



**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO ATUAL CENÁRIO
DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

HESIO CÉSAR DE SOUZA MACIEL

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:
Prof. Dr^a Tânia Regina da Silva Furtado, professora da Fundação Getúlio Vargas,
Rio de Janeiro, Brasil.

Agosto, 2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus, a quem confio a minha vida e a eternidade, certo de que nada poderá me separar do amor d'Ele, que está em Cristo Jesus, o meu Senhor.

Agradeço a minha esposa Marise e a minha filha Ana Carolina por elas existirem na minha vida.

Agradeço a Prof. Dr^a Tânia Regina da Silva Furtado, Coordenadora do Curso no Brasil e minha Orientadora, pela paciência e orientação.

Agradeço ao Prof. Dr. Luis Martins, Coordenador do Curso em Portugal e a todos os professores e funcionários do ISCTE, Lisboa e da EBAP/FGV, Rio de Janeiro.

Agradeço à colega Claudia Hermínia de Lima e Silva pelas opiniões técnicas e pelo grande apoio na revisão final.

Agradeço aos queridos colegas de mestrado pela caminhada juntos.

- **Sobre Planejamento e Estratégia**

“Pois qual de vós, pretendendo construir uma torre, não se assenta primeiro para calcular a despesa e verificar se tem os meios para a concluir?”

Para não suceder que, tendo lançado os alicerces e não a podendo acabar, todos os que a virem zombem dele, dizendo: Este homem começou a construir e não pôde acabar.

Ou qual é o Rei que, indo para combater outro rei, não se assenta primeiro para calcular se com dez mil homens poderá enfrentar o que vem contra ele com vinte mil? Caso contrário, estando o outro ainda longe, envia-lhe uma embaixada, pedindo condições de paz.”

Jesus Cristo

Evangelho de Lucas, capítulo 14:28 a 30

- **Sobre a Vida**

“Aí, de repente, os meus olhos se abriram, e vi como nunca havia visto. Senti que o tempo é apenas um fio. Nesse fio vão sendo enfiadas todas as experiências de beleza e de amor por que passamos. Aquilo que a memória amou fica eterno. Um pôr do sol, uma carta que recebemos de um amigo, os campos de capim-gordura brilhando ao sol nascente, o cheiro de jasmim, um único olhar de uma pessoa amada, a sopa borbulhante sobre o fogão de lenha, as árvores de outono, o banho de cachoeira, mãos que se seguram, o abraço de um filho: houve muitos momentos de tanta beleza em minha vida que eu disse para mim mesmo: “Valeu a pena eu haver vivido toda a minha vida só para poder ter vivido esse momento. Há momentos efêmeros que justificam toda uma vida”.”

Rubem Alves

RESUMO

A maioria dos hospitais filantrópicos evangélicos no Brasil passam por uma grave crise econômico-financeira e de gestão. A análise dos fatos históricos e do contexto do atual cenário dos serviços de saúde no país demonstra a necessidade de se investir cada vez mais em mecanismos de gestão que garantam a sustentabilidade dessas instituições. No nosso estudo buscamos identificar e propor o que chamamos de “Quatro Pilares” para a sustentabilidade desses hospitais. Esses pilares são: o da Contextualização Histórica, onde o gestor deve ter conhecimento e visão dos componentes históricos da formação e trajetória dos hospitais filantrópicos. O da Sustentabilidade Institucional, que ultrapassa as preocupações de equilíbrio econômico-financeiro, onde o grande desafio é o de reposicionar a sua estratégia de sustentabilidade, o que implica em avaliar o seu papel, o papel de sua intervenção e o modelo de organização interna. O da Gestão Estratégica, que entende que os hospitais filantrópicos precisam ser administrados como empresas bem estruturadas e para isso precisam ter uma gestão profissionalizada. E finalmente, o da Governança Corporativa, que entende que os hospitais filantrópicos evangélicos precisam ter uma governança corporativa efetiva, pois eles se caracterizam pela ausência de proprietários com interesse econômico, e se constituem em organizações de interesse do sistema de saúde e de toda a sociedade. Verifica-se, portanto, que contextualização histórica, sustentabilidade institucional, gestão estratégica e governança corporativa efetiva são temas encadeados: juntos eles causam sinergia, dissociados ou mal implementados podem aumentar as dificuldades das organizações.

PALAVRAS CHAVE: História dos Serviços de Saúde no Brasil; Hospitais Filantrópicos Evangélicos no Brasil; Sustentabilidade Institucional; Gestão Estratégica; Governança Corporativa

ABSTRACT

The majority of the Philanthropic Evangelical Hospitals in Brazil are experiencing a serious crisis in the economic and financial areas, as well as in management. An analysis of historical data and of the context of the present scenario for health services in Brazil, demonstrates the need for ever-increasing investment in management processes in order to guarantee the sustainability of these institutions. This study seeks to identify and propose that which we are calling the “Four Pillars” of sustainability, for such hospitals. These pillars are: Historical Contextualization, where the administrator must have knowledge and vision of the historical components related to the founding and trajectory of the philanthropic hospitals; Institutional Sustainability, which transcends concerns for economic and financial stability, where the great challenge is that of repositioning the strategy for sustainability, and requires an evaluation of the role of the administrator and of his realm of intervention, as well as of the internal organizational structure; Strategic Management, which considers that philanthropic hospitals must be run as well-structured businesses, and should, therefore, have professional management; and, finally, Corporate Governance, which understands that philanthropic evangelical hospitals must have an effective corporate governance, seeing that they are characterized by the absence of owners with economic interests, and are fundamental institutions for the welfare of all of society and its health system. It is demonstrated, therefore, that historical contextualization, institutional sustainability, strategic management and corporate governance are correlated themes. Together, they will promote synergy; dissociated or badly implemented, they may increase the difficulties faced by these institutions.

KEYWORDS: History of Health Services in Brazil; Philanthropic Evangelical Hospitals in Brazil; Institutional Sustainability, Strategic Management, Corporate Governance.

SUMÁRIO

Capítulo I –	Páginas
1.1 Sumário Executivo	1
1.2 Introdução.....	2
1.2.1 O Problema	3
1.3 Objetivo Geral	3
1.4 Objetivos Específicos	3
1.5 Hipótese	4
1.6 Metodologia	5
Capítulo II - O Pilar da Contextualização Histórica	6
2.1 - O Hospital como uma Criação da Cristandade da Alta Idade Média.....	8
2.2 - Ordens Religiosas de Assistência aos Doentes na Idade Média	9
2.3 - As Santas Casas de Misericórdias em Portugal e no Brasil	10
2.4 - A Prática de Medicina no Brasil Colônia até a Chegada da Família Real	12
2.5 - A Saúde no Império e o surgimento das Associações Mutualistas	13
2.6 - A Saúde no Início da República: “O Brasil é um Grande Hospital”	15
2.7 - A Era Vargas - O Fortalecimento da Assistência Médica Previdenciária	16
2.8 - O Período da Redemocratização e do Desenvolvimento (1946-1963)	19
2.9 - O Governo Militar: Autoritarismo e Privatização – 1964-1974	20
2.10 O Surgimento da Medicina Suplementar	21
2.11 A Criação do Ministério da Previdência. - O Fim do Regime Militar. - A Crise da Previdência Social e o Surgimento do Novo Movimento Sanitário	22
2.12 A Nova República. - A Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde- SUS	25
2.13 O Atual Cenário: o Surgimento do Complexo Industrial da Saúde no Brasil	27
Capítulo III – O Segmento Evangélico no Brasil e os Hospitais Filantrópicos Evangélicos	29
3.1 - O Crescimento do Segmento Evangélico no Brasil	30
3.2 - Hospitais Filantrópicos Evangélicos no Brasil	31

Capítulo IV - O Pilar da Sustentabilidade Institucional	34
4.1 - Indicadores de Medição de Sustentabilidade nas Organizações	35
4.1.1 Modelo de Indicadores de Sustentabilidade Institucional	36
4.2 - Sustentabilidade Financeira e Captação de Recursos	37
4.3 - A Profissionalização da Captação de Recursos no Brasil	38
4.4 - Origens Religiosas e Políticas da Captação de Recursos para Causas Sociais..	40
4.5 - O Espírito Protestante de Filantropia	41
Capítulo V - O Pilar da Gestão Estratégica	44
5.1 - O Hospital Filantrópico Precisa ser Administrado como uma Empresa.....	45
5.2 - Movimentos de Apoio à Profissionalização da Gestão nos Hospitais Filantrópicos	49
5.3 Os Hospitais Filantrópicos e o Necessário Processo de Mudança	49
5.4 Qual Mudança? A Necessidade de uma Gestão Estratégica	50
5.5 Estratégia de Gestão e o Planejamento Estratégico	53
5.5.1- Cuidados na Formulação do Planejamento Estratégico	53
5.5.2- As Armadilhas no Processo de Planejamento Estratégico	55
5.5.3- A Elaboração do Planejamento Estratégico e o Design Organizacional do Hospital	56
5.6 - As Características das Organizações de Saúde que Influenciam no Planejamento Estratégico	57
Capítulo VI - O Pilar da Governança Corporativa	61
6.1 Conceituações de Governança Corporativa	61
6.2 Marcos Históricos da Governança Corporativa	63
6.2.1- O Ativismo Pioneiro de Robert Monks	63
6.2.2- O Relatório Cadbury	64
6.2.3- Os Princípios da OCDE	65
6.3 A Governança Corporativa no Brasil	67
6.4 A Governança Corporativa nos Hospitais Filantrópicos Brasileiros	68

Capítulo VII - Hospitais Filantrópicos Evangélicos, um Estudo de Caso: O Serviço de Assistência Social Evangélico (SASE)	
7.1	No início o Departamento Social de uma Igreja Local 71
7.2	De Departamento Social de uma Igreja Local para uma Entidade Interdenominacional 72
7.3	Uma Nova Sede e as Motivações Iniciais da Instituição 73
7.4	A Construção do Primeiro Hospital (SASE de Realengo) 74
7.5	O Crescimento Exponencial e as Dificuldades de Gestão 75
7.6	Alternativa para a Sobrevivência: A organização de Policlínicas Populares..... 77
Capítulo VIII – Resultados 79	
8.1	O Pilar da Contextualização Histórica 79
8.2	O Pilar da Sustentabilidade Institucional 80
8.3	O Pilar da Gestão Estratégica 81
8.4	O Pilar da Governança Corporativa 81
8.5	Estudo de Caso: SASE e a Aplicabilidade dos quatro pilares para garantir o seu Sucesso e Perpetuidade 82
Capítulo IX – Discussões 84	
Capítulo X – Considerações Finais 85	
Bibliografia 86	

ANEXOS

ANEXO 1 -	Informações sobre Três Hospitais Filantrópicos Evangélicos no Brasil
ANEXO 2 -	Três Programas de Incentivo à Profissionalização da Gestão de Hospitais Filantrópicos
ANEXO 3 -	A Governança Corporativa Praticada em Hospitais Filantrópicos Brasileiros: Excertos de Um Estudo.
ANEXO 4 -	Galeria de Fotos do Estudo de Caso: O SASE

LISTA DE ABREVIACÕES

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AFP	Association of Fundraising Professionals
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde dos Estados
CPFL	Companhia Paulista de Força e Luz
CQH	Compromisso pela Qualidade Hospitalar
CVM	Comissão de Valores Mobiliários
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FNQ	Fundação Nacional da Qualidade
GEAP	Fundação de Seguridade Social
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

IBGC	Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JCI	Joint Commission International
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
ONGS	Organizações Não Governamentais
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PLUS	Plano de Localização de Serviços de Saúde
PMC	Projeto Montes Claros
PPA	Plano de Pronta Ação
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRO-HOSP	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais
SANDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social
SASE	Serviço de Assistência Social Evangélico
SESI	Serviço Social da Indústria
SUDS	<i>Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP’s	17
Quadro 2	Dados da Medicina Suplementar no Brasil – 2011	22
Quadro 3	Evolução dos gastos federais com saúde em relação ao PIB e Per capita – Brasil 1980-1992	24
Quadro 4	Arcabouço Institucional e Decisório do SUS	26
Quadro 5	O Complexo Industrial da Saúde	28
Quadro 6	Número de unidades por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento, na categoria Hospitais. Dezembro, 2007	31
Quadro 7	Distribuição dos Hospitais Filantrópicos por Natureza Associativa	31
Quadro 8	Hospitais Filantrópicos Evangélicos no Brasil	32
Quadro 9	Sustentabilidade Institucional Categorias, Definição Constitutiva e Indicadores	37
Quadro 10	Proporção de internações na rede hospitalar do SUS, por natureza de hospital, Brasil, 2006	46
Quadro 11	Hospitais Brasileiros Acreditados pela Joint Commission International – 2010	47
Quadro 12	As dez armadilhas Mais Importantes Que Devem Ser Evitadas no Planejamento Estratégico	55
Quadro 13	As 5 Forças Atuantes na Organização, segundo Mintzberg	59
Quadro 14	O Design de Configuração Estrutural da Organização, segundo Mintzberg	60
Quadro 15	Diferenças entre as Organizações de Estrutura Mecanicista x Estrutura profissional	60

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Quadro 16	Proposições essenciais de Roberts Monks sobre Governança Corporativa	64
Quadro 17	Relatório Cadbury (Itens destacados)	65
Quadro 18	OCDE - Principles of Corporate Governance	66
Quadro 19	Modelos de Tendências para a Evolução da Governança Corporativa no Brasil	68
Quadro 20	Quantitativos de Atendimentos nas Principais Unidades do SASE – 1961 a 1965	73
Quadro 21	Rede Assistencial do SASE – Período de 1960 a 1985	76
Quadro 22	SASE – Quantidade de Atendimentos – ano de 2009	77
Quadro 23	SASE – Quantidade de Atendimentos por Tipo de Faturamento – ano de 2009.....	78
Quadro 24	SASE – Faturamento (Receita Líquida) dos Atendimentos de Saúde – ano de 2009	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Título de matéria publicada no jornal “O Globo” sobre a crise dos Hospitais Filantrópicos no Brasil	44
Figura 2	A Configuração da Estrutura da Organização, segundo Mintzberg	58
Figura 3	Foto da Igreja onde surgiu o SASE	72
Figura 4	Foto da 1ª sede em casa alugada (ano de 1956)	72
Figura 5	Foto das pessoas atendidas na entrega de cestas básicas	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Crescimento dos Evangélicos no Brasil	30
-----------	---	----

CAPÍTULO I

1.1 - SUMÁRIO EXECUTIVO

Os hospitais filantrópicos evangélicos no Brasil passam por uma grave crise econômica e de gestão. A análise de fatos históricos e o contexto do atual cenário dos serviços de saúde no país demonstram a necessidade de se investir em mecanismos de gestão para garantir a sustentabilidade dessas instituições.

No nosso estudo buscamos identificar o que chamamos de “quatro pilares” para a sustentabilidade dos hospitais filantrópicos evangélicos no Brasil.

O primeiro é o Pilar da Contextualização Histórica, e parte do pressuposto de que, os gestores dos hospitais filantrópicos evangélicos, precisam conhecer e contextualizar a história dos serviços de saúde no Brasil. Temos um resumo sobre os Hospitais Filantrópicos Evangélicos no Brasil, além de uma breve análise sobre uma instituição filantrópica evangélica brasileira, o Serviço de Assistência Social Evangélico (SASE). Isto é importante para que se possa compreender o ambiente político-legal e econômico em que vivem esses hospitais, bem como, para conhecer as raízes históricas dessas instituições.

O segundo Pilar é o da Sustentabilidade Institucional, e compreende que o conceito de sustentabilidade institucional ultrapassa as preocupações de equilíbrio econômico-financeiro. Para sobreviver e avançar as organizações precisam desenvolver uma relação harmoniosa entre gestão e missão institucional.

O terceiro Pilar é o da Gestão Estratégica. Os hospitais filantrópicos precisam ser administrados como empresas bem estruturadas e para isso precisam ter uma gestão estratégica e profissionalizada. No seu estudo sobre os pilares da sustentabilidade financeira para entidades sem fins lucrativos, LEON (2001) afirma que:

“O setor empresarial oferece o modelo mais bem sucedido até o momento, não para ser copiado, mas para ser adaptado à nossa realidade. A principal diferença entre os dois setores é que o superávit gerado no setor empresarial é usado para gerar riquezas individuais. No setor sem fins lucrativos, esse superávit é reinvestido na realização de uma missão. Afinal de contas, sem fins lucrativos não significa com fins de prejuízo. Se o setor empresarial é eficiente, as organizações sem fins lucrativos devem, teoricamente, ser ainda mais eficientes na consecução de seus objetivos. “Não podemos nos dar ao luxo de depender de um golpe de sorte.” (grifos meus).

Finalmente, temos o quarto Pilar, que é o da Governança Corporativa. Os hospitais filantrópicos evangélicos precisam ter uma governança corporativa efetiva, pois eles se caracterizam pela ausência de proprietários com interesse econômico, e se constituem em organizações de interesse do sistema de saúde e de toda a sociedade.

O contexto histórico e o atual cenário da saúde do Brasil, demonstram a necessidade de se melhorar a gestão dos hospitais filantrópicos evangélicos no país, que deve ser consolidada através de mecanismos que garantam a sua sustentabilidade, sem perder as suas características e especificidades comunitárias e confessionais herdadas.

1.2 – INTRODUÇÃO

Os conceitos sobre sustentabilidade e os seus pilares estão muito presentes nas discussões relacionadas com o desenvolvimento sustentável nos dias atuais. Foi na União Européia que se formulou o conceito dos *Três Pilares da Sustentabilidade*, por ocasião da Conferência de Cúpula de Copenhague e no Tratado de Amsterdã de 1997. Esse princípio, denominado “*Modelo de Sustentabilidade de Três Pilares*”, declara que a sustentabilidade não apenas abrange a herança da natureza que transmitimos para as próximas gerações. Significa também que o conceito de sustentabilidade inclui as realizações econômicas e as instituições sociais, como por exemplo, a formação do desejo pela democracia ou pela solução pacífica de conflitos. O desenvolvimento sustentável, portanto, funda-se em cada um dos pilares – ecológico, econômico e social. Se um dos três pilares se rompe, a “construção da sustentabilidade” desmorona. (BADER, 2008).

A noção de sustentabilidade para qualificar desenvolvimento sustentável viria a ganhar legitimidade a partir da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, a Rio 92, realizada em junho de 1992.

Da mesma forma que o desenvolvimento sustentável é apresentado como uma resposta para a sobrevivência da humanidade no planeta, o nosso entendimento é de que o conceito e a busca de sustentabilidade institucional pode ser é uma resposta para a sobrevivência dos hospitais filantrópicos evangélicos.

1.2.1- O Problema

A maioria dos hospitais filantrópicos brasileiros enfrenta crise financeira e de gestão. Nada menos que 1,3 mil dessas instituições, cerca de 71% do total, acumulavam em 2010 uma dívida recorde de R\$ 5,67 bilhões (cerca de €2,5 bilhões). O nosso objeto de estudo está focado nos hospitais filantrópicos evangélicos brasileiros, que, no nosso entender, passaram por três fases históricas distintas:

- a) **A fase de Fundação**, realizada graças aos esforços bem sucedidos de mobilização e de captação de recursos na comunidade;
- b) **A fase da auto-suficiência**, obtida principalmente graças aos convênios com o sistema público de previdência e de assistência médica, cuja fase áurea se deu nos anos 1970;
- c) **A fase de crise**, iniciada a partir da recessão econômica dos anos 1980, com a “quebra” da Previdência Social; e posteriormente com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que municipalizou a gestão dos convênios e dos recursos.

Porque esses hospitais foram bem sucedidos nas suas implantações, mas agora enfrentam graves problemas financeiros que colocam em risco as suas próprias sobrevivências?

1.3 - OBJETIVO GERAL

Realizar uma análise dos aspectos históricos relacionados ao desenvolvimento dos hospitais filantrópicos evangélicos no Brasil e correlacioná-los dentro do contexto atual da gestão dos serviços de saúde no país, buscando identificar o que denominamos de “Pilares” para as suas sustentabilidades.

1.4 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para viabilizar o escopo de análise pretendido no objetivo geral, procurou-se formular os seguintes objetivos específicos:

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

- Analisar a evolução histórica dos hospitais, sob as óticas da sociologia e das políticas públicas de saúde, com ênfase para as organizações religiosas e filantrópicas.
- Analisar a conceituação e prática da Sustentabilidade Institucional para as organizações.
- Analisar as estratégias de gestão dos hospitais filantrópicos em comparação com as modernas técnicas de gestão para as organizações hospitalares, sob o viés da gestão estratégica.
- Analisar a efetividade da governança corporativa nos hospitais filantrópicos.
- Analisar a aplicabilidade dos quatro pilares para sustentabilidade dos hospitais filantrópicos evangélicos, utilizando-se de um estudo de caso, o do *Serviço de Assistência Social Evangélico (SASE)*.

1.5 - HIPÓTESE

Existem fatores econômicos e históricos que explicam a crise dos hospitais filantrópicos evangélicos, no entanto, no nosso entender, os maiores problemas se encontram nos modelos de gestão e de governança adotados pela maioria desses hospitais. A nossa convicção é de que a solução passa pelo exato entendimento do que seja sustentabilidade nos dias atuais, e exige a adoção de práticas de gestão profissional e de governança corporativa efetiva.

Para o presente estudo, buscamos identificar, através de pesquisa bibliográfica e estudo de caso, fundamentos essenciais que denominamos de “*Quatro Pilares*”, que seriam a base para a sustentabilidade dos hospitais filantrópicos evangélicos, que são:

- O Pilar da Contextualização Histórica;
- O Pilar da Sustentabilidade Institucional;
- O Pilar da Gestão Estratégica; e,
- O Pilar da Governança Corporativa.

1.6 - METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo, baseado na pesquisa bibliográfica e estudo de caso. Baseia-se na busca dos sentidos presentes nas práticas discursivas e evolução histórica das organizações filantrópicas evangélicas de saúde no Brasil. Para isso foi elaborado um roteiro de itens a serem pesquisados, com dados relacionados a:

1. A contextualização histórica dos serviços de saúde no Brasil;
2. A contextualização histórica das organizações filantrópicas de saúde e das organizações filantrópicas evangélicas de saúde no Brasil;
3. A Sustentabilidade institucional ;
4. A Gestão Estratégica;
5. A Governança Corporativa.

CAPÍTULO II

O PILAR DA CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Neste capítulo pretende-se realizar um breve relato da história dos serviços de saúde no Brasil com um enfoque mais voltado para os hospitais filantrópicos, pelos seguintes motivos:

- (a) As ligações históricas dos hospitais ocidentais com a religião cristã, e a constituição das Santas Casas de Misericórdia em Portugal e no Brasil;
- (b) A trajetória da assistência de saúde no Brasil, do período colonial até os dias atuais;
- (c) As deficiências da assistência pública de saúde como fator motivador para a constituição dos hospitais filantrópicos;
- (d) As políticas públicas de previdência social e de saúde a partir de meados do século XX que incentivaram a organização de hospitais privados no país;
- (e) A política de seguridade social inaugurada pela Constituição Federal de 1988 e os novos marcos legais da saúde, que modificaram as relações do setor governamental com os hospitais privados e filantrópicos.

Este relato do desenvolvimento dos serviços de saúde no Brasil, percorre um período de 500 anos, desde a inauguração da primeira Santa Casa de Misericórdia em Portugal, em fins do século XV, até o início do século XXI com a consolidação do complexo industrial da saúde no Brasil.

Porque é relevante para o gestor dos serviços de saúde entender a dinâmica histórica e sociológica das Políticas de Saúde? Os hospitais filantrópicos evangélicos brasileiros que começaram a surgir em fins do século XIX e ganharam maior impulso em meados do século XX, são resultado da dinâmica política e econômica do Brasil nesses períodos.

Os hospitais da Idade Média, fruto da “misericórdia cristã”, evoluíram para se transformarem em complexas organizações empresariais, ou públicas, independentemente das motivações políticas ou religiosas dos seus proprietários, fundadores ou benfeitores.

Fleury & Ouverney (2008), trazem duas abordagens muito ricas para a compreensão dos “novos tempos” das Políticas de Saúde: A **primeira abordagem** é sobre a **Construção da Cidadania e o Surgimento dos Sistemas de Proteção Social**. Para isso foi se buscar a contribuição de Thomas Humphrey Marschall (1967) no seu estudo clássico: “*Cidadania, Classe Social e Status*”, onde ele afirma que a cidadania consiste em um *status* concedido a todos os membros integrantes de uma comunidade política. A partir da observação da realidade histórica da Inglaterra, ele formulou uma tipologia dos direitos de cidadania, a partir da evolução histórica distinta que cada um deles atravessou no caso inglês, que são:

“O Elemento Civil – que é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de contratos válidos e o direito à justiça. As instituições mais associadas com os direitos civis são os tribunais de justiça.

“O Elemento Político – que corresponde ao direito de participar no exercício do poder político, com um membro de um organismo investido de autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. As instituições correspondentes são o parlamento e conselhos do governo local.

“O Elemento Social – que se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições correspondentes são, de forma mais estreita, o sistema educacional e os serviços sociais.”

A **segunda abordagem** é sobre os **Modelos de Proteção Social**, ou o que FLEURY & OUVERNEY (2008), entendem ser melhor classificada por *Tipo Ideal de Proteção Social*, tendo em vista que as características são diferentes de acordo com cada caso histórico concreto na comparação entre países. Em outras palavras, cada sociedade responde à necessidade de criar políticas de proteção social de acordo com os valores compartilhados com suas instituições, com relação ao maior ou menor peso do Estado, da sociedade e da comunidade. Os três tipos identificados são:

- **O modelo de Assistência Social** – cujo eixo central reside na assistência social. As ações assistenciais devem dirigir-se aos focos de pobreza ou grupos vulneráveis. O fato de receber um benefício, ainda que tendo um caráter mais permanente, não transforma o indivíduo em possuidor de um direito. Este modelo é também conhecido como residual. Fleury (1996) denominou esta relação social como “*cidadania invertida*”, já que o indivíduo ou grupo passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social.

- **O modelo de Seguro Social** – que tem como característica central a cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. A assistência é focalizada nos pobres, e o seguro social está voltado para os grupos de trabalhadores do mercado formal. Os recursos das contribuições mensais são aplicados em conjunto para acumular e depois serem distribuídos de acordo com as necessidades, sempre mantido o vínculo entre a contribuição e os benefícios. SANTOS (1979), denominou esta relação social de “*cidadania regulada*”, cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional.

- **O modelo de Seguridade Social** – o caráter igualitário do modelo está baseado na garantia de um padrão de benefícios, de forma universalizada, independentemente da existência de contribuições anteriores. Um conjunto de políticas públicas que, inspiradas em um princípio de justiça social, garantem a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. Segundo Fleury (2008), nesse modelo podemos falar de “*cidadania universal*”, já que os benefícios são assegurados como direitos sociais.

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, previdência, saúde e assistência social passaram a fazer parte da seguridade social, introduzindo a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da Previdência Social.

2.1 - O HOSPITAL COMO UMA CRIAÇÃO DA CRISTANDADE DA ALTA IDADE MÉDIA.

Segundo GRAÇA (2000), O hospital é uma criação da cristandade da Alta Idade Média. No seu estudo denominado “*O Hospital como Expressão Institucional da Caridade Cristã*” ele assim discorre sobre as origens do Hospital:

“...Na Europa medieval que irá ser profundamente marcada pela terrível fragilidade da condição humana e pela escatologia cristã, esses hóspedes eram originariamente qualquer pessoa que necessitasse de qualquer tipo de cuidados (alojamento, alimentação, abrigo, ajuda, conforto, assistência ou tratamento): não só os doentes, os incapacitados, os deficientes, os velhos, os pobres, os vagabundos como também os peregrinos e os viajantes (Rosen, 1960; Coe, 1973, Steudler, 1974). O hospital confundia-se assim com a albergaria ou o hospício (do latim hospitiu, alojamento, hospitalidade, também derivado de hospes). Em geral, ficava junto às catedrais ou aos mosteiros, em conformidade com as instruções dos concílios ecumênicos de Niceia (325) e de Cartago (398), realizados já no período da cristianização do império romano.”

Ainda GRAÇA (1996), no seu estudo “*Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica*” dedica um capítulo sobre o assunto (denominado de “*Hospital, Pobreza e Caridade*”), onde afirma que: “A assistência aos enfermos e aos demais “*pobres de Cristo*” era, considerada como uma virtude cristã e como uma manifestação da misericórdia de Deus. Em termos metafóricos, diríamos que a caridade era vista então como uma espécie de certificado de alforro: Dar aos pobres é emprestar a Deus, ou seja, quantas melhores obras amelassem na terra, mais garantias tinha um cristão de alcançar o céu e, com ele, a salvação eterna. A caridade (sob a forma da esmola) representava um investimento seguro que não punha em causa a “*ordem natural das coisas*”: Em primeiro lugar “*dar esmola não empobrece*”; e deve dar-se apenas o supérfluo; E depois, “*mãos generosas [são sempre] mãos poderosas*”, pelo que “*não dá quem tem, dá quem quer bem*”, e seguramente “*quem deu dará, quem pediu pedirá.*” É com base neste *ethos* cristão, que se vão fundar milhares de hospitais e outros estabelecimentos similares, ao longo de séculos, de Constantinopla a Lisboa. “Não admira, por isso, que o hospital cristão medieval vá ser estruturado, até na sua própria arquitetura e na sua organização espaço-temporal, como a casa de Deus, um lugar onde, mais do que curar a doença, se cuida, sobretudo da salvação da alma.”

2.2 - ORDENS RELIGIOSAS DE ASSISTÊNCIA AOS DOENTES NA IDADE MÉDIA

Segundo MUNARO (1974), o *Monaquismo*¹ foi uma autêntica força social da Igreja, tanto para o ensino quanto para a assistência aos pobres e doentes em particular (...) Em todas as regras monacais, encontramos destacadas referências aos doentes.(...). Surgem muitas ordens religiosas totalmente voltadas para a assistência aos doentes, entre as quais destacamos: A **Ordem dos Atonianos**, surgida em Viena e na França em 1095 e que durou até 1630; a **Ordem do Espírito Santo**, fundada em 1180 por Hugo de Montpellier, e a **Ordem dos Trinitários**, que fundou um grande hospital em Roma no ano de 1209, e que no ano de 1240 contava com cerca de 600 casas e 5000 membros.

¹ - **Monaquismo Cristão** – Entendido aqui como o ideal livremente assumido de virgindade e castidade em louvor do Reino de Deus "por fiéis de ambos os sexos que abraçaram uma vida de plena imitação de Cristo e que, para além dos votos referidos, praticavam a oração e a mortificação paralelamente com obras de misericórdia", segundo José Orlandis, - *História Breve do Cristianismo*, citado por Maria Ester Vargas

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

A Interferência do Estado tem início a partir do Século XVI. Na França o Estado começa a interferir na beneficência pública, e daí em diante a sua presença será sempre mais marcante, tornando-se geral a partir da Revolução Francesa, que ocasionou na França a intervenção em cerca de 2.000 hospitais religiosos e determinou a venda de boa parte deles, o que só foi revertido em face da reação popular. Posteriormente o Estado se mostrou ineficiente para dar assistência completa à saúde e recorreu à ação suplementar da Igreja. No entanto, a ingerência direta do Estado na assistência hospitalar passou a dominar a Europa, operando uma reviravolta na estrutura assistencial implantada pela igreja e que havia durado mais de 1.000 anos. (GRAÇA , 1996)

Surgimento das Congregações Religiosas Hospitalares – A partir desses “novos” tempos surgem as ordens religiosas hospitalares, ou seja, entidades com uma visão mais especializada. Cabe destacar aqui as figuras de **João Ciudad**, que posteriormente tomou o nome de João de Deus, e foi um dos mais corajosos reformadores dos hospitais do Séc. XVI; de **Camilo de Lellis**, fundador da Ordem dos Camilianos, originalmente Servos dos Enfermos, sendo considerado o maior reformador dos hospitais na Itália, e o introdutor da idéia de ar abundante nas enfermarias, iluminação farta, higiene, alimentação sadia e cuidado atento de enfermagem; e de **São Vicente de Paula**, que em 1633 organizou uma congregação religiosa onde os seus membros deveriam dedicar-se ao serviço dos enfermos, com educação especializada; inovando também com a presença ativa da mulher e sendo pioneira na organização das mulheres para o serviço social. Importante ressaltar que o conceito de hospital nesta época era bem diferente do que começou a ocorrer a partir do Séc. XVIII, quando, segundo Michael Foucault no seu ensaio “*Vigiar e Punir*”, os hospitais começam a afirmar-se como “maquinas de curar”, o que só vem efetivamente a ocorrer, do ponto de vista terapêutico, a partir da segunda metade do século XIX, com a anestesia, a assepsia, a anti-sepsia, e sobretudo com as descobertas de Pasteur.

2.3 - AS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA EM PORTUGAL E NO BRASIL

Segundo GRAÇA (1996), “A partir do início do Século XVI, assiste-se em Portugal a um movimento de concentração dos hospitais e dos demais estabelecimentos assistenciais até então existentes, tendo o poder real um papel absolutamente decisivo nesse movimento:

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

“É sobretudo a partir de D. João II (1455-1495), já em plena época dos descobrimentos que surgem as grandes instituições de assistência, sob a forma de hospitais gerais em resultado da própria concentração do poder político e econômico na figura do rei.(...) O Hospital Real de Todos os Santos, em Lisboa, é o exemplo mais paradigmático dos grandes hospitais que se constroem na época.”

O Professor Luis Antônio de Oliveira Ramos, historiador e ex-reitor da Universidade do Porto, explanando sobre as motivações daquela época, esclarece que:

“Existiam alguns grandes hospitais urbanos, mas, a organização do novo Hospital Real visava substituir os 43 albergues e hospitais espalhados pela cidade. D. João II solicitou ao Papa a concentração num só hospital de todos os hospícios da capital, conseguindo em 1485, a autorização em causa, não só para Lisboa, como ainda para todas as cidades do Reino, onde as casas menores deveriam agregar-se à maior que em cada núcleo urbano existisse.”
(RAMOS, 1983)

Em 15 de agosto de 1498, surge a primeira Misericórdia portuguesa, a *Irmandade de Invocação a Nossa Senhora da Misericórdia*. Esta designação advém do fato de serem instituições com o estatuto de confrarias e irmandades, que se propunham realizar as *obras de misericórdia*.

Essas *obras* eram em número de catorze: sete *espirituais* e sete *corporais*, incluindo o *curar dos enfermos* (Graça, 1997). Em 1564, a irmandade assume a administração do Hospital Real de Todos os Santos. D. Manuel e seus sucessores incentivaram a criação de outras Misericórdias em Portugal e em todas suas colônias, incluindo o Brasil. Em 1525 já havia cerca de sessenta Misericórdias em atividade em Portugal, sendo que o declínio das Santas Casas em Portugal só veio a começar a partir do Século XVIII.

Segundo SANGLARD (2006), “No final da Idade Média, as confrarias e irmandades exerceram um papel importante nas sociedades, pois foram instrumentos de coesão grupal e formação de laços de solidariedade, tanto material quanto espiritual, em uma época pautada pela insegurança. O período marcou também, segundo Russel- Wood (op. cit., p. 10), o início da centralização das ações de assistência em Portugal, com a reunião dos pequenos hospitais sob os auspícios da Coroa. O final do século XV é assinalado também pelo processo de centralização monárquica e formação da burocracia régia, que se fez sentir igualmente no campo da assistência”.

Segundo ABREU (2001), “(...) tal como no Portugal metropolitano, também no ultramar as Misericórdias foram instituições fundamentais como instâncias de garantia do sistema de assistência pública, instrumentos moralizadores das comunidades, núcleos de

poder local e, portanto, estruturas homogeneizadoras de um império espacialmente descontínuo e com especificidades tão diversas como as que se refletem nos modelos institucionais e administrativos adotados”.

O início da organização de hospitais no Brasil acontece a partir de duas instituições portuguesas seculares: a Igreja (Santas Casas) e as Forças Militares. Segundo FERNANDES (2009) “no período de ocupação do território, os colonos portugueses valiam-se dum aspecto recém-consolidado da sua sociabilidade na metrópole: **o recurso à construção de uma Misericórdia**. Foi neste contexto que o fidalgo português Braz Cubas, neto do Provedor da Misericórdia do Porto, fundou primeiro uma instituição na cidade de Santos e em seguida um hospital já em meados da década de 1540. Por esta altura, a chegada de Tomé de Sousa como governador-geral da Bahia também promoveu a inauguração de uma Misericórdia, na cidade de Salvador.

Não existiu um protótipo rígido de implantação dos hospitais mesmo porque as Misericórdias no Brasil colonial, na sua maioria, não financiavam a construção dos hospitais tendo sido estes posteriormente fundados pela iniciativa da população e depois entregues às Misericórdias para os administrarem.(...) pelo menos dezesseis foram criadas entre o início da colonização portuguesa até à independência do Brasil.” Mais à frente, as transformações ocasionadas pelo surgimento do Império favoreceram as Misericórdias, já que na fase imperial do Brasil se registrou um *boom* de novas fundações em todo o território. De 1822 a 1889 foram criadas 58 novas Santas Casas de Misericórdia no Brasil.

Com relação aos hospitais militares, segundo CASTRO(1987), temos que eles começaram a ser organizados a partir da época do Marquês de Pombal, aproveitando as instalações dos Colégios e Seminários dos Jesuítas expulsos pelo Governo Português. São desta época: o Hospital Geral de Salvador (1730), então Real Hospital Militar da Bahia; o Hospital Central do Exército (1768), então Real Hospital Militar do Ultramar; o Hospital de Guarnição de Florianópolis (1769), então Real Hospital Militar da Ilha do Desterro.

2.4 – A PRÁTICA DE MEDICINA NO BRASIL COLÔNIA ATÉ A CHEGADA DA FAMÍLIA REAL.

No período compreendido entre os séculos XVI até o princípio do Século XIX os físicos ou licenciados, os cirurgiões-barbeiros, os cirurgiões-aprovados e os cirurgiões-examinados, é que praticavam a medicina no Brasil, conforme afirma LOBO (1964):

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

“A partir do século XVIII, depois de os jesuítas terem sido expulsos das colônias, o aprendizado para obter licença na colônia geralmente se dava nos hospitais da Misericórdia ou nos hospitais militares, ou ainda nas residências dos mestres das principais cidades e Vilas.”

São cerca de 300 anos de abandono na saúde pública, com os ricos se utilizando da medicina domiciliar, e com os pobres dependendo dos esforços e da caridade das Santas Casas de Misericórdia.

A vinda da família real, em 1808, muda essa realidade da assistência à saúde no Brasil. No trajeto com destino ao Rio, a comitiva de D. João VI fez escala na cidade de Salvador onde fundou a Escola de Cirurgia da Bahia, e com a chegada ao Rio de Janeiro é organizada também a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, em 2 de abril de 1808. Segundo ESCOREL(2008), apesar do surgimento das primeiras faculdades e agremiações médicas, o avanço da medicina oficial não ampliou de pronto os cuidados com a saúde da população, que permaneceu ainda se utilizando de diversos tipos de agentes de cura, naquela época denominados pelos médicos de charlatães.

2.5 – A SAÚDE NO IMPÉRIO E O SURGIMENTO DAS ASSOCIAÇÕES MUTUALISTAS

Em 1828, foi organizada a Inspetoria de Saúde dos Portos, e neste ano também as atividades de saúde ficam submetidas às câmaras municipais existentes no país. “Atuando de forma totalmente descentralizada, os municípios acabaram agindo de acordo com os interesses e as necessidades locais, normalmente definidos pela classe senhorial.

Ainda segundo ESCOREL(2008) em meados do século XIX como fim do período regencial e num contexto de crise sanitária, a autonomia dos municípios em relação às ações de saúde começou a diminuir, e a degradação do quadro sanitário do país em muito se deveu ao recrudescimento de epidemias, principalmente as de febre amarela que se transformaram num pesadelo para a população e para os governantes(...). Entre 1849 e 1851, estabeleceu-se a Junta Central de Higiene Pública, que passou a coordenar as atividades de polícia sanitária, vacinação antivariólica e fiscalização do exercício da medicina, efetuadas pelas provedorias de saúde criadas nas províncias. (...) Vale notar que, por todo esse período, a ínfima atuação do Estado na assistência médica se restringia à internação de doentes graves em lazaretos e enfermarias improvisadas, em tempos de epidemias, e à internação dos loucos no Hospício de

Pedro II, criado em 1841 pelo poder imperial. Os serviços médicos hospitalares estavam nas mãos de entidades filantrópicas, como as Santas Casas, que tinham hospitais em diversas cidades ou eram geridos por entidades mutualistas, como a Beneficência Portuguesa e outras instituições desse tipo, que aos poucos foram criadas nas grandes cidades do país.” A organização dos serviços de saúde permaneceu sem grandes mudanças até a última década do Império.

As Associações Mutualistas - Após a independência do Brasil alguns grupos de portugueses tomaram a iniciativa de criar associações onde quer que existisse uma comunidade de seus descendentes. Nasceram as associações de Beneficência Portuguesa. Elas eram, em geral, entidades criadas pelas famílias mais ricas de imigrantes, como centros de apoio – financeiro, social e médico – aos patrícios recém-chegados. O Real Hospital Português de Beneficência do Recife (PE) nasceu em 1855. Dois anos depois era criado o Hospital Português de Salvador (BA). Em 1859 surgiram a Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro, a Beneficência Portuguesa de Porto Alegre e a Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência, em São Paulo.

Para entender um pouco sobre as entidades mutualistas fomos consultar o estudo de JESUS (2007), que num paper de sua autoria, denominado de “*Mutualismo e Desenvolvimento Econômico no Brasil do Século XIX*”, nos traz as seguintes informações:

“A princípio, vale ressaltar que não podemos confundir as sociedades beneficentes (socorros mútuos) com as irmandades leigas. Além disso, devemos distinguir as mutuais das corporações de ofício, embora fosse comum que uma associação de ajuda mútua reunisse trabalhadores de uma mesma categoria profissional. Também não devemos confundir mutualismo com filantropia. As associações filantrópicas, muitas vezes no Brasil do século XIX denominadas “beneficentes”, visavam oferecer socorro aos necessitados sem que da parte destes houvesse contrapartida financeira. Mantinham com seus beneficiados uma relação de solidariedade vertical. Por sua vez, as mutuais funcionavam como organizações cooperativas, marcadas pelos laços horizontais de solidariedade. Mesmo que algumas delas se dedicassem à filantropia, o faziam em benefício não dos associados, mas de indivíduos que dela estivessem excluídos. As associações filantrópicas geralmente possuíam caráter religioso. Por seu turno, as mutuais eram leigas, embora isso não significasse que seus membros não fossem religiosos, e nem que deixassem de fazer referência a Deus ou a santos de proteção em seus estatutos, atividades regulares e festividades. A diferença é que não se ancoravam na Igreja e, raramente, faziam distinção de credo entre os associados.” (JESUS, 2007).

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

A região do Brasil que mais estimulou a vinda de imigrantes europeus e japoneses foi o Estado de São Paulo, em face da necessidade de substituição da mão-de-obra escrava e do crescimento da cultura cafeeira, onde surgem hospitais ligados às suas comunidades.

2.6 - A SAÚDE NO INÍCIO DA REPÚBLICA: “O BRASIL É UM GRANDE HOSPITAL”

Os hospitais públicos surgem apenas no final do século XIX, no período final do império e início da república, com as grandes **campanhas sanitárias**, sendo dedicados a especialidades, como o Hospital de Isolamento de São Paulo, em 1880, no âmbito do combate a um surto de varíola, que viria a se tornar o Hospital Emílio Ribas; e, no Rio de Janeiro, em 1889, o Hospital São Sebastião, especializado no tratamento de doenças infecciosas. Concomitantemente são criados hospitais públicos para doentes mentais, como hospitais de isolamento, o Pedro II no Rio de Janeiro (1852) e o Juqueri, em São Paulo (1898). Cabe destaque para a criação do Instituto Soroterápico Federal, que posteriormente foi denominado de Instituto Oswaldo Cruz, com a finalidade de produzir vacinas e soros contra doenças epidêmicas.

Apesar dos esforços de alguns, principalmente na esfera do combate às epidemias, o país vivia num contexto sanitário e social sofríveis. ESCOREL (2008), cita o discurso do Prof. Miguel Pereira, feito no ano de 1916 na Academia Nacional de Medicina, onde ele afirmou que: “*o Brasil é um grande hospital*”. Dois anos depois a pandemia de gripe espanhola chegou ao país causando uma quantidade incalculável de mortes e a desorganização social.

O período entre a Proclamação da República (1889) e o Governo de Washignton Luis (1930) é conhecido como o da “Velha República”. Nos anos 1920 aconteceram grandes transformações na saúde pública do país, destacando-se a Reforma Carlos Chagas que deu origem ao Departamento Nacional de Saúde Pública –DNSP, com muito maior poder de atuação, representando enfim uma ampliação de grande dimensão da responsabilidade pelos problemas de saúde nacionais (ESCOREL, 2008). Nesta época também o Estado republicano tomou a iniciativa de chamar a Fundação Rockefeller para um convênio que visava contribuir com a modernização da saúde pública brasileira, em consonância com os ideais de cientificidade, racionalidade e higiene. Como fruto deste convênio instala-se em São Paulo o Instituto de Higiene, precursor da Faculdade de Saúde Pública. Nas palavras do sociólogo

Gilberto Hochman (apud ESCOREL), em sua obra *A Era do Saneamento*, a ampliação da consciência das elites brasileiras em relação aos problemas sanitários nacionais, aliada à percepção da interdependência das diversas regiões do país em relação aos problemas de saúde, principalmente os relativos a doenças epidêmicas, possibilitou o crescimento das atividades públicas de saúde e saneamento no país.

2.7 – A ERA VARGAS E O FORTALECIMENTO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA.

O Início da Previdência Social no País tem como marco oficial de criação a Lei ELOY CHAVES (Decreto-Lei nº 4.682 de 24/01/1923). Seu espírito definiu o conteúdo dos instrumentos legais que forjaram a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), e marcaram o início da fase de vinculação por empresa. A primeira CAP foi criada em 1917 para os funcionários da Imprensa Nacional.

A partir de 1930 o país é sacudido por novos tempos após o golpe de estado liderado por Getúlio Vargas, que permaneceu no poder até o ano de 1945. Além de estabelecer a estrutura de saúde pública e a criação do Ministério da Educação e Saúde, o período getulista deixaria como marca a separação entre saúde pública e a assistência médica previdenciária. A saúde pública sob o comando do ministério destinava-se a controlar e erradicar doenças infecto contagiosas, endemias ou epidemias que atingiam a totalidade da comunidade nacional e não apenas grupos populacionais específicos.

A assistência médica pública era de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhe impediam de trabalhar. A assistência individual não estava sob o controle do Ministério - ou era exercida livremente pelos médicos ou, no caso dos trabalhadores, estava sob a responsabilidade dos serviços vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

A transformação das CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) tem início a partir de 1933, com os IAP's passando a congregar os trabalhadores por categorias profissionais, e garantindo, além das aposentadorias e pensões, a prestação de assistência médica para seus filiados e dependentes. Em 1953 existiam treze institutos de aposentadoria e pensões, e foi a partir deles que foram construídos grandes hospitais na capital.

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Segundo RONCALLI (2009), numa análise sobre *O surgimento da previdência social como prática de assistência à saúde por parte do Estado*, trazendo a afirmação de Bertolli Filho (1998) temos que: “Não por acaso, o surgimento dos IAP’s coincide com uma nova fase da política brasileira, estabelecida com a revolução de 1930. Com a ascensão de Getúlio Vargas e a queda das oligarquias do poder, tem-se início uma ampla reforma administrativa e política culminada com a nova Constituição de 1934 e a ditadura imposta por Vargas com o *Estado Novo* em 1937. “Trata-se de uma fase de profunda centralização e conseqüentemente de uma maior participação estatal nas políticas públicas que, em razão da característica do governo ditatorial, se corporificaram em medidas essencialmente populistas”.

Para o nosso estudo é importante destacar o período de existência dos IAP’s pois foi a partir deles que foram construídos grandes hospitais, principalmente na capital, e que a assistência médica começa a ser oferecida a maiores camadas da população, na realidade aos trabalhadores componentes das categorias seguradas. Até então os segmentos atendidos eram os ricos, os carentes nas Santas Casas, os beneficiados pelos Hospitais pertencentes às sociedades mutualistas, e os doentes endêmicos pelos hospitais de campanha. Estava sendo criada uma nova demanda de serviços de assistência médica que iria influenciar nos rumos da assistência hospitalar daí por diante. Os IAP’s, conforme quadro elaborado por Escorel (2008) citando Santos, 1987; Vianna, 1998; Malloy, 1986. (pág 359), eram os seguintes:

Quadro 1
Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP’s

Ano fundação	Instituto
1923	Caixas de Aposentadorias e Pensões para ferroviários
1926	Instituto de Previdência para funcionários da União (33 Caixas)
1930	Instituto de Previdência para funcionários da União (47 Caixas)
1932	Instituto de Previdência para funcionários da União (140 Caixas)
1933	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM)
1934	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB) Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciais (IAPC)
1938	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Transportadores de Carga (IAPTC) Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores (IAPE) Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado (IPASE)
1948	IAPTEC – (Fusão IAPE e IAPTC)
1953	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários (IAPFESP)

Fonte: Escorel (2008)

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP's foram muito importantes para o desenvolvimento dos modernos hospitais brasileiros, a partir dos anos 1950, conforme afirma **BAHIA** (2009):

“Do ponto de vista da oferta de serviços, a opção pelo credenciamento de serviços privados, potencializou a construção e as reformas de ampliação de hospitais particulares, nos anos 50 e 60, e as aspirações de inserção dos médicos no mercado de trabalho. Um médico poderia, com alguma facilidade tornar-se sócio de um hospital, ser empregado de um IAP e manter seu consultório particular para o atendimento de segurados dos IAPs, trabalhadores de empresas empregadoras que mantinham esquemas assistenciais próprios e clientes particulares. A demanda para o hospital de propriedade do médico, era, naturalmente, constituída pelos pacientes dos IAPs e empresas empregadoras, A diversificação dos vínculos tornava as condições de atuação dos então “empresário-profissionais por conta própria” mais favoráveis. O crescimento dos serviços privados e ainda dos próprios indica, portanto que os limites de despesas com assistência médica e por vezes de coberturas parece não ter afetado a conquista pelos IAP's do posto de principais compradores de serviços privados de saúde e menos ainda de sua importância como empregadores de médicos e outros profissionais de saúde. Entre 1934 e 1946 o número de estabelecimentos de saúde aumentou de 1.044 para 3.420. A proporção de estabelecimentos particulares, cerca de 50% do total, manteve-se praticamente inalterada. No entanto, o número de hospitais particulares aumentou de 1.305, em 1946, para 2.390 em 1964 e o de hospitais públicos ficou constante (442 em 1946 e 457 em 1964). Em 1963, os institutos contavam entre seus associados, aposentados e pensionistas (conforme a nomenclatura dos IAPs) com 6.938.700 de pessoas enquanto a população brasileira era estimada em 77.521 milhões de habitantes. Os gastos com assistência à saúde, variavam entre os distintos IAP's e em 1964 atingiram 21,9% do total da receita de contribuições (Oliveira e Fleury, idem e IBGE,2005).”

Até 1948 existiam cinco hospitais próprios dos IAP's. Em 1950 eram nove. Em 1966, vinte e oito e, em 1978, trinta e dois hospitais. (SCOREL, 2008).

Nesta época também tem início o modelo de **Autogestão**, que é a gestão por conta própria pelas empresas e órgãos públicos dos atendimentos médicos e planos de pensões de seus funcionários. É o exemplo da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil-CASSI que foi fundada em 1944. Iniciativas semelhantes surgiram em outros setores; e no serviço público, nos dias atuais, a maior entidade é a Fundação de Seguridade Social - GEAP que reúne os funcionários da União Federal, e que congregava em 2006 cerca de 800.000 beneficiários.

2.8 - O PERÍODO DA REDEMOCRATIZAÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO (1946-1963)

Foi no contexto das mudanças econômicas e políticas do período de 1946-1963 que ocorreu a criação e consolidação do complexo médico-hospitalar de assistência à saúde no país. Em 1946 com a queda do Presidente Getúlio Vargas, deposto pelo alto comando do exército, é eleito para presidente o general Eurico Gaspar Dutra (1946-1951). Segundo ESCOREL (2008), no âmbito da saúde pública, durante o governo Dutra, o Sanitarismo Campanhista, centralizador e autoritário, alcançou o auge. Em 1950 é aprovado o Plano Salte (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) que seria implementado no quinquênio 1950-1954, mas que não foi bem sucedido na área de saúde. Em dezembro de 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social - SANDU.

Os Serviços Médicos nas Empresas - Com o processo da industrialização, principalmente em São Paulo, tem início a instalação de serviços médicos nas empresas. Segundo BAHIA (2005), “O Serviço Social da Indústria - SESI, em 1955, constatou em pesquisa nas 43 empresas industriais de maior porte que todas ofereciam serviços médicos aos seus empregados.” NOGUEIRA (1967, citado por Bahia,2005) afirma que: “*Com o desenvolvimento da indústria no Brasil tornarem-se mais numerosos os serviços médicos de empresa (...). Mesmo quando o Governo Federal criou os institutos de previdência social, as enormes falhas destes no setor assistencial levaram empregadores a procurar suprir suas deficiências, proporcionando aos seus empregados a assistência médica que estes deixavam de receber das entidades governamentais*”.

A Previdência Social se torna a maior compradora de serviços médicos do país -
As mudanças ocorridas na Previdência Social abrem o caminho para o fortalecimento da rede hospitalar privada, que anos à frente vão contribuir para a grave crise de financiamento dos serviços hospitalares nos anos 1980. A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), aprovada em 1960, uniformizou os direitos dos segurados de todos os IAPs. Segundo MARTINS (2005), a possibilidade de os Institutos poderem fazer convênios para o atendimento dos segurados fez com que se tornassem compradores de serviços privados, o que viria a transformar a Previdência Social, anos após, na maior compradora de serviços médicos do país.

2.9 – O GOVERNO MILITAR: AUTORITARISMO E PRIVATIZAÇÃO – 1964-1974.

Segundo ESCOREL (2008), durante a primeira década do regime militar configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde, caracterizado pela preponderância da lógica e do modelo da previdência social sobre o Ministério da Saúde, que foi enfraquecido normativa e financeiramente. Essa preponderância foi construída a partir da concentração de recursos na esfera da previdência social. A primeira medida foi a criação do **Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)**, em 1966, com a unificação de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) no INPS, o que significou a centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios para todos os trabalhadores segurados, sem alterar a tendência de expansão dos serviços, em particular da assistência médica e da cobertura previdenciária.

Os cidadãos que não contribuíam para a previdência social obtinham atenção à saúde em centros e postos de saúde pública, desde que integrassem o perfil dos programas (materno-infantil, tuberculoses, hansenianos, etc.), em serviços de saúde filantrópicos, ou em consultórios e clínicas privadas, desde que tivessem poder aquisitivo para comprar serviços.

Até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pela rede de serviços próprios dos IAPs, composta por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. A partir da criação do INPS, constatada a incapacidade da rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros. No caso da previdência, o INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde.

A contratação de serviços privados de saúde, especialmente hospitais e laboratórios, era feita por meio de credenciamento e remunerada por um índice denominado de Unidade de Serviço (US), modalidade de pagamento denominada por Carlos Gentile de Mello (1981, apud Escorel) como “*fator incontrolável de corrupção*”. Na medida em que os preços tabelados em US eram baixos e na ânsia de tornar a medicina uma atividade lucrativa, os serviços inventavam pacientes ou ações que não tinham sido praticadas ou ainda escolhiam fazer apenas aquelas que eram bem remuneradas. O estímulo à iniciativa privada pode ser evidenciado no aumento do número de leitos privados lucrativos: em 1960, 62% do total de leitos no país eram privados, dos quais 20% pertenciam aos subsetores lucrativos; em 1975, 68% dos leitos eram privados, dos quais 45% pertenciam aos subsetores lucrativos.

2.10 - O SURGIMENTO DA MEDICINA SUPLEMENTAR

Como uma evolução natural aos serviços médicos oferecidos pelas empresas aos seus empregados, surgiram as empresas de medicina de grupo. As empresas passavam a ficar responsáveis pela assistência médica aos seus empregados, e dessa forma reduziam as suas contribuições para o INPS. Segundo MARTINS (2005), as normas que regulariam o convênio-empresa foram estabelecidas em 1966 (decreto Lei nº 66, de 21/11/1966). Anteriormente, coube ao IAPI (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários) firmar o primeiro convênio empresa com a montadora Volkswagen. O Prof. Hesio Cordeiro (citado por MARTINS) afirma que a criação do convênio-empresa veio conciliar os interesses em jogo, pois o IAPI sofria pressões dos beneficiários devido às filas em frente aos seus postos de atendimento. Criava-se o espaço para o surgimento de empresas de planos de pré-pagamento contratadas para fins de assistência médica.

Segundo BAHIA (2005), a orientação privatizante das políticas de assistência médica emanadas da Previdência Social traduziu-se, na prática, pela convocação, criação e consolidação de empresas de planos de saúde. Para os fundadores das primeiras empresas de medicina de grupo, o que as caracterizaria seria o atendimento médico nos ambulatórios das próprias empresas. Essa base assistencial e a perspectiva de uma entrada de recursos advindos dos planos pré-pagos aliados a um rigoroso gerenciamento do uso dos serviços inaugurariam um novo sistema. Esse novo sistema, nas diversas estruturas que o compõem, atende hoje a cerca de 46 milhões de brasileiros, dados de março de 2011, e teve uma movimentação financeira de R\$ 74,3 bilhões em 2010, ou cerca de cerca de € 33 bilhões (cotação para venda, em 21/07/2011), conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, disponíveis no seu site (<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>) e resumidos no Quadro 2 abaixo:

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Quadro 2
Dados da Medicina Suplementar no Brasil – 2011

- Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial			
Ano	Beneficiários em plano privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos	
Mar / 2011	46.634.765	15.268.093	

- Operadoras em atividade com beneficiários			
Ano	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas	Operadoras com registro ativo com beneficiários
Mar / 2010	1.042	375	1.417

- Receita de contraprestações das operadoras			
Ano	Receitas das operadoras médico-hospitalares	Receita das operadoras exclusivamente odontológicas	Receita Total do setor
2010	R\$ 72.737.732.174	R\$ 1.654.491.364,	R\$ 74.392.223.538,

Fonte: Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde/ANS/MS – 09/06/2011 (Internet: <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>, acessado em 21/07/2011)

2.11 - A CRIAÇÃO DO MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA. - O FIM DO REGIME MILITAR. - A CRISE DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E O SURGIMENTO DO NOVO MOVIMENTO SANITÁRIO.

No período do governo do General Ernesto Geisel (1974-1979) o Ministério da Saúde limitou-se a um papel secundário. O II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) estabelecia: “(...) dois grandes campos institucionais – o do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; e o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado (Brasil, II PND:73). Segundo Eugênio Vilaça Mendes (citado por Escorel (2008):” A divisão dos territórios traçada neste plano foi consolidada, no ano seguinte, na Lei nº 6.229, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, e que se constituiu no “Tratado de Tordesilhas” da saúde.

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Em 1974 foi organizado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que passou a ser o 2º orçamento da União. Segundo ESCOREL (2005), “No comando desta instituição financeiramente dominante estava a aliança entre os interesses privados e a burocracia estatal, que prepararam as condições para uma crescente privatização dos serviços médicos prestados aos previdenciários.” Neste período foi criado também o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Em 1974, a ampliação da assistência médica foi estimulada a partir da implantação do Plano de Pronta Ação (PPA), que consistia na universalização do atendimento médico, principalmente de emergência. A previdência comprometia-se a pagar esse atendimento tanto à rede pública quanto à rede privada, independentemente do vínculo previdenciário do paciente. Este novo Plano propiciou o credenciamento de muitos hospitais e dos denominados Postos de Urgências (PU’s) em todo o país.

Ainda em 1974 foram regulamentadas as aplicações dos recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que se tornou uma grande fonte de financiamento para construções de hospitais pela iniciativa privada, como afirma Braga & Paula:

“(...) Com o FAS fecha-se, portanto, o ciclo de apoio financeiro governamental ao setor privado da assistência à saúde – ótimas condições de empréstimos, garantias pela Previdência Social do pagamento dos serviços produzidos (demanda canalizada) fazem da assistência à saúde um negócio altamente lucrativo.” Braga & Paula (1981:131-142, citados por Escorel,2005):

O último governo do regime militar teve como presidente o General João Figueiredo (1979/1985), e ficou marcado pela grave crise econômica que atingiu o Brasil e o mundo. A recessão teve repercussões em todas as áreas e a Previdência Social não ficou de fora com a redução das suas receitas. Em 1981 tornou-se evidente a “**crise da previdência**”, com um grande déficit financeiro que muitos atribuíam à assistência médica previdenciária, apesar dos gastos com assistência médica terem sido reduzidos. Em 1982, os gastos com assistência médica representavam 20% do total de gastos da previdência social, comparando-se com os 30% dos gastos em 1976. A evolução dos gastos federais com Saúde demonstram que a primeira metade dos anos 80 foi de forte redução.

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Quadro 3

Evolução dos Gastos Federais com Saúde em Relação ao PIB e *Per Capita* Brasil, 1980-1992

Anos	Gasto Federal (US\$ milhões de dezembro de 93)	PIB (%)	Per Capita (US\$ 1,00)
1980	8.221,3	1,75	67,8
1981	7.650,1	1,74	61,7
1982	7.985,5	1,75	62,9
1983	6.384,2	1,55	49,2
1984	6.654,8	1,60	50,2
1985	7.661,0	1,60	56,5
1986	8.201,8	1,56	59,2
1987	11.867,2	2,33	83,9
1988	11.183,4	2,31	77,4
1989	12.623,1	2,52	85,6
1990	10.539,0	2,32	70,1
1991	8.750,4	1,97	57,1
1992	7.327,7	1,67	46,9

Fonte: Escorel (2008)

Os hospitais filantrópicos experimentaram alguns dos seus piores momentos de crise nos anos 1980, que são anos críticos em termos de redução dos gastos federais com saúde.

O Novo Movimento Sanitário - Segundo ESCOREL (2005), “Durante os anos Geisel, o movimento sanitário começou a ocupar espaços como um pensamento contra-hegemônico, com baixa capacidade de interferência nas decisões institucionais. Porém, a participação serviu para acumular experiências nas instituições federais gestoras dos serviços de saúde ou definidoras da política de saúde, em secretarias municipais de Saúde e em outras *loci* da máquina governamental setorial. Essa experiência acumulada irá traduzir-se nos projetos que o movimento sanitário desenvolveu, durante os anos do Governo Figueiredo, desde o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsauúde) até as Ações Integradas de Saúde (AIS).”

Nos anos de 1980 merecem destaque, como iniciativas formuladoras de pensamentos que levaram ao Novo Movimento Sanitário:

- (a) O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva - Abrasco;
- (b) Os movimentos dos Médicos Residentes e de Renovação Médica;
- (c) O campo de atuação na área de docência e pesquisa, com destaque para o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e a Escola Nacional de Saúde Pública -ENSP;

- (d) Experiências institucionais, tais como o Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus), o Projeto Montes Claros (PMC), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), e as experiências desenvolvidas nas cidades de Niterói, Campinas e Londrina, que tiveram por modelo a extensão de cobertura através dos serviços básicos e de atenção primária.

2.12 - A NOVA REPÚBLICA. - A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.

O governo da chamada “Nova República” tem início em 1985 com o Governo José Sarney (1985/1990), e nessa época ocorre a nomeação de representantes do *Novo Movimento Sanitário* para importantes cargos de direção no Ministério da Saúde e no Ministério da Previdência Social, o que possibilitou uma inflexão nos rumos da política nacional de saúde.

A incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde veio a ocorrer no final do governo, e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, significou a consolidação das propostas do movimento sanitário. Em 1986 têm início os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte o que resultou na aprovação da nova **Constituição da República**, em 1988, a partir da qual a saúde passou a ser considerada como **direito de todos e dever do Estado**, conforme dispõem o seu Art. 196.

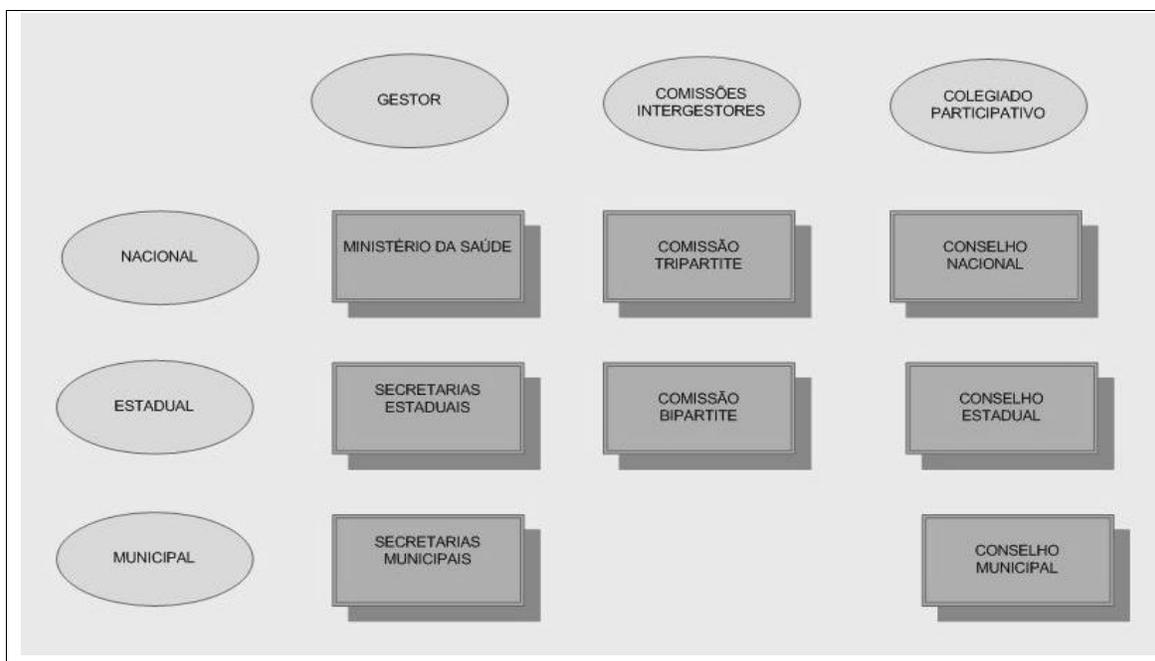
Em 1987 foi aprovado o decreto que criou os *Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)*, visando a descentralização dos serviços de saúde. “*A idéia do SUDS surgiu como uma estratégia ponte, uma estratégia transitória para a chegada ao Sistema Único de Saúde*” (Cordeiro apud Faleiros et al., 2006:78; citado por Escorel). Na proposta do SUDS, incluíam-se, entre outros, o enxugamento da máquina previdenciária de nível estadual; a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo, e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado.

A implantação do Sistema Único de Saúde - SUS no Brasil, tem início após a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8080, de 19/09/90), e se materializa com a reformulação dos papéis dos entes governamentais na prestação de serviços e na gestão dos serviços de saúde; além da adoção de novos critérios de transferência de recursos financeiros destinados à saúde, a criação das instancias colegiadas de negociação, integração e decisão, envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários.

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo NORONHA (2005), o modelo do SUS pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de: (1) gestores do sistema em cada nível de governo; (2) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação de diferentes esferas de governo, a Comissão Intergestores Tripartite (federal) e as comissões Intergestores Bipartites (uma por estado); (3) conselhos de secretários de Saúde nos âmbitos nacional e estadual; (4) Conselhos de Saúde de âmbitos nacional, estadual e municipal, além da realização periódica das Conferências de Saúde. O arcabouço institucional e decisório do SUS pode ser resumido no quadro abaixo:

Quadro 4
Arcabouço Institucional e Decisório do SUS



Fonte: SOUZA, 2002, pag. 36.

2.13 - O ATUAL CENÁRIO: O SURGIMENTO DO COMPLEXO INDUSTRIAL DA SAÚDE NO BRASIL.

Vivemos hoje uma nova realidade na área de saúde, com o que é denominado de Complexo Industrial da Saúde. Segundo GADELHA (2003), “O espaço econômico e institucional que envolve o setor saúde tem passado por profundas transformações no Brasil, seguindo, tardiamente, a tendência dos países desenvolvidos, se bem que em condições históricas e institucionais – e, portanto, estruturais – bastante específicas.” Ele identifica três grandes grupos de atividades, que são:

- **O primeiro** congrega as indústrias de base química e biotecnológica, envolvendo as indústrias farmacêutica, de vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico.
- **O segundo grupo** congrega um conjunto bastante díspar de atividades de base física, mecânica, eletrônica e de materiais, envolvendo as indústrias de equipamentos e instrumentos mecânicos e eletrônicos, órteses e próteses e materiais de consumo em geral.
- **O terceiro grupo** de atividades congrega os setores envolvidos com a prestação de serviços de saúde, englobando as unidades hospitalares, ambulatoriais e de serviços de diagnóstico e tratamento.

O Complexo Industrial da Saúde em números, segundo dados do Ministério da Saúde, já apresenta um desempenho impressionante, entre os quais destacamos:

- O ministério da Saúde compra anualmente R\$ 8 bilhões entre medicamentos, equipamentos e produtos.
- No Brasil, o setor saúde representa 8% do Produto Interno Bruto (PIB), ao movimentar R\$ 160 bilhões.
- Cerca de 10% da população brasileira ativa têm vínculo empregatício com o setor de saúde.
- O mercado farmacêutico nacional movimenta R\$ 28 bilhões, com alta taxa de crescimento anual, colocando-se entre os 10 maiores do mundo.

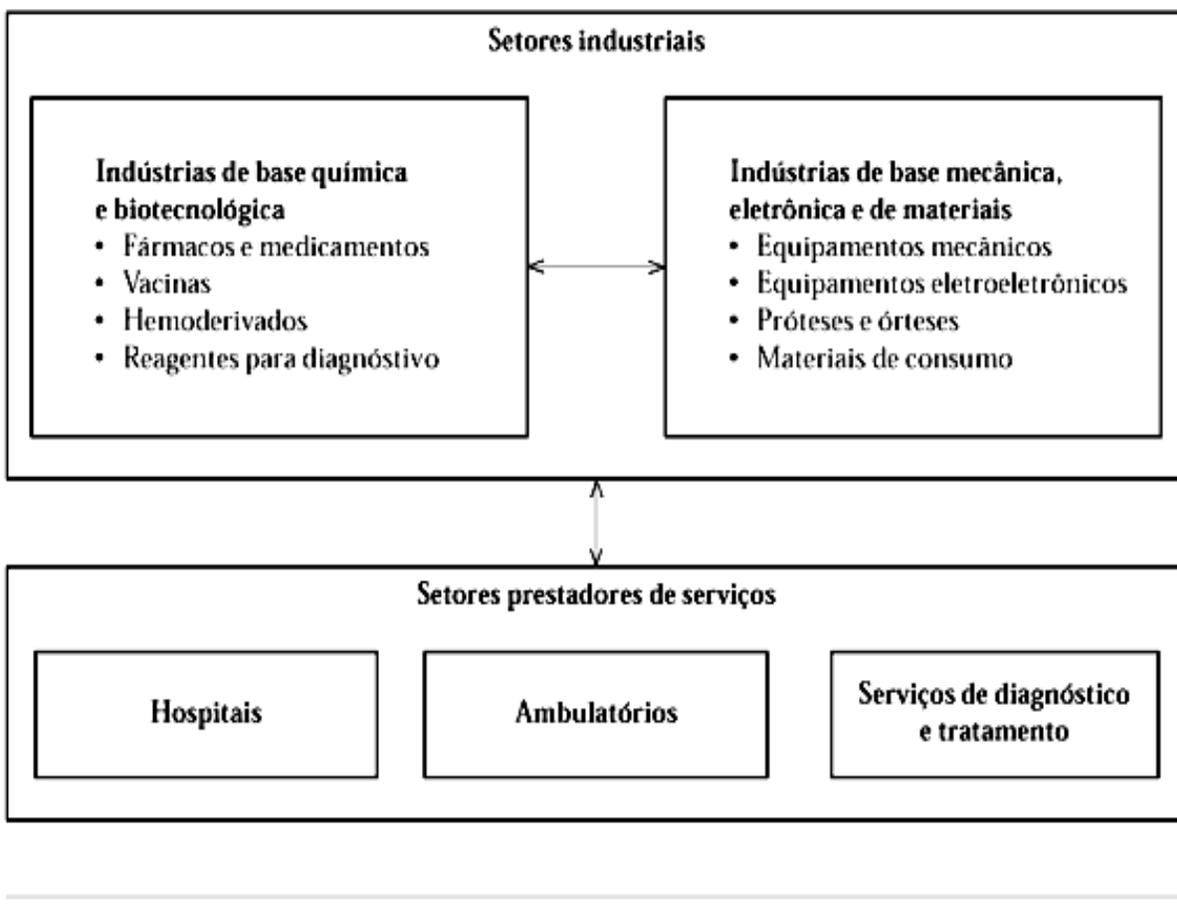
QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

- Na área de equipamentos, o mercado público brasileiro responde por cerca de 50% do mercado. Também é responsável pela aquisição de mais de 90% das vacinas e algo em torno de 25% dos medicamentos.
- Em 2006, o gasto direto com produtos e insumos industriais somava 15% dos recursos da saúde.
- O mercado mundial do Complexo Industrial da Saúde é avaliado em US\$ 1 trilhão, sendo US\$ 670 bilhões da indústria farmacêutica.

Quadro 5
O Complexo Industrial da Saúde - Brasil

Figura 1

Complexo industrial da saúde – caracterização geral



Fonte: GADELHA (2003)

CAPÍTULO III

O SEGMENTO EVANGÉLICO NO BRASIL E OS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS

DIAS & FERREIRA (2005), afirmam que o Movimento Evangélico no Brasil ainda é um fenômeno pouco estudado, apesar do seu grande crescimento. Atualmente, vários estudos foram realizados a respeito de diversos aspectos do Protestantismo no Brasil. Há monografias sobre algumas igrejas e o seu relacionamento com a sociedade em geral. A obra educacional é lembrada por diversos autores. Há estudos sobre a participação política dos evangélicos, principalmente depois da Constituinte de 1988. Contudo, percebe-se um grande vácuo ainda nas pesquisas a respeito desse importante segmento religioso, e mais ainda para a sua atuação na área da saúde, conforme destacam:

“A história da participação dos evangélicos na área da saúde é um trabalho ainda por ser feito. Temos histórias de alguns hospitais evangélicos no Brasil contadas por pessoas que participaram da sua fundação ou do seu funcionamento, mas ainda não temos estudos acadêmicos a respeito.” (grifo meu)

Ainda segundo Dias & Ferreira (2005), Jean P. Bastian estabeleceu uma tipologia da inserção do protestantismo na América Latina, onde afirma que o protestantismo penetrou na América Latina no início do século XIX com o apoio discreto dos dirigentes liberais. Esses dirigentes permitiram a criação de escolas pelos protestantes e enviaram seus filhos para estudarem nelas. Os primeiros protestantes eram vendedores de Bíblias, pedagogos, comerciantes e homens de negócio. As primeiras igrejas protestantes eram destinadas primeiramente aos residentes estrangeiros. No período seguinte, que se situa por volta da metade do século XIX, além das primeiras igrejas de estrangeiros, surgiram dois novos tipos de igrejas: (1) **Igrejas de imigrantes** – surgida da imigração massiva de europeus de origem protestante, principalmente no Cone Sul, geralmente de classe social muito modesta, que vieram tentar uma vida nova nos países em que se instalaram; (2) **Igrejas de Missão** – origem das chamadas igrejas históricas (presbiterianas, batistas, metodistas, episcopais, luteranas), na sua maioria norte-americanas, que vieram motivadas pelo esforço conversionista de instalar suas igrejas em diversos países latino-americanos, com os primeiros missionários permanentes aportando no Brasil em 1855 com o objetivo de estabelecer igrejas. O terceiro

período é o da decadência da influência européia e a consolidação da influência americana, já no início do século XX.

3.1 - O CRESCIMENTO DO SEGMENTO EVANGÉLICO NO BRASIL

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE, no estudo denominado de *Tendências Demográficas: Uma Análise da População com Base nos Resultados dos Censos Demográficos de 1940 e 2000*, divulgado em maio de 2010: quanto à religião, nesses 60 anos, os evangélicos cresceram de 2,6% para 15,4% da população. O estudo mostrou uma expressiva redução de católicos apostólicos romanos de 95% para 73,6% da população no período 1940/2000.

O segmento religioso evangélico cresceu mais que o dobro do crescimento médio da população durante mais de 20 anos. De 1970 até 1980 cresceram 5,06% ao ano enquanto a população cresceu 2,48% ao ano. De 1980 a 1991, este crescimento continuou numa taxa semelhante, apesar do crescimento da população diminuir um pouco (5,18% ao ano - evangélicos e 1,93% ao ano - população). De 1991 a 2000, a diferença entre o crescimento da população e o crescimento dos evangélicos aumentou; o crescimento dos evangélicos chegou a superar em quatro vezes o crescimento da população do país (7,43% ao ano - Igreja e 1,63% ao ano – população).

Segundo o site da SEPAL (2010), em 1970 o Censo constatou uma população evangélica de 4,8 milhões; em 1980 foi de 7,9 milhões; em 1991 foi de 13,7 milhões; e em 2000 foi de 26,1 milhões. Este gráfico mostra que, se o crescimento constatado entre 1991 e 2000 continuar, a população evangélica brasileira chegará a aproximadamente 55 milhões no ano 2010. E se o crescimento continuar neste ritmo, a igreja evangélica do Brasil alcançará 50% da população no ano 2022.

Gráfico 1:
Crescimento dos Evangélicos no Brasil:



3.2 - HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO BRASIL

Na área da Saúde, segundo FASCINA (2009), a filantropia² no sistema de saúde brasileiro está diretamente relacionada à emissão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) e às isenções fiscais decorrentes, sendo que a quantidade de hospitais filantrópicos em **2007** era de 1515 estabelecimentos, cerca de 23% do total dos hospitais brasileiros, sendo:

Quadro 6
Número de unidades por tipo de prestador, na categoria Hospitais. Dezembro, 2007

Tipo de estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado	Sindicato	Total
Hospital especializado	285	156	810	0	1.251
Hospital Geral	1674	1353	2151	5	5.183
Hospital Dia	61	6	284	0	351
Total	2.020	1.515	3.245	5	6.785

Fonte: CNES, 2007 – Acesso em Março de 2009.

A distribuição dos hospitais filantrópicos segundo as suas naturezas associativas foi levantada em 2001 em estudo promovido pelo BNDES (2002) “*Hospitais Filantrópicos no Brasil*”, que naquela ocasião levantou um total de 1.414 hospitais filantrópicos, sendo:

Quadro 7
Distribuição dos Hospitais Filantrópicos por Natureza Associativa

Natureza	Hospitais	
	Qtd	%
Religiosa Adventista	1	0,07
Religiosa Católica	359	25,39
Religiosa Espírita	33	2,33
Religiosa Evangélica	25	1,77
Sociedade Comunitária	236	16,69
Sociedade Profissional	11	0,78
Sociedade Sindical	4	0,28
Sociedade de Nacionalidade	6	0,42
Não sabe / não resposta	739	52,26
Total	1.414	100,00%

Fonte: Estudo do Setor Hospitalar Filantrópico no Brasil – Pesquisa BNDES – ENSP/FIOCRUZ

² Adotando as definições do estudo do BNDES, temos que o Sistema Único de Saúde – SUS classifica hospitais como filantrópicos, levando em conta três categorias: a) filantrópicos sem isenção dos tributos e contribuições sociais; b) filantrópicos com isenção dos tributos e contribuições sociais; c) filantrópicos com isenção dos tributos e contribuições, exceto a COFINS. Para uma entidade ser considerada filantrópica é necessário, dentre outras exigências, fazer jus ao Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) – documento fundamental para a obtenção das isenções e imunidades tributárias. A partir de 1998 as principais exigências para o fornecimento do CEBAS e a concessão das isenções previdenciárias passou a ser a comprovação de 60% dos atendimentos ao SUS, considerada a capacidade instalada da entidade, ou que seja definida como “hospital estratégico” pelo Ministério da Saúde.

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

A seguir, no quadro 8, estão relacionados os hospitais e policlínicas evangélicas identificados no país através de pesquisa no site Google, considerando as suas vinculações a associações evangélicas de fato e as suas classificações como entidades sem fins lucrativos.

Quadro 8
Hospitais Filantrópicos Evangélicos no Brasil

Ord	Nome do Estabelecimento	Estado
1	Hospital Adventista de Belém	Pará
2	Hospital Adentista de Manaus	Amazonas
3	Hospital Evangélico de Pernambuco	Pernambuco
4	Clinica Adventista da Bahia	Bahia
5	Hospital Evangélico da Bahia	Bahia
6	Hospital Evangélico de Mato Grosso	Mato Grosso
7	Hospital Evangélico Goiano	Goiás
8	Hospital Presbiteriano Dr. Gordon – Evangélico de Rio Verde	Goiás
9	Hospital Evangélico Dr. e Sr ^a . Goldsby King	Mato Grosso Sul
10	Hospital Adventista do Pêfigo	Mato Grosso Sul
11	Hospital Evangélico de Vila Velha	Espírito Santo
12	Hospital Evangélico de Cachoeiro do Itapemirim	Espírito Santo
13	Hospital Evangélico do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
14	Serviço de Assistência Social Evangélico - Realengo	Rio de Janeiro
15	Serviço de Assistência Social Evangélico – Duque de Caxias	Rio de Janeiro
16	Serviço de Assistência Social Evangélico – Itaguaí	Rio de Janeiro
17	Serviço de Assistência Social Evangélico – São Mateus	Rio de Janeiro
18	Hospital Evangélico de Belo Horizonte	Minas Gerais
19	Hospital Evangélico de Carangola	Minas Gerais
20	Hospital Evangélico de Governador Valadares	Minas Gerais
21	Hospital Evangélico de Mantena	Minas Gerais
22	Hospital Evangélico do Sorocaba	São Paulo
23	Hospital Evangélico Samaritano de Campinas	São Paulo
24	Hospital Adventista de São Paulo	São Paulo
25	Hospital Evangélico de Curitiba	Paraná
26	Hospital Evangélico de Londrina	Paraná
27	Hospital Evangélico de Ponta Grossa	Paraná
28	Hospital Evangélico de Brusque	Santa Catarina
29	Hospital Bethesda (Joinvile)	Santa Catarina
30	Hospital Montenegro	Rio Grande Sul
31	Hospital Independência de Porto Alegre	Rio Grande Sul
32	Hospital Nova Petrópolis	Rio Grande Sul
33	Hospital Luterano de Porto Alegre	Rio Grande Sul
34	Clinica Adventista de Porto Alegre	Rio Grande Sul

Fonte: Google, acessado em 01/08/2010

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Acreditamos que existam muitas outras instituições filantrópicas evangélicas de saúde no país, mas as suas identificações exigirá uma pesquisa mais apurada.

A primeira experiência de cooperação evangélica para a organização de um hospital teve início na cidade do Rio de Janeiro, quando foi organizada juridicamente a Associação Fundadora e Mantenedora do Hospital Evangélico, em 11 de outubro de 1887. A segunda iniciativa ocorreu na cidade de São Paulo, quando, segundo Dias & Ferreira (2005), em 1890 reuniram-se alguns membros da 1ª Igreja Presbiteriana de São Paulo, com o plano de formar uma Sociedade Evangélica para a manutenção de um hospital, que veio a se constituir no Hospital Samaritano de São Paulo.

No Brasil o modelo clássico de levantamento de recursos para a realização de projetos de hospitais evangélicos, na maioria dos casos, envolveu a participação de um grupo de igrejas protestantes locais, que se organizaram na forma jurídica de associação para levantar fundos e depois administrar o hospital. Como já referido, a literatura é escassa e não encontramos nenhum livro específico sobre o assunto. Seria muito interessante o aprofundamento do assunto em uma nova pesquisa, o que exigiria estudos de campo em alguns estados do país. No **Anexo 1**, estão destacados, de forma resumida, algumas informações sobre três hospitais evangélicos no Brasil:

- o Hospital Evangélico do Rio de Janeiro,
- o Hospital Samaritano de São Paulo e
- o Hospital Evangélico de Curitiba.

CAPÍTULO IV

O PILAR DA SUSTENTABILIDADE INSTITUCIONAL

Segundo a Wikipédia “Sustentável” provém da palavra latina “sustinere”, e significa “manter vivo”, “defender”. Durante muito tempo o conceito de sustentabilidade esteve associado à viabilidade econômica das organizações; depois esteve fortemente associado às questões ambientais. Mas o conceito tem evoluído e "**Sustentabilidade" hoje em dia é usado num sentido amplo**, sendo aceito como um **conceito sistêmico**, relacionado com a continuidade dos aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais da sociedade humana.

Sustentabilidade para uma organização empresarial nos dias atuais significa que a mesma precisa possuir mecanismos gerenciais e financeiros adequados e eficientes à geração de lucros, manutenção da qualidade dos serviços, com investimentos em novas tecnologias e com vistas à melhoria contínua, responsabilidade social e ambiental.

Sustentabilidade para um hospital filantrópico nos dias atuais significa que, além dos mecanismos gerenciais e financeiros eficientes, é preciso ter a visão de desenvolvimento institucional que, segundo os estudos de ARMANI (2001), deve enfatizar dois enfoques:

(a) O **Enfoque Organizacional**, que privilegia os desafios da gestão e das condições de eficácia e eficiência (...) e tende a enfatizar um papel mais instrumental e operacional, preocupando-se com a sua profissionalização, por intermédio de planejamento estratégico, captação de recursos, gestão administrativo-financeira e capacitação técnica dos recursos humanos;

(b) O **Enfoque Institucional** ou Sistêmico, que atua de forma articulada à dimensão sociopolítica da organização, isto é, sua base social e legitimidade, sua transparência e credibilidade (*accountability*), sua rede de interlocução e ação conjunta com as organizações da sociedade civil e com o Estado. Para as instituições filantrópicas a sustentabilidade institucional se faz através da liderança que consegue explorar o seu ambiente socioeconômico, focar suas energias em uma causa, mobilizar colaboradores e a comunidade e inspirar outros a lutarem por valores e princípios. A sustentabilidade institucional é um novo princípio norteador para o desenvolvimento organizacional dos hospitais filantrópicos, que não podem mais privilegiar apenas os aspectos econômico-financeiros, visto que o foco na captação de recursos, por si só, não garante mais a sustentabilidade das entidades.

As mudanças no Estado brasileiro, as novas tendências na cooperação internacional, assim como o aparecimento de novos atores no campo social fazem com que as organizações tenham de se reinventar como atores sociais relevantes. Elas agora têm de se justificar perante a opinião pública e a mídia como nunca antes; e também credenciar-se política e tecnicamente perante o Estado, o setor privado e as universidades. Diante desses desafios, as organizações sociais brasileiras tem sido encorajadas a aprofundar o seu desenvolvimento institucional, ampliar e consolidar as formas de intervenção articulada, projetar-se no espaço público, buscar a diversificação das suas fontes de sustentação, e dotar-se de sistemas e instrumentos gerenciais mais eficientes. **ARMANI** (2001)

ARMANI identifica alguns vetores para o “desenvolvimento institucional” de entidades, entre os quais destacamos: **(a)** Base social; **(b)** Legitimidade e relevância da missão; **(c)** Sustentabilidade; **(d)** Organização do trabalho e gestão democrática e eficiente; **(e)** Quadro de recursos humanos adequados; **(f)** Capacidade de produção e sistematização de informações e conhecimentos; **(g)** Poder para influenciar processos sociais e políticas públicas; **(h)** Capacidade para estabelecer parcerias e ações conjuntas.

Para FOWLER (2000), uma organização que aspira a sustentabilidade, além de desenvolver suas capacidades internas, deve ser capaz de manter uma boa reputação; lidar com a incerteza; inovar; gerir impactos e recursos, bem como desenvolver processos de aprendizagem organizacional.

4.1-INDICADORES DE MEDIÇÃO DE SUSTENTABILIDADE NAS ORGANIZAÇÕES.

“Só é gerenciado aquilo que se mede” (Kaoru Ishikawa)

O grande desafio de uma entidade é reposicionar a sua estratégia de sustentabilidade, o que implica em avaliar o seu papel, o papel de sua intervenção e o modelo de organização interna. O primeiro passo, ao nosso ver, deve ser o da identificação de indicadores para medição da sua sustentabilidade organizacional, seguido de um planejamento estratégico que conte com a participação das representações dos atores envolvidos (stakeholders).

SACHS, Ignacy apresentou uma visão sistêmica e integrada do desenvolvimento, compreendendo cinco dimensões, que devem ser consideradas simultaneamente nos processos de planejamento, que são: a social, a econômica, a ecológica, a espacial e a cultural.

Um modelo de indicadores de sustentabilidade é o adotado no estudo de OLIVEIRA (2002, apud Souza & Valadão Jr, 2010), que é resultado da sua tese de doutorado, intitulada “*M.A.I.S. - Método para avaliação de indicadores de sustentabilidade organizacional*”, e se baseia em três dimensões de sustentabilidade: a econômica, a social e a cultural.

OLIVEIRA (2002) associou os indicadores correlacionados nas normas de gestão mundialmente aceitas: a Norma ISO 9000 – gestão de sistemas de qualidade; a Norma ISO 14000 – gestão ambiental; a Norma BS 8800 – análise dos sistemas de gestão de segurança e saúde ocupacional; e a Norma SA 8000 – parâmetros de verificação da responsabilidade social nas organizações; com algumas subcategorias propostas por SACHS (1993). No seu estudo, Oliveira, citando Sachs, incluí um campo de sustentabilidade denominado de Espacial, com indicadores muito importantes para adoção pelas entidades, que são: Existência de Planejamento Estratégico; Obediência a requisitos legais; Atuação com Ética Organizacional.

Segundo SOUZA & VALADÃO Jr (2010), o grande desafio das entidades é conseguir a harmonização entre as dimensões de sustentabilidade, “(...) uma vez que, existem contradições entre elas. Se por um lado, a organização para conseguir a sustentabilidade econômica limita o seu processo decisório pela conformidade normativa exigida pelos seus parceiros, e ainda, corre o risco de ter que mudar as suas formas de atuação; por outro lado, para conseguir a sustentabilidade social e cultural, a organização precisa se pautar pelos valores humanos e pressupostos do terceiro setor.”

4.1.1 Modelo de Indicadores de Sustentabilidade Institucional

Souza & Valadão Jr desenvolveram um modelo que se apropria dos estudos de SACHS e de OLIVEIRA e apresenta alguns **indicadores de análise da sustentabilidade** econômica, social e cultural para uma organização, que podem ser muito úteis nas análises das organizações hospitalares filantrópicas, conforme demonstra o quadro a seguir.

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Quadro 9
Sustentabilidade Institucional Categorias, Definição Constitutiva e Indicadores
Modelo de Souza & Valadão Jr (2010)

Categorias	Conceitos	Indicadores
Sustentabilidade Econômica	<ul style="list-style-type: none"> - Alocação eficiente dos recursos - Fluxo constantes de investimentos públicos e privados 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de metas e objetivos - Existência de política de qualidade - Gerenciamento de riscos e crises - Auditorias Interna e externa - Infra-estrutura adequada - Satisfação dos atendidos - Gestão e monitoramento de processos, produtos e serviços - Avaliação dos resultados da organização.
Sustentabilidade Social	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de um processo de desenvolvimento sustentado para uma sociedade justa pela geração de emprego e renda - Busca de qualidade de vida 	<ul style="list-style-type: none"> - Geração de emprego e renda - Capacitação e desenvolvimento de pessoas - Programa de saúde e segurança dos envolvidos - Sistema de trabalho socialmente aceito - Interação com a sociedade.
Sustentabilidade Cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de desenvolvimento com raízes endógenas - Capacidade de manter a diversidade de culturas e valores 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizagem organizacional - Compromisso com a qualidade - Existência de código de conduta organizacional - Adequação das comunicações internas e externas - Imagem da organização - Análise crítica pela organização.

FONTE: Sousa & Valadão Jr baseado em Sachs (1993) e Oliveira (2002)

4.2 - SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA E CAPTAÇÃO DE RECURSOS

A captação de recursos isoladamente não garante a sustentabilidade institucional das entidades, mas os hospitais filantrópicos não podem abrir mão de buscar mecanismos eficientes de captação de recursos. Não é possível depender apenas de convênios com o poder público (SUS) ou de credenciamentos com os planos de saúde. Em muitos casos é preciso resgatar a capacidade de mobilização dos “tempos iniciais”.

Para FALCONER (1999), a sustentabilidade de uma organização social corresponde à sua capacidade de articular com competência e foco os recursos financeiros provenientes de diferentes fontes de financiamento para a realização de seus objetivos. CRUZ & ESTRAVIZ (2000), acreditam ser a captação de recursos financeiros o principal desafio de sustentabilidade das organizações sociais. Enquanto Ramos (2001), afirma que uma instituição que se pretende sustentável precisa estar efetivamente dimensionada para atingir seus objetivos e isso significa especialização e profissionalismo. SANTOS (2007), por sua vez, propõe que o desafio de captar recursos, seja recolocado em termos de “mobilização”, de modo a chamar a atenção para outras dimensões como a financeira; a humana, a política, a social, e a cultural que considera, igualmente, relevantes, quando o tema é sustentabilidade.

As modernas técnicas de captação de recursos ainda são incipientes no Brasil. Sobre este assunto RAMOS (2001), afirma que “Trata-se de um problema cultural que levaremos muito tempo para resolver. Ainda não existe entre nós uma cultura filantrópica capaz de transformar em rotina as contribuições individuais a causas coletivas. Entidades de assistência como creches e asilos são forçadas a investir em esquemas de telemarketing, em que periodicamente os cadastrados são convidados a fazer doações - muitas vezes em esquemas de campanhas com contrapartida, onde a doação é retribuída com algum produto. Esse exemplo dá a exata dimensão da nossa falta de iniciativa em contribuir com organizações sem fins lucrativos.” Existe uma questão de mentalidade pois, ao contrário dos americanos, os brasileiros não tem uma cultura de doações. PEREIRA(2007), cita Tocqueville, que nos relatos de suas viagens à América, em 1835, comenta a generosidade do povo norte-americano. A boa vontade do povo, que doava os seus próprios recursos para o desenvolvimento social sem esperar a ação do governo, impressionou-o.

4.3 - A PROFISSIONALIZAÇÃO DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS NO BRASIL

Sabemos que caridade e filantropia são tão velhas quanto a humanidade, conforme afirma DOVE (1998), mas a sua profissionalização pode ser considerado como um fenômeno relativamente novo. Apesar das dificuldades, a captação de recursos para projetos sociais começa a se profissionalizar lentamente no Brasil, inclusive com o estabelecimento da profissão de captador. Já temos uma Associação Brasileira de Captadores de Recursos (ABCR), criada no ano de 1999 e que tem como missão, segundo o seu site, promover,

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

desenvolver e regulamentar a atividade de captação de recursos, vista hoje como um dos grandes desafios do Terceiro Setor. Entre suas principais metas, destacam-se a de trabalhar para assegurar a credibilidade e representatividade da profissão e a de apoiar organizações sociais. Se fortalece também o conceito de “Fundraising”³ e a utilização das ferramentas adotadas nas experiências bem sucedidas dos americanos. Congressos e seminários são realizados: no ano de 2009, foi realizado em São Paulo - pela primeira vez na América do Sul- o congresso hemisférico de fundraising, numa promoção da *Association of Fundraising Professionals* (AFP).

As principais fontes de captação de recursos são: (a) Organizações de Cooperação Internacional - historicamente, a cooperação internacional desempenha importante papel no financiamento de projetos sociais no Brasil; (b) Parcerias com órgãos governamentais – para a execução de políticas públicas diversas, como: política de prevenção a DST/Aids, capacitação profissional, saúde, assistência social, geração de emprego e renda, educação de jovens e adultos, etc.; (c) Contribuições associativas – Algumas organizações brasileiras contam com milhares de associados/as contribuintes; (d) Doações de indivíduos – Muitas entidades possuem uma ampla base social de apoio, que se traduz em campanhas de captação, doações de recursos, bens e também pelo envolvimento militante e voluntário; (e) Doações de empresas – Nos últimos anos, é crescente o número de empresas que investem em organizações e projetos sociais; (f) Auto-sustentabilidade - Venda de produtos (camisetas, adesivos, livros, etc.) e prestação de serviços.

A área de captação de recursos nos Estados Unidos, que é a mais desenvolvida no mundo, apresentou os seguintes números no ano de 2003: os norte-americanos contribuíram com US\$ 240,72 bilhões para instituições sem fins lucrativos, destacando-se que os valores doados por pessoas físicas totalizaram US\$ 179,36 bilhões, representando 74,5% do montante. (PEREIRA, 2007)

Segundo DOYLE (1993, apud Pereira 2007) o fundraising norte-americano, normalmente, divide-se em três grandes categorias de métodos de captação, que são:

³ Citando PEREIRA (2007) – A palavra **fund**, de origem inglesa, significa “reserva de dinheiro para certa razão ou motivo” ou “capital, valor disponível, reserva monetária, provisão, fundos, recursos”, e raising tem o sentido de “movimento em determinada direção”; **raise** quer dizer “aumentar, levantar, promover, erguer, angariar”. Assim, fundaraising pode ser conceituado como a ação organizada e orientada para a captação de fundos ou recursos, financeiros ou não, para uma causa, organização, filantrópica ou não.

- **Annual Giving** (Campanha Anual) – normalmente relacionada a instituições que recebem suporte financeiro de ex-alunos, clientes, pacientes e de outras fontes de doações, ano após ano, para sustentar a organização no seu exercício, financiando suas despesas operacionais.
- **Capital Campaign** (Campanha de Fundos) – normalmente destinado a esforço de captação para financiar um ou mais projetos, como a construção de um prédio ou para quaisquer outro tipo de projeto importante, no caso de um hospital, por exemplo, para novos equipamentos ou prédios, via de regra para grandes investimentos, sendo realizado num espaçamento de cinco anos.
- **Planned Giving** (Doação Planejada) – É o esforço sistemático para identificar e cultivar relacionamento com pessoas, com o propósito de obter uma doação significativa, sendo realizado de diferentes maneiras: por mala direta, porta a porta, pela realização de eventos especiais, de apelo a fundações e empresas para programas específicos

Uma outra modalidade é do **Endowment** (Rendimento de um Ativo) que se trata de um permanente e restrito ativo cujo valor principal gera resultados, dividendos ou juros que podem ser usados para objetivos específicos determinados pelo doador. É uma doação, que pode ser em dinheiro ou imóveis, cujo valor principal não poderá ser usado; no entanto, os rendimentos serão utilizados conforme determinação do doador.

4.4 - ORIGENS RELIGIOSAS E POLÍTICAS DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS PARA CAUSAS SOCIAIS.

A historiadora Sandra Cavallo (1995, apud Sanglard) chama a atenção para a coexistência de dois sistemas distintos de socorro à pobreza no mundo ocidental, um desenvolvido nos países anglo-saxões e outro, no mundo católico. Uma das principais características do modelo anglo-saxão, apontadas pela autora, é o papel preponderante da filantropia privada, em que há uma valorização da ação dos benfeitores, do prestígio advindo dessa ação, das relações sociais e da competição entre os diversos grupos envolvidos. E mesmo centrada em ações individuais, a filantropia ou a caridade mantêm seu caráter de virtude cristã.

No relato de GRAÇA (2000), temos informações sobre as fontes de financiamento de hospitais na Idade Média:

“Também na estrutura do financiamento do hospital medieval é patente a sua origem como pia causa e a natureza caritativa da sua missão. De facto, as suas receitas provinham exclusivamente da caridade dos ricos. O seu património original resultava, muitas vezes, do remanescente de uma herança, doada em vida ou à hora da morte, por um cristão, leigo ou religioso, que se sentia em dívida para com Deus. Não admira, por isso, que o essencial das receitas do hospital, quer em espécie quer em géneros, provenha do seu património fundiário (alugueres de prédios urbanos, foros e rendas de prédios rústicos, exploração agrícola directa, etc.).”

A estratégia de captação de recursos para as Santas Casas na Idade Média em Portugal envolvia também religiosidade, filantropia e política, como afirma CARNEIRO (1986 apud Carvalho 2005):

“... a criação da Irmandade da Misericórdia visou objetivos políticos, religiosos e filantrópicos, para não falar do económico. O Rei de Portugal, valendo-se da intensa religiosidade da época, e premido pela necessidade de fazer assistência social numa época em que os recursos, escassos, eram destinados às Descobertas, engendrou um meio genial de manter ocupada a burguesia, atendendo, simultaneamente, aos objetivos táticos e estratégicos da Nação lusitana. Em nome do Estado, os fidalgos e burgueses ricos, assim como os oficiais mecânicos e membros das corporações, eram exortados a constituírem uma Irmandade da Misericórdia, a qual liderariam, financiariam, trabalhariam, servindo ao mesmo tempo a Deus e ao Rei. E para que o entusiasmo florescesse, concedeu-lhes uma série de privilégios, que afinal acabaram por tornar interessante o ingresso na Misericórdia, mesmo para os que não tinham motivação tão cristã.”

4.5 - O ESPÍRITO PROTESTANTE DE FILANTROPIA

O protestantismo, fruto da Reforma Religiosa do século XVI, influenciou uma profunda mudança nas relações de trabalho e de filantropia, com destaque para o Calvinismo, movimento liderado pelo francês João Calvino e que exerceu forte influência no governo de Genebra, na Suíça, marcando uma segunda fase da reforma protestante, após a excomunhão de Martinho Lutero pela Igreja Católica. Apesar de muitas vezes apontado como “pai do capitalismo”, a visão social de João Calvino, que muito influenciou os puritanos, “os pais fundadores” da nação norte-americana”, era marcada por exortações ao dever de ajuda aos

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

necessitados. Calvino em sua obra afirma que a riqueza não tem razão de ser se não para ajudar aos que necessitam, e critica a avareza ao dizer que o fruto do trabalho só é digno se útil ao próximo:

"Da mão de Deus tens tu o que possuis. Tu, porém, deverias usar de humanidade para com aqueles que padecem necessidades. És rico? Isso não é para teu bel prazer. Deve a caridade faltar por isso? Deve ela diminuir? Não está ela acima de todas as questões do mundo? Não é ela o vínculo da perfeição?" Sermão CXLI sobre Dt 24.19-22. OPERA CALVINI, tomo XXVIII, p. 204" (<http://pt.wikipedia.org/wiki/Calvinismo>)

Segundo POLLAK (1996), "a atividade social do calvinista desenvolve-se puramente *ad majorem Dei gloriam*". A consequência prática é que, para o calvinista:

"Deus ajuda a quem se ajuda; e também, como se diz, 'cria' ele mesmo sua própria salvação, ou, para ser mais exato, a certeza da salvação. Essa criação da própria salvação impede o calvinista de viver 'dia após dia', como o leigo católico da Idade Média, e leva-o a organizar primeiro suas 'boas obras' e, mais tarde, toda a sua vida transformada em boa obra de modo racional, num sistema".

BIÉLER (1990), descreve assim uma das facetas da preocupação social do governo de Genebra, cidade à época governada pelos calvinistas (século XVI): “Enfim, progresso considerável para a época, e em relação a bom número de serviços sociais das Igrejas e dos Estados de muitos povos modernos, as ordenanças genebrinas confirmam as sérias medidas tomadas no começo da Reforma, instituindo de maneira definitiva a medicina social oficial:

“ Impor-se-á, também, tanto para os pobres do hospital quanto para os da cidade, que não têm de quem serem ajudados, que haja um médico e um cirurgião próprio, às expensas da cidade, que, no entanto, clinicassem na cidade, mas, ainda assim, ficassem incumbidos do hospital e de visitar os outros pobres.”

Não apenas na medicina, mas, continua **Biéler** (1990):

“ Não basta, aliás, simplesmente propiciar aos pobres ajuda material. Impõe-se, também dar aos necessitados os meios de, por si mesmos, saírem de sua condição. Vela, ainda, a Reforma Calvinista para que as pessoas economicamente mal amparadas e os doentes de quem se encarrega o Hospital Geral se beneficiem das mesmas condições de educação que os demais.(...) Bem mais, faz-se necessário que os pobres, os enfermos e os inválidos sejam reeducados profissionalmente.”

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Muitas das experiências norte-americanas de captação de recursos para causas sociais tiveram como origem as ações das igrejas e instituições protestantes voltadas para a Educação. PEREIRA (2007), afirma que em 1641, o Havard College elaborou o que se pode considerar o primeiro esforço sistemático para angariar fundos para a educação superior nos Estados Unidos, quando enviou três pregadores norte-americanos à Inglaterra com esta especial missão. Quando lá estavam, sentiram a falta de uma brochura que desse suporte aos seus apelos, informando Havard dessa necessidade. Em resposta, veio o *New England's First Fruits*, divulgado em Massachusetts, impresso em Londres, em 1643, o primeiro panfleto e brochura para relações públicas e captação de recursos. Inicialmente, de acordo com Worth (2002 apud PEREIRA 2007):

“(...) Escolas eram freqüentemente ligadas a igrejas, e a captação de recursos refletia, sobretudo, um fervoroso ato de fé, visto que as doações eram solicitadas levando em questão o propósito de expandir o cristianismo entre os jovens e as nações “não-civilizadas”.

A combinação de religião com educação superior foi exemplificada nas viagens evangelísticas de George Whitfield, que captou recursos para as universidades de Harvard, Dartmouth, Princenton e Pensilvânia. Existem muitos exemplos de doações de senhores e senhoras ingleses para faculdades nos Estados Unidos, muitas feitas com visão e objetivos religiosos.

CAPITULO V

O PILAR DA GESTÃO ESTRATÉGICA

A manchete do Jornal diário “O Globo”, de 20 de junho de 2010, retratada na figura 1 abaixo, destaca o contexto desse capítulo.

Figura 1
Título de matéria publicada sobre a crise dos Hospitais Filantrópicos no Brasil



Fonte: Jornal O Globo, 20 de Junho de 2010.

Na reportagem, em matéria de página inteira, o jornalista Fabio Fabrini discorre sobre a crise dos hospitais filantrópicos, que são responsáveis por quase metade das internações e 11% dos atendimentos ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, e amargam a mais aguda crise financeira de sua história. Nada menos que 1,3 mil instituições, 71% do total, acumulam em 2010 uma dívida recorde de R\$ 5,67 bilhões (cerca de € 25 bilhões). Segundo a reportagem, o valor da dívida triplicou nos últimos 4 anos e os impactos para a população são perversos, com cortes na assistência, queda de qualidade e falência das unidades.

A reportagem considera duas versões explicativas que se repetem: (1) para o Superintendente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, José Luiz Spigolon, **a culpa é do governo**, devido à baixa remuneração do SUS. Disse ele: “*Para cada R\$ 100, gastos, recebemos em média, R\$ 65. Desde 1999, não há reajuste linear*”. (2) Para o representante do governo, Alberto Beltrame, Secretário Nacional de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, **a culpa é da gestão dos hospitais filantrópicos**. Disse ele: “*(...) as instituições tem falhas sérias de gestão,*”.

Ao se perguntar qual dos dois têm razão, pode-se dizer que os dois têm razão. Na realidade o governo remunera mal e os hospitais filantrópicos, na sua maioria, têm uma gestão sofrível e que não foi preparada para os novos tempos. E este despreparo se verifica em instituições com mais de quatro séculos, como é o caso das Santas Casas, e também na maioria das demais instituições filantrópicas de saúde, com as exceções das instituições que possuem gestão profissionalizada e governança corporativa efetiva.

5.1 - O HOSPITAL FILANTRÓPICO PRECISA SER ADMINISTRADO COMO UMA EMPRESA

CASTELAR (1993), afirma que o hospital pode ser identificado como uma empresa. Porém, quando se trata de um hospital filantrópico ou público há a necessidade de se agregar mais fatores, principalmente quanto aos atores envolvidos, os Stakeholders (clientes, colaboradores, governo, fornecedores e comunidade). Não se trata de transformar os hospitais filantrópicos ou públicos em empresas, respondendo a uma lógica de mercado, mas, sim, de fazê-los funcionar como empresas, no intuito de melhorar seus resultados. Para ser eficaz e rentável, o hospital filantrópico deve ser gerido como uma empresa, utilizando-se da lógica empresarial como um meio de maximizar os seus resultados, pois os gastos e investimentos para manutenção de um hospital são crescentes.

O Desempenho de gestão dos hospitais filantrópicos no país ainda é sofrível. Segundo LA FORGIA & COUTTOLENC (2009), no seu estudo feito para o Banco Mundial denominado “*O Desempenho Hospitalar no Brasil*”:

“... os arranjos organizacionais influenciam o desempenho hospitalar. As entidades lucrativas são as mais eficientes, seguidas pelos hospitais públicos autônomos.(...) embora hospitais privados filantrópicos demonstrem um nível intermediário de eficiência, a insuficiência de informação impede que qualquer conclusão definitiva possa ser tirada acerca da relação entre os vários arranjos organizacionais encontrados entre os hospitais filantrópicos e seu desempenho. A sobreposição de funções de governança e gerenciais, junto com arranjos informais de tomada de decisão, comprometem o desempenho dos hospitais filantrópicos.”

A situação dos hospitais filantrópicos brasileiros é um assunto de interesse público. Segundo CASTRO (2009), os hospitais filantrópicos correspondem a 23,4% dos hospitais do país, contribuindo com 33% dos leitos disponibilizados para o Sistema Único de Saúde -SUS. Para se ter uma idéia da importância estratégica destes leitos, o quadro de internações da rede hospitalar do SUS em 2006, demonstra que os hospitais filantrópicos contribuíram com mais de 40% das internações realizadas no país:

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Quadro 10
Proporção de internações na rede hospitalar do SUS, por natureza de hospital, Brasil, 2006

Natureza	Qtd de Internações	%
Próprio (ex-INAMPS)	3.266	0,0
Contratado	1.839.976	16,2
Federal	428.322	3,8
Estadual	2.147.011	18,9
Municipal	2.332.178	20,6
Filantropico	4.572.548	40,3
Outros	14.838	0,1
Total	11.338.039	100,00

Fonte: DATASUS (acesso janeiro 2009) / Citado por Castro (2009)

Ainda segundo CASTRO (2009), essa participação vem aumentando ao longo dos últimos 10 anos e consolidando, de certa forma, a proposição constitucional de o poder público buscar parcerias, na órbita do SUS, no segmento filantropico. No entanto, a despeito da enorme importância na constituição da rede prestadora de serviços do SUS, as instituições filantrópicas sofrem de enormes dificuldades gerenciais, que são resultado da dificuldade de se obter recursos humanos qualificados, e da ausência de propostas organizacionais que considerem a qualidade e a efetividade na prestação de serviços. Estas dificuldades começam com **a questão do financiamento dos hospitais filantrópicos** onde, segundo estudo de Lima et al. 2004 (apud Castro, 2009) numa amostra composta por 63 hospitais, temos que:

- 64% de suas receitas são provenientes de recursos federais. O restante é proveniente de fornecimento de assistência hospitalar a planos privados de saúde.
- Particular/estados/municípios oferecem pouca ajuda, pois as subvenções ou doações representam apenas 1,6% da receita.
- Nos 3 anos cobertos pelo estudo o déficit acumulado, principalmente dos pequenos hospitais alcançou 9,7% do faturamento nominal.

CASTRO (2009), informa que 90% dos hospitais filantrópicos são hospitais gerais e que, na sua quase totalidade prestam serviços no nível de atenção hospitalar secundária. Esse nível constitui o conjunto de ações de saúde mais mal remunerado da Tabela de Remuneração de Serviços do Sistema Único de Saúde - SUS. CARVALHO (2007), cita trabalho realizado pela Consultoria PLANISA, no qual os procedimentos de alta complexidade, pagos aos hospitais conveniados com o SUS, em algumas situações tem uma remuneração mais que duas vezes maior que seu custo, enquanto que outros, de média complexidade, têm cobertura

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

remuneratória que não alcança 50%, tais como, por exemplo, nos tratamentos para apendicectomia, colecistectomia e o tratamento hospitalar da crise hipertensiva. Isso carrega um crescente e acumulativo ônus financeiros para a instituição filantrópica que tem, como se viu, no SUS, a principal fonte de financiamento de suas despesas correntes.”

Um outro fator muito presente em hospitais do interior do país é o da quantidade de leitos inferior às necessidades de equilíbrio financeiro, **pois hospitais com menos de 100 leitos são deficitários**. “Essas circunstâncias de escassez de recursos, como já foi dito, se aliam às dificuldades dos hospitais filantrópicos em modernizar sua gestão, convivendo com formas muito ultrapassadas de processos gerenciais, muitas vezes chegando até a recorrer a métodos artesanais de administração. A modernização da modelagem gerencial, incluindo princípios de excelência e qualidade na gestão e prestação de serviços é também essencial à sobrevivência dessa imensa rede de instituições.

Entre os melhores Hospitais Brasileiros Acreditados, 54% são filantrópicos - Se por um lado, temos que a maioria dos hospitais filantrópicos brasileiros enfrenta grave crise por questões de gestão; por outro lado, temos que entre os melhores hospitais privados, pelo critério de Acreditação de Qualidade, mais da metade são hospitais filantrópicos.

No Brasil não temos um ranking anual dos melhores hospitais, no entanto, escolhemos como parâmetro de excelência a Acreditação internacional de qualidade, e pesquisamos a listagem das instituições de saúde reconhecidas pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA, em conjunto com a Joint Commission International (JCI). Em julho de 2010 existiam treze instituições de saúde brasileiras acreditadas pela CBA/JCI, sendo que, dessas, 54% eram entidades filantrópicas, conforme demonstra o quadro abaixo:

Quadro 11
Hospitais Brasileiros Acreditados pela Joint Commission International - 2010

Instituições Lucrativas	Instituições Filantrópicas	Instituições Públicas
-AMIL Total Care - RJ *	-Hospital Osvaldo Cruz – SP	- Hemorio – RJ
-Hospital Copa Dor – RJ	-Hospital Albert Einstein – SP	- Instituto Nacional do Câncer *
-PRONEP – RJ e SP	-Hospital Sírio e Libanês – SP	- Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia -*
	-Hospital Samaritano – SP	
	-Hospital do Coração HCor – SP	
	-Hospital São Vicente de Paula – RJ	
	-Hospital Moinho de Ventos – RGS	
23%	54%	23%

(*) Foram certificadas parte das unidades assistenciais // Fonte: internet: http://www.cbacred.org.br/front/instit_acreditadas_brasil.php acessada em 4/07/2010

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Como se verifica temos bons exemplos de gestão em hospitais filantrópicos. Então quais são as características que fazem desses hospitais centros de excelência? Por certo serão apontadas as características de vinculação com grupos comunitários poderosos e ricos, ou a especialização em alta complexidade garantindo melhor remuneração. No entanto, podemos identificar fatores que poderiam ser utilizados como parâmetros de comparação para todos os níveis de hospitais filantrópicos, independentemente dos seus tamanhos e localizações, tais como: a profissionalização na gestão e a governança corporativa efetiva.

Existem questionamentos sobre os grandes e bem sucedidos hospitais filantrópicos ainda serem considerados como tal, em face das suas conformações corporativas e das imunidades tributárias auferidas. FASCINA (2009), no seu estudo *sobre Filantropia como estratégia em 5 organizações hospitalares privadas no município de São Paulo*, concluiu que “ Obter ou manter o Certificado de Filantropia garante a esses Hospitais Filantrópicos, não usuais prestadores de serviços ao SUS, isenções fiscais que garantem uma vantagem competitiva, na redução de custos, frente a outros hospitais privados não filantrópicos, que atuam na medicina suplementar.”

A Filantropia nestes casos se torna, portanto, uma estratégia competitiva, levando essas organizações a um desempenho superior aos dos seus concorrentes, principalmente por uma vantagem competitiva sustentável de diferenciação e de redução de custos. Segundo a percepção destas organizações, a qualidade de seus atendimentos assistenciais e sua capacidade de gestão são as suas principais diferenciações.

Não consideramos isto como uma concorrência iníqua. Na realidade, quando verificamos que das instituições de saúde de excelência apenas 23% são privadas lucrativas, temos que reconhecer que as “benesses” tributárias auferidas pelas filantrópicas estão sendo reinvestidas em excelência, o que, por derradeiro, traz benefícios para a assistência à saúde. Neste sentido, o Ministério da Saúde instituiu a modalidade de instituições de excelência que apóiam o desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde – SUS (Portaria nº 3.276, de 28/12/2007).

Sobre esta consideração trazemos a visão da Economia da Saúde, com o pensamento de FOLLAND (2008):

“ A análise de Burton Weisbrod (1975) guia a exposição seguinte: Nos Estados Unidos e outras economias ocidentais, os economistas vêem um setor onde reine a concorrência pura (competição perfeita) sob certas circunstâncias como economicamente eficientes, e os dados sugerem que a competição normalmente fomenta o crescimento.

*Sob tais considerações, as empresas estatais só são necessárias nos casos, em que os mercados competitivos fracassam. No desdobramento dessa teoria, as organizações sem fins lucrativos, por sua vez, são necessárias quando o empreendimento governamental também fracassa. Começamos revisando a explicação padrão do papel da empresa governamental, e depois introduzimos a explicação de Weisbrod, pela qual **a empresa sem fins lucrativos satisfaz as demandas por bens públicos não atendidas pelos mercados privados ou governamentais.**” (grifo meu)*

5.2 - MOVIMENTOS DE APOIO À PROFISSIONALIZAÇÃO DA GESTÃO NOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS.

Reconhecendo a importância dos hospitais filantrópicos, a sociedade empresarial e o governo vêm buscando implementar alguns programas de capacitação de gestão. No **Anexo 2** destacamos três experiências bem sucedidas no Brasil.

5.3 - OS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS E O NECESSÁRIO PROCESSO DE MUDANÇA.

“ O Sistema de Saúde está em rota de colisão com as necessidades dos pacientes e com a realidade econômica. Sem mudanças significativas, os problemas vão aumentar.(...)” (PORTER, 2007)

As organizações precisam promover mudanças nas suas estruturas em face das turbulências do ambiente? Ou as mudanças fazem parte da vida de uma organização? O ambiente que envolve as organizações é extremamente dinâmico, exigindo delas uma elevada capacidade de adaptação como condição básica de sobrevivência. No entanto, o grande desafio de uma organização está em manter a sua ideologia e os seus valores centrais no processo de mudança, ou seja, **não perder a sua alma**. COLLINS (1995), explícita como deve ser a visão de mudança numa empresa feita para durar:

“ Uma empresa visionária preserva quase que religiosamente a sua ideologia central – mudando-a muito pouco, se mudar. Os valores centrais de uma empresa visionária formam uma base sólida e não se deixam levar por tendências e modas passageiras; em alguns casos, os valores centrais permaneceram intactos por mais de cem anos. E o objetivo fundamental de uma empresa visionária – sua razão de ser – pode servir de guia por muitos séculos, como uma estrela no horizonte. Contudo, ao mesmo tempo em que mantêm suas ideologias centrais bem determinadas, as empresas visionárias demonstram ter uma incrível vontade de progredir que lhes permite mudar e se adaptar sem comprometer seus ideais tão acalentados.” (grifos meus)

A antiga forma de gestão, que assegurava ao dirigente principal a manutenção do controle, independentemente, de sua competência profissional, passa a ser questionada. Também os financiadores demonstram-se mais atentos, e mais exigentes, quanto ao alcance dos projetos apoiados. Maximizar resultados, investir na qualidade dos produtos e processos, sem comprometer a transparência das ações, e a legitimidade perante o público externo, se instituem como novos critérios de acesso à recursos, tanto públicos, como privados. (MEREGE, 2001).

5.4 - QUAL MUDANÇA? A NECESSIDADE DE UMA GESTÃO ESTRATÉGICA.

DURST (2003) e YOUNG (2001), citados por FASCINA (2009), apontam que as organizações sem fins lucrativos passam por processos de mudança organizacional, por meio de reestruturações, com vistas a sobreviver e crescer em um ambiente de constantes mudanças. A liderança também está sofrendo mudanças nestes tempos. Na Harvard Business Review (julho 2009), o artigo dos consultores Ronald Heifetz, Alexander Grashow e Marty Linsky, intitulado “*Liderança em uma crise (permanente)*” afirma que

*“Quando a economia se recuperar, as coisas não voltarão ao normal. Isso exigirá outro estilo de liderança.” - “Está esperando a volta da organização à normalidade? Sentimos dizer, mas o novo modelo de liderança terá de se adaptar a um ambiente de urgência, alto risco e incerteza – mesmo depois de encerrada a atual crise econômica. O líder terá de: **Promover adaptação (...) Aceitar o desequilíbrio (...) Gerar liderança.**” (grifo meu)*

Tendo em mente as afirmações do mestre Peter Drucker de que:

“o hospital é a organização mais complexa, sob o ponto de vista de sua administração”, e que, “ a estratégia é uma declaração do que a empresa deseja alcançar: a organização é o veículo através da qual a empresa irá alcançá-lo; a cultura é a declaração do porque a empresa deseja alcançar a estratégia proposta (DRUCKER,1990),

Entende-se que **o primeiro passo para o processo de mudança é o da definição de um plano estratégico para o hospital.** BURMESTER & RICHARD (1993), afirmam que “...a estratégia traz implícita a idéia de ação e resultados. Ela conduz o trabalho para resultados ou seja transforma boas intenções em ações e ocupação em trabalho. O plano é estático, a estratégia orientada para a ação. Ela tira o plano do estático e o coloca em ação.”

Ainda BURMESTER & RICHARD (1993), trazem outra afirmação valiosa de Peter Drucker sobre estratégia:

“ Mesmo Peter Drucker confessa que durante muito tempo se opôs a idéia de estratégia: “me parecia uma expressão excessivamente militarizada. Mas pouco a pouco me converti a ela. Em muitas empresas e instituições não lucrativas o planejamento é um exercício intelectual que, uma vez terminado, é colocado na prateleira, belamente encadernado. Todos se sentem bem: fizemos o plano, dizem. Mas até que ele se transforme em trabalho, nós não fizemos nada. A estratégia, por outro lado, se fixa na ação. Assim, com alguma relutância, acabei aceitando a palavra porque está tão claro agora para mim que estratégias não são algo que se espera mas algo que se trabalha.”

FALCONI (2009), inicia o primeiro capítulo do seu novo livro, com uma pergunta em relação às falhas de uma organização na busca por alcançar bons resultados: **“Por que Falhamos?”**, à qual responde da seguinte forma,

“Falhamos por que:

- *Não colocamos as metas certas (não definimos nossos problemas de forma correta).*
- *Não fazemos bons Planos de Ação, seja porque desconhecemos os métodos de análise, seja porque não temos acesso às informações necessárias (falta conhecimento técnico).*
- *Não executamos completamente, e a tempo, os Planos de Ação.*
- *Podem ocorrer circunstâncias fora de nosso controle.”*

FASCINA (2009), apresenta algumas afirmações de grandes teóricos da ciência administrativa que julgamos relevantes para a nossa conclusão sobre a importância da elaboração de estratégias como instrumento de mudança e adaptação aos novos tempos pelos hospitais filantrópicos:

a) Elaboração de estratégias compreende formulação e implementação:

Segundo MINTZBERG, a elaboração de estratégias deve compreender tanto a sua formulação quanto a sua implementação, sendo um processo não divisível e interativo. As estratégias podem surgir de um planejamento formal (Planejamento Estratégico), como um aspecto central, fruto de um processo de pensamento consciente e controlado, onde imperam a razão e lógicas administrativas (MINTZBERG E WATERS, 1982; MINTZBERG, 1987; MINTZBERG, AHLSTRAND E LAMPEL, 2000).

b) Estratégias se referem às mudanças e não a continuidade.

Tecnicamente, estratégias se referem às mudanças e não a continuidade. Afinal, estão relacionadas à imposição de padrões estruturados de comportamento em uma organização, sejam eles em forma de intenções antecipadas que se tornam estratégias deliberadas, sejam de ações após o fato que se enquadram nos padrões consistentes de estratégias emergentes. Mas administrar estratégia frequentemente é administrar mudança, reconhecer quando uma mudança de curso de natureza estratégica é possível, desejável e necessária e, então, agir, possivelmente colocando em ação mecanismos para mudança contínua (MINZBERG E WATERS, 1985; MINTZBERG E HUGH, 1985; MINTZBERG, 2006).

c) Sobrevivência está relacionada à velocidade com que se adapta a rápidas mudanças

Mudança estratégica organizacional é um processo multifocal e de grande interação, sendo que os seus resultados são moldados por interesses e compromissos, nos níveis individuais e coletivos de uma organização, integrados a outras ações, como as políticas e econômicas. Para sua sobrevivência, as organizações não dependem apenas de suas estratégias, elas precisam estar aptas a mudá-las permitindo que novas e emergentes estratégias surjam. Nem tudo é controlável, para sua sobrevivência. As organizações dependem de recursos externos do meio ambiente e sua sobrevivência está relacionada à velocidade com que a adaptação a rápidas mudanças ou previsões de futuro aconteça (HALL, 1984).

d) Mudanças estratégicas são influenciadas pelas atitudes.

As mudanças estratégicas em qualquer organização são influenciadas pela história, pelas atitudes, pelos relacionamentos entre os grupos de interesse e pela mobilização para a mudança dentro da estrutura de poder.(...) O real problema de mudança estratégica está ancorado, principalmente, nos novos conceitos da realidade e nas novas questões e idéias que requerem atenção (PETTIGREW, 1985).

e) Mudança estratégica não é formulada, mas sim formada.

Este processo de mudança traz um conceito divulgado por MINTZBERG (1978), de que a estratégia não é formulada, o que carregaria um conceito estático, mas sim formada, trazendo um conceito dinâmico. A estratégia, portanto não resulta de um planejamento rigidamente implementado, mas também de uma reformulação para novos padrões, a partir de um conjunto de novas ações e decisões.

5.5 - ESTRATÉGIA DE GESTÃO E O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

MINTZBERG (2004), afirma que embora a estratégia possa estar associada com condições de estabilidade, a formação de estratégia em geral está associada com períodos de mudança e, além disso, muitas vezes mudança descontínua. (...) Em outras palavras, normalmente muda-se a estratégia porque alguma coisa fundamental mudou no ambiente, de uma só vez. É dele a afirmação:

“ Ninguém jamais viu ou tocou uma estratégia. As estratégias, em outras palavras, não existem como entidades tangíveis. São conceitos abstratos, nas mentes das pessoas. E as melhores parecem ser gestalt por natureza, plenamente integradas, sejam estratégias pretendidas como padrões sintetizados de preferências antes de empreender as ações ou estratégias realizadas como padrões sintetizados já formados entre as ações. Assim, mudança séria em estratégia geralmente significa na gestalt – a concepção de uma nova visão de mundo, geralmente baseada em uma mudança permanente das condições, ou pelo menos a percepção de tal mudança. De ambos os lados, portanto – dentro e fora da mente – a mudança séria na estratégia costuma estar associada com a descontinuidade, exatamente aquilo que o planejamento é menos capaz de lidar.” (MINTZBERG, 2004)

5.5.1 - Cuidados na Formulação do Planejamento Estratégico

Quando se trata de formular novas estratégias, o primeiro pensamento é o de se realizar o planejamento estratégico da instituição. Muitas vezes se contrata um consultor, se produzem reuniões internas, se realiza um seminário e se aprova um plano estratégico que, não raro, vira peça de ficção ou vai para o arquivo da direção geral. MINTZBERG (2004), no seu livro *“Ascensão e Queda do Planejamento Estratégico”* dedica um capítulo para descrever o que ele chama de *“Falácias fundamentais do planejamento estratégico”*, que são:

- **A Falácia da Predeterminação** – “A incerteza é o calcanhar de Aquiles do planejamento estratégico” (Allaire e Firsitoru apud Mintezberg, 2004). O planejamento estratégico da forma como ainda é praticado, é muito propenso ao modo ‘prever-e-preparar’ para enfrentar o futuro. Ansoff escreveu em seu livro *Corporate Strategy*: *“Vamos nos referir ao período para o qual a empresa é capaz de fazer previsões com uma precisão de, digamos, mais ou menos 20% como o seu horizonte de planejamento.”* (1965:44).

- **A Falácia do Desligamento** – Os estrategistas eficazes não são pessoas que se abstraem dos detalhes do dia-a-dia, mas exatamente o contrário: são os que neles *imersam*, sendo capazes de extrair deles as *mensagens estratégicas*. Para Mintzberg é artificial separar pensamento de ação, e os formuladores das estratégias não devem confiar apenas nas informações factuais, mas buscar interagir com os detalhes do dia-a-dia sendo capazes de extrair deles as mensagens estratégicas. Sobre isso alerta MINTZBERG (2004):

“...Pior ainda é quando o planejamento passa a ser um jogo de números, para que os gerentes finjam que estão formulando estratégia quando tudo o que estão realmente fazendo é manipular números. Aqui, “a administração financeira suplanta a administração estratégica”, e a estratégia financeira, em vez de ser conciliada com outras estratégias”, ao contrário, “as precede como os árbitros finais da alocação de recursos da empresa” (Gray, 1986:95). Os dados factuais expulsam os intangíveis, enquanto aquela sagrada “linha do resultado” destrói a capacidade das pessoas de pensar estrategicamente. A The Economist (11 de junho de 1988:71) descreveu isso como jogar tênis prestando atenção ao placar em vez da bola.” (grifos meus)

- **A Falácia da Formalização** – A formalização é obtida por meio de decomposição, na qual um processo é reduzido a um procedimento, uma série de etapas, cada qual sendo especificada. Isso é essencialmente analítico: a subdivisão do todo em suas partes. A análise portanto é a base do planejamento estratégico. Não devemos, no entanto, pretender que a inovação possa ser institucionalizada, e que os sistemas possam detectar discontinuidades, perceber parceiros, prover criatividade, programar intuição.

Mintzberg não rejeita o planejamento, apenas procura desmistificar a idéia de que ele pode fazer tudo ou nada. Ao escrever sobre o “**dilema do planejamento**” ele afirma :

“ Os planejadores dispõem de determinadas técnicas para fazer análise sistemática e, mais importante, tem tempo para considerar minuciosamente as questões estratégicas. O que eles raramente têm, é autoridade para gerar estratégia e, de conseqüências muito maiores, as informações intangíveis críticas, assim como as ligações necessárias para obtê-las. São os gerentes de linha que as têm, assim como a flexibilidade para reagir a questões estratégicas de forma dinâmica. No entanto, eles não tem tempo para se concentrar intensamente nessas questões, e em especial para absorver e, talvez algumas vezes, também, processar determinadas informações factuais necessárias. A natureza do trabalho gerencial prefere a ação à reflexão, o curto prazo ao longo, os dados intangíveis aos factuais, o oral ao escrito, obter informações rapidamente a obtê-las burocraticamente.

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Essas tendências são inevitáveis e mesmo necessárias no trabalho de gerente, mas o levam a negligenciar insumos analíticos, que também têm um importante papel a desempenhar no processo de estratégia. O resultado de tudo isso é que o administrador entende a necessidade de se adaptar ao que de fato acontece, enquanto o planejador sente a necessidade de analisar o que deve acontecer.(...) No limite, parece que teremos de escolher entre “extinção pelo instinto” e “paralisia por análise” (Kast e Rosenweig, 1970:390). Colocado de outra forma, “as pessoas [intuitivas] tendem a agir antes de pensar, se é que pensam; e as pessoas [analíticas] pensam antes de agir, se é que agem” (Wade, 1975:9). Por isso surge um dilema fundamental: como conciliar as habilidades, o tempo e as inclinações do planejador com a autoridade, as informações e a flexibilidade do gerente, para garantir um processo de formação de estratégia que seja informado, responsivo e integrativo.” (grifos meus) - Mintzberg: “Ascensão e Queda do Planejamento Estratégico”

5.5.2 - As Armadilhas no Processo do Planejamento Estratégico

Sobre o que ele denomina de “armadilhas” no processo do planejamento estratégico, MINTZBERG (2004) afirma: “As armadilhas são para o planejamento aquilo que os pecados são para a religião (...). Assim, na pesquisa de GRAY (citado por Mintzberg), em que 87% dos respondentes expressaram desapontamento e frustração com os seus sistemas de planejamento, 59% atribuíram esse “descontentamento principalmente às dificuldades enfrentadas na implementação dos planos”, não aos planos em si nem ao processo de planejamento (1986:90).” “(...) STEINER escreveu muito a respeito das armadilhas do planejamento. Em uma pesquisa entre várias centenas de empresas, principalmente entre as maiores,(...) Steiner concentrou sua análise nas dez armadilhas com menção mais freqüente(...) (Mintzberg, Henry – 2004:134), são elas:

Quadro 12
As dez armadilhas Mais Importantes Que Devem Ser Evitadas no Planejamento Estratégico
(conforme classificação pelos entrevistados)

	<i>Descrição</i>
1.	<i>A suposição da alta administração de que pode delegar a função de planejamento a um planejador.</i>
2.	<i>A Alta administração fica tão absorvida nos problemas correntes que aplica tempo insuficiente no planejamento a longo prazo, e o processo fica desacreditado entre os outros gerentes e o pessoal.</i>
3.	<i>Fracasso em desenvolver metas adequadas da empresa como base para formular planos a longo prazo.</i>
4.	<i>O pessoal de linha principal não assume o envolvimento necessário no processo de planejamento.</i>

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Quadro 12
As dez armadilhas Mais Importantes Que Devem Ser Evitadas no Planejamento Estratégico
(continuação)

5.	<i>Deixar de usar os planos como padrões para medir o desempenho gerencial.</i>
6.	<i>Deixar de criar um clima na empresa que seja apropriado e aberto ao planejamento.</i>
7.	<i>Supor que planejamento corporativo abrangente é uma coisa separada de todo o processo administrativo.</i>
8.	<i>Injetar tanta formalidade no sistema que ele perde a flexibilidade, a folga e a simplicidade, impedindo a criatividade.</i>
9.	<i>A alta administração não revisa com os chefes departamentais e divisionais os planos a longo prazo que eles desenvolveram.</i>
10.	<i>A alta administração rejeita consistentemente o mecanismo de planejamento formal tomando decisões intuitivas que conflitam com os planos formais.</i>

Fonte: Mintzberg, Henry (2004:135) citando Steiner, 1979:224)

5.5.3 - A Elaboração do Planejamento Estratégico e o Design Organizacional do Hospital

“A configuração que uma organização toma (design organizacional) é o que as pessoas acreditam que a organização é, e o que as pessoas acreditam que a organização é, constitui a base para o que as pessoas fazem, e o que as pessoas fazem nas organizações é, com efeito, o design da organização.”(Weick – “Organization Redesign as Improvisation, 1993 – apud Martins, 2008).

Aprendemos que o processo de Desenvolvimento Organizacional está intimamente ligado aos conceitos de mudança e de capacidade adaptativa da organização à mudança. Assim, ao trabalharmos a elaboração de um plano estratégico precisamos nos aprofundar nos estudos da estrutura e do comportamento humano nas organizações, que são abordagens da Teoria Comportamental. O conceito de Desenvolvimento Organizacional surgiu originalmente com a percepção de que as mudanças não acontecem apenas através de treinamento das pessoas ou dos grupos nas organizações, mas através da implantação de um programa que seja coerente e provoque mudanças em toda a organização, buscando alcançar motivações que liguem os objetivos da organização com os objetivos dos indivíduos.

BRADFORD (1964), demonstra nos seus estudos sobre as fórmulas para a Mudança (Teoria do Desenvolvimento Organizacional) que existem **quatro variáveis básicas** que são:

- a) **o meio ambiente**, focalizando aspectos como a turbulência ambiental, a explosão do conhecimento, da tecnológica e das comunicações, o impacto dessas mudanças sobre as instituições e os valores sociais;
- b) **a organização**, abordando o impacto sofrido em decorrência da turbulência ambiental e as características necessárias de dinamismo e flexibilidade organizacional para sobreviver nesse ambiente;
- c) **o grupo social**, considerando aspectos de liderança, comunicação, relações interpessoais, conflitos etc.;
- d) **o indivíduo**, ressaltando as motivações, atitudes, necessidades, etc.

CARAPINHEIRO (1991), afirma que enquanto o hospital se estrutura em direção a finalidade terapêutica os grupos lutam entre si e com a administração pela ampliação e a garantia de seus espaços de atuação profissional. Estes processos de mudanças: [...] solicitam o abandono de fórmulas ancestrais de gestão hospitalar, tornando-a mais flexível à emergência de novas estruturas de poder e a novos rearranjos na relação de forças entre os diversos grupos profissionais que se movimentam pelo hospital. Os dois grupos, que detêm as tarefas mais difíceis e críticas no hospital são os médicos e os administradores. De um lado, aos médicos constituem a própria justificativa para a existência do hospital moderno, e de outro, os altos custos envolvidos na manutenção e reposição tecnológica nestas organizações obriga, cada vez mais, que se profissionalize a gestão administrativa. Estabelecer o equilíbrio de forças entre administração e os profissionais parece ser a condição indispensável à profissionalização da gestão das organizações hospitalares.

5.6 – AS CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE QUE INFLUENCIAM NO SEU PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

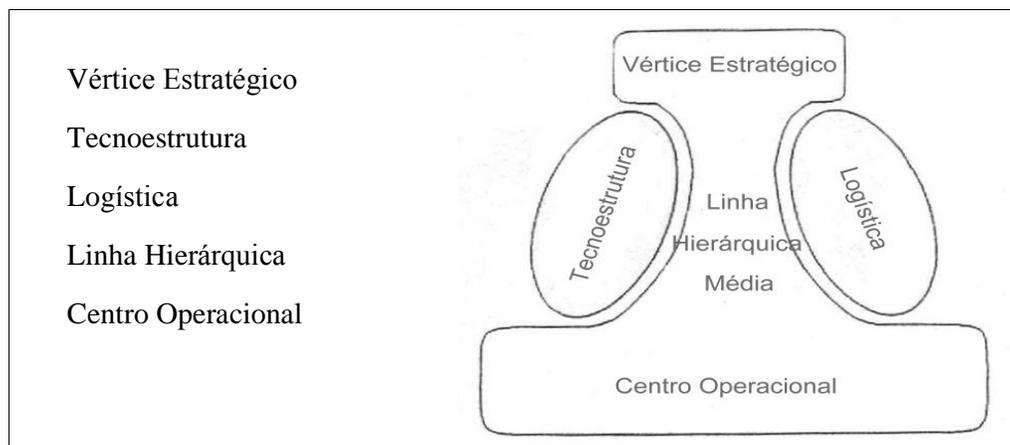
Segundo MINTZBERG (2003, apud Esteves) a estrutura das organizações pode ser definida pela forma como ocorre à divisão do trabalho e como a coordenação é realizada. A partir do estudo destes dois fatores o autor define cinco configurações distintas, que a seu ver,

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

explicam a maioria das tendências que levam as organizações eficazes a estruturar-se por si mesmas.

Centrado em como a coordenação é realizada ele define cinco mecanismos de coordenação que, segundo ele, *são responsáveis por explicar as maneiras fundamentais pelas quais as organizações coordenam seu trabalho*: - ajuste mútuo; - supervisão direta; - padronização dos processos de trabalho; - padronização dos resultados do trabalho; e - padronização das habilidades dos trabalhadores. Para Mintzberg as organizações acabam por favorecer um mecanismo de coordenação sobre os outros, podendo substituí-los e na maioria das vezes adotar um misto dos cinco. A maneira como as organizações, conforme suas naturezas distintas, utilizam e combinam os mecanismos de coordenação, acabam por condicionar o design de sua estrutura. A configuração base da estrutura da organização em cinco partes, segundo Mintzberg pode ser descrita conforme o quadro a seguir:

Figura 2
A configuração da estrutura da organização, segundo Mintzberg



Fonte: Martins (2008)

No **Vértice Estratégico** estão as pessoas com a responsabilidade global pela organização – presidente e alta direção - e as pessoas que as apóiam, sendo encarregado de assegurar que a organização cumpra a sua missão de modo eficaz e atenda às metas estabelecidas pelos proprietários.

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Na **Tecnoestrutura** estão os analistas e os especialistas em controle, envolvidos com a adaptação da organização para enfrentar as mudanças ambientais.

Na **Logística**, estão as unidades encarregadas por dar assessoria de apoio à organização, fora de seu fluxo operacional. Essas unidades recebem recursos da organização maior e, em troca, fornecem serviços específicos para ela.

A **Linha Hierárquica** conecta o vértice estratégico ao Centro Operacional pela cadeia de gerentes intermediários.

No **Núcleo Operacional** da organização estão os operadores, aqueles que executam o trabalho básico diretamente relacionado à prestação dos serviços.

MINTZBERG (2008), também identifica as **Cinco Forças Atuantes** na organização. Os diversos atores se colocam em estratégias conflitantes, e estes conflitos levam à ineficiência, pois cada componente tem a sua perspectiva, cabendo ao gestor buscar a harmonia.

Quadro 13
As 5 Forças Atuantes na Organização, segundo Mintzberg

Força para a <u>Centralização</u>	Exercida pelo Vértice Estratégico
Força para a <u>Padronização</u>	Exercida pela Tecnoestrutura
Força para a <u>Colaboração</u>	Exercida pela Logística
Força para a <u>Balcanização</u>	Exercida pela Linha Hierárquica
Força para a <u>Profissionalização</u>	Exercida pelo Centro Operacional

Fonte: Martins (2008)

Finalmente, Mintzberg identifica cinco tipos de estruturas dentro das organizações:

- (a) A Estrutura Simples;
- (b) A Estrutura Mecanicista;
- (c) A Estrutura Profissional;
- (d) A Estrutura Divisionalizada;
- (e) A Adhocracia.

Num resumo dos ensinamentos de Mintzberg sobre o Design de Configuração, temos o seguinte quadro:

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Quadro 14
O Design de Configuração Estrutural da Organização, segundo Mintzberg

Configuração Estrutural	Mecanismo de coordenação	Parte-chave da organização	Tipo de descentralização
Estrutura Simples	Supervisão Direta	Vértice Estratégico	Centralização vertical e horizontal
Burocracia Mecanizada	Padronização dos processos de trabalho	Tecnoestrutura	Descentralização horizontal limitada
Burocracia Profissional	Padronização das habilidades	Núcleo Operacional	Descentralização vertical e horizontal
Forma divisionalizada	Padronização dos Outputs	Linha hierárquica	Descentralização vertical limitada
Adhocracia	Ajustamento Mútuo	Logística	Descentralização seletiva

Fonte: Martins (2008)

A entidade hospitalar é uma organização de configuração estrutural do tipo Burocracia Profissional, e conforme MINTZBERG (2001) estas organizações profissionais se distinguem das demais implicando em papéis diferenciados para o administrador de profissionais, o que pressupõe a presença indispensável de certas competências individuais. Martins (2008), apresenta um quadro sobre as diferenças entre as organizações de estrutura mecanicista versus as de estrutura profissional:

Quadro 15
Diferenças entre as Organizações de Estrutura Mecanicista x Estrutura Profissional

Configuração Estrutural	Mecanismos de Coordenação	Componente Chave da Organização	Tomada de Decisão e Escolha Coletiva
BUROCRACIA MECANICISTA	Standardização dos processos de trabalho supervisão	Tecnoestrutura (hierarquia)	Centralização Estratégica Planejada
BUROCRACIA PROFISSIONAL	Standardização das qualificações / ajustamento mútuo	Centro Operacional	Incremental e Emergente (resultado)

Fonte: Martins (2008)

CAPÍTULO VI

O PILAR DA GOVERNANÇA CORPORATIVA

Segundo ALVARES (2008) foi Adam Smith quem, há mais de dois séculos, lançou as bases para que se começasse a compreender mais profundamente as questões relacionadas com propriedade e gestão, no seu livro mais famoso: *“Uma Investigação sobre a Natureza e as Causas da Riqueza das Nações”*, escrito em 1776; na lógica de que não se pode esperar que os gestores de empresas cuidem do dinheiro de outras pessoas da mesma forma como fariam com o seu próprio dinheiro. Uma temática que poderíamos considerar como uma espécie de pré-discussão sobre governança corporativa.

A importância do tema para os hospitais é justificado por BARBOSA(2003), para quem “conhecer as formas de governança estruturadas pelas lideranças das organizações hospitalares, especialmente as sem fins lucrativos, que se caracterizam pela ausência de proprietários com interesse econômico, constitui assunto de interesse ao sistema de saúde e à sociedade.

6.1 - CONCEITUAÇÕES DE GOVERNANÇA CORPORATIVA

Segundo MAY (2007) estudiosos como Berle e Means passaram a discutir, a partir dos anos 1930, a questão da separação entre propriedade e administração (controle) reconhecendo que a dispersão da propriedade promoveu uma minoria de acionistas que não conseguiam exercer o controle sobre os membros de direção que nominalmente elegeram. Eles ressaltaram que dois terços da riqueza industrial passou das mãos individuais ou familiares para grandes empresas financiadas pelo público, divorciando a propriedade do controle e exigindo uma nova forma de organização econômica da sociedade. Identificaram que fora do setor agrícola, 90% da produção do país se devia a mais de um milhão de empresas, e concluíram que a administração estava teoricamente desligada da propriedade, e que os diretores das sociedades por ações eram os reais “proprietários”, curiosamente, não sendo representantes dos acionistas e não sendo obrigados a seguir suas instruções.

MARTIN (2010), identifica três eras para o capitalismo moderno: a **primeira** a do capitalismo gerencial, que começou em 1932 e foi definida pela tese então radical de que toda empresa deveria ter uma gestão profissional. A **segunda**, a do capitalismo do valor ao acionista, que teve início em 1976 sendo regida pela premissa de que a finalidade de toda empresa deve ser maximizar a riqueza dos acionistas. E a **terceira**, que será a do capitalismo voltado para o cliente. Sobre a gênese da governança ele afirma que:

“As duas primeiras eras foram, ambas, anunciadas por influentes trabalhos acadêmicos. Em 1932, Adolf A. Berle e Gardiner C. Means publicavam A Moderna Sociedade Anônima e a Propriedade Privada, o clássico tratado no qual sustentam que a gestão deveria ser desvinculada da propriedade. A partir dali, o mundo empresarial americano deixaria de ser dominado por presidentes proprietários como os Rockefeller, os Mellon, os Carnegie, os Morgan. Empresas seriam tocadas por terceiros — por uma nova classe de dirigentes profissionais. Segundo Berle e Means, não havia por que temer esse movimento, que era parte de uma admirável nova era de expansão econômica. É claro que o presidente-proprietário não desapareceu de vez. Mas a sala do presidente passou a ser dominada por executivos profissionais. Empreendedores tinham todo incentivo a criar um negócio novo, mas o sensato seria entregar a gestão a profissionais — gente mais confiável, menos volátil — assim que a empresa atingisse porte considerável. Foi então que, em 1976, o capitalismo gerencial recebeu uma crítica lancinante, quando Michael C. Jensen e William H. Meckling publicaram o artigo "Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure" no Journal of Financial Economic (Teoria da Firma: Comportamento Gerencial, Custos de Agência e Estrutura de Propriedade). A obra, o mais citado artigo acadêmico sobre administração de todos os tempos, sustentava que os proprietários vinham sendo menosprezados por administradores profissionais, que priorizavam o próprio bem-estar financeiro, e não o de acionistas. Era algo ruim para o acionista e um desperdício para a economia, Jensen e Meckling sustentaram; executivos estavam dilapidando recursos da empresa e da sociedade para recheiar os próprios bolsos. Sua crítica inaugurou a era atual do capitalismo. Presidentes de empresa rapidamente viram a necessidade de jurar fidelidade a "maximização do valor ao acionista". Conselhos de administração logo passaram a encarar, como seu papel, alinhar os interesses da alta diretoria com os de acionistas, usando para tanto a remuneração em ações. O acionista não seria mais prejudicado — o acionista seria rei.”

SILVA (2005), apresenta um conjunto de conceituações de governança corporativa provenientes de diferentes autores:

Na definição de WITHERELL (1999), “governança corporativa é o sistema pelo qual as empresas são dirigidas e controladas. Sua estrutura especifica a distribuição de direitos e responsabilidades entre os diferentes participantes da empresa, tais como conselho de administração, diretoria, proprietários e outros stakeholders, entre eles empregados, fornecedores, clientes e comunidade em geral.”

LETHBRIDGE(1997), conceitua o sistema de governança corporativa como o “conjunto de instituições, regulamentos e convenções culturais, que rege a relação entre as administrações das empresas e os acionistas ou outros grupos aos quais as administrações devem prestar contas”.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) considera que um bom regime de governança corporativa representa uma forma eficaz de utilização de recursos, sendo que as empresas devem levar em conta não só os interesses dos acionistas, como também os de uma gama maior de stakeholders.

O Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) oficializou o seguinte conceito para governança corporativa: “o sistema que assegura aos sócios-proprietários o governo estratégico da empresa e a efetiva monitoração da diretoria executiva”. Segundo o IBGC, governança corporativa é o conjunto de práticas e relacionamentos entre os acionistas, conselho de administração, diretoria, auditoria independente e conselho fiscal, com a finalidade de otimizar o desempenho da empresa e facilitar o acesso ao capital.

Citamos ainda a Lei Sarbanes-Oxley, aprovada em 2002 pelo Congresso dos Estados Unidos, que pode ser considerado o mais notável, e de maior extensão, marco regulatório da vida corporativa, desde a criação, nos anos 1930, da Securities Exchange Commission, tendo como foco quatro valores: 1) *Compliance*, conformidade legal; 2) *Accountability*, prestação responsável de contas; 3) *Disclosure*, mais transparência; e 4) *Fairness*, senso de justiça.

6.2 - MARCOS HISTÓRICOS DA GOVERNANÇA CORPORATIVA

ANDRADE & ROSSETI (2009), identificam três marcos históricos como pilares da moderna governança corporativa, que são:

6.2.1 – O Ativismo pioneiro de Robert Monks

O advogado americano Robert Monks é considerado um visionário dos direitos dos acionistas, reconhecido como "o líder da batalha pela reforma da governança corporativa americana". Algumas das suas proposições essenciais, destacadas dos seus livros, são:

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Quadro 16
Proposições essenciais de Roberts Monks sobre Governança Corporativa

Proposições essenciais de Robert Monks	Livro
“A empresa que conta com o monitoramento eficaz dos acionistas adiciona mais valor e gera mais riqueza que aquelas que não dispõem de tal recurso.”	Power and Accountability (1992)
“As corporações podem chegar a uma situação em que ninguém as detém do ponto de vista econômico, mas também ninguém as orienta sob a perspectiva moral. O que pode ser feito numa situação como essa é restabelecer valores pelas boas práticas da governança corporativa.”	Corporate Governance (1995)
“Apesar de todas as aparências, a moderna corporação é um sistema complexo e dinâmico, que está passando por uma fase de transição, na direção de sua natureza intrínseca – um sistema para criar riqueza para seus proprietários e para a sociedade como um todo.”	The Emperor’s Nittingale (1998)
“Práticas corporativas que tenham como pilares os princípios da ética nos negócios são mais eficazes que a lei para prevenir e corrigir conflitos de agência, fraudes, corrupção e outros desvios.”	Reel and Rout (2004)

Fonte: ANDRADE & ROSSETI (2009)

6.2.2 - O Relatório Cadbury

Divulgado na Inglaterra em 1992 é considerado o primeiro código de boas práticas de governança corporativa. O documento foi elaborado por uma comissão coordenada por Sir Adrian Cadbury, e surgiu como resposta aos escândalos registrados no mercado corporativo e financeiro da Inglaterra no final dos anos 1980. Os principais focos do Relatório Cadbury estão na separação de responsabilidades conselho-direção e na constituição do conselho de administração, assegurando que o direcionamento e o controle da corporação estejam firmes em suas mãos. Destacamos alguns itens no quadro a seguir:

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Quadro 17
Relatório Cadbury (Itens destacados)

<p>Conselho de Administração</p>	<p>O Conselho de Administração deve reunir-se regularmente, manter controle sobre a companhia e monitorar sua direção executiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clareza na divisão de responsabilidade do conselho e da direção. - Equilíbrio de poder e de autoridade. - Constituição “mista”, com conselheiros externos independentes. - Presidente do conselho e diretor executivo não acumulam funções. - Atuação com base em programação formal dos assuntos relevantes, assegurando que o direcionamento e o controle da companhia estejam em suas mãos. - Consenso na contratação de assessorias profissionais independentes. - Pleno acesso ao aconselhamento do principal executivo. - Exoneração do principal executivo: um assunto para o conselho como um todo.
<p>Conselheiros Não-executivos</p>	<p>Os conselheiros não executivos exercerão julgamentos independentes sobre a estratégia, o desempenho, a destinação dos recursos e os padrões de conduta da companhia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maioria deverá ser independente da direção. - Ausência de quaisquer conflitos de interesse. - Eleitos por mandatos determinados. - Escolhidos por processo formal.
<p>Relatórios e Controles</p>	<p>É dever do conselho apresentar uma avaliação equilibrada e compreensível da situação da companhia. Com este propósito, o conselho deverá:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assegurar uma relação objetiva e profissional com os auditores. - Implantar um comitê de auditoria e registrar sua responsabilidade na preparação do texto que acompanha os relatórios dos auditores. - Reportar sobre a eficácia do sistema interno de controle da companhia.

Fonte: ANDRADE & ROSSETI (2009)

6.2.3 - Os Princípios da OCDE

A Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) foi originalmente criada em 1948 como Organização para a Cooperação Económica (OECE), com a finalidade de ajudar a administrar o Plano Marshall na reconstrução da Europa após a Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, a sua filiação foi estendida a estados não-europeus e, em 1961, foi transformada em OCDE, congregando os 31 países mais industrializados do mundo e que aceitam os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado.

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Em 1999 a OCDE aprovou os seus *Principles of Corporate Governance*, que se tornaram referência internacional. Em 2004, em face do gigantismo e poder das corporações e também da ocorrência de megafraudes, a OCDE promoveu uma revisão nos princípios, com destaque para os seguintes pontos:

Quadro 18
OCDE - *Principles of Corporate Governance* (itens destacados)

Enquadramento das empresas	As empresas devem buscar o seu eficaz enquadramento e contribuir na geração de condições institucionais para as boas práticas de governança corporativa.
Direitos dos shareholders	A governança corporativa deve proteger o direito dos acionistas.
Tratamento equânime dos shareholders	A estrutura de governança corporativa deve assegurar tratamento equânime a todos os acionistas, majoritários/minoritários, nacionais/estrangeiros.
Direitos de outros stakeholders	A estrutura de governança deve reconhecer direitos legalmente consagrados de outras partes interessadas na criação de riqueza e na sustentação de corporações economicamente sólidas.
Divulgação e transparência	A governança corporativa deverá assegurar a divulgação oportuna e precisa de todos os fatos relevantes referentes à empresa.
Responsabilidades do Conselho de Administração	A governança deverá definir as responsabilidades dos conselhos, envolvendo orientação, fiscalização e prestação de contas das corporações.

Fonte: ANDRADE & ROSSETI (2009)

No seu estudo comparativo, **Andrade & Rosseti** (2009), identificaram mais de cinquenta e um países que desenvolveram seus códigos de melhores práticas de governança corporativa, apenas no período de 1992 a 2006.

6.3 A GOVERNANÇA CORPORATIVA NO BRASIL

O crescimento da governança corporativa no Brasil está ligado ao crescimento econômico. Segundo ALVARES (2008), a abertura política, a estabilização monetária e a privatização, ocorridos nos anos 1990, alteraram de forma significativa o ambiente empresarial, ao impactarem o jogo competitivo e as estruturas institucionais. As respostas das empresas passaram por expansão do controle acionário, via compartilhamento do controle entre sócios nacionais e estrangeiros, e formação de alianças estratégicas entre grupos nacionais.

SILVA (2005), identifica como principais iniciativas de estímulo e aperfeiçoamento ao modelo de governança das empresas no país: a criação do Novo Mercado da Bolsa de Valores de São Paulo; a Nova Lei das S.A.; a Regulamentação dos Fundos de Pensão; a Atuação do BNDES; o Código de Boas Práticas de Governança Corporativa do IBGC, e finalmente as Recomendações da Comissão de Valores Mobiliários (CVM) sobre Governança Corporativa.

A história da governança corporativa no Brasil está também vinculada à criação do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa, o IBGC. Criado em 1995 como Instituto Brasileiro de Conselheiros de Administração, ele é hoje reconhecido nacional e internacionalmente como a principal referência na difusão das melhores práticas de governança na América Latina. Destacam-se em relação ao IBGC: o seu Código das Melhores Práticas; a realização de cursos de formação de conselheiros e de congressos nacionais; e a organização de programas de certificação e de um Banco de Conselheiros, que é um banco de dados com a identificação dos conselheiros certificados pelo IBGC.

ANDRADE & ROSSETI (2009), relata a pesquisa realizada pelas consultorias McKinsey e Korn-Ferry (*Panorama da governança corporativa no Brasil -2002*) que aponta na direção da progressiva adesão às melhores práticas da governança corporativa no Brasil. Nas conclusões sobre as tendências são apontados três modelos seqüenciais, que apontam para a evolução da governança no nosso país, que são:

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Quadro 19
Modelos de Tendências para a evolução da governança corporativa no Brasil

modelo atual	modelo emergente	modelo de mercado
Empresa gerenciada por poucos acionistas controladores, com práticas informais de governança.	Empresa gerenciada por poucos acionistas controladores, com governança formal e acesso ao mercado de capitais para executar suas estratégias no seu mercado tradicional.	Empresa com controle compartilhado e governança formal, com aspirações e capacidade financeira para competir globalmente.

Fonte: ANDRADE & ROSSETI (2009)

6.4 - A GOVERNANÇA CORPORATIVA NOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

Segundo BARBOSA (2003), historicamente a principal forma de governança das organizações (hospitais filantrópicos) pressupunha a instalação de curadorias e conselhos, dos quais participavam membros da elite comunitária, profissionais da área da saúde e representantes do clero, onde a atuação destes personagens se resumia à gestão dos recursos alocados pela comunidade, pouco tendo, em seus papéis, que participar do processo operacional propriamente dito. Estes detalhes da constituição do modelo permitem explicar algumas das características atuais dos nossos hospitais sem fins lucrativos que se organizaram a partir de iniciativas de comunidades específicas e contam com mecanismos de governança corporativa em que os papéis das instâncias superiores apresentam um forte condicionamento do seu corpo associativo, diferentemente das organizações hospitalares de propriedade do Estado ou de empreendedores do setor

BARBOSA (2003) examina muito bem esta situação ao destacar que “o papel do gestor de organizações hospitalares demanda conhecimentos e formas de condução de difícil articulação. As pressões e imposições que passam a atuar sobre este são, em essência, diferentes daquelas que atuam sobre gerenciadores de outras organizações, basicamente pelo aspecto cultural de dissociação entre a função assistencial da organização hospitalar e os aspectos econômico-financeiros da gestão. Em consequência, o gestor hospitalar é responsabilizado por uma série de outras funções que devem ser consideradas em seu

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

processo de atuação, entre as quais: a garantia da maior qualidade possível ao paciente, a integração entre os diversos profissionais envolvidos com a assistência, o atendimento à comunidade em que sua organização se insere e, especificamente, a atenção e a educação de seu conselho superior (SIMPKIN e JANOUSEK, 2003; ROBERTS e CONNORS, 2003).

O que desejamos enfatizar nesta dissertação é que os hospitais filantrópicos precisam ultrapassar os modelos antiquados de governança, baseados em tradição e improvisação, tendo em vista a complexidade da organização hospitalar nos dias atuais. Sustentabilidade, gestão estratégica e governança corporativa efetiva são temas encadeados: juntos eles causam sinergia, dissociados ou mal implementados podem aumentar as dificuldades.

No seu estudo, BARBOSA (2003), traz informações sobre os sistemas de governança em instituições comunitárias de saúde americanas, das quais destacamos:

“Os sistemas de governança corporativa das instituições hospitalares americanas passam na atualidade por profundas transformações. Estas são decorrentes das mudanças ambientais que transformaram o cenário da assistência à saúde naquele país nos anos 1990. Gestores cujos papéis eram tradicionalmente ligados ao controle organizacional passam a se ocupar de novas responsabilidades que decorrem da restrição financeira imposta ao sistema. Da mesma forma, a abordagem terapêutica desloca o interesse das comunidades do atendimento realizado no ambiente hospitalar para outros tipos de estruturas dentro de um princípio de “continuum of care” (continuidade do cuidado). Com isto, as funções relativas a governança também tendem a se ajustar ao novo modelo assistencial. Orlikoff e Totten (1998) identificam 3 instâncias ou atores principais neste processo de transformação: o executivo principal (“CEO”), o presidente do conselho administrativo (“the chairman of the board”) e o próprio conselho administrativo (“board”) como os elementos fundamentais de implementação do novo modelo de governança corporativa.”

Ainda segundo BARBOSA(2003), no Brasil, os hospitais filantrópicos, em sua grande maioria, foram organizados a partir de iniciativas de entidades religiosas ou de comunidades laicas, cujas motivações principais se vinculavam ao propósito de oferecer serviços de saúde que não estavam sendo providos pelo Estado. Entretanto, desde o Estado Novo, com a criação de uma legislação social de cunho assistencialista, estas organizações passaram a se beneficiar de uma série de isenções fiscais, a ponto de conquistarem na Constituição Federal de 1988 a preservação dos direitos de exoneração de uma série de impostos e de contribuições previdenciárias e a condição de parceiras preferenciais do Estado (artigos 150 e 195 da Constituição Federal de 1988).

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Com a regulamentação legal ordinária (Lei Orgânica da Assistência Social – Lei nº 8212, de 1993; e Decreto-Lei nº 752, de 1994), entretanto, o Estado vem procurando criar uma série de condicionantes à manutenção das imunidades obtidas. Basicamente, passa a exigir uma contrapartida de prestação de serviços (60% dos atendimentos), a instalação de mecanismos de controle dos conselhos e diretorias executivas das organizações hospitalares sem fins lucrativos, e a manutenção do caráter voluntários dos diretores estatutários.

Na sua tese de doutorado, apresentada em 2003 na Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas e denominada de “*Governança Corporativa em Hospitais Sem Fins Lucrativos: Um Estudo do Perfil de Onze Hospitais Brasileiros*”, o Prof. Antônio Pires Barbosa faz um estudo aprofundado sobre os tipos de governança corporativa praticadas em onze hospitais filantrópicos. No **Anexo 3**, destacamos os dois principais hospitais analisados, e que são bem representativos dos modelos de organizações filantrópicas existentes no Brasil:

- (a) O Hospital Israelita Albert Einstein, de São Paulo, e
- (b) A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

CAPÍTULO VII

HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS, UM ESTUDO DE CASO: O SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EVANGÉLICO (SASE)

Neste capítulo apresentamos um breve estudo de caso, relacionado com a experiência de uma instituição filantrópica evangélica, que conseguiu, através de esforços conjuntos de mobilização de recursos, ideais humanitários e religiosos, consolidar-se no cenário histórico propício para as entidades filantrópicas de saúde, nos anos 1950 / 1960: o Serviço de Assistência Social Evangélico - SASE, do Rio de Janeiro.

O SASE soube crescer no período áureo dos convênios públicos, e passou por terríveis dificuldades de adaptação aos “novos tempos” do sistema público de saúde, a partir dos anos 1980. Um caso muito bem sucedido de crescimento na época de aumento dos investimentos públicos na rede privada de saúde (anos 1960 a 1970), mas que não se estruturou para enfrentar os tempos de crise (anos 1980).

7.1 - NO INÍCIO O DEPARTAMENTO SOCIAL DE UMA IGREJA LOCAL

No ano de 1955, um grupo de cinquenta pessoas se reuniu na Igreja Presbiteriana de Realengo, localizada na zona rural da cidade do Rio de Janeiro, com o objetivo de fundar um pequeno ambulatório que servisse aos membros da Igreja e as pessoas carentes, independente dos seus credos religiosos. No início era denominado de Serviço de Assistência Social (SAS), sendo um departamento da igreja. A sede funcionava num barraco de tábuas de caixotes, ao lado do templo, e contava com dois médicos voluntários (na figura 3 uma foto da pequena igreja). Nas palavras do seu fundador, Rev. Isaias de Souza Maciel:

“ Por iniciativa da Junta Diaconal daquela igreja, criou-se um humilde ambulatório com serviços voluntários de dois médicos, para atender aos enfermos pobres da igreja e da vizinhança; um advogado para orientar os que tinham problemas jurídicos; algumas prateleiras de medicamentos para aplicação gratuita, e um serviço social de distribuição de alimentos e vestes aos mais necessitados.”

(Fonte: Revista Brasil SASE nº 6 – abril de 1968, pag. 14)

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Figura 3: Foto da Igreja onde surgiu o SASE no ano de 1955



Fonte: Arquivos de fotos do SASE

**7.2 - DE DEPARTAMENTO SOCIAL DE UMA IGREJA LOCAL PARA UMA
ENTIDADE INTERDENOMINACIONAL.**

O departamento social da igreja local ficou pequeno em tamanho e em visão. A partir do ano de 1956 a entidade começou a receber a colaboração de membros de outras igrejas evangélicas, batistas, metodistas, congregacionais e da assembléia de Deus, além das participações voluntárias e alugou uma casa fora da área da igreja para ampliar os atendimentos, além de mudar a sua denominação para Serviço de Assistência Social Evangélico (SASE), e comprar um terreno para a sua nova sede (Figura 4):

Figura 4
A 1ª sede, em casa alugada (ano de 1956)



Fonte: Arquivos de fotos do SASE

7.3 - UMA NOVA SEDE E AS MOTIVAÇÕES INICIAIS DA INSTITUIÇÃO

Em 1959, quatro anos após o início das suas atividades num barracão, o SASE já tinha uma sede própria, além de uma estrutura para o acolhimento de idosos. O depoimento do seu fundador demonstra como o crescimento foi surpreendente:

“ De surpresa em surpresa, no fim do seu quarto ano de existência, já o SASE se achava instalado em sua SEDE PRÓPRIA, em prédio de dois pavimentos, na Rua Manaus, 98, e era proprietário de uma área de 7.000 metros quadrados com boa casa, numa das mais vistosas eminências da região, tudo adquirido com vantagens jamais sonhadas e ofertas inesperadas e no momento exato de suas necessidades.

(Fonte: Revista Brasil SASE nº 6 – abril de 1968, pag. 14)

O tempo era propício para planos mais ambiciosos. No final dos anos 1950 o país vivia tempos de mudanças e prosperidade; era o final do Governo Kubitschek: a nova capital, Brasília, estava prestes a ser inaugurada, a industrialização chegava com força e as pessoas estavam abertas para apoiar novos projetos.

O SASE desenvolvia junto com as atividades ambulatoriais iniciais um conjunto de atividades assistenciais sociais, tais como a distribuição de alimentos e roupas para pessoas necessitadas. Nos anos 1960 as estatísticas das principais unidades assistenciais sociais demonstram um que os quantitativos das atividades de saúde eram próximas das atividades sociais. Nesta época os convênios governamentais para assistência a saúde eram incipientes:

Quadro 20
Quantitativos de Atendimentos nas principais unidades do SASE – 1961 a 1965

Anos	Realengo		Duque de Caxias		Nova Iguaçu	
	Atendimento Ambulatorial	Alimentos Roupas	Atendimento Ambulatório	Alimentos Roupas	Atendimento Ambulatório	Alimentos Roupas
1961	17.253	5.145	-	-	15.197	566
1962	20.740	6.284	-	-	18.233	689
1963	22.814	6.912	4.550	2.587	20.068	759
1964	25.096	8.984	9.121	5.448	22.174	911
1965	27.606	9.882	13.648	4.275	24.445	1.002

Fonte: Revista Brasil SASE – Ano I nº3 – 1966 – pags.7, 17 e 20

Figura 5
Pessoas atendidas na entrega de cestas básicas



Fonte: Arquivos de fotos do SASE

7.4 - A CONSTRUÇÃO DO PRIMEIRO HOSPITAL (O SASE DE REALENGO)

A primeira sede do SASE foi construída para ser um pequeno ambulatório. Porém o sucesso da mobilização ampliava as oportunidades que eram aproveitadas, sem preocupação com o planejamento. A campanha para a construção do primeiro hospital do SASE, em Realengo, teve início em 1960 e foi concluída no ano de 1961, sendo realizada em três segmentos:

- a) Uso da mídia radiofônica, que culminou com uma grandiosa festa com a presença de mais de 20.000 pessoas no estádio do Maracanãzinho, no Rio de Janeiro;
- b) As campanhas de doações de materiais de construção e de mobiliário hospitalar;
- c) Os mutirões de obras.

No depoimento do fundador do SASE, temos mais um indicativo do crescimento explosivo da entidade:

“ O SASE nunca teve desmedidas ambições de realizar obras extensivas e muito menos suntuosas. O seu Hospital-Maternidade, hoje acrescido do Pavilhão de Cirurgia Yolanda Costa e Silva, na Rua Manaus, foi o resultado da humilde idéia de se construir uma pequena sala com capacidade para quatro ou cinco leitos, a fim de atender a algum caso de parto urgente que surgisse nos serviços do Ambulatório médico. Quando a idéia saiu a público numa festa realizada no Maracanãzinho, foi tal a sua aceitação e o número de subscrições para doação de leitos, que a obra veio a ser um prédio de três pavimentos com capacidade para 60 leitos.”

(Fonte: Revista Brasil SASE nº 6 – abril de 1968, pag. 14)

O primeiro Hospital SASE foi construído e inaugurado em 12 meses. As campanhas de doações eram muito bem sucedidas, sendo que a programação radiofônica da instituição era transmitida quatro dias na semana, com um total de 10 horas semanais, obtendo, assim, as maiores audiências evangélicas. Outros eventos para captação de recursos eram realizados, como as grandes festas, com dezenas de barracas de venda de alimentos, bazares, concursos, etc. O Grupo de Senhoras Mantenedoras foi essencial nesta fase: todas trabalhavam com alegria para verem um novo hospital evangélico ser construído. Eram realizados também os mutirões de construção, que envolviam centenas de voluntários, principalmente nos finais de semana e feriados, para a colocação de lages. Nesta época, os edifícios não seguiam as regras da arquitetura hospitalar, e eram construídos em tempo recorde. O registro fotográfico dessas ações pode ser visto no **Anexo 4** (Galeria de Fotos do SASE).

7.5 - O CRESCIMENTO EXPONENCIAL E AS DIFICULDADES DE GESTÃO

O modelo de campanhas de captação e a proposta de uma instituição evangélica interdenominacional de saúde causaram um grande impulso de crescimento para o SASE. Em 20 anos, a entidade já tinha um total de **17 unidades de saúde**, distribuídas em 13 municípios do Estado do Rio de Janeiro, sendo **seis unidades hospitalares** e **onze unidades ambulatoriais e policlínicas**, se tornando uma das maiores entidades de saúde conveniadas com o sistema público de saúde no Estado do Rio de Janeiro.

Com unidades localizadas em regiões muito carentes, como a zona oeste da cidade do Rio de Janeiro e a Baixada Fluminense, na região metropolitana do Rio de Janeiro, o SASE obteve um grande número de convênios com a Previdência Social. Em alguns casos, as unidades eram consideradas estratégicas para a assistência pública de saúde. Em fins dos anos 1970, por exemplo, apenas as Unidades de São Mateus, Duque de Caxias e Xerém, faziam cerca de 300.000 atendimentos ambulatoriais anuais aos beneficiários do INAMPS. A área de saúde se transformou na principal fonte de sustento do SASE e ampliava as suas áreas de atuação graças aos convênios com a Previdência Social. A estrutura de gestão do SASE, no entanto, não se preparou para este crescimento.

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Quadro 21
Rede Assistencial do SASE – Período de 1960 a 1985

Unidades do SASE	Início atividade	Município
Unidades Assistenciais de Saúde		
HOSPITAL SASE DE REALENGO	1960	Rio de Janeiro-RJ
AMBULATÓRIO DE COELHO NETO	1960	Rio de Janeiro-RJ
HOSPITAL SASE DE NOVA IGUAÇU	1961	Nova Iguaçu -RJ
HOSPITAL MATERNIDADE DE DUQUE CAXIAS	1962	Duque de Caxias-RJ
HOSPITAL MATERNIDADE DE XERÉM	1963	Duque de Caxias
AMBULATÓRIO DE MACAÉ	1963	Macaé - RJ
POLICLÍNICA DE NOVA FRIBURGO	1964	Nova Friburgo - RJ
POLICLÍNICA DE TERESÓPOLIS	1964	Teresópolis - RJ
HOSPITAL MATERNIDADE DE ITAGUAÍ	1965	Itaguaí - RJ
POSTO DE URGÊNCIAS DE SÃO MATEUS	1975	S.João de Meriti-RJ
AMBULATÓRIO DE MAGÉ	1975	Magé - RJ
AMBULATÓRIO DE GUAPIMIRIM	1980	Magé -RJ
AMBULATÓRIO DE RIO BONITO	1975	Rio Bonito -RJ
POLICLÍNICA DE CAMPOS	1976	Campos - RJ
POLICLÍNICA DE TRÊS RIOS	1970	Três Rios - RJ
HOSPITAL SAMARITANO	1980	Nova Iguaçu - RJ
POLICLÍNICA DE MIGUEL COUTO	1980	Nova Iguaçu -RJ
Unidades de Assistência Social		
ABRIGO AMOR E VIDA - IDOSOS	1998	Rio de Janeiro-RJ
ABRIGO AMAI-VOS UNS AOS OUTROS	1961	Rio de Janeiro-RJ
ABRIGO PATY DO ALFERES	1965	Paty do Alferes-RJ
PROJETO AMOR E VIDA PARA CRIANÇAS	1999	Rio de Janeiro -RJ
LAR DA CRIANÇA DE BRASÍLIA	1970	Taguatinga - DF
CREDEQ	1987	Rio de Janeiro-RJ

A captação de recursos do SASE foi muito bem sucedida, porém, as construções e o modelo de gestão não eram os adequados. Desde o início das suas atividades hospitalares o SASE ficou dependente de convênios governamentais. O primeiro convênio foi firmado com o Instituto de Aposentadorias e Pensões do Industriários -**IAPI**, em 1962, e depois foram sendo celebrados novos convênios, principalmente a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS e do crescimento da compra de serviços médicos pela Previdência Social, nos anos 1970, através do INAMPS.

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

A partir do ano de 1982 a entidade passou a sofrer sucessivas crises financeiras como consequência da redução dos seus convênios com a Previdência Social. Em fins de 1986, uma parte da sua rede assistencial de saúde sofreu uma Intervenção Administrativa do INAMPS, que perdurou até fins do ano de 1988.

Em 1989, a rede assistencial de saúde do SASE já se encontrava muito reduzida, inclusive com a suspensão dos atendimentos hospitalares e a cessão da maior parte das unidades ambulatoriais instaladas nos municípios do interior para a gestão das prefeituras que, a partir da criação do SUS, tinham assumido a gestão municipal de saúde.

7.6 - ALTERNATIVA PARA A SOBREVIVENCIA: A ORGANIZAÇÃO DE POLICLÍNICAS POPULARES

No início dos anos 1990 o SASE tinha sérios problemas: mais de 350 ações judiciais trabalhistas, dívidas com fornecedores, unidades paralisadas, e os convênios com o SUS não eram suficientes para a manutenção das unidades e o saneamento dos passivos. A entidade nunca manteve convênio ou credenciamentos com as empresas da Medicina Suplementar, sendo totalmente dependente dos convênios com o sistema público.

Até o ano de 1992 o SASE só realizava atendimentos gratuitos, com ênfase aos pacientes do Sistema Público de Saúde. Os hospitais foram transformados em Policlínicas e a partir de 1993 as Policlínicas passaram a vender serviços a pacientes particulares, com preços sociais. Nos dias atuais, a entidade ainda mantém em gestão própria, quatro grandes policlínicas, que atendem a cerca de 2.300 pessoas por dia. Por falta de investimentos, o SASE não se atualizou tecnologicamente e perdeu muito espaço no mercado hospitalar. O total de serviços de saúde produzidos em 2009 está descrito nos quadros abaixo:

Quadro 22
SASE - Quantidade de Atendimentos - ano de 2009

	Quantidades
Consultas Médicas	455.274
Exames e Procedimentos Diagnósticos	403.809
Serviços Terapêuticos e/ou Complementares	86.724
Totais	945.807

Fonte: Serviço Administrativo do SASE, 2009

**QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Os quantitativos de atendimentos gratuitos, realizados através de convênio com o Sistema Único de Saúde – SUS foi de cerca de 31% dos totais de atendimentos.

Quadro 23
SASE - Quantidade de Atendimentos por tipo de Faturamento - ano de 2009

Tipo Faturamento	Qtd Atendimentos	Porcentagem
Gratuitos SUS	287.195	31%
Particular	658.612	69%
Total	945.807	100%

Fonte: Serviço Administrativo do SASE, 2009

A maior dificuldade da entidade é que, apesar dos expressivos números de atendimentos, o faturamento é muito reduzido para atender às necessidades de investimentos e saneamento dos passivos judiciais, conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro 24
SASE - Faturamento (Receita Líquida) dos Atendimentos de Saúde - ano de 2009

Tipo Faturamento	Qtd Atendimentos	Receita Líquida*1 - R\$	Per-capita em R\$	Receita Líquida em Euros €*2	Per-capita em Euros \$*2
Gratuitos SUS	287.195	2.259.046,00	7,86	€ 976.209,	€ 3,39
Particular	658.612	8.919.116,00	13,54	€ 3.854.248,	€ 5,85
Total	945.807	11.178.162,00	11,81	€ 4.830.457.	€ 5,11

(*1) – Receita Líquida, retirados os honorários médicos // (*2) Valor de 1 Euro = R\$ 2,3141, em 30/06/2011

Fonte: Serviço Administrativo do SASE, 2009

O SASE é um exemplo típico de instituição filantrópica evangélica de saúde que cresceu de forma acelerada e desordenada, e que não conseguiu se adaptar aos “novos tempos” do setor saúde. A nossa proposta dos *Quatro Pilares* se aplica totalmente a este tipo de instituição, que merece um estudo mais aprofundado visto que a sua trajetória e dificuldades ocorreram de forma muito parecida como as de outras entidades filantrópicas.

Além de atuar na área de saúde, o SASE continua atuando em áreas de promoção social, com destaque para o acolhimento de idoso, a assistência a crianças e a recuperação de dependentes químicos, todos com assistência gratuita, conforme demonstrado no **ANEXO 4**.

CAPÍTULO VIII

RESULTADOS

8.1 - O PILAR DA CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A extensa pesquisa literária e em diversas outras fontes como jornais e internet, possibilitou uma análise da evolução histórica dos hospitais no país, sob as óticas da sociologia e das políticas públicas de saúde. Através desta análise, foi possível a obtenção de um embasamento teórico que confluuiu para identificação do que denominamos de quatro pilares para sustentabilidade dos hospitais filantrópicos evangélicos no Brasil, sendo a própria história, um verdadeiro pilar a ser considerado, principalmente para as instituições evangélicas, entre outros motivos:

Primeiro, porque um gestor hospitalar precisa conhecer as origens e o desenvolvimento histórico dos serviços de saúde no país, para entender as dificuldades e os desafios do presente. Destinados inicialmente aos pobres, visto que os ricos se tratavam em casa, os hospitais se tornaram muito complexos e caros ao longo do tempo, passando a exigir uma gestão técnica e profissionalizada.

Segundo, porque, conforme ensina GRAÇA(2000), “O hospital é uma criação da cristandade da alta idade média, ou seja, a assistência hospitalar nasceu de movimentos religiosos de caridade; e no Brasil ela é iniciada através de uma santa casa de misericórdia”.

Terceiro, porque o Estado se omitiu por séculos na assistência à saúde e foi o espírito empreendedor de segmentos da população que possibilitou a organização de muitos hospitais no Brasil. No entanto, a partir da nova constituição federal de 1988, a assistência à saúde passou a ser uma obrigação do Estado, sem que fossem destinados os recursos necessários para financiá-la, gerando uma grave crise para os pequenos e médios hospitais filantrópicos. Por outro lado, o setor saúde se consolidou como um complexo industrial que movimentava bilhões de reais.

Tem-se, portanto, que o conhecimento histórico e a compreensão política do contexto atual, aliados ao entendimento sociológico da capacidade de mobilização de segmentos da população, na construção dos hospitais comunitários, são fundamentais para se ter uma visão estratégica e se identificar oportunidades na gestão dos hospitais filantrópicos evangélicos.

8.2 - O PILAR DA SUSTENTABILIDADE INSTITUCIONAL

Nos tempos atuais não é mais cabível considerar sustentabilidade apenas pelo seu conceito histórico na gestão, que a considerava, principalmente para as organizações filantrópicas, vinculada às ações de manutenção financeira e às campanhas de captação de recursos e doações. Neste estudo, verificou-se que a Sustentabilidade Institucional para um hospital filantrópico vai além de se trabalhar com mecanismos gerenciais e financeiros eficientes, pois também é preciso manter ações de desenvolvimento institucional, que compreendem aspectos organizacionais e institucionais que possibilitem à organização se manter forte e acreditada no mercado. O grande desafio de uma entidade então é reposicionar a sua estratégia de sustentabilidade, o que implica em avaliar o seu papel, o papel de sua intervenção e o modelo de organização interna.

A gestão dos hospitais filantrópicos evangélicos precisa, portanto, estar centrada na busca da sustentabilidade institucional, o que exige que o hospital esteja sintonizado com todos os seus stakeholders, e significa ter base social, legitimidade e relevância de missão. Simultaneamente, a sustentabilidade institucional exige também gestão organizacional eficiente; capacidade de influenciar processos sociais e políticas públicas, e capacidade para estabelecer parcerias e ações conjuntas. O resultado então é que os hospitais filantrópicos evangélicos precisam reavaliar os seus modelos de gestão, pois o maior perigo para um hospital filantrópico nos dias atuais é se tornar irrelevante para a comunidade onde ele se encontra inserido.

Segundo ARMANI (2001), “As mudanças no Estado brasileiro, as novas tendências na cooperação internacional, assim como o aparecimento de novos atores no campo social fazem com que as organizações tenham de se reinventar como atores sociais relevantes. Elas agora têm de se justificar perante a opinião pública e a mídia como nunca antes; e também credenciar-se política e tecnicamente perante o Estado, o setor privado e as universidades”.

Desta forma, a sustentabilidade institucional, em seu conceito ampliado, é fator essencial para se garantir a sustentabilidade dos hospitais filantrópicos evangélicos no Brasil, sendo, portanto, no nosso entender, o seu segundo pilar.

8.3 - O PILAR DA GESTÃO ESTRATÉGICA

O hospital filantrópico precisa ser administrado como uma empresa, utilizando-se da lógica empresarial de maximizar os seus resultados. No caso dos hospitais filantrópicos evangélicos, o fato de não visar lucro não justifica uma gestão ineficiente. Pelo contrário, o hospital filantrópico é assunto de interesse público e deve buscar resultados (financeiro e operacional) que contribuam para o bem estar da população.

Em muitos hospitais filantrópicos, no entanto, a exata compreensão sobre o design organizacional de uma entidade hospitalar ainda é uma competência a ser adquirida e trabalhada. A necessária mudança ou rearranjo organizacional dessas entidades passa por uma liderança efetiva do vértice estratégico e pelo real comprometimento de todas as pessoas envolvidas, sendo que os desafios para a formulação do planejamento estratégico são muito parecidos para todos os tipos de organizações (lucrativas, filantrópicas ou governo), porém, para os hospitais filantrópicos evangélicos, eles são mais relevantes em face da necessária compreensão da urgência dos rearranjos organizacionais.

Historicamente os hospitais filantrópicos sempre foram administrados de forma “amadora”. A antiga forma de gestão, que assegurava ao dirigente principal a manutenção do controle, independentemente de sua competência profissional, não é mais viável, pois não consegue manter o hospital em um nível de gestão que garanta sua permanência num mercado cada vez mais competitivo e em busca de melhores serviços e qualidade.

Daí a importância de uma gestão profissionalizada e com visão estratégica para se garantir a sustentabilidade dos hospitais filantrópicos evangélicos, sendo este, seu terceiro pilar.

8.4 - O PILAR DA GOVERNANÇA CORPORATIVA

O papel do gestor de organizações hospitalares demanda conhecimentos e formas de condução de difícil articulação. As pressões e imposições que passam a atuar sobre este são, em sua essência, diferentes daquelas que atuam sobre gerenciadores de outras organizações, basicamente pelo aspecto cultural de dissociação entre a função assistencial da organização hospitalar e os aspectos econômico-financeiros da gestão.

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Desta forma, quando um hospital filantrópico evangélico possui uma gestão centralizada, o seu gestor, que via de regra é um voluntário, muitas vezes tende a replicar suas experiências pessoais ou profissionais na gestão do negócio hospitalar, deixando de considerar, em consequência, questões diretamente relacionadas à assistência e às formas de sua produção. Daí a importância de uma gestão corporativa e colaborativa, onde o gestor pode contar com um grupo de colaboradores que o auxilia em todos os aspectos da gestão.

Segundo BARBOSA (2003), historicamente, a principal forma de governança das organizações (hospitais filantrópicos) pressupunha a instalação de curadorias e conselhos, dos quais participavam membros da elite comunitária, profissionais da área da saúde e representantes do clero, onde a atuação destes personagens se resumia à gestão dos recursos alocados pela comunidade, pouco tendo, em seus papéis, que participar do processo operacional propriamente dito.

A pesquisa literária e técnica realizada para este estudo, não conseguiu identificar estudos sobre a realidade da gestão dos hospitais filantrópicos evangélicos brasileiros, e muito menos sobre os modelos de governança neles existentes. A forma como a governança é exercida nesses hospitais, no entanto, é fundamental para o êxito da gestão e da sobrevivência dessas instituições.

Assim, enfatiza-se que os hospitais filantrópicos evangélicos precisam ultrapassar os modelos antiquados de governança, baseados em tradição e improvisação, tendo em vista a complexidade da organização hospitalar nos dias atuais. Portanto, considera-se que a adoção da Governança Corporativa é vital para se garantir a sustentabilidade destas instituições e por este motivo se constituiu, para efeito deste estudo, no seu quarto pilar.

8.5- ESTUDO DE CASO: SASE E A APLICABILIDADE DOS QUATRO PILARES PARA GARANTIR O SEU SUCESSO E PERTUIDADE.

O SASE é um exemplo de instituição hospitalar filantrópica evangélica que surgiu e cresceu num momento histórico propício, dos anos 50 aos anos 70, mas que ficou totalmente dependente de convênios com os órgãos governamentais da previdência social e não promoveu a profissionalização da sua gestão. De igual modo que centenas de outras instituições filantrópicas hospitalares, que também vivenciam graves crises, o SASE precisou reduzir drasticamente a sua rede de serviços e lutar pela sua sobrevivência em meio a um

elevado passivo financeiro. Os Quatro Pilares propostos neste trabalho são aplicáveis à sua realidade pelos seguintes motivos:

- a) O conhecimento do **contexto histórico (o primeiro pilar)** serve de bússola para o entendimento do momento histórico e político e a grave crise que enfrentou quando o quadro político se alterou dramaticamente no início dos anos 80, com a eclosão da 2ª crise mundial do petróleo, e com os estertores do regime militar brasileiro, aliado às mudanças instituídas pela nova Constituição Federal de 1988.
- b) A compreensão sobre a necessidade de se buscar a **sustentabilidade institucional (o segundo pilar)** vem destacar a necessidade do SASE de buscar alcançar maior relevância junto aos seus stakeholders, que a cada ano vêm ganhando mais espaço nas relações institucionais do setor saúde. Não adianta apenas buscar a sustentabilidade financeira, pois esta passou a depender de novos fatores de relevância. O investimento na sustentabilidade institucional é, portanto, o que irá garantir ao SASE a confiança da população e a sua perpetuidade.
- c) A implantação de uma **gestão estratégica (o terceiro pilar)** é fundamental para o SASE enfrentar os “novos tempos” e garantir sua sobrevivência, em um mercado altamente competitivo aliado ao avanço tecnológico e a necessidade de novos investimentos, não sendo mais possível improvisar, pois organizações hospitalares exigem a profissionalização da gestão para garantir sua eficiência e permanência no mercado.
- d) Finalmente, a implantação de uma **governança corporativa (o quarto pilar)** é um fator essencial para o SASE conquistar novas parcerias, tanto com órgãos públicos como privados, além de garantir maior transparência e eficiência na gestão, visto que os hospitais filantrópicos mais bem sucedidos são aqueles que contam com uma governança corporativa efetiva.

O SASE apresenta uma boa performance institucional, sendo que hoje se constitui em uma referência para a população com poder aquisitivo emergente. No entanto, há de se investir na implementação de uma gestão estratégica e eficiente.

Assim sendo, a aplicação do conceito dos quatro pilares descritos neste estudo, se aplica perfeitamente ao SASE, bem como para a maioria dos hospitais filantrópicos evangélicos.

CAPÍTULO IX

DISCUSSÕES

A busca de referências de literatura para o embasamento deste estudo foi um grande desafio, visto que as publicações relativas aos hospitais filantrópicos ainda são muito escassas, mesmo porque muito de suas histórias ainda estão guardadas nos arquivos das próprias instituições e não liberadas para publicação.

Através do embasamento teórico, fruto desta pesquisa, foi possível verificar a essência e importância dos “Quatro Pilares” que podem garantir a sustentabilidade dos hospitais filantrópicos evangélicos, entendendo que “pilar” significa coluna que sustenta, sem a qual uma construção não consegue permanecer erguida.

Verificou-se que pelas suas próprias histórias os hospitais filantrópicos evangélicos, podem alcançar perpetuidade, em face da confiabilidade da população e da importância política que dispõem.

A sustentabilidade institucional, que descreve a força da própria instituição com sua capacidade de manter parceiras e apoiadores, confere aos hospitais filantrópicos evangélicos uma grande importância para o mercado sendo este, portanto, o segundo pilar.

Quanto ao terceiro pilar, entendeu-se que a história e a sustentabilidade institucional, apesar de suas importâncias não conseguem garantir, nos tempos atuais, a permanência do hospital filantrópico evangélico no mercado; pois este irá perder em relação à competitividade de instituições que investem em modernas tecnologias de gestão, sendo, portanto, a gestão estratégica o seu terceiro pilar.

Finalmente, o presente estudo demonstrou que mesmo com a adoção da visão estratégica há necessidade da gestão ser realizada de forma cooperativa e descentralizada. Desta forma, a governança corporativa passa a ser o quarto pilar para garantir a sustentabilidade dos hospitais evangélicos filantrópicos.

O estudo de caso de uma instituição filantrópica evangélica, o SASE, demonstrou claramente a importância dos quatro pilares.

Verifica-se, portanto, que sustentabilidade institucional, gestão estratégica e governança corporativa efetiva são temas encadeados: juntos eles causam sinergia, dissociados ou mal implementados podem aumentar as dificuldades da organização.

CAPÍTULO X

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que uma significativa parcela dos hospitais filantrópicos evangélicos no Brasil, principalmente os que dependem de convênio com o sistema público de saúde, o SUS, passam por grave crise econômico-financeira, motivada por gestão ineficiente e ausência de governança corporativa efetiva.

A presente proposição é que para alcançar o equilíbrio econômico-financeiro e a plena capacidade de investimentos, condições fundamentais para as suas sobrevivências, os hospitais filantrópicos evangélicos necessitam estar sedimentados em quatro pilares: compreensão do momento histórico, sustentabilidade institucional, gestão estratégica e governança corporativa. Para que isso seja possível é necessário que as organizações realizem ações, visando principalmente:

- a) A adoção de medidas que busquem a sustentabilidade institucional e não apenas o equilíbrio econômico-financeiro;
- b) O restabelecimento dos canais de captação de recursos com a comunidade e com os seus Stakeholders, a partir da profissionalização dos métodos e da transparência na utilização dos recursos auferidos;
- c) A reestruturação organizacional, buscando o reconhecimento e adaptação da cultura organizacional e a profissionalização da gestão, após uma revisão na sua Visão Estratégica;
- d) A adoção das Melhores Práticas de Governança Corporativa.

Espera-se que o presente trabalho venha contribuir para a discussão e a sensibilização dos gestores de hospitais filantrópicos evangélicos, que atualmente passam por crise não só financeira como institucional, para que considerem a aplicação das proposições aqui descritas.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Laurinda – “*O papel das Misericórdias dos lugares de além-mar na formação do Império português*” - Hist. ciênc. Saúde-Manguinhos;8(3):591-611, set.-dez. 2001.

ARRETCHE, Marta – “*A Política da Política de Saúde no Brasil*” – Livro: Saúde e Democracia: historia e perspectivas do SUS - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005

ARMANI, Domingos - “*O desenvolvimento institucional como condição de sustentabilidade das ONGs no Brasil*”. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aids e Sustentabilidade**: sobre as ações as organizações da sociedade civil/Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. *O desenvolvimento institucional como condição de sustentabilidade das ONGs no Brasil*. 2003, 10 p. Disponível em internet:
<www.aids.gov.br/final/biblioteca/sustenta/desenvol.htm> acesso em: 20 dez. 2006.

ARIELY, Dan (Duke University) - Revista Harvard Business Review, Edição Brasileira – São Paulo, julho 2009

ALVARES, Elismar, Giacometti, Celso & Gusso, Eduardo. – *Governança Corporativa – Um modelo brasileiro*. – Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2008.

ANDRADE, Adriana & **ROSSETI**, José Paschoal - *Governança Corporativa: fundamentos, desenvolvimento e tendências* – 4ª ed. – São Paulo: Editora Atlas, 2009.

BADER, Pascal – Conceitos de Sustentabilidade - Goethe-Institut e. V., Online-Redaktion Março de 2008 – internet: <http://www.goethe.de/ges/umw/dos/nac/den/pt3106180.htm>, acessado em 28 de agosto de 2010

BAHIA, Ligia - *Relações entre o Público e o Privado: Um Panorama Histórico sobre as Articulações entre Estado e Mercado no Brasil* (versão preliminar)– internet: (<http://www.fiocruz.br/fiocruzbrasil/med/TextoLigiabahia.pdf>) – (2009)

_____. - *Origens e Institucionalização das Empresas de Plano de Saúde no Brasil – Planos de Saúde no Brasil: Origens e Trajetórias* – Laboratório de Economia Política da Saúde – UFRJ – Rio de Janeiro, 2005

BARBOSA, Antonio Pires - *Governança Corporativa em Hospitais Sem Fins Lucrativos: Um Estudo do Perfil de Onze Hospitais Brasileiros*. Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV - SÃO PAULO, 2003

BERLE, Adolf A. e **MEANS**, Gardiner C. - *A Moderna Sociedade Anônima e a Propriedade Privada* – 3ª edição – Coleção “Os Economistas” – São Paulo: Editora Nova Cultural, 1988.

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

BIÉLER, André – *O Pensamento Econômico e social de Calvino*. São Paulo: Casa Editora Presbiteriana S/C, 1990 – p.224 a 226

BRADFORD, Leland - “*T-Group Theory and laboratory methods*” - Nova York, 1964.

BNDES – *Hospitais Filantrópicos no Brasil* / Pedro Ribeiro Barbosa (coordenador), Margareth Crisóstomo Portela... (et al.); Rio de Janeiro: BNDES, 2002.

BURMESTER, Haino & **RICHARD**, Jean Pierre – *Planejamento e Gerência Estratégicos* / in *Gestão Hospitalar – Um Desafio para o Hospital Brasileiro* – coordenação de Rosa Maria Castelar, Patrick Mordelet e Victor Grabois. – Editions École Nationale de La Santé Publique / Cooperação Brasil-França - 1993

CAMARGOS, Marcos Antônio de & **Coutinho**, Eduardo Senra - “A Teoria da Firma e a Fundamentação Teórica para Fusões e Aquisições: uma Análise de suas Interfaces.” – pág. 5-6, Revista Eletrônica da ANPAD (internet): http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_738.pdf – Curitiba, 2008.

CARAPINHEIRO, Graça. -Poder Médico e Poder Administrativo no Quotidiano Hospitalar. – Revista Crítica de Ciências Sociais. Nº 33 – Outubro de 1991. Internet. Acessado em 07/04/2011 - <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/33/Graca%20Carapinheiro%20-%20Poder%20Medico%20e%20Poder%20Administrativo%20no%20Quotidiano%20Hospitalar.pdf>

CARDOSO, R - Fortalecimento da Sociedade Civil. In: IOSCHPE, Evelyn Berg (Org.) – 3º Setor –desenvolvimento social sustentado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997, p.7-12.

CARNEIRO, G – O Poder da Misericórdia – São Paulo: Pressa Grafic. 1986 – citado por CARVALHO, Claudio Viveiros – in A Situação das Santas Casas de Misericórdia – Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados – 2005 – internet http://www2.camara.gov.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/tema19/2005_6602.pdf, acesso em agosto de 2010

CASTELAR, R. M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R. M., MORDELET, P. & GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. p.38-49, 1995.

CASTRO, Paulo Carrara de – *Programa de Responsabilidade Social de Empresa na Melhoria da Gestão de Hospitais Filantrópicos – Estudo de caso* – Tese de Doutorado apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP – 2009.

CASTRO, Antônio Coimbra de – “*O Subsistema de Saúde das Forças Armadas*” – Fórum Nacional sobre Política de Saúde – Academia Nacional de Medicina – Rio de Janeiro 1987

CAVALLO, Sandra. *Charity and power in Early Modern Italy – benefactors and their motives in Turin, 1541-1789*. Cambridge; Cambridge University Press: 1995. Citada por Sanglard (2006),

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

CARVALHO, Déa Mara Tarbes. *Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 879-892, 2007. Internet <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012407.pdf>. Acessado em setembro de 2010

COLLINS, James C. – Feitas para durar: praticas bem sucedidas de empresas visionárias / James C. Collins & Jerry I. Porras – Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

COSTA , Nilson do Rosário - Inovação Política, Distributivismo e Crise: A Política de Saúde nos Anos 80 e 90 - Dados vol. 39 no. 3 Rio de Janeiro 1996 – internet: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52581996000300007&script=sci_arttext

CRUZ, Célia; **ESTRAVIZ**, Marcelo. Captação de diferentes recursos para organizações da sociedade civil. São Paulo: Global, 2000 – Coleção Gestão e Sustentabilidade.

CUNHA, J.P.P., **CUNHA** R.E. *Sistema Único de Saúde - princípios*. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JR., M., TONON, L.M. (Org). *Cadernos de Saúde 1*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p 11-26

DIAS, Agemir Carvalho e **FERREIRA**, Valdinei. *A Sociedade Evangélica Beneficente (SEB) Movimento de Cooperação entre Igrejas Evangélicas no Paraná* - História: Questões & Debates, Curitiba, n. 43, p. 123-146, 2005. Editora UFPR // internet: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/historia/article/viewFile/7866/5548>

Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)
Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz - internet:
<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/escirba.htm>

DRUCKER, Peter – “A Administração de organizações em fins lucrativos: princípios e praticas” – 4ª ed. São Paulo: Pioneira, 1997

DOYLE, William L. Fund Raising 101 – How to Raise Money for Charities. Tennessee: American Fund Raising Institute – Publishing Division, Kingsport, 1993 – apud PEREIRA, Custodio (2007) p. 19 a 21.

DOVE, Kent E. – *Conducting a Successful Capital Campaign. A Comprehensive Fundraising Guide for Nonprofit Organizations*. San Francisco, California: Jossey Bass Inc. Publishers, 1998. apud PEREIRA, Custodio (2007) p.7.

SCOREL, Sarah & Luiz Antônio Teixeira – “*História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimento Populista*” (pág.333 e seguintes) – Livro: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil – Rio de Janeiro – Editora Fiocruz, 2008 -

SCOREL, Sarah. *História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária*” (pág.385 a 434) – Livro: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil – Rio de Janeiro – Editora Fiocruz, 2008 -

SCOREL, S. **NASCIMENTO**, D.R. & **EDLER**, F.C. – As origens da Reforma Sanitária e o SUS. In: LIMA, N.T.et al. (orgs.) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

FALCONI, Vicente – *O verdadeiro poder* / Vicente Falconi. – Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços, 2009.

FALCONER, André Pablo. – “A Promessa do terceiro setor: um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão”. São Paulo, 164p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-graduação em Administração, Departamento de Administração, Faculdade de Economia, administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999

FASCINA, LINUS PAULING - *Filantropia como estratégia em cinco organizações hospitalares privadas no município de São Paulo*. – Tese doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas – São Paulo:2009

FASFIL (2008) – “*As Fundações Privadas e Associações Sem Fins Lucrativos no Brasil 2005*”

Caderno de Estudos e Pesquisas nº 8 – IBGE / IPEA – Rio de Janeiro: IBGE, 2008 – na internet: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/fasfil/default.shtm>

FERNANDES, Liliane Alves Fernandes, “*As Santas Casas da Misericórdia na República Brasileira*”. - Mestrado em Políticas de Bem-Estar em Perspectiva: Evolução, Conceitos e Actores – Universidade de Évora - 2009

FLEURY, Sonia & **OUVERNEY**, Assis Mafort – *Política de Saúde: uma Política Social* – capítulo I, p.24 a 36, do livro *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. / organizado por Ligia Giovanell, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FLEURY, S. – *Estados sem Cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FOWLER, Alan. – *The virtuous spiral:guide to sustainability for NGOs in international development*. USA:Earthscan Published, 2000 – citado e traduzido por Silva & Carrion (2007)

FOLLAND, Sherman. *A economia da saúde* / Sherman Folland, Alen C. Goodman, Miron Stano. – 5. Ed. – Porto Alegre: Bookman, 2008.

Fundoglobal - “*História da Tuberculose no Brasil*”– internet: <http://www.fundoglobaltb.org.br/site/tuberculose/historia.php?Section=3&SubSection=2>

GADELHA, Carlos Augusto Grabois – “*O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde*” - Ciênc. saúde coletiva vol.8 no.2 Rio de Janeiro 2003

GRAÇA, Luis (1996) - [Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2_hospital.html): Disciplina de Sociologia da Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa - internet: http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2_hospital.html

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Graça, Luis (2000) - *O Hospital como Expressão Institucional da Caridade Cristã* – internet: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos144.html>.

HALL, R.H. Organizações estrutura e processos. 3. Ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1984.- citado por FASCINA (2009).

HEIFETZ, Ronald, Grashow, Alexander e Linsky, Marty (da Cambridge Leadership Associates) - “Liderança em uma crise (permanente)” – Revista Harvard Business Review, Edição brasileira – São Paulo, julho 2009.

IBGE (2010) - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – *Tendências Demográficas: Uma Análise da População com Base nos Resultados dos Censos Demográficos de 1940 e 2000*. internet

JESUS, Ronaldo Pereira de – “Mutualismo e Desenvolvimento Econômico no Brasil do Século XIX” - Revista OÍDLES - Vol 1, Nº 1 (septiembre 2007) - internet: <http://www.eumed.net/rev/oidles/01/Pereira.htm>

LA FORGIA, Gerard M. - *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência.* / Gerard M. La Forgia, Bernard F. Couttolenc. São Paulo: Singular, 2009.

LEON, Patrícia - OS QUATRO PILARES DA SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA
Patricia Leon – Editado por The Nature Conservancy do Brasil – 2001. Internet:
http://www.parksinperil.org/files/four_pillars_port.pdf > acessado em 28/10/2010.

LETHBRIDGE, E. – Governança Corporativa. Revista do BNDES, v.4, n. 8, p. 209-232, 1997. Citado por **SILVA** (2005).

LOBO, Francisco Bruno. **O ensino da medicina no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Dep. de Imprensa Nacional, 1964. v.1. ([ANM](#)), citado em Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)- Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – (<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>).

MARSHALL, T.H. – *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976. Citado por **FLEURY & OOVERNEY** (2008).

MAY, Yduan de Oliveira - “Governança Corporativa Eficiente: Proposta para o Aprimoramento das Sociedades por Ações Brasileiras” - Tese de Doutorado em Direito - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis, 2007

MARQUES, Antonio Jorge de Souza [et al.]. O Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

MARTIN, Roger - *A grande idéia - A era do capitalismo do cliente* - Harvard Business Review – edição brasileira - São Paulo - Janeiro de 2010.

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

MARTINS, Luis – Apostila da Disciplina Gestão de Unidades em Saúde – Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde - Lisboa: ISCTE Business School, 2008

MARTINS, William de S. N. – “*A Previdência Social e as empresas de planos de saúde no Brasil*” - Planos de Saúde no Brasil: Origens e Trajetórias – Laboratório de Economia Política da Saúde – UFRJ – Rio de Janeiro, 2005

MEREGE, Luiz Carlos – *Sustentabilidade Institucional* – INTEGRAÇÃO – Revista Eletrônica do Terceiro Setor – internet (em 18/06/2010)
<http://integracao.fgvsp.br/ano7/08/editorial.htm>

MARIA ESTER VARGAS - *O Monaquismo - dos Primórdios ao Século VIII* – citando José Orlandis, - *História Breve do Cristianismo* // internet:
http://www.ipv.pt/millennium/15_arq1.htm

MINTZBERG, H. Patterns in Strategy Formation. *Management Science*, v.24,n.9, p.934-948, 1978. citado por FASCINA (2009).

MINTZBERG, H. Patterns in Strategy Formation. *Management Science*, v.24,n.9, p.934-948, 1978 - citado por FASCINA (2009).

MINTZBERG, H, WATERS, J.A. Tracking Strategy in an Entrepreneurial Firm. *Academy of Management Journal*, v.25, n. 3, p. 465-499, 1982.- citado por FASCINA (2009).

MINTZBERG, H, WATERS, J.A. Of strategies, Deliberate and Emergent. *Strategic Management Journal*, v.6, n.3,p. 257-272, 1985. - citado por FASCINA (2009).

MINTZBERG, H. & MC HUGH, A. Strategy Formantion In an Adhocracy. *Administrative Science Quarterly* , v.30,n.2, p. 160-197, 1985.- citado por FASCINA (2009).

MINTZBERG, H. A Criação Artesanal da Estratégia. In C. A. Montgomery & M. E. PORTER (1998). *Estratégia: a Busca da Vantagem Competitiva*, 3a Ed.,p 419-437, Rio de Janeiro: Campus, 1987. - citado por FASCINA (2009).

MINTZBERG, H. Learning 1, Planning) Reply to Igor Ansoff. *Strategic Management Journal*, v.12,n.6, p.463-466, 1991.

MINTZBERG, H, AHLSTRAND, B. & LAMPEL, J. *Safári de Estratégia: Um Roteiro pela Selva do Planejamento Estratégico*. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2000. - citado por FASCINA (2009).

MINTZBERG, H. ET AL. *O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados*. 4a Ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. MORRA, L. FRIEDLANDER, A. C. *Case study evaluations* - citado por FASCINA (2009).

MINTZBERG, H. – *Ascensão e queda do planejamento estratégico* – Porto Alegre: Bookman, 2004.

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

MOTT, Maria Lúcia (2010): Entrevista à jornalista Karina Toledo; com o título de “ *Sociedade civil organizada definiu surgimento de hospitais*” – Jornal “O Estado de São Paulo”

Internet: http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20100101/not_imp489286,0.php

MUNARO, Julio S. - “*História dos Hospitais*” – Livro Fundamentos da Organização Hospitalar - Edição do IBDPH – Faculdade de Administração Hospitalar – São Paulo: 1974.

NETO , André de Faria Pereira – “*O Modelo de Assistência Médica de Pedro Ernesto (1932): algumas considerações*” - Revista da Universidade Estadual de Ponta Grossa - 1997 – internet:

<http://www.revistas.uepg.br/index.php?journal=rhr&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=71&path%5B%5D=40>

NORONHA, José Carvalho de & Lima, Luciana Dias de; Machado, Cristiani Vieira – “ *O Sistema Único de Saúde – SUS*” - Livro: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil – Rio de Janeiro – Editora Fiocruz, 2008

OLIVEIRA, J.A DE A. & TEXEIRA, S.M.F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social*, Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1986 – citado por ESCOREL(2008)

OLIVEIRA, João Helvio Righi de Oliveira – “*M.A.I.S – Método de Avaliação de indicadores de sustentabilidade organizacional.*” Florianópolis 2002. 217p; Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis 2002.

PEREIRA, Custodio – *Sustentabilidade e captação de recursos na educação superior no Brasil*. São Paulo: Saraiva, 2007

PETTIGREW, A.M.Examining change in the long-term context of culture and politics. In PENNINGS, J. M. ET AL. *Organizational strategy and change: new views on formulating and implementing strategic decisions*. San Francisco : Jossey-Bass, p.269-318, 1985. – Citado por FASCINA (2009)

POLLAK, Michael **Max Weber: elementos para uma biografia sociointelectual* (parte II) - Mana vol.2 no.2 Rio de Janeiro Oct. 1996 / internet: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93131996000200004&script=sci_arttext

PORTER, Michael E. – *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.*/ Michael Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg. Porto Alegre:Bookman, 2007.

QUEIROZ, Ana Carolina, **Stal**, Eva e **Malik**, Ana Maria - *Hospital Israelita Albert Einstein* – Central de Cases da Escola Superior de Propaganda e Marketing –ESPM – São Paulo, 2007.

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

RAMOS, Adriana. *Sustentabilidade institucional: o desafio das organizações não governamentais.* In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aids e Sustentabilidade: sobre as ações das organizações da sociedade civil. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. / internet: <http://www.aids.gov.br/sustentabilidade/sustins.htm>

RAMOS (1983), Luis Antônio de Oliveira, “ *Do Hospital Real de Todos os Santos à História Hospitalar Portuguesa*” – revista da Faculdade de Letras. História 2ª Série – ISSN0871-164X – Porto – Vol. 10 (pág 335, 336 e 337) - internet: ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/2245.pdf

RIFKIN, “O fim dos empregos: o declínio inevitável dos níveis dos empregos e a redução da força global de trabalho”. São Paulo: Markron Books Brasil, 1995.

ROBERTS, C.C & CONNORS, E.J. Major challenges facing governing boards of healthcare delivery organizations. *Journal of Healthcare Management*, Chicago; v.43, n.4 pg. 297-301, Jul/Aug 1998. Citado por BARBOSA (2003)

Roncalli, Angelo Giuseppe – “*O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde*” (2009) – internet: http://www.icbs.pucminas.br/arq/textos/pol_sau_sus.pdf

SALOMON, L. “Estratégias para o fortalecimento do Terceiro Setor.” In: IOSCHPE, Evelyn Berg (org.). 3º Setor: desenvolvimento social sustentado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

_____. A emergência do terceiro setor: uma revolução associativa global. *Revista de Administração*, São Paulo, v.33, n.1, p.5-11, jan/mar. 1998.

SACHS, Ignacy - As Cinco Dimensões da Sustentabilidade, citado em <http://www.cidade.usp.br/projetos/dicionario/verb12/0012/>, acesso em agosto de 2010.

_____. *Estratégias de transição para o século XXI: desenvolvimento e meio ambiente.* São Paulo: Nobel, 1993.

SANGLARD, Gisele, (2006), “*A Construção dos Espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização*” - internet: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/119/166>

Santa Casa de Misericórdia de Lisboa - “*As 14 Obras da Misericórdia*” – internet: <http://www.scml.pt/default.asp?site=historia>

SANTOS, Tacilla da Costa e Sá Siqueira - *As Diferentes Dimensões da Sustentabilidade em Uma Organização da Sociedade Civil: Uma Análise da Prática Social do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids da Bahia.* - Revista Sociedade, Contabilidade e Gestão, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, segundo semestre de 2007 Internet: <http://www.atena.org.br/revista/ojs-2.2.3-06/index.php/ufrrj/article/viewFile/587/576>.

QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO
ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

SANTOS, Wanderley Guilherme dos - *Cidadania e justiça a a política social na ordem brasileira*. / Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979. Citado por FLEURY & OUVÉRY (2008).

SEPAL (2010) – Serviço de Evangelização para a América Latina - *Quantos Evangélicos há no Brasil?* Internet: http://www.pesquisas.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23:quantos-evangelicos-ha-no-brasil&catid=10:Brasil – acessado em dezembro de 2010.

SILVA, Francielle Molon da & **CARRION**, Rosinha Machado – (2007) “O Desafio da Sustentabilidade Conforme Percebido por Organizações Sociais: Um Estudo Exploratório” – internet: <http://www.lasociedadecivil.org/docs/ciberteca/055.pdf>

SILVA, André Luiz Carvalhal da - Governança Corporativa e decisões financeiras no Brasil – Rio de Janeiro: Editora Mauad, 2005.

SIMPKIN, E. & JANOUSEK, K. What are we without risk? The physician organization at a crossroads. *Journal of Health Care Finance*; New York; vol.29, n.3,pg 1-10, Spring 2003. Citado por **BARBOSA** (2003)

SOUZA, Edileusa Godoi de & **VALADÃO JR**, Valdir Machado – “Redes Organizacionais: Perspectiva Para a Sustentabilidade de Uma ONG” – Revista de Administração da Unimep – v.8, nº 1, Jan/Abril –p.84 - 2010 –

SOUZA, Renilson Rehem. *O Sistema Público de Saúde Brasileiro*. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002. Citado por Justa, Maria Grazia Egidia Gorla - *Alguns Ousam Chamá-lo de Racional: Um Processo Decisório na Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo / Dissertação de Mestrado - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas - 2011.*

TRAUMANN, Thomas, O Novo Poder. Revista Veja. 08/04/98. p.11 – citado por OLIVEIRA (2002)

VELOSO, António José de Barros (2007), “O Novo Hospital de Todos os Santos” - internet cfcul.fc.ul.pt/.../Microsoft%20Word%20%20NOVO_HOSPITAL_DE_TODOS_OS_SANTOS_--_2.pdf-

WITHERELL, W. – The OECD and corporate governance. Financial Reporting, 1999. Citado por **SILVA** (2005)

WORTH, Michael J. *New Strategies for Educational Fund Raising*, American Council on Education – ACE. Washington: Praeger Series on Higher Education, 2002. – citado por PEREIRA, Custódio (2007)

ANEXO 1

INFORMAÇÕES RESUMIDAS SOBRE TRÊS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO BRASIL

ANEXO 1

INFORMAÇÕES RESUMIDAS SOBRE TRÊS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS NO BRASIL

1) O Hospital Evangélico do Rio de Janeiro



- O Hospital fica localizado num bairro de classe média da cidade do Rio de Janeiro, a Tijuca, e se encontra em expansão para 80 leitos de internação, depois de passar por grave crise financeira. Tem um CTI com 28 leitos; Centro Cirúrgico com cinco salas, e conta com modernos equipamentos de diagnósticos.

Figura 1: Foto da fachada histórica do Hospital Evangélico do Rio de Janeiro

A associação do Hospital Evangélico realizou campanhas de levantamento de fundos ao longo de vinte anos (1889 a 1912) incluindo conferências, concertos de música clássica, festas, doações, etc. Em **1912** foi inaugurado o Hospital Evangélico do Rio de Janeiro, na cidade do Rio de Janeiro. Neste hospital foi organizada a 1ª Escola de Enfermagem no Brasil, se realizou a primeira transfusão de sangue e se organizou o primeiro serviço odontológico junto a hospitais no país.

2) Hospital Samaritano de São Paulo



- O Hospital Samaritano de São Paulo, foi Acreditado pela Joint Commission International (JCI) em 2004, tornando-se o terceiro hospital geral privado do Brasil a ser reconhecido. Situado em região nobre da maior cidade do país, o bairro de Higienópolis, tem 200 leitos, 11 salas cirúrgicas, instalados em 30.000m² de área construída. Anualmente faz 72 mil atendimentos de urgência, 13.200 internações e 10 mil cirurgias.

Figura 2: Foto da Fachada histórica do Hospital Samaritano de São Paulo

A história da organização do Hospital Samaritano começa com a estória de um imigrante chinês de Macau, o Sr. José Pereira Achao, que chegou ao Brasil num navio de imigrantes e contraiu a febre tifóide, por volta do ano 1870. Internado na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, viu-se diante de uma situação constrangedora: pelas regras e costumes tradicionais, as Misericórdias atendiam pacientes católicos, instando para que se convertessem os que ainda não o fossem. Sendo protestante, o Sr. Achao, ao morrer em 1884 deixou em testamento todo o seu patrimônio à Igreja Presbiteriana para a construção de um hospital em São Paulo, onde as pessoas pudessem ser acolhidas e tratadas sem qualquer constrangimento decorrente de sua raça, nacionalidade e crença religiosa.

A legislação do Império, no entanto, impediu que a doação fosse recebida pela Igreja Presbiteriana e levou-a a ser incorporada ao erário público. Este gesto alimentou o desejo de um grupo de brasileiros, americanos e ingleses ligados à igreja presbiteriana e a outras igrejas protestantes de criar um hospital evangélico em São Paulo. Em dezembro de 1890 foi criada a Sociedade Hospital Evangélico, e tiveram início as atividades de captação de recursos (quermeses, jogos beneficentes, doações de pessoas e empresas e contribuições mensais dos associados). Em janeiro de 1894 o hospital é inaugurado com o nome de Hospital Samaritano, em modesto edifício com dois andares e 16 leitos. O primeiro centro cirúrgico foi construído em 1896.

3) Hospital Universitário Evangélico de Curitiba



- O Hospital Evangélico é o maior hospital particular do Estado do Paraná, com 660 leitos, 22 salas de cirurgia, sendo um dos mais importantes hospitais do Sul do Brasil, e referência nacional em diversas especialidades. O Hospital mantém ainda área de ensino com Faculdades de Medicina e de Enfermagem.

Figura 3: Foto do prédio principal e mais antigo

O Hospital Universitário Evangélico de Curitiba é mantido pela Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba, entidade organizada em 1947 com o objetivo principal de atender pessoas carentes que não tinham onde recorrer para tratar de sua saúde. O hospital foi inaugurado em 05 de setembro de 1959. Hoje é o maior hospital privado e de caráter filantrópico do Estado do Paraná. Atua em parceria com órgãos públicos através de convênios federais, estaduais e municipais para atendimento à população. O complexo hospitalar oferece atendimento a mais de um milhão de pessoas por ano.

ANEXO 2

EXPERIÊNCIAS DE TRÊS PROGRAMAS DE INCENTIVO À PROFISSIONALIZAÇÃO DA GESTÃO DE HOSPITAIS FILANTRÓPICOS BRASILEIROS.

ANEXO 2

EXPERIÊNCIAS DE TRÊS PROGRAMAS DE INCENTIVO À PROFISSIONALIZAÇÃO DA GESTÃO DE HOSPITAIS FILANTRÓPICOS BRASILEIROS.

1) Programa CPFL de Revitalização de Hospitais Filantrópicos

Desenvolvido para hospitais filantrópicos localizados nas áreas de atuação da Companhia Paulista de Força e Luz - CPFL, no Estado de São Paulo, o **Programa de Revitalização de Hospitais Filantrópicos** visa elevar o desempenho administrativo e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população, contando com a parceria, entre outros, do CQH (Compromisso pela Qualidade Hospitalar) e da FNQ (Fundação Nacional da Qualidade).

Com o objetivo de profissionalizar a gestão dos hospitais formulou-se um programa inovador e pioneiro, que, considerando as especificidades do setor de saúde, aplica à gestão hospitalar os fundamentos e critérios de excelência da gestão. O tempo médio de duração de cada edição do Programa é de dois anos e nesse período é oferecida, a cada instituição participante, consultoria direta, para:

- (a) **Construção do planejamento estratégico anual;**
- (b) **Criação e revisão dos indicadores:** administrativos e financeiros; - assistenciais e de qualidade; - satisfação dos clientes internos e externos; - procedimentos do corpo clínico e de enfermagem; - ética médica; ambientais e sociais; - atuação multiprofissional; - utilização da infra-estrutura.

Além da capacitação e transferência de tecnologia de gestão, o Programa fomenta a criação de redes, mobilização social, voluntariado e realiza projetos de eficiência energética. No total já foram beneficiados 109 hospitais no Estado de São Paulo.

2) Programa de Melhoria da Gestão em Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul



O Programa de Melhoria da Gestão nos Hospitais Filantrópicos (*Mais Gestão*), lançado em 2007, disseminou ações para reduzir os custos das entidades, melhorar a qualidade do processo assistencial e aperfeiçoar os instrumentos de gestão. A iniciativa foi uma parceria entre o Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre com o apoio financeiro do Instituto Gerdau e da Petrobrás. Inicialmente foi aplicado em 50 hospitais filantrópicos do Estado do Rio Grande do Sul, priorizando as instituições de porte médio, até 100 leitos. A partir de 2008 o programa passou a ser levado para outras regiões do país, com o apoio da Confederação Brasileira das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, sendo denominado de *Mais Gestão Brasil*

O Programa de Melhoria da Gestão consiste em prover os hospitais de ferramentas e metodologia de gestão a fim de minimizar a crise e criar condições para implantar uma gestão para a eliminação de desperdícios e, conseqüentemente, atender melhor a população, que é o objetivo principal dos hospitais filantrópicos.

3) Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais (PRO-HOSP) do SUS-MG



Programa de Fortalecimento e
Melhoria da Qualidade dos
Hospitais do SUS/MG

O **PRO-HOSP** lançado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, foi criado segundo **MARQUES** (2009) com o propósito de consolidar a oferta da atenção hospitalar nos pólos macro e microrregionais do Estado de Minas Gerais, com o desenvolvimento de um parque hospitalar do SUS capaz de operar com eficiência e qualidade, tendo como alvo os hospitais públicos e filantrópicos do Estado. O Programa propõe uma alocação de recursos aos hospitais que seja entendida como um incentivo para mobilizar os arranjos organizacionais e as práticas de gestão interna no rumo da eficiência, equidade e melhoria da qualidade do atendimento e dos serviços.

A estrutura lógica do Programa tem como base a contratualização de metas, a disponibilização de técnicas inovadoras de gestão, por meio da capacitação dos gestores, e a aplicação de mecanismos de financiamento vinculados ao desempenho, combinados com o gerenciamento e com o monitoramento intensivo do desempenho. O **PRO-HOSP** encontra-se no quinto ano de sua execução com a participação de cerca de 130 hospitais públicos e filantrópicos.

ANEXO 3

A GOVERNANÇA CORPORATIVA PRATICADA EM HOSPITAIS FILANTRÓPICOS BRASILEIROS: EXCERTOS DE UM ESTUDO DE PERFIL.

ANEXO 3

A GOVERNANÇA CORPORATIVA PRATICADA EM HOSPITAIS FILANTRÓPICOS BRASILEIROS: EXCERTOS DE UM ESTUDO DE PERFIL.

Na sua tese de doutorado, apresentada em 2003 na Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, denominada de “*Governança Corporativa em Hospitais Sem Fins Lucrativos: Um Estudo do Perfil de Onze Hospitais Brasileiros*”, o Prof. Antônio Pires Barbosa faz um estudo aprofundado sobre os tipos de governança corporativa praticadas em onze hospitais filantrópicos. O grupo de hospitais estudados foi composto em decorrência do interesse de estudo e da disponibilidade de participação das principais lideranças. Considerou-se que, pelas características de formação e inserção comunitária que apresentavam, poderiam representar uma amostra das instituições de saúde sem fins lucrativos brasileiras. O objetivo principal da pesquisa foi o de analisar os principais mecanismos de exercício de poder e controle corporativo nessas organizações. A metodologia utilizada foi a qualitativa, baseada na busca dos sentidos presentes nas práticas discursivas dos principais agentes envolvidos com a liderança das organizações objeto de estudo. Para isso foi elaborado um roteiro de atributos a serem pesquisados, com dados relacionados a cinco grandes grupos:

1. Estrutura e matriz instituidora da organização,
2. Estrutura de governança corporativa,
3. Regime legal interno,
4. Desenho de função do principal executivo contratado,
5. Relacionamento entre a liderança corporativa e a administração profissional.

O processo de pesquisa envolveu quatro fases distintas para a obtenção das informações: a revisão da bibliografia pertinente, a análise dos documentos estatutários, a entrevista com o principal representante da diretoria ou seu equivalente (“chairman”) e a entrevista com o principal executivo contratado (o “CEO”)

O resultado da pesquisa está demonstrado em 14 tabelas que trazem as principais informações coletadas, conforme detalhado Quadro 1 deste Anexo.

• **EXCERTO DA PESQUISA SOBRE GOVERNANÇA: OS DOIS HOSPITAIS PESQUISADOS**

Apesar dos onze hospitais, objeto da pesquisa sobre Governança Corporativa em Hospitais Sem Fins Lucrativos, não terem sido identificados na tese apresentada por **BARBOSA** (2003), nós conseguimos identificar os dois principais hospitais analisados, e que são bem representativos dos modelos de organizações filantrópicas existentes no Brasil:

- (a) O **Hospital Israelita Albert Einstein** e
- (b) A **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo**.

Entendemos que a transcrição dos resultados desta pesquisa, com um corte para os dois hospitais citados, será relevante para o presente estudo, pois a análise da estrutura de governança desses dois hospitais selecionados vem, de certa forma, confirmar o nosso entendimento de que sustentabilidade, visão estratégica e governança corporativa são pilares fundamentais para os hospitais filantrópicos evangélicos.

Ao transcrever os resultados da pesquisa nos hospitais selecionados, apontamos igualmente para os dois principais modelos de hospitais filantrópicos existentes no Brasil: (a) o hospital de origem comunitária imigratória (Einstein), e (b) o hospital de origem religiosa-comunitária (Santa Casa).

Por outro lado, temos também a representatividade de dois modelos de gestão:

- a) o **empresarial** (Hospital Albert Einstein) e
- b) o **tradicional filantrópico** (Santa Casa), apesar de reconhecermos que a Santa Casa de São Paulo vêm se esforçando em promover uma profunda reestruturação na sua gestão.

- **UM BREVE RESUMO SOBRE OS DOIS HOSPITAIS PESQUISADOS**



O **HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN** foi considerado o melhor entre os hospitais de São Paulo e goza de reputação internacional, podendo ser considerado como um modelo bem sucedido de organização filantrópica de saúde.

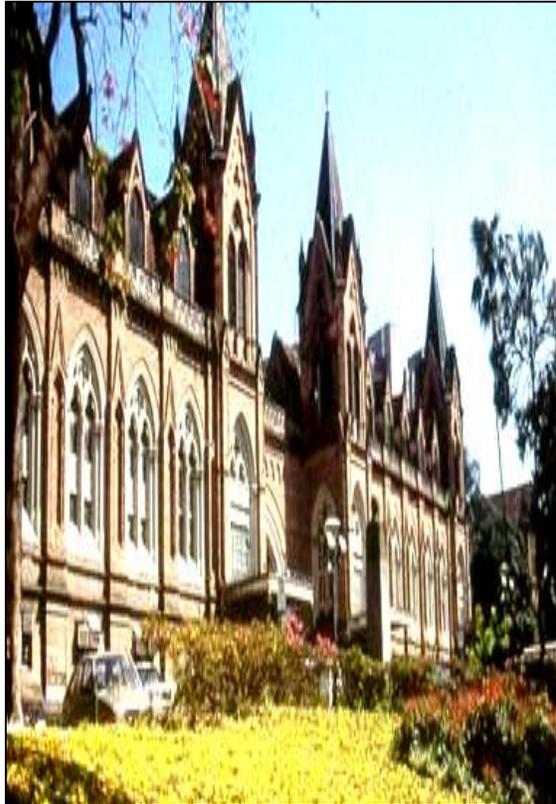
Com cerca de 7.600 funcionários, o hospital tem 700 leitos e centro cirúrgico com 40 salas. Tem uma Policlínica com capacidade para atendimento a cerca de 40 mil pacientes/mês, composto por 200 consultórios, apartamentos para *day clinic* e centro de diagnósticos completo. A receita bruta em 2009 foi de US\$ 869 milhões*.

(*) fonte: Revista Exame – Edição Especial Melhores e Maiores – As 1000 maiores empresas do Brasil – Julho/2010



O novo Centro de Medicina Ambulatorial - Pavilhão Vichy e Joseph Safra oferece um modelo de atendimento inovador.

São 200 consultórios de diversas especialidades médicas. O Centro também dispõe de uma área completa de Medicina Diagnóstica e Preventiva com um completo conjunto de exames laboratoriais e de imagem que podem realizados após a consulta, além de modernas salas de cirurgia e os amplos e confortáveis apartamentos de Day Clinic.



A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, com mais de quatrocentos anos de existência, é o maior complexo hospitalar do Estado de São Paulo. No total são sete hospitais e cinco unidades de saúde, com cerca de 10.000 funcionários, oferecendo 2.000 leitos e realizando mais de 100.000 atendimentos por mês, entre internações e atendimentos ambulatoriais.

A Santa Casa vêm passando por um processo de modernização organizacional desde a eclosão de uma grave crise em 1999. A entidade foi socorrida por empréstimo feito pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico – BNDES e pelo Governo do Estado de São Paulo, através de programas financeiros que exigiram, como contrapartida, a reestruturação e modernização da gestão. A receita bruta em 2009 foi de US\$ 435,5 milhões*

(*) fonte: Revista Exame – Edição Especial Melhores e Maiores – As 1000 maiores empresas do Brasil – Julho/2010

Quadro 01

Pesquisa sobre Governança Corporativa em Hospitais Sem Fins Lucrativos

<i>Quadro I</i>	<i>Regime de associação, tempo de existência da mantenedora, tempo de existência do hospital, característica dos programas realizados, e números de leitos em operação, nos hospitais.</i>
<i>Quadro II</i>	<i>Classificação dos hospitais sem fins lucrativos estudados quanto a tipo de organização, regime de participação social, estrutura de governança, principal liderança corporativa e administração profissional.</i>
<i>Quadro III</i>	<i>Descrição dos hospitais estudados quanto ao tipo de organização, regime de participação social, existência de restrições à participação diretiva, principal liderança corporativa, extensão do mandato da principal liderança e possibilidade de recondução.</i>
<i>Quadro IV</i>	<i>Presença de vinculação comunitária, com outras instituições mantenedoras ou de ensino.</i>
<i>Quadro V</i>	<i>Instâncias legais superiores, instâncias executivas, frequência de reuniões das instâncias executivas, modelo de atuação da principal liderança corporativa, participação do principal executivo contratado junto às instâncias executivas dos hospitais estudados.</i>
<i>Quadro VI</i>	<i>Relação contratual com médicos, possibilidade de participação médica na diretoria, perfil profissional da principal liderança corporativa, definição estatutárias do principal executivo contratado e perfil profissional do mesmo, nos hospitais sem fins lucrativos estudados.</i>
<i>Quadro VII</i>	<i>Principal instância executiva, principal liderança corporativa, cargo do principal executivo contratado ou equivalente, regime de vínculo deste com a principal liderança, regime de comunicação e capacidade de interferência sobre questões estratégicas e políticas nos hospitais sem fins lucrativos.</i>
<i>Quadro VIII</i>	<i>Características das principais lideranças corporativas, tempo de participação na governança corporativa da organização, formação do executivo principal, graus de interação e capacidade de influência sobre questões estratégicas, nos hospitais sem fins lucrativos.</i>
<i>Quadro IX</i>	<i>Visão das principais lideranças dos hospitais acerca dos principais clientes da organização por ordem de importância, principais fontes de financiamento da atividade, Visão das principais lideranças acerca dos principais focos das organizações.</i>
<i>Quadro X</i>	<i>Principal executivo contratado, formação profissional do “CEO” ou equivalente, existência de descrição de função e forma de escolha do executivo principal, tempo de função e avaliação do desempenho, nos hospitais sem fins lucrativos estudados.</i>

Quadro 01
Pesquisa sobre Governança Corporativa em Hospitais Sem Fins Lucrativos

continuação

<i>Quadro XI</i>	<i>Formas de organização do corpo clínico, principais regimes contratuais, visão da principal liderança acerca dos médicos, visão do principal executivo acerca dos médicos, principais causas de conflitos, nos hospitais estudados</i>
<i>Quadro XII</i>	<i>Principal executivo contratado, modelo de administração prevalente, formas de gerenciamento do corpo clínico, participação médica no processo decisório, conflitos mais prevalentes e grau de organização do corpo médico, nos hospitais estudados.</i>
<i>Quadro XIII</i>	<i>Mecanismo principal de validação de ações segundo a visão do executivo principal, necessidades de reestruturação, causas da reorganização, principais dificuldades encontradas e mecanismos de superação, nos hospitais estudados.</i>
<i>Quadro XIV</i>	<i>Exemplos de ações implementadas no último ano, segundo a principal liderança corporativa e o principal executivo, nos hospitais sem fins lucrativos estudados.</i>

**Resultados da Pesquisa “Governança Corporativa em Hospitais Sem Fins Lucrativos:
Um Estudo do Perfil de Onze Hospitais Brasileiros”, com corte para dois hospitais
(Hospital Israelita Albert Einstein e Santa Casa da Misericórdia de São Paulo)**

Quadro I

Regime de associação, tempo de existência da mantenedora, tempo de existência do hospital, característica dos programas realizados, e números de leitos em operação, nos hospitais.

Organização	Regime Associativo	Tempo Existência da Mantenedora	Tempo de Existência do Hospital	Características dos Programas Realizados	Número de Leitos em Operação
Hospital Einstein	Associação Beneficente	47 anos	31 anos	Hospital Geral. Atividades de Graduação em Enfermagem e pós-graduação médica	700 leitos
Santa Casa	Irmandade	400 anos	400 anos	Hospital Geral. Atividades de formação médica em nível de graduação e pós-graduação.	2.000 leitos

Fonte: Barbosa (2003, pág. 46)

Quadro II

Classificação dos hospitais sem fins lucrativos estudados quanto a tipo de organização, regime de participação social, estrutura de governança, principal liderança corporativa e administração profissional.

Organização	Tipo de Organização	Tipo de Participação Social	Estrutura de Governança	Principal Liderança Corporativa	Administrador Profissional
Hospital Einstein	Associação Beneficente	Sócios fundadores, contribuintes, beneméritos e patronos	Assembléia Geral Conselho Deliberativo e Diretoria Executiva	Presidente da Diretoria Executiva	Superintendente Geral
Santa Casa	Irmandade	Irmãos remidos, benfeitores, beneméritos, protetores e honorários	Assembléia Geral, Mesa Administrativa e Provedoria	Provedor	Superintendente Geral

Fonte: Barbosa (2003, pág. 50)

Quadro III

Descrição dos hospitais estudados quanto ao tipo de organização, regime de participação social, existência de restrições à participação diretiva, principal liderança corporativa, extensão do mandato da principal liderança e possibilidade de recondução.

Organização	Tipo de Organização	Regime de Participação Social	Existência de Restrições à Participação em Instâncias Diretivas	Principal Liderança Corporativa	Extensão do Mandato e Possibilidade de recondução
Hospital Einstein	Associação Beneficente	Sócios fundadores, contribuintes, beneméritos e patronos	Participação livre de todos os associados	Presidente da Diretoria Executiva	Três anos. Uma recondução.
Santa Casa	Irmandade	Irmãos remidos, benfeitores, beneméritos, protetores e honorários	Participação livre de todos os irmãos membros	Provedor	Três anos. Duas reconduções.

Fonte: Barbosa (2003 pag. 52)

Quadro IV

Presença de vinculação comunitária, com outras instituições mantenedoras ou de ensino.

Organização	Tipo de Organização	Vínculos comunitários principais	Vínculos com outras organizações	Atividades de ensino	Atividades de pesquisa
Hospital Einstein	Associação Beneficente	Comunidade instituidora de imigrantes	Instituto de Ensino e Pesquisa - IEP patrocinado pela mesma mantenedora	Faculdade de enfermagem e Curso Técnico de Enfermagem	Desenvolvidos pelo IEP
Santa Casa	Irmandade	Organização secular com Vínculos com a comunidade paulistana	Fundação de ensino superior. Contrato de gestão de hospital público	Curso de Ciências Médicas e programas de pós	Desenvolvidas no âmbito dos Hospitais e da Fundação Ensino

Fonte: Barbosa (2003 pag. 55)

Quadro V

Instâncias legais superiores, instâncias executivas, frequência de reuniões das instâncias executivas, modelo de atuação da principal liderança corporativa, participação do principal executivo contratado junto às instâncias executivas dos hospitais estudados.

Organização	Instâncias Legais Superiores	Instâncias Executivas	Frequência de Reuniões das Instâncias Executivas	Modelo de atuação da principal liderança corporativa	Participação do Principal Executivo Contratado
Hospital Einstein	Assembléia Geral e Conselho Deliberativo	Diretoria Executiva	Semanal	Compartilhamento de atribuições entre os membros da Diretoria	Sim. Sem direito a voto.
Santa Casa	Assembléia Geral e Provedoria	Provedoria e Mesa Administrativa	Quinzenal	Centralizado no Provedor	Sim. Sem direito a voto, porém com forte participação em questões técnicas e operacionais.

Fonte: Barbosa (2003 pag. 58)

Quadro VI

Relação contratual com médicos, possibilidade de participação médica na diretoria, perfil profissional da principal liderança corporativa, definição estatutárias do principal executivo contratado e perfil profissional do mesmo, nos hospitais sem fins lucrativos estudados.

Organização	Relação contratual com o corpo clínico	Possibilidade de participação médica na Diretoria	Perfil profissional da principal liderança corporativa	Definição estatutária do principal executivo contratado	Perfil profissional do principal executivo contratado
Hospital Einstein	Credenciamento. Contrato formal e Terceirização	Somente dos credenciados. Reserva de funções específica para médicos.	Médico	Não definido	Médico, contudo não há obrigatoriedade que assim seja.
Santa Casa	Credenciamento e Contrato formal.	Limitada a 10% do número total de irmãos mesários.	Advogado	Não definido	Médico

Fonte: Barbosa (2003 pag. 68)

Quadro VII

Principal instância executiva, principal liderança corporativa, cargo do principal executivo contratado ou equivalente, regime de vínculo deste com a principal liderança, regime de comunicação e capacidade de interferência sobre questões estratégicas e políticas nos hospitais sem fins lucrativos.

Organização	Principal instância executiva	Principal liderança corporativa	Principal executivo contratado	Regime de vínculo com a principal liderança	Regime de comunicação com a principal liderança e capacidade de interferência sobre questões estratégicas
Hospital Einstein	Diretoria Executiva	Presidente da Diretoria	Superintendente Geral	Subordinação nas questões estratégicas e políticas. Autonomia relativa nas questões operacionais e técnicas.	Comunicação permanente sobre questões técnicas, operacionais e políticas. Elevado intercâmbio de informações estratégicas. Elevado grau de influência.
Santa Casa	Provedoria	Provedor	Superintendente Geral	Compartilhamento decisório nas questões estratégicas e políticas. Autonomia total técnica e operacional.	Comunicação permanente sobre questões técnicas, operacionais e políticas. Elevado intercâmbio de informações estratégicas. Elevado grau de influência.

Fonte: Barbosa (2003 pag. 78)

Quadro VIII

Características das principais lideranças corporativas, tempo de participação na governança corporativa da organização, formação do executivo principal, graus de interação e capacidade de influência sobre questões estratégicas, nos hospitais sem fins lucrativos.

Organização	Principal liderança corporativa	Formação Profissional	Tempo em Funções de governança corporativa	Principal Executivo	Formação Profissional	Grau de interação e Capacidade de influência sobre questões estratégicas e políticas
Hospital Einstein	Presidente da Diretoria Executiva	Médico	12 anos	Superintendente Geral	Médico. Administrador Hospitalar.	Alto grau de interação. Elevada capacidade de Influência.
Santa Casa	Provedor	Advogado Aposentado	9 anos	Superintendente Geral	Médico, Professor de medicina. Administrador Hospitalar	Alto grau de interação. Elevada capacidade de Influência.

Fonte: Barbosa (2003 pag. 81)

Quadro IX

Visão das principais lideranças dos hospitais acerca dos principais clientes da organização por ordem de importância, principais fontes de financiamento da atividade, Visão das principais lideranças acerca dos principais focos das organizações.

Organização	Clientes principais na visão da principal liderança	Clientes principais na visão do executivo principal	Principais fontes financiadoras e percentual da receita de serviços	Focos da organização pela Ordem de importância. Visão da principal liderança	Focos da organização pela Ordem de importância. Visão do executivo principal.
Hospital Einstein	Paciente (1) Médico (2) Fontes Pagadoras (3)	Paciente (1) Médico (2) Fontes Pagadoras (3)	Convênios (70%) Particulares (25-30%) SUS/alta complexidade (<5%)	Qualidade, vanguarda tecnológica e de conhecimento médico, equilíbrio financeiro, filantropia.	Qualidade, equilíbrio financeiro, vanguarda tecnológica e de conhecimento médico, filantropia.
Santa Casa	Paciente (1) Médico (2) Fontes Pagadoras (3)	Paciente (1) Alunos medicina (2) Médico (3)	SUS (95%) Convênios (5%) Particulares (<1%)	Filantropia, qualidade, equilíbrio financeiro, ensino e conhecimento médico.	Equilíbrio financeiro, filantropia, qualidade, ensino e conhecimento médico.

Fonte: Barbosa (2003 pag. 86)

Quadro X

Principal executivo contratado, formação profissional do “CEO” ou equivalente, existência de descrição de função e forma de escolha do executivo principal, tempo de função e avaliação do desempenho, nos hospitais sem fins lucrativos estudados.

Organização	Principal Executivo contratado	Formação Profissional do CEO./ Relação com a área de saúde	Existência de Descrição da função e forma de escolha mais comumente utilizada	Tempo na função	Existência de Monitoramento do desempenho
Hospital Einstein	Superintendente Geral	Médico e administrador hospitalar. Discursos de ambas lideranças estabelecem não ser necessário o vínculo com a área de saúde.	Descrição bem estabelecida. Entrevistas com candidatos escolhidos por indicações, e avaliação pela Diretoria Executiva.	5 anos	Monitoramento do desempenho por critérios de resultados de qualidade, produtividade e financeiros.
Santa Casa	Superintendente Geral	Médico e administrador hospitalar. Discursos de ambas lideranças sugerem necessidade de um médico na função. Nesta organização em, especial, com origem no corpo docente.	Descrição bem estabelecida. Indicação da Provedoria, e avaliação pela Mesa Administrativa.	9 anos	Avaliação subjetiva pela Provedoria.

Fonte: Barbosa (2003 pag. 88)

Quadro XI

Formas de organização do corpo clínico, principais regimes contratuais, visão da principal liderança acerca dos médicos, visão do principal executivo acerca dos médicos, principais causas de conflitos, nos hospitais estudados.

Organização	Forma de organização do corpo clínico	Principais regimes contratuais	Visão da principal Liderança sobre os médicos	Visão do principal Executivo sobre os médicos	Principais causas de conflitos com o corpo clínico
Hospital Einstein	Aberto. Livre credenciamento	Credenciamento de profissionais liberais. Contratação CLT. Contratação como terceiros.	Parceiros e principais agentes de transformação. Principal personagem da assistência.	Principal personagem da assistência. O “regente da orquestra” que gerencia a assistência.	Competição pelo paciente institucional. Forte concorrência entre pares.
Santa Casa	Misto. Aberto aos credenciados. Fechado para os serviços assistenciais.	Credenciamento de profissionais liberais. Contratação CLT.	Principal personagem da assistência. Personalidade difícil e centralizadora.	O principal problema e a melhor solução para a assistência. Centralizador e exclusivista.	“Bypasses” da administração. Forte concorrência entre pares.

Fonte: Barbosa (2003 pag. 91)

Quadro XII

Principal executivo contratado, modelo de administração prevalente, formas de gerenciamento do corpo clínico, participação médica no processo decisório, conflitos mais prevalentes e grau de organização do corpo médico, nos hospitais estudados.

Organização	Principal Executivo contratado	Modelo de Administração prevalente	Formas de gerenciamento do corpo clínico	Participação médica do Processo decisório	Conflitos mais prevalentes do corpo clínico com a administração	Grau de organização do corpo médico
Hospital Einstein	Superintendente Geral	Matricial e compartilhado no operacional. Centralizado no estratégico.	Conselho médico. Superintendência geral e Associação médica.	Elevada. Especialmente nos assuntos que envolvam, tecnologia médica, protocolos assistenciais e credenciamento do corpo clínico.	“Bypass” sobre a administração profissional. Competição pelo paciente institucional. Competição por espaço político interno.	Elevado. Existência de associação médica que iniciou atividades recentemente e com intenção de alavancar negociações.
Santa Casa	Superintendente Geral	Centralizado em todos os níveis.	Superintendência geral e chefias de departamentos.	Baixa em relação à administração. Alta em relação aos assuntos acadêmicos.	“Bypass” sobre a administração Profissional.	Médio. Organização existente privilegia atividades de ensino e pesquisa.

Fonte: Barbosa (2003 pag. 99)

Quadro XIII

Mecanismo principal de validação de ações segundo a visão do executivo principal, necessidades de reestruturação, causas da reorganização, principais dificuldades encontradas e mecanismos de superação, nos hospitais estudados.

Organização	Mecanismos de validação de ações	Necessidades de reestruturação	Causas de Organização	Principais dificuldades encontradas	Mecanismos de Superação de dificuldades
Hospital Einstein	Aprovação de ações Estratégicas pela diretoria. Confirmação das Ações táticas pelo presidente.	Readequação da estrutura administrativa, comercial e de recursos humanos.	Redução dos custos operacionais. Aumento da ocupação. Equilíbrio financeiro.	Resistência do corpo funcional, conflitos de interesse com o corpo clínico, interferência de conselheiros e diretores por manutenção de privilégios.	Atuação junto à diretoria no sentido de resolução dos conflitos. Negociação e articulação política com os grupos de interesse.
Santa Casa	Compartilhamento Permanente das Decisões tanto estratégicas, quanto táticas.	Reorganização da estrutura de governança e de administração dos serviços médicos.	Pressão externa de agente financeiro envolvido com a reestruturação financeira.	Cultura organizacional que mantém critérios de atuação corporativa baseados na tradição e hierarquia. Resistência de parte do corpo docente às mudanças.	Promoção de atividades de esclarecimento acerca dos papéis da governança. Engajamento das chefias médicas no programa de reestruturação.

Fonte: Barbosa (2003 pag. 102)

Quadro XIV

Exemplos de ações implementadas no último ano, segundo a principal liderança corporativa e o principal executivo, nos hospitais sem fins lucrativos estudados.

Organização	Citação da Principal Liderança Corporativa	Citação do Executivo Principal	Concordância/ Discordância
Hospital Einstein	Implantação do regime orçamentário. Estudo de mercado para a extensão do atendimento a outros extratos Populacionais.	Estudo de implantação de um sistema de fornecimento de energia que eliminou a vulnerabilidade do hospital face ao racionamento.	Discordância
Santa Casa	Processo de discussão estratégica com vistas à obtenção de novos recursos do REFORSUS para o hospital.	Discussão de prioridades e contingenciamento de recursos do REFORSUS para a modernização tecnológica da instituição.	Concordância

Fonte: Barbosa (2003 pag. 108)

ANEXO 4

GALERIA DE FOTOS DO SASE

ANEXO 4

GALERIA DE FOTOS DO SASE

- 1) Foto da Igreja onde surgiu o SASE no ano de 1955



- 2) Foto da 1ª sede do SASE em casa alugada (1956)



- 3) Foto de pessoas sendo atendidas na entrega de cestas básicas



4) Fotos das Modalidades de eventos para captação de recursos



- A apresentação de uma peça teatral, denominada de “*O Grande Julgamento das Nações*”, em duas sessões no mesmo dia, reuniu mais de 20.000 pessoas no Ginásio do Maracanãzinho (Rio de Janeiro).



- A realização de festas, com dezenas de barracas para venda de alimentos; bazares, concursos, etc. contando sempre com o trabalho permanente do Grupo de Senhoras Mantenedoras.



- Os mutirões de construção que envolviam centenas de voluntários, principalmente nos finais de semana e feriados, para a colocação de lages. Os edifícios não seguiam as regras da arquitetura hospitalar, e eram construídos em tempo recorde

*QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS
NO ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL*

5) Foto do primeiro Hospital SASE de Realengo, 1º prédio em 1960.



6) Foto do Hospital SASE em Realengo no ano de 2000.



7) Fotos da Inauguração do Hospital Maternidade SASE de Xerém



*QUATRO PILARES PARA A SUSTENTABILIDADE DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EVANGÉLICOS
NO ATUAL CENÁRIO DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL*



- 8) Fac-símile da capa da Revista Brasil SASE que mostra da “procissão” rumo à cerimônia de inauguração do Ambulatório SASE na cidade de Campos -RJ



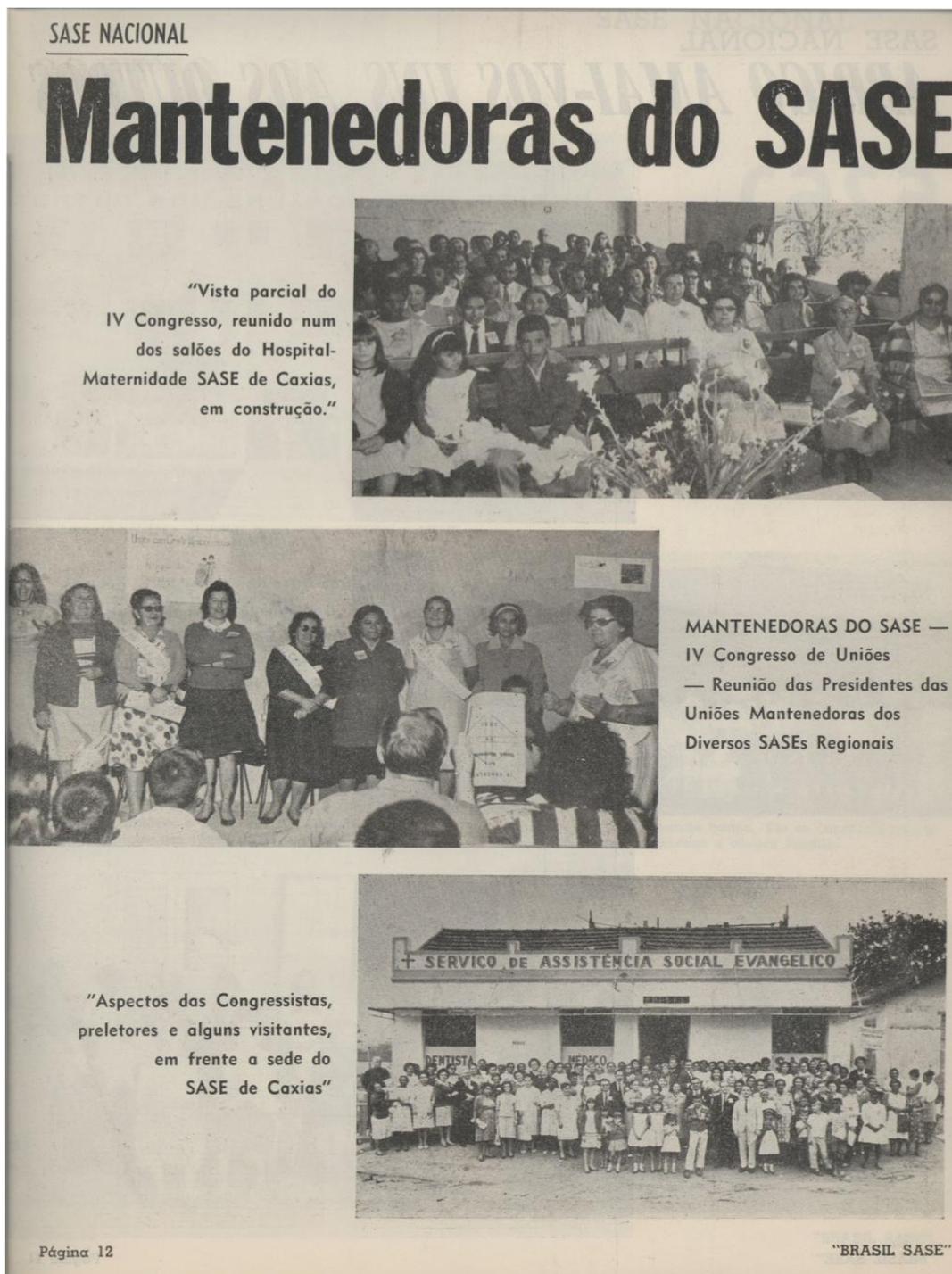
9) Fac-símile da Revista Brasil SASE (Ano I – nº 1)



- 10) Fac-símile da Revista Brasil SASE (Ano I – nº 3) com matéria sobre as Atividades de Assistência Social do SASE



- 11) Fac-símiles (duas páginas) da Revista Brasil SASE (Ano I – nº 3) com matéria sobre as Senhoras Mantenedoras do SASE e algumas das atividades dos grupos



Sede do Departamento
União Mantenedora do SASE
Nacional; em frente um
grupo de senhoras que
trabalham no setor de costura.



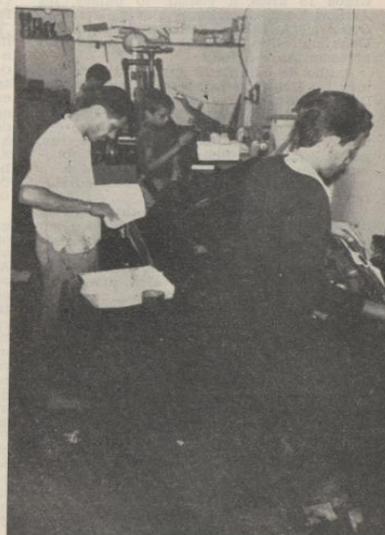
Mantenedoras em atividade no De-
partamento de Costura, do SASE
Nacional; neste Departamento são
confeccionadas roupas para pobres,
recém-nascidos e crianças interna-
das na Casa Maternal, como tam-
bém bordados especiais para venda
em benefício das obras do SASE —
funciona também um curso de Cor-
te e Costura, organizado por êsse
Departamento.

VIÇO DE OFICINA MECÂNICA



"TIPOGRAFIA: —
Impressos avulsos de
pequena sdimensões, são
executados aqui; o
gráfico responsável e o
Diácono Amadeu
Bezerra."

Reparos no motor de um dos carros
do SASE e aspecto da soldagem de
uma peça do motor.



"BRASIL SASE"

- 12) Fac-símile da Revista do Jubileu de Ouro do SASE (edição única, ano de 2005, pág. 32), trazendo reportagem sobre os Mutirões de Construção do SASE

SASE JUBILEU SASE 50 ANOS

OS MUTIRÕES DO SASE

DURANTE os anos 60 aconteceram os famosos mutirões de construção, quando dezenas de voluntários colaboraram nas obras, principalmente na instalação das lajes, dos primeiros prédios das unidades do SASE, principalmente nas cidades do antigo Estado do Rio de Janeiro.

Entidade social com muitas dificuldades financeiras, o SASE foi construindo os seus primeiros prédios com os recursos captados através das campanhas realizadas pelo Rev. Isaías de Souza Maciel nos programas radiofônicos e nas festas do SASE.



No início de um "sábado de mutirão" os trabalhadores preparam os materiais para instalação de mais uma laje.



Colocação de laje no SASE Caxias. Na foto o Rev. Isaías de Souza Maciel trabalhando na obra.



Na hora do "rancho", a longa fila para saborear o almoço preparado com muito carinho pelas Mantenedoras do SASE.



No início do SASE, a mobilização da comunidade colaborando na construção das unidades.

Revista Jubileu de Ouro do SASE **32**

13) Foto atual do Abrigo do SASE para acolhimento de idosos



Na área de **acolhimento para idosos** em situação de vulnerabilidade social o SASE mantém três abrigos que acolhem gratuitamente a cerca de 250 idosos.

14) Foto de Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ)



Na área de **recuperação de dependentes químicos** o SASE mantém um Centro de Recuperação (CREDEQ) que já tratou há mais de 10.000 pacientes. Atualmente o CREDEQ é uma instituição de referência em tratamento de crianças e adolescentes dependentes químicos e infratores da lei, em convênio com o Governo do Estado do Rio de Janeiro.

15) Fac-símile de folder do SASE

