, com caráter bastante corporativista, com fortes interesses de status local	O próprio presidente da entidade corporativa	Necessitando urgentemente de entrada de recursos. Situação financeira prejudicial a sua continuidade
8	80	Hospital geral com UTI	O atual presidente da entidade é um ex-deputado federal, atualmente sem mandato	Indicado politicamente mas há bastante tempo no cargo	Estável – hospital com capacidade ociosa
9	600	Hospital geral com UTI	Senhoras da comunidade com caráter religioso	Profissional	Necessitando urgentemente de entrada de recursos. Situação financeira prejudicial a sua continuidade



10	550	Hospital geral com UTI	Entidade de cunho religioso, extremamente corporativista	Indicado pela entidade sem conhecimentos técnicos de administração ou de saúde	Necessitando urgentemente de entrada de recursos
11	70	Hospital geral sem UTI	Pessoas da comunidade – sem um interesse contundente na organização	Não existe a figura formal do administrador. O presidente da sociedade assume este papel	Estável – hospital com capacidade ociosa

A utilização de métodos qualitativos de pesquisa, segundo Godoy (1995) ocupa um reconhecido lugar entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes. Neves (1996) complementa colocando que pesquisa qualitativa é um conjunto de diferentes técnicas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, objetivando traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social.

É um estudo exploratório, que visou levantar questões e hipóteses para futuros estudos mais aprofundados sobre o tema. É, ainda descritivo porque pretende descrever os motivos dos fatos e fenômenos, mas de determinar uma realidade.

Para Gil (1994) a pesquisa exploratória tem como objeto proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a construir hipóteses para estudos futuros ou a torná-lo mais explícito. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como principal objetivo o refinamento de idéias ou a descoberta de intuições. Gil complementa que a pesquisa descritiva busca, primeiramente, descrever as características de determinado fenômeno ou fato e estabelecer possíveis relações entre variáveis.

#### 4. ANÁLISE

Assim como em qualquer entidade beneficente e de assistência, 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.

Diferentemente de uma empresa de personalidade 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. Evidentemente estes eleitos adquirem o status de serem “diretores” de uma organização importante, principalmente em cidades pequenas, em que o hospital é, em muitos casos, a maior empresa da cidade.

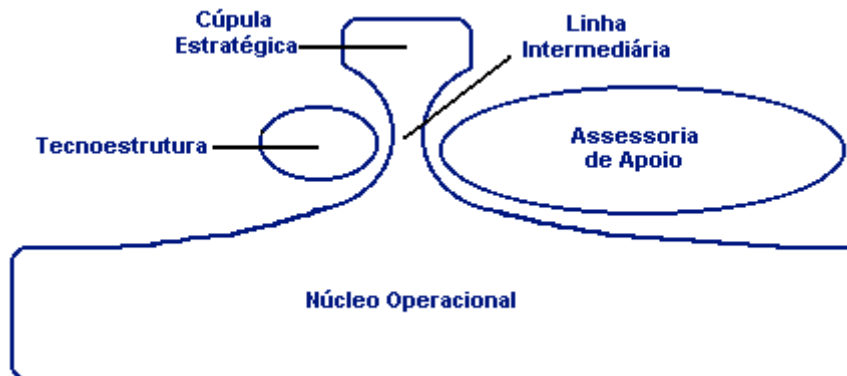
A diretoria, em geral, nomeia um administrador, que pode ser participante da sociedade ou um gerente contratado, com a devida experiência e embasamento teórico para cumprir suas funções, ocorrendo casos, ainda, em que empresas de consultoria são chamadas para assumir a gestão técnica administrativa e financeira.

A diretoria também nomeia um médico para a diretoria clínica do hospital, que pode ser por indicação dos médicos do corpo clínico ou por escolha política da própria diretoria. Este médico tem a função de ser o responsável técnico do hospital e ser o elo de ligação entre

a organização e os médicos, que em sua maioria são profissionais autônomos, não possuindo vínculo empregatício e hierárquico com a organização.

Nesta formatação organizacional se observa que a figura do dono do negócio não está presente, e formando “feudos” de interesses dentro das organizações filantrópicas. Estes feudos tentam conduzir a organização conforme seus interesses.

Trazendo o modelo de Mintzberg (1995) podemos fazer a analogia com a estrutura apresentada pelos hospitais, onde temos:



**Figura 2:** A Burocracia Profissional (MINTZBERG, 1995, pag. 194)

**Núcleo operacional:** Corpo médico, serviços médicos terceirizados, enfermagem, atendentes de enfermagem.

**Cúpula Estratégica:** Provedoria, diretoria, conselhos administrativos e fiscais, presidência, representantes da comunidade, etc.

**Linha Intermediária:** Gerente (administrador hospitalar), chefias médicas, chefias de enfermagem, farmacêutico, chefias em geral, etc.

**Tecnoestrutura:** Contador, Informática, departamento de estatística, setor de controle da qualidade, planejamento estratégico, pesquisa operacional, etc.

**Assessoria de Apoio:** Recursos humanos, assessoria jurídica, restaurante, relações públicas, serviços terceirizados, portaria, lavanderia, administração, transportes, faturamento, motoristas, caldeiras, cozinha, farmácia, maqueiros, etc.

Este tipo de estrutura, que Mintzberg (1995) chamou de Burocracia Profissional, evidencia o núcleo operacional como a parte chave da organização (p.193) e a padronização de habilidades como o mecanismo principal de coordenação (p.189), que é obtida pelo delineamento e por padrões que predeterminam o que é para ser feito, diferenciando da burocracia mecanizada pelo fato de que a burocracia profissional enfatiza a autoridade de natureza profissional, o poder da perícia (p.191).

O Núcleo Operacional tem um papel marcante, principalmente por que nesta parte da estrutura temos os serviços médicos terceirizados, que possuem grande influência nos processos organizacionais e também no movimento financeiro da entidade, sendo processos que deveriam ser executados pelo próprio hospital e são delegados a terceiros. Isso provoca que os profissionais médicos controlam seu próprio trabalho e também buscam o controle coletivo sobre decisões administrativas que os afetam (p.196), como admitir colegas ou distribuir recursos.

A existência destes serviços médicos terceirizados no Núcleo Operacional complica a gestão do hospital pois não existe subordinação sobre estes serviços.

Outra parte também completamente elaborada é a Assessoria de Apoio, mas esta é enfocada muito mais como servindo o Núcleo Operacional.

Mas na realidade as estruturas administrativas de hospitais filantrópicos, quando comparadas aos modelos gerenciais profissionais, pecam em muitos aspectos, principalmente, quando definimos que o comando operacional destas organizações está nas mãos não daquele que realmente gere os recursos, e sim nas mãos daqueles que tem o poder de decidir e que não convivem diariamente, minuto a minuto com os problemas e processos do hospital.

Pode-se observar que foi classificado o gerente (administrador hospitalar) na Linha Intermediária, pois é desta maneira que a sua atividade é encarada nestas organizações, onde a tomada de decisão e a participação nos planejamentos (quando existem) é feita pela diretoria ou pelo corpo clínico, ficando o gerente, enquanto técnico em administração, posicionado em um segundo plano, sendo apenas o executor das ações e fazendo a ligação entre a cúpula estratégica e o núcleo operacional. Observe-se, ainda, que apesar dos médicos (corpo clínico em geral) estarem enquadrados no núcleo operacional, têm mais poder de decisão que o administrador do hospital.

Temos a situação em que a boa vontade das presidências destas organizações filantrópicas, quando não ofuscada por interesses particulares, não é suficiente para suprir as necessidades administrativas, pois em muitas vezes são pessoas despreparadas tecnicamente e que, em geral, exercem outras atividades que lhes comprometem o tempo. Ou seja, mandam que as tarefas sejam executadas e não estão lá para sentir o “calor da luta”. De outro lado, temos o corpo clínico, formado por médicos que querem executar o seu trabalho e cumprir a sua missão de uma forma mais fácil e eficiente possível, desprezando elementos básicos administrativos como minimização de custos, esquecendo que fazem parte de uma organização com recursos financeiros limitados, e que os processos administrativos e operacionais estão lá para serem cumpridos. O corpo médico não está comprometido com a causa filantrópica. A desculpa dada pelos médicos a respeito desses assuntos é que a função deles é salvar vidas, e é isso que realmente interessa.

Os médicos dizem que o administrador do hospital, que nem sempre é um médico (e muitas vezes é uma pessoa escolhida politicamente pelo Conselho de Administração, podendo tratar-se de um profissional capacitado ou uma pessoa que precise de um emprego e tenha laços com o grupo dominante), não tem condições técnicas para decidir sobre quais os custos que podem ser alterados, quais as compras que podem ser feitas e como os processos operacionais têm que ser realizados. Eles enfatizam que as decisões sobre a vida e a saúde dos pacientes é de sua responsabilidade.

Freidson (1998, p.231) coloca que o gerente (administrador hospitalar) será motivado a pressionar seus médicos a minimizar tanto os dias de hospitalização do paciente quanto o uso de serviços e instalações. Por outro lado, pressupõe, ainda, que os diagnósticos (parte central do método clínico), são feitos com base em alguns conjuntos objetivos e estáveis de critérios, sendo que os médicos miram um resultado alvo e escolhem seus diagnósticos de acordo com ele. Assim, de acordo com Freidson (1998, p. 231), se os médicos quiserem que seu paciente permaneça mais tempo no hospital do que o normal para um Grupo de Diagnóstico Relacionado – GDR (*Diagnosis Related Groups*), escolhem um diagnóstico em algum outro GDR que proporcione o reembolso que cubra esse prolongamento da internação.

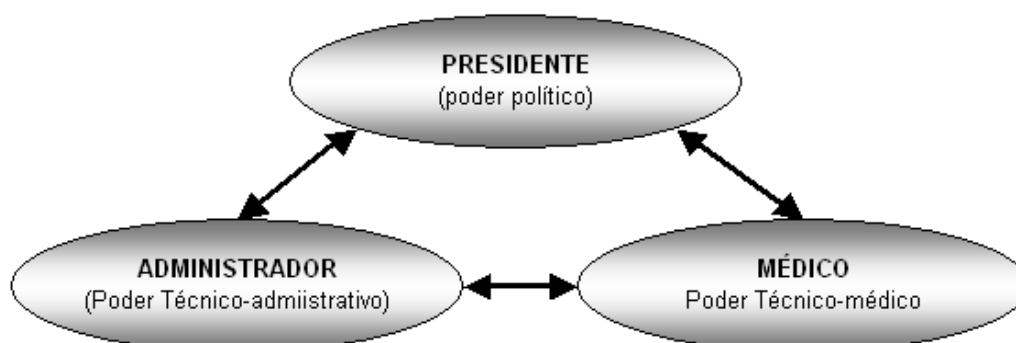
Entretanto, de acordo com Freidson (1998, p. 229), na falta de um controle sobre os orçamentos das organizações e sobre os preços cobrados pelos médicos, como ocorre no Canadá e em outras partes, a chave para a contenção de custos é o médico, porque é ele que

autoriza ou “receita” o uso da maioria dos outros serviços e bens relacionados. O objetivo, portanto, de muitos esforços, nos Estados Unidos, para controlar custos tem sido influenciar direta ou indiretamente os padrões de prática dos médicos. Mas pouco desses esforços tem tido sucesso inquestionável.

Os hospitais filantrópicos poderiam ser melhor geridos se houvesse o equilíbrio entre os três poderes, ficando predeterminadas as funções de cada um:

- Presidência (poder político)– funções relativas as decisões macro, baseadas nas informações obtidas juntos aos técnicos de cada área do hospital, se integrando a programas sociais junto à comunidade;
- Médico – o corpo clínico tem que se preocupar com as ações relativas à saúde e à execução de atos ligados à operacionalização dos procedimentos médicos, envolvendo toda a equipe operacional do hospital;
- Administrador Hospitalar – é o encarregado de dar apoio à equipe médica quanto à gestão dos recursos materiais e de fornecer informações necessárias aos políticos para a tomada de decisão, encarregando-se da gestão de pessoas e de materiais, envolvendo custos, receitas e metas.

Certamente o equilíbrio entre estes três atores organizacionais na tomada de decisão seria de extrema importância.



**Figura 3:** O equilíbrio da cúpula estratégica

Entretanto, temos que nem sempre estes integrantes possuem os mesmos conhecimentos, o mesmo comprometimento, os mesmos interesses na organização, ou as mesmas informações necessárias e suficientes para tomada de decisão.

Baseado em minha experiência profissional, posso tipificar estes atores organizacionais em relação a sua permanência e comprometimento que tem com estas organizações, que ocorrem com relativa frequência nos casos observados, como segue:

**Quadro 2:** Tipificação dos componentes da cúpula estratégica

Ator Organizacional	Salário	Vínculo	Comprometimento	Experiência Administrativa	Permanência no hospital	Hierarquia
Médico contratado	Fixo ou produtividade	Sim	Alto	Não	Poucas Horas	Sim
Médico Diretor	Fixo	Sim	Alto	Sim – saúde	Poucas Horas	Não

Médico do corpo clínico	Produtividade	Não	Baixo	Não	Poucas Horas	Não
Gerente profissional	Fixo ou produtividade	Sim	Alto	Sim	Integral	Sim
Gerente indicado	Fixo	Sim	?	Não	Integral	Sim
Político Atuante	Não	Não	Alto	?	Poucas horas	Não
Político indicado	Não	Não	Baixo	Não	Muito poucas horas	Não

Portanto, podemos ter a situação em que os gerentes nem sempre são tão capacitados como deveriam ser. Mas a responsabilidade pode ser repassada à diretoria / presidência, que escolhe pessoas que são de seu agrado, não se importando de quem é esta pessoa ou do que ela pode fazer pela organização.

A respeito deste assunto, Handy (1993, p.20) coloca que “as pessoas são diferentes. Cada uma tem sua própria personalidade e idiosincrasias, mas, de algum modo, todas são inteligentes. Esse é um pressuposto inquestionável: todo mundo pode ser útil e produtivo, e, algum lugar ou de alguma forma; as diferenças são benéficas. O pressuposto negativo é que diferenças geram dificuldades e quanto mais nivelamos as discrepâncias, polindo arestas e tornando as pessoas semelhantes, mais fácil será a vida”. Handy (1993, p. 21) coloca, ainda que “esse universo formado de diferenças pode, com facilidade, degradar-se em egocentrismo, em atitudes do tipo ‘Eu tenho sempre razão’. O desafio de organizar-se reside na união das diferenças em benefício de uma causa comum.”

Trazendo esta contribuição de Handy (1993) a este trabalho, podemos acreditar que o nivelamento de discrepâncias e o tornar as pessoas semelhantes, polindo as arestas, é a oferta de conhecimento de técnicas administrativas aos profissionais médicos (e a toda comunidade hospitalar), da mesma forma que os gerentes tem que possuir conhecimentos profundos das rotinas inerentes aos serviços de saúde prestados nos hospitais, assim como os políticos têm que ter conhecimentos de ambos os assuntos.

Com esta configuração formamos uma equipe com capacidade para gerir um hospital filantrópico, pelo agrupamento de diferenças, sem que estas diferenças façam com que cada membro fale uma linguagem diferente.

Em geral as organizações tendem a querer formar equipes com as pessoas mais brilhantes que encontrarem e acham que assim terão resultados mais satisfatórios. Mas, na prática, o que as organizações têm que ter são equipes com abrangência em todas as diferenças técnicas exigidas para as tarefas a serem realizadas (HANDY, 1993, p.124).

Um hospital que foi referencial em saúde no passado, e ainda se gaba por isso, pode ser um hospital falido no futuro. As melhores organizações são aquelas que se superam e se modernizam, tanto tecnologicamente como administrativamente, todos os dias. Uma organização precisa de inovações para sobreviver e prosperar.

Certamente o objetivo e o foco de um hospital é “fazer acontecer” em saúde. O seu produto é saúde, isso é inquestionável. O questionamento se dá se a saúde tem que ser feita da mesma forma. É claro que não. Antigamente a necessidade de funcionários por leito era bem

maior do que hoje e os serviços de diagnósticos não tinham a mesma excelência. Estas transformações levaram anos para serem incorporadas na cultura dos hospitais, mas ainda contamos com o mesmo número (ou até mais) funcionários por leito em muitos hospitais. Ou seja: a tecnologia está ajudando o processo de mudança; basta que estas mudanças sejam incorporadas na cultura organizacional.

## CONCLUSÃO

Os hospitais filantrópicos, quando adotam uma gestão profissional, em que as três estruturas que detêm o poder (político, gerente e médico) trabalham em conjunto e harmonicamente, os resultados financeiros são mais positivos. Entretanto, a grande maioria destas organizações continuam a ser geridas por “amadores de boa vontade”, o que certamente não significa resultado positivo, pelo contrário, nestes estabelecimentos encontramos os resultados mais negativos.

Temos que considerar, ainda, que o objetivo central destas organizações é a caridade, e que muitas têm este paradigma cristalizado, não aceitando que uma organização filantrópica almeje lucro. Entretanto, podemos caracterizar uma entidade filantrópica não pelo fato de obter ou não lucro, mas sim a destinação deste lucro. Não existe como fazer caridade sem que não haja resultado positivo ou, no mínimo, um resultado que satisfaça os custos. Certamente “saúde não tem preço, mas tem custos”.

No caso de instituições filantrópicas, em especial os hospitais, a definição de lucro está intimamente ligada à manutenção da organização por longos anos. Mas para isso não podemos dispensar resultados financeiros positivos, que se transformarão em reinvestimentos, seja de bens, materiais, tecnologias ou de pessoal.

Ficou explícito que a melhor solução de gestão para estas organizações é a formação de um grupo harmônico composto pela tríade que compõe o processo decisório. Este grupo tem que trabalhar em conjunto, aprendendo no grupo as dificuldades e as vantagens da organização, principalmente, no que se refere à discussão e decisão de fatos do dia a dia, levando em conta as características de cada uma destas divisões. Senge (1990, p.19) coloca que “o aprendizado em grupo é vital, porque a unidade fundamental de aprendizagem nas organizações modernas é o grupo, não os indivíduos. O fato é que a organização só terá capacidade de aprender se os grupos forem capazes de aprender”.

E é isso que falta nestas estruturas administrativas: o grupo (os administradores, os presidentes e o corpo médico) é heterogêneo e não “quer” aprender em grupo, face a seus interesses individuais, valores e cultura diferenciada.

Portanto, os hospitais filantrópicos têm que trabalhar orientados para que as estruturas organizacionais citadas neste trabalho e que tenham em mente que os objetivos organizacionais estão acima de qualquer interesse particular ou de grupos de atuação.

Em contrapartida os outros integrantes (a própria organização) tem que fornecer condições para que este possa executar seu trabalho dentro do planejamento estratégico e conceda conhecimentos básicos das outras áreas. Em outras palavras, seria extremamente interessante se a organização ministrasse cursos de administração de materiais, de finanças, de relações humanas, etc. a médicos e integrantes do núcleo operacional. Assim como é necessário que o gerente tenha formação em administração mas com sólidos conhecimentos da área de saúde, patologias, diagnósticos, protocolos assistenciais, planos de saúde, etc. Não quer dizer que um administrador vá diagnosticar enfermidades, mas tem que saber exatamente o que está acontecendo dentro organização. Da mesma forma, o detentor do poder político tem que estar por dentro do mercado da saúde, novas tecnologias, planos de financiamento e

investimentos, etc., para que as decisões possam ser tomadas em grupo e a linguagem usada seja a mesma: saúde e resultado financeiro positivo.

Mas é evidente que os referenciais de apoio ao desenvolvimento de modelos para o gerenciamento de hospitais filantrópicos, propostos neste trabalho, venham a ser discutidos, podendo ser recusados por alguns dos atores organizacionais citados anteriormente, face a sua idiosincrasia, sua relação e seu interesse junto a organização. Mas o importante é que este referenciais venham a ser discutidos, pois na união das racionalidades individuais de cada indivíduo participante da estratégia, resulta em um conjunto de idéias mais saudáveis e que certamente resultarão em processos mais eficazes, levando ao resultado financeiro adequado para manter a obra social proposta pela organização.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
- BRASIL. **Decreto nº 2.536, de 06 de abril de 1998**. Brasília: Diário Oficial da União de 07/04/98
- BRASIL. **Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009**. Brasília: Diário Oficial da União de 30/11/2009
- CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas . URL: <http://cmb.org.br> capturado em 29/04/2009
- Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS. URL: <http://www.hospifilrs.org.br> capturado em 29/04/2009
- FREIDSON, Eliot. **Renascimento do Profissionalismo**. São Paulo: EDUSP, 1998, Clássicos nº 12.
- GIL, Antonio. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1994.
- GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais**. Revista de Administração de Empresas, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.
- HALL, Richard **Organizações – Estrutura e Processos**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1984, 3.ed.
- HANDY, Charles. **Por Dentro da Organização – Grandes Idéias para Executivos**. São Paulo: Editora Saraiva, 1993.
- KOTLER, Philip, ARMSTRONG, Gary. **Princípios de Marketing**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1998.
- LIMA-GONÇALVES, E., ACHÉ, C.A. **O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado**. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.39, n. 1, p.84-97, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília, 1999, 2ª edição.
- MINTZBERG, Henry. **Criando Organizações Eficazes – estrutura em cinco configurações**. São Paulo, Atlas, 1995.
- MINTZBERG, Henry, AHLSTRAND, Bruce, LAMPEL, Joseph. **Safári de Estratégia – Um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookmann, 2000.
- MORGAN, Gareth. **Imagens da Organização**. São Paulo: Atlas, 1996.
- MOSCOVICI, Fela. **Renascença Organizacional**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1996.
- NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades**. Caderno de pesquisa em administração, v. 1., n. 3., 1996.
- SENGE, Peter. **A Quinta Disciplina – Arte, teoria e prática da organização de aprendizagem**. São Paulo: Editora Best Seller, 1990.