

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE**

Dan Iuri dos Santos Cabreira

**ANÁLISE DO MODELO DE GESTÃO DO HOSPITAL DR. LAURO
REUS EM CAMPO BOM, RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre

2009

Dan Iuri dos Santos Cabreira

**ANÁLISE DO MODELO DE GESTÃO DO HOSPITAL DR. LAURO
REUS EM CAMPO BOM, RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre

2009

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	4
2	LOCAL DE ESTUDO.....	5
3	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	9
4	JUSTIFICATIVA.....	10
5	REVISÃO TEÓRICA	11
6	OBJETIVOS.....	35
6.1	OBJETIVO GERAL.....	35
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
7	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	36
8	RESULTADOS E ANÁLISE.....	39
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS.....	50
	ANEXO.....	52

1 INTRODUÇÃO

A idéia central desta pesquisa reside no estudo analítico da estrutura e das práticas de gestão, considerando os fatores contingenciais e as características do Hospital Dr. Lauro Réus integrante do Sistema de Saúde Mãe de Deus (SSMD). O foco específico reside na conexão entre estrutura, modelo de gestão e fatores contingenciais. Os hospitais apresentam configurações estruturais diferenciadas, uma vez que não há uma estrutura única que seja altamente efetiva para todas as organizações (DONALDSON, 1999).

Atualmente fica evidente a importância do segmento hospitalar filantrópico, pois torna-se prestador indispensável de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor de Saúde Suplementar no Brasil. Possui cerca de um terço dos leitos existentes da totalidade dos leitos disponibilizados pelo SUS. O papel desempenhado pelo setor é importante para a manutenção, desenvolvimento e integração ao sistema de saúde brasileiro.

Através deste trabalho busca-se descrever a estrutura, identificar as práticas de gestão e os fatores contingenciais e analisar a relação da estrutura e das práticas com esses fatores contingenciais.

Com isso, o modelo de gestão do Hospital Dr. Lauro Réus, objeto de estudo deste trabalho permitirá o conhecimento de dois pontos importantes: o primeiro é a estrutura e o segundo é o modelo de gestão, podendo mostrar de que forma e grau, determinados fatores contingenciais afetam a estrutura e as práticas, tornando-se fundamental para o entendimento do segmento hospitalar filantrópico, por suas particularidades e complexidades.

2 LOCAL DE ESTUDO: HOSPITAL DR. LAURO RÉUS

O Hospital Dr. Lauro Réus, situado na cidade de Campo Bom, na Região do Vale do Rio dos Sinos no Rio Grande do Sul, com uma população aproximada de 59.0000 habitantes, apresenta uma oportunidade de pesquisa por suas características próprias.

O Hospital de Campo Bom foi fundado em 31 de agosto de 1945 com a iniciativa de um grupo de pessoas inspiradas pela chegada do Dr. Lauro Réus à cidade, recebendo o nome de Hospital Campo Bom Sociedade Beneficente. A construção do hospital foi possível com o apoio e a participação de toda a comunidade, em especial da Família Blos que doou a área de terras para a construção da Instituição. Ele só foi inaugurado dois anos depois, em 31 de agosto de 1947.

Por volta de 1997, o hospital estava passando por um período de grandes dificuldades financeiras que se agravou através dos anos, com a escassez de recursos, o acúmulo de dívidas e os problemas com gestão que acarretaram o fechamento do hospital em outubro de 1999.

A reinauguração do hospital ocorreu em 16 de julho de 2000, após uma reestruturação em que foi firmada uma nova modalidade de gestão com o município e estado, assumindo compromisso de cumprir metas e indicadores. A comunidade recebeu com entusiasmo a notícia pois o hospital representava a única fonte de leitos para internação pelo SUS.

O Hospital Dr. Lauro Réus é integrante do Sistema de Saúde Mãe de Deus (SSMD) desde 2000. É um hospital geral, beneficente, filantrópico sem fins lucrativos com gestão dupla (municipal e estadual), com esfera administrativa privada, de pequeno porte com 67 leitos - sendo estes os únicos na cidade para internação e totalmente cadastrados no Sistema Único de Saúde conforme tabela 1. O Hospital atende os usuários nas áreas de Clínica Médica, Pediatria, Traumatologia e Ortopedia, Cirurgias Ambulatoriais, Cirurgia Geral e de Urgência, Obstetrícia e

Ginecologia. Possui Laboratório de Patologia Clínica e Serviço de Radiologia nas 24 horas. Além do SUS mantém convênio com Ipe, Unimed, Ipasem, Bradesco Saúde, Prontomed, Multiclínica, Doctor Clin, Prefeitura Municipal de Campo Bom, entre outros, apenas para pequenos cirurgias ambulatoriais, exames diagnósticos, consultas ambulatoriais, atendimento de urgência e emergência 24 horas.

Tabela 1 – Número de leitos Hospital Dr. Lauro Réus

Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade Nov/2007						
Especialidade	Filantrópico		Privado		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Cirúrgicos	15	15	-	-	15	15
Clínicos	36	36	-	-	36	36
Complementares	-	-	-	-	-	-
Obstétrico	9	9	-	-	9	9
Pediátrico	7	7	-	-	7	7
Outras Especialidades	-	-	-	-	-	-
Hospital/DIA	-	-	-	-	-	-
Total	67	67	-	-	67	67

Fonte: CNES

Nota: Leitos complementares: Unidades de Tratamento Intensivo, Unidades Intermediárias, Unidades de Isolamento

Fundamentado na Missão e nos valores congregacionais¹ o modelo de Responsabilidade Social do SSMD, expressa o compromisso com a mudança social e com a assistência médica de qualidade.

O Sistema de Saúde Mãe de Deus é composto pelos seguintes serviços:

- a) Hospital Mãe de Deus (HMD), localizado em Porto Alegre, com 356 leitos;
- b) Centro Clínico Mãe de Deus, localizado em Porto Alegre, com 58 de consultórios;
- c) Hospital Santa Luzia (HSL), localizado em Capão da Canoa, com 73 leitos;
- e) Hospital Nossa Senhora dos Navegantes (HNSN), localizado em Torres, com 63 leitos;

- f) Hospital Giovanni Battista (HGB), junto ao Mãe de Deus Center, localizado em Porto Alegre, com 30 leitos;
- g) Hospital Dr. Lauro Réus (HLR), localizado em Campo Bom, com 67 leitos;
- h) Centro de Oncologia e Radioterapia (COR), localizado em Porto Alegre, que em setembro de 2009 foi incorporado ao SSMD.

Em co-responsabilidade com o Governo do Estado e parcerias municipais, o SSMD busca responder às necessidades de saúde das populações onde os serviços são oferecidos. Desde sua origem, o SSMD disponibiliza assistência por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com isso busca cumprir de forma responsável os requisitos de entidade beneficente filantrópica, o que permite disseminar o modelo assistencial e de gestão do Hospital Mãe de Deus.

O Hospital Mãe de Deus escolheu outra forma para disseminar o seu modelo de gestão e contribuir para a melhoria na qualidade da prestação da assistência, consolidando a parceria no Projeto de Qualificação da Gestão Hospitalar, da Secretaria Estadual de Saúde. Essa iniciativa vem acontecendo desde 2003 junto a cinquenta instituições hospitalares para estimular o desenvolvimento nas áreas de gestão de pessoas, de processos e de relacionamento com usuários.

As organizações participantes do projeto foram escolhidas por possuírem problemas antigos de gestão. Em sua maioria beneficente, assistencial ou de misericórdia, não se viam como empresas que precisam viabilizar-se economicamente para manter um padrão de assistência de qualidade.

Por outro lado, as organizações possuíam dificuldades financeiras recorrendo à sociedade e ao governo para garantir o funcionamento. Usualmente, apresentavam resultados negativos, afetando profundamente o nível de serviços oferecidos, e conseqüentemente a assistência à saúde população.

¹ “A missão é cuidar da saúde valorizando a vida e a dignidade do ser humano, norteadas pelos valores congregacionais: conhecimento e Auto-Sustentabilidade e desenvolve seu modelo Médico-Assistencial e Gestão Fundamentada pelos princípios da medicina e da administração, orientados através do Planejamento Estratégico”.

O Projeto de Qualificação da Gestão Hospitalar tem a proposta de dar suporte às funções de planejamento e controle, no aspecto assistencial, econômico-financeiro, administrativo e de satisfação de usuários; prover as informações necessárias para utilizar na gestão e realizar análises críticas das organizações envolvidas.

Alguns dados são fundamentais para o direcionamento estratégico do Hospital entre eles o número de leitos, e sua distribuição por especialidade (Tabela 1) e as principais causas de mortalidade por faixa etária conforme Tabela 2 abaixo.

Tabela 2 – Mortalidade proporcional por faixa etária por CID 10 de Campo Bom

Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10 - 2006									
Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	-	5,7	-	1,4	1,9
II. Neoplasias (tumores)	-	-	20,0	-	-	24,5	49,2	19,4	26,4
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	20,0	-	-	11,3	23,7	32,6	25,3
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	20,0	-	-	9,4	10,2	23,6	17,1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	40,0	-	-	-	-	-	-	-	0,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	20,0	100,0	-	34,0	5,1	2,8	10,4
Demais causas definidas	60,0	-	20,0	-	100,0	15,1	11,9	20,1	18,2
Total	100	0	100						

Fonte: SIM

4 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

O conhecimento que se tem sobre o modelo de gestão do HLR é insuficiente, superficialmente revelado em alguns trabalhos não acadêmicos do hospital que não fazem uma análise de sua concepção e das referências teóricas que expressa.

Assim o foco de estudo deste trabalho delimita-se em descrever e analisar o modelo de gestão do HLR, a partir da consideração das categorias chave e sua expressão na literatura.

5 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho possibilitará um aprofundamento no tema, o qual tem sido amplamente divulgado e aplicado em mais de cinquenta hospitais que tem entre cinquenta e cem leitos no Rio Grande do Sul. Poderá servir como referencial e estímulo para aplicação na área da saúde por gestores e estudantes acadêmicos.

A análise do modelo de gestão do Hospital Dr. Lauro Réus de Campo Bom, elucidará o tema de forma estruturada e com embasamento teórico, podendo ser entendido de forma sistemática, revelando particularidades relevantes.

6 REVISÃO TEÓRICA

Uma evolução : Das Escolas Científica e Clássica , para a Teoria da Contingência e Estruturas complexas:

É importante historiar a evolução administrativa passando pelas principais Escolas e a teorias que regem. Trata-se de uma abordagem que perpassa a evolução das empresas e organizações com estruturas complexas. Faz um caminho temporal, deixando evidente que a evolução é contínua.

A Abordagem Clássica, considerada teoria pioneira nos estudos de Administração, surgiu em decorrência da Revolução Industrial, momento marcante que transformou as empresas e a organização do trabalho de modo geral.

Originalmente a “melhor maneira ou método de gestão”, surge com Taylor (1990), quando publicou o livro “Princípios de Administração Científica”. Segundo esse autor, a melhor administração é uma verdadeira ciência, regida por normas, princípios e leis claramente definidos.

Segundo Taylor (1990):

No passado a idéia predominante era expressa nesta frase – os chefes das indústrias nascem, não se fazem – e daí a teoria de que, tendo sido encontrado o homem adequado para o lugar, os métodos deviam ser, a ele, incondicionalmente confiados. No futuro, prevalecerá a idéia de que nossos líderes devem ser tão bem treinados quanto bem nascido e que nenhum homem, embora excelente, sob o antigo sistema de administração de pessoal, poderá competir com homens comuns, mas organizados, adequada e eficientemente para cooperar.

Para Taylor (1990) as organizações deveriam adotar e praticar a administração científica pois esta pratica consiste fundamentalmente em certos princípios gerais ou numa filosofia, aplicável de muitos modos, mas a descrição do que algumas pessoas acreditam ser o melhor meio de implantar esses princípios gerais, não deve ser, absolutamente, confundida com os princípios em si.

De posse dos conceitos apreendidos na revisão da literatura, pode-se dizer sinteticamente que a Gerência Clássica aborda dois aspectos essenciais: a racionalização do trabalho e a estrutura formal das organizações.

Fayol (1989) afirma sobre a melhor prática ou maneira de gestão:

Mudaria completamente a situação se existisse uma doutrina consagrada, isto é, um conjunto de princípios, de regras, de métodos, de procedimentos postos à prova e controlados pela experiência geral. Não é que falem princípios; se bastasse proclamá-los para fazê-los vigorar, desfrutaríamos em toda a parte da melhor administração possível. Quem já não ouviu cem vezes ser proclamada a necessidade dos grandes princípios de autoridade, disciplina dos interesses particulares ao interesse geral, unidade de direção, coordenação dos esforços, previsão etc.?

Para Fayol (1989), seria necessário, pois, formular o mais rapidamente uma doutrina administrativa. Isso não seria difícil nem exigiria muito tempo se alguns dirigentes se decidissem a expor suas idéias pessoais sobre os princípios que consideram mais adequados para facilitar a marcha dos negócios e sobre os meios mais favoráveis à realização desses princípios.

A escola clássica de administração dominou a produção acadêmica sobre estrutura organizacional até o final da década de 50, que sustentava que havia uma única estrutura organizacional que seria altamente efetiva para organizações de todos os tipos.

Por outro lado, o estudo da estrutura organizacional testemunhou uma mudança de paradigma quando a escola clássica de administração foi suplantada pelo novo paradigma da teoria da contingência.

Por conseguinte, o novo paradigma não é a especificação de uma estrutura ótima pra todas as situações, tampouco a delimitação de um conjunto eficiente de processos. A escola clássica de administração argumentava que existiria um único modelo de configuração estrutural e que este operaria eficientemente em todas as situações, para todos os tipos de organizações. Isso poderia perfeitamente funcionar no contexto à época, mostrando que a estrutura estava se adaptando às contingências, mesmo que os “administradores” nem estivessem conscientes disso.

As organizações devem identificar a quais fatores contingenciais as mais variadas dimensões da estrutura precisa adaptar-se (DONALDSON, 1999).

Segundo Donaldson (1999), a teoria da contingência estabelece que não há uma estrutura organizacional única que seja altamente efetiva para todas as organizações. A otimização da estrutura variará de acordo com determinados fatores, tais como a estratégia das organizações ou seu tamanho. Assim, a organização ótima é contingente a esses fatores, que são denominados fatores contingências. Há diversos fatores contingenciais: estratégia, tamanho, incerteza em relação às tarefas e tecnologia. Essas características organizacionais, por sua vez, refletem a influência do ambiente em que a organização está inserida. Assim, para ser efetiva a organização precisa adequar sua estrutura a seus fatores contingenciais, e assim ao ambiente. Ou seja, na Teoria da Contingência não existe um modelo, ou melhor modo de organizar.

Dessa maneira, a incerteza da tarefa é o coração do conceito de contingência, seu significado deriva da percepção de quanto mais incerta esta tarefa, mais informações têm que ser processadas e isto, por sua vez molda as estruturas de comunicações e de controle (DONALDSON, 1999).

As organizações que lidam com a incerteza têm que se valer de procedimentos especializados e isto exige flexibilização da obediência hierárquica, pois parte dessa especialização pode estar localizado nos níveis hierárquico inferior (DONALDSON, 1999).

Desta forma vários autores contribuíram com seus estudos para a formação da Teoria da Contingência, destacando-se entre eles: Burns e Stalkler (1961), Woodward (1965), Lawrence e Lorsh (1967), Hage (1965), Perrow (1967), Thompson (1967) e Chandler (1962).

Os estudos de Burns e Stalkler (*apud* Motta e Vasconcelos, 2006) distinguiram entre o modelo mecanicista e estrutura orgânica.

- Modelo Mecânico

Este tipo de sistema organizacional seria adequado a situações relativamente estáveis (condição do modelo mecânico). Suas características fundamentais são:

- a) uma divisão administrativa segundo a qual cada indivíduo desempenha a tarefa precisamente definida que lhe é atribuída;
- b) uma hierarquia clara de controle, segundo a qual a responsabilidade em termos de conhecimento geral e a coordenação cabem exclusivamente à cúpula hierárquica;
- c) valorização da comunicação e interação vertical entre superiores e subordinados;
- d) valorização de lealdade a empresa e da obediência aos superiores;
- e) reforço de controles burocráticos, gerando um sistema fortemente articulado e burocrático.

- Modelo Orgânico:

Este tipo de sistema seria adequado às condições de mercados turbulentos (condição do modelo orgânico), quando existirem grande concorrência e mudanças tecnológicas rápidas.

- a) um ajuste contínuo e uma definição de tarefas correspondentes;
- b) institucionalização da mudança como elemento natural;
- c) valorização da *expertise*, do técnico de alto nível que detém o conhecimento especializado;
- d) criação de um ambiente gerencial que favoreça a criatividade e inovações;
- e) administração descentralizada, baseada em ajuste mútuo pelas partes e relações informais, substituindo o controle burocrático;
- f) autonomia controlada para os empregados, administração por objetivos;
- g) possibilidade de interações e comunicação a qualquer nível, de acordo as necessidades do processo;

- h) alto grau de envolvimento e compromisso com os fins da organização como um todo.

Segundo Donaldson (1999) este tipo de sistema forneceu de uma só vez uma síntese entre a escola clássica de administração e a escola das relações humanas nas estruturas mecânicas e orgânicas, resolvendo o debate entre elas, onde cada uma delas é válida em seu lugar.

O modelo de Woodward (*apud* Donaldson 1999) é mais complexo do que o de Burns e Stalkler (1961), contando com três estágios ao invés de dois. Porém eles compartilham uma conceitualização similar de estrutura, enquanto mecânica e orgânica, e também convergiam a respeito da tecnologia como indutora de incerteza. A adequação entre estrutura organizacional e tecnologia leva a um desempenho superior ao das organizações onde a estrutura está em desacordo com a tecnologia, quanto menor a empresa maior o impacto da tecnologia, e quanto maior a empresa menor este impacto.

Para o sistema de Lawrence e Lorsh (Motta e Vasconcelos, 2006).

A questão fundamental é compreender a influência das características do meio ambiente sobre a tentativa de manter-se um equilíbrio entre o nível interno de diferenciação e de integração, tendo em vista a gestão dos conflitos e as contradições que resultam desta tensão. Segundo esses autores o nível de desempenho crescerá à medida que suas estruturas e procedimentos internos levem em conta o equilíbrio entre a diferenciação e integração, ou seja, sejam bem adaptadas às exigências do meio ambiente econômico da empresa. Esta teoria confirma a relativização *one best way* de Taylor, mostrando a contingência de cada situação.

Os estudos de Hage (*apud* Donaldson, 1999, p. 110) que desenvolveu sua teoria estudando organizações centralizadas e formalizadas que obtinham alta eficiência, porém baixos índices de inovação, enquanto as organizações descentralizadas e menos formalizadas eram menos eficientes, mas apresentavam altos índices de inovação. Assim, cada estrutura pode ser ótima, dependendo do objetivo da organização: eficiência ou inovação.

Perrow (apud Donaldson 1999) argumentou que a tecnologia do conhecimento era contingente à estrutura organizacional. Quanto mais codificado o conhecimento utilizado na organização e quanto menos exceções encontradas nas operações, mais o processo decisório da organização poderia ser centralizado.

Thompson (apud Donaldson,1999) acrescentou que o ambiente molda diretamente a estrutura organizacional, com as diferentes partes dessa estrutura especializando-se para ir ao encontro de exigências de diferentes partes daquele ambiente, contudo, o foco da teoria da contingência permanece no modo como a estrutura organizacional é modulada de maneira a satisfazer as necessidades do ambiente e nas tarefas daí decorrentes.

Os estudos de Chandler (apud Donaldson, 1999) acrescentaram uma variante da teoria da contingência estrutural que focalizou as implicações da estratégia corporativa como contingente para a estrutura organizacional das empresas, mostrou que a estratégia determina a estrutura, as corporações necessitam manter uma adequação entre sua estratégia e sua estrutura, caso contrario terão menor desempenho.

Os Hospitais Filantrópicos

É fato que o mundo está em rápida transformação e a Europa, para se reposicionar nesse mundo cada vez mais competitivo, vinha desencadeando desde o início da década de noventa um movimento político, econômico e jurídico que tem colocado em risco importantes conquistas sociais. Esse movimento, de cunho neoliberal, tem tido expressão nos países periféricos e no Brasil, principalmente pela privatização, provocando o “encolhimento do Estado” tem sido geralmente com carga negativa. Em que pese às conseqüências econômicas dessa discussão, em boa parte dela, confunde-se o conceito de entrega de um direito da cidadania, com o estado fazedor. Interessa fazer, entregar é conseqüência de fazer! A propriedade da organização que faz é uma questão secundária (IBANEZ, 2009).

Estimuladas pelo movimento internacional de Reforma do Estado, proliferaram, no país, experiências na área da administração pública. As características básicas visavam conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados (IBANEZ, 2009).

Referindo-se ao processo brasileiro, Santos (2006) diz que é “importante lembrar que no Brasil, a crise do Estado surgiu nos anos 90 e não foi a do Estado-Providência (a exemplo dos países centrais), porque ele nunca chegou a existir. O próprio direito à saúde, bem como a garantia de outros direitos sociais, são conquistas mais recentes, datada de 1988, com a Constituição-cidadã”. A crise do Estado no Brasil foi muito mais uma crise de gestão e de qualidade, sem se esquecer que o Estado nunca deixou de tentar minimizar os custos da Constituição de 1988 com os direitos sociais, muitos deles de caráter universal e gratuito, oneroso, para os cofres públicos. A intenção de “enxugar” o tamanho do Estado sempre esteve presente, e se iniciaria com a transferência dos serviços não exclusivos, como saúde, educação, cultura, para entidades privadas.

Para Santos (2006) numa análise de tendências das reformas do Estado no contexto internacional, caracterizam quatro modelos da nova administração pública:

1) modelo do impulso para a eficiência: aproximação entre serviços públicos e serviços privados, preconizando a transformação do setor público através da introdução de padrões de eficiência desenvolvidos pelo setor privado;

2) maior controle financeiro: introdução de sistemas de custos e auditorias – quanto aos aspectos financeiros e profissionais, poder outorgado à administração superior, com estabelecimento de objetivos claros, com monitoramento do desempenho e desregulamentação do mercado de trabalho;

3) modelo downsizing e descentralizado: separação entre o financiamento público e dotação do setor autônomo, mudança da gestão hierárquica para a gestão

por contrato, surgimento de organizações separadas para compra e para prestação de serviços e redução drástica da folha de pagamento das organizações públicas;

4) modelo da busca pela excelência, baseado na Escola de Relações Humanas, com ênfase na “cultura organizacional”: modelo de orientação para o serviço público; até hoje este tem sido o padrão menos desenvolvido, fruto da fusão entre os modelos definidos pelos serviços público e privado, conferindo, ao primeiro, aspectos administrativos qualitativos presentes no segundo, incluindo-se a responsabilidade dos serviços com os usuários e os cidadãos, não mais considerados como meros consumidores ou simples usuários.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE) no Brasil apresenta em seu documento vários elementos dos diferentes modelos, mas pode-se afirmar que a figura das Organizações Sociais aparece como modelo de passagem da Administração burocrática à gerencial para os setores sociais, em especial para a saúde (IBANEZ, 2009).

O instrumento básico que garantiria a administração gerencial diferenciada seria o contrato de gestão entre o poder público e a organização social, prevendo multas, resultados, prestação de contas, processos de fiscalização, redefinição de sua missão, identificação precisa de produtos e clientes, objetivos e metas claramente definidos, definição de estrutura organizacional e tecnologia a serem utilizadas, além do desenvolvimento de metodologias na área de planejamento, avaliação de desempenho, informatização, recursos humanos, custos e regulamentação específica para investimentos (IBANEZ, 2009).

Uma das formas de olhar para as diferentes organizações é através do regime jurídico em que atuam . Abaixo, conforme Madeira (2000), segue-se uma descrição de diferentes organizações culminando com a apresentação das entidades filantrópicas, situação em que se enquadra o HLR.

a - Regime jurídico de direito público

a.1- Administração direta – são as organizações dos três níveis de governo e composta de órgãos de governo. Também é chamada de administração

centralizada. Não possui personalidade jurídica própria, subordinada ao regime administrativo; funções de disciplina: formulação, regulamentação, regulação, coordenação e fiscalização; pouco apropriada para execução de serviços públicos; sem autonomia administrativa, financeira e orçamentária.

a.2 - Administração indireta – ou descentralizada é composta de pessoas administrativas (personalidade jurídica distinta e o que a faz indireta e com certa autonomia, definida em sua lei de criação).

a.2.1 - Autarquia – é um tipo de autonomia usada pelo Estado para a gestão descentralizada na execução de tarefas típicas de Estado, como exercer o poder de polícia. Mas tem sido usada para ensino (universidades), saúde (hospitais como o Hospital das Clínicas da FMUSP), indústria (IQUEGO).

a.2.1.1 - de regime especial – é uma autarquia na qual a lei de criação estipulou algumas condições especiais (caso da USP)

a.2.1.2 - Agência executiva - é também uma autarquia especial, criada para o gerenciamento de entidades de ensino e de pesquisa. Existem poucos exemplos ainda desta modalidade.

a.2.1.3 - Agência reguladora – autarquia de regime especial, nos termos de sua lei de criação, voltada para a realização de atividades no campo da regulação. São exemplos: ANVISA, ANEEL, ANATEL, etc.

a.2.2 - Fundação de direito público – hoje praticamente reduzidas a autarquias, são as fundações que existiam quando da promulgação da Constituição de 1988. São, por exemplo, as utilizadas pelos hemocentros e parte das universidades federais.

a.2.3 - Consórcio público – estas personalidades são entes de cooperação entre municípios e ou entre estados, criados por lei e com autorização expressa dos legislativos envolvidos, com o objetivo de gerenciar um bem comum, como uma usina de asfalto, um hospital regional, uma região de saúde, etc. A gestão

do consórcio se realiza através da instituição de uma associação que pode estar tanto no regime de direito público, como no de direito privado (maior número de casos). Tem sido utilizada na área de saúde em São Paulo (Penápolis) e em Minas Gerais.

b - Regime jurídico de direito privado

b.1 - Fundação pública de direito privado

As fundações públicas de direito privado apresentam como características centrais:

I - Sujeição ao direito público: lei autorizadora (e registro de seus atos constitutivos no cartório competente); controle do Tribunal de Contas; equiparação de seus empregados para os fins previstos no art. 37 da CF; escolha pública para a contratação de pessoal; compras e contratos através de licitação; extinção dependente de lei;

II - Conseqüências do regime do direito privado: bens penhoráveis; não beneficiária do processo de execução contra Fazenda Pública (precatórios) – ART. 100 DA CF; não terá juízo privativo; regime jurídico dos empregados – CLT; regida pelos seus estatutos e pela lei autorizadora; prazos processuais comuns; imunidade tributária, conforme previsto no ART. 150, § 2º DA CF; não está sujeita às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente no que tange a limites de despesas com pessoal.

III - Controle e fiscalização: normas de controle e fiscalização previstos nos estatutos – Conselho Externo de Administração; Supervisão do Ministério da Saúde e demais instâncias de contratação regional e/ou municipal; Tribunal de Contas; Ministério Público; subordinação ao controle social em saúde exercido pelos Conselhos de Saúde local e regional/estadual em decorrência da inserção do hospital no sistema regional.

IV - Contrato de gestão: objetivos, metas, prazos, critérios de controle e avaliação, obrigações e responsabilidades de seus dirigentes; investimento anual com base em percentual de receitas em ações de inovação, capacitação de pessoal, adequação mobiliária e imobiliária; fixação de teto percentual para gastos com pessoal; dirigentes com penalidade de perda de mandatos no caso de descumprimento do contrato de gestão injustificadamente;

V - Estrutura organizacional: conselho curador (de Administração) – órgão de direção superior, controle, fiscalização e avaliação; comissão ou conselho fiscal – órgão de assessoramento ao conselho curador na área de gestão contábil, patrimonial e financeira; conselho de direção – direção executiva, responsável pela gestão técnica, patrimonial, administrativa e financeira;

VI - Regime de pessoal: regime jurídico da CLT; aprovação do plano de carreira e salários pelo conselho curador, incluindo benefícios, reajustes, etc., em consonância com contrato de gestão; previsão na lei das demissões pela CLT; previsão na lei para o enquadramento/alinhamento do pessoal estatutário – processo de transformação.

VII - Compras e contratos: contratação de serviços, obras, compras, alienação, locação, nas modalidades de pregão e consulta pública, na forma com que for disciplinado em regulamento próprio da fundação, observadas as regras gerais das legislações específicas - Lei n. 9.472/97, art. 54 e Lei 9.986/00, que estendeu para todas as agências reguladoras a possibilidade de uso das modalidades consulta e pregão.

b.2 - Empresa pública – instituída por lei pelo Estado para intervir no espaço econômico em igualdade de condições. Exemplos são: a FINEP, a CAIXA ECONOMICA FEDERAL, mas existe um hospital empresa pública instituído em 1970 e que é o Hospital de Clínicas da FMUFRGS, que está muito bem gerenciado. Ou seja, o modelo que serve à FINEP também dá certo para hospitais, sem transformá-los em empresas privadas.

b.3 - Sociedade anônima – também forma do Estado intervir no domínio econômico, criando sociedades anônimas por ações, como a PETROBRAS, BANCO DO BRASIL, etc. Também tem um hospital nessas condições, que é o Grupo Hospitalar Conceição, também no Rio Grande do Sul, e que vem sendo muito bem administrado em suas cinco unidades hospitalares, com seus 1.800 leitos. Tem um passivo trabalhista imenso, que tem levado o atual governo em transformá-lo em outra coisa, não para melhorar a gestão e sim para isolar o passivo trabalhista! (este passivo é em grande medida fruto da incapacidade do Estado em controlar suas organizações).

b.4 - Serviço social autônomo – esta personalidade jurídica foi muito utilizada no passado para gerenciar serviços de saneamento básico, ou seja, dar condições ao Estado para construir, operar e cobrar por esse serviço. Também é a forma de se expressarem os serviços sociais de apoio da indústria, comércio, etc., criados por lei federal e financiados com recursos dos empregadores (SESC, SESI, SENAC). Interessante registrar que, após a Constituição de 1988 esterilizar as fundações públicas, o Hospital das Pioneiras Sociais, então Fundação, foi transformado em Serviço Social Autônomo, e continua tão exemplar como sempre foi, graças à autonomia garantida por essa personalidade jurídica. Aliás, hoje é uma rede que se estende por cinco estados.

b.5 - Organização social regida lei 9637/98 - personalidade jurídica de direito privado, não estando submetida às normas do direito público: as obrigações estabelecidas pelo contrato de gestão; associação sem finalidade lucrativa ou fundação de direito privado qualificada pelo poder público para exercer atividade pública descentralizada; com o objetivo específico de oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público com aumento de eficiência e qualidade; regime CLT sem concurso público; tem privilégios tributários.

b.6 - Organização social civil de interesse público: regida pela lei 9790/99, “lei do terceiro setor”; entidades civis sem fins lucrativos, instituídas por iniciativa de particulares, qualificada pelo poder público, não estando submetida às normas do direito público: as obrigações estabelecidas pelo termo de parceria; objetivos:

ampliar o universo de entidades com possibilidade de parceria com o setor público fora daquelas definidas como utilidade pública e fortalecimento do

b.7 - Outras situações

Fundações de apoio

Estas fundações nasceram como instituições privadas e voltadas exclusivamente para apoiar um órgão público. Assim, elas são um patrimônio (como de resto todas as fundações), instituído por particulares, mas afetado pelo objetivo de apoiar o setor público. No setor da saúde, o exemplo mais conhecido é o da Fundação Zerbini, que apóia o Instituto do Coração (INCOR) e que foi vital para que o instituto existisse. Nas universidades públicas, existe um grande número de fundações de apoio, por isso mesmo já hoje chamada de fundações de terceiro tipo. Deve-se assinalar que os órgãos de controle e do judiciário abominam estas fundações que lhes tiram do lugar a positividade do direito, criando situações legítimas e ilegais.

Também como fruto da falta de opção para realizar transferências entre o setor público e entre este e particulares operando situações de parceria, os convênios tem sido usados quase abusivamente pelas diversas esferas de governo. A vantagem é que, como os convênios estabelecem relações entre entidades com objetivos comuns, eles não necessitam de licitações, o que torna esse mecanismo muito ágil. Porém, ele é muito frágil do ponto de vista dos controles e por isso também tem sido motivo de muita crítica por parte dos órgãos de controle do estado (tribunal de contas e ministério público).

Entidades Filantrópicas

Pela regulamentação vigente, são consideradas filantrópicas as entidades portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS), concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão subordinado ao Ministério de Assistência e Promoção Social. O CEAS é uma exigência para a obtenção de diversas isenções fiscais e tributárias, passíveis de serem auferidas

pelas filantrópicas. Várias condições são exigidas para a concessão do CEAS. Em particular, para os hospitais, destacam-se duas exigências alternativas: a oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; e, no caso do gestor local do SUS declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade hospitalar aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade, variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS (LIMA, 2004).

O segmento hospitalar filantrópico é importante prestador de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor de Saúde Suplementar no Brasil por diversas razões: possui cerca de um terço dos leitos existentes no País; apresenta uma rede capilarizada por todo território nacional, com grande número de pequenos hospitais de baixa complexidade distribuídos em municípios do interior do País, incluindo alguns hospitais de elevada complexidade, geralmente localizados em regiões metropolitanas; e metade do seu parque constitui-se nos únicos hospitais dos seus municípios (caso de Campo Bom). Entretanto, emergem preocupações em relação ao seu nível de desenvolvimento gerencial, ainda predominantemente caracterizado pela ausência de inúmeras estruturas e instrumentos básicos (LIMA, 2004).

Os hospitais filantrópicos têm como principais fontes de receita o SUS (64,0%) e convênios com operadoras (16,0%). Entretanto, a operação de planos próprios pode constituir na segunda fonte de receita, inferior apenas à fonte SUS. Alguns hospitais filantrópicos diferenciam-se, portanto, mediante a operação de planos próprios de saúde, vista como estratégia de viabilização da sustentabilidade financeira dessas organizações (LIMA, 2004).

O papel desempenhado pelo setor é importante ao se identificar estratégias que garantam sua manutenção, desenvolvimento e maior integração ao sistema de saúde brasileiro. Considerando, ainda, que a operação de planos de saúde é uma das estratégias possíveis, Lima (2004) em seu estudo objetivou descrever aspectos do desempenho gerencial de hospitais filantrópicos com operadoras de planos de saúde, em comparação com o conjunto de hospitais filantrópicos sem planos de saúde.

Lima (2004) em sua pesquisa, comparou as estruturas gerenciais presentes nos hospitais filantrópicos com operadoras com aquelas sem operadoras utilizando-se de dois estudos de abrangência nacional: Estudo sobre o setor filantrópico hospitalar no Brasil, desenvolvido com financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) entre 2000 e 2002; e o Estudo das Operadoras de Planos de Saúde de Hospitais Filantrópicos, desenvolvido, entre 2003 e 2004, com financiamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde responsável pela regulação dos diferentes tipos de operadoras de planos de saúde atuando no mercado.

Ambos os estudos tiveram como objetivo a caracterização do nível de desenvolvimento gerencial dos hospitais, captando a existência de estruturas gerenciais relacionadas a seis dimensões: direção e planejamento, econômico-financeiro, recursos humanos, serviços técnicos, serviços logísticos e tecnologia de informações. As análises multidimensionais de desempenho gerencial e as dimensões gerenciais consideradas são amplamente validadas na literatura (o questionário utilizado nesta pesquisa serviu de referência para esta pesquisa).

De maneira geral, os hospitais filantrópicos apresentaram uma estrutura gerencial pouco desenvolvida. Entretanto parece haver uma diferenciação positiva nos hospitais com planos de saúde em todas as dimensões consideradas, em relação à média observada no conjunto de hospitais filantrópicos (LIMA, 2004).

Persiste como ponto nevrálgico para o setor, a gestão de recursos humanos. Para que a qualidade da atenção possa de fato atingir patamares desejáveis, será necessário maior investimento nesse campo. Isso porque a organização hospitalar é centralmente dependente de seus recursos humanos e, em especial, daqueles diretamente vinculados à atenção prestada. Treinamentos regulares que possibilitem aos funcionários a revisão periódica de suas práticas assistenciais e administrativas, a instituição de incentivos aos profissionais, especialmente os relacionados à assistência, e a diminuição da rotatividade no setor são condições essenciais para que esses hospitais se fortaleçam frente às instituições governamentais reguladoras, ao SUS, e à população (LIMA, 2004).

A percepção de maior acesso a serviços de saúde de melhor qualidade em organizações lucrativas; maior confiança na adequação do cuidado ofertado e expectativa de maior humanização do atendimento em organizações não lucrativas. Também ganham destaque questões relativas à sua sustentabilidade financeira, à extensão em que isenções tributárias usufruídas justificam os serviços prestados, bem como à sua capacidade de conjugar a perspectiva de realizar negócios com o exercício da sua função social.

Além disso, é factível estabelecer uma relação endógena entre estruturação gerencial, porte do hospital e complexidade assistencial. Nesse sentido, constata-se que os hospitais com planos são, em média, de maior porte e complexidade assistencial, com presença mais marcante de atividades de ensino, o que, em última análise, também concorre para a melhor estruturação gerencial (LIMA, 2004).

Nos estudos de Lima (2004) sobre as operadoras de planos de saúde nos hospitais filantrópicos no País, ficou claro que a criação dessas operadoras correspondem fundamentalmente a uma busca por recursos adicionais aos do SUS. Ao mesmo tempo, essas operadoras visam ao atendimento de um mercado específico: o das cidades de pequeno porte, do interior, com escassas operadoras de planos de saúde de grande porte e, portanto com um fraco mercado para planos empresariais (coletivos). Além disso, nas operadoras de hospitais filantrópicos predominam os planos individuais, diferentemente do restante do mercado, onde prevalecem os planos coletivos.

Levando em conta a relevância quantitativa e qualitativa do setor filantrópico hospitalar para o SUS, assim considerada pelo Ministério da Saúde na sua proposição de reforma do sistema de atenção hospitalar assume-se que o segundo não pode prescindir da participação do primeiro. Além disso, o segmento filantrópico reúne três condições que lhe conferem posição de grande interesse na formulação de políticas de saúde: ser prestador de serviços para o SUS, por vezes ser operador de planos de saúde, e ser prestador de serviços para outras operadoras de planos de saúde (LIMA, 2004).

QUALIDADE

A Organização Panamericana da Saúde (OPS) fez um esforço pouco eficaz, a partir da segunda metade dos anos 1980, no sentido de difundir esta prática pelos países do continente. Em 2006, há esforços consideráveis na direção de implantar programas nacionais de acreditação. Em termos gerais, a cobertura ainda é baixa, o interesse é pouco difundido e com frequência busca-se mais marketing ou melhoria de imagem que qualidade propriamente. No Brasil, não chega a 1% do total de hospitais aqueles acreditados por organizações que trabalham com programas voltados para o setor da saúde, tanto no modelo nacional, quanto no modelo da Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO/Joint Commission International), aqui representada pelo CBA – Colégio Brasileiro de Acreditação (VECINA NETO, 2007).

Nem a literatura nacional nem a internacional conseguem provar melhora nos resultados da assistência por meio dessas práticas; o aprimoramento que eventualmente ocorre se dá nos processos, na sua formalização e na gestão. Talvez por isso haja poucos incentivos, por parte do governo e dos compradores privados, para que um hospital adira a uma das certificadoras/acreditadoras existentes (VECINA NETO, 2007).

Também se pode dizer que existe concorrência, em primeiro lugar entre os modelos de avaliação e, em segundo, entre organizações avaliadoras. Atividades da acreditação são diferentes das relacionadas à permissão de funcionamento, sob a responsabilidade da Vigilância Sanitária. A submissão a esta, vinculada ao poder público, é obrigatória. Em tese, todos os hospitais em funcionamento preenchem os requisitos mínimos nacionais. A acreditação verifica pontos não contemplados naquele instrumento, assumindo que as condições mínimas de estrutura estejam garantidas. De todo modo, trata-se de um esforço de melhorar a qualidade dos serviços prestados, inclusive para os usuários. Em 2006, a Agência Nacional de Saúde Suplementar colocou em prática alguns mecanismos de avaliação das operadoras. Em função disso, estas também têm papel na avaliação de hospitais, pois alguns indicadores dos serviços que elas compram são levados em conta nesse processo (VECINA NETO, 2007).

Estrutura Organizacional : Uma revisão conceitual

Alguns autores definem a estrutura como sendo uma espécie de ferramenta, configurando formalmente as organizações, outros no entanto vêem a estrutura como processo de interação. Nota-se nesses conceitos , uma ampliação das visões anteriores, fortemente influenciadas por Fayol e que definiam estrutura organizacional como sendo um conjunto regulamentado de relações de trabalho e coordenado através de um sistema hierárquico de comando e controle.

Seguindo esta linha, Mintzberg (2003) define a estrutura como sendo o conjunto dos meios pelo qual o trabalho é dividido em tarefas distintas e depois coordenado, sendo esta coordenação vinculada às características dessa divisão. Destaca, ainda, a importância do entendimento não só da estrutura formal – a estrutura formalmente planejada, com ênfase nas posições de autoridade e responsabilidade e sujeita ao controle da direção, bem como da estrutura informal – a rede de relações sociais, com ênfase nas pessoas e suas relações, não estando sujeitas ao controle da direção.

Para Mintzberg (2003), estas dimensões são apresentadas como parâmetros da concepção da organização, sistematizando a divisão e a coordenação do trabalho. Esta coordenação é definida através de cinco mecanismos de coordenação, assim apresentados:

- a) sob ajustamento mútuo, é obtida pelo simples processo de comunicação informal;
- b) sob supervisão direta, é realizada por um responsável pelo o trabalho dos demais, fornecendo- lhes a instrução e monitoração das ações;
- c) sob a padronização de processo, é realizada pela especificação e programação do trabalho a ser realizado;
- d) sob a padronização de saídas, é obtida pela definição dos resultados esperados pelo trabalho;

e) sob a padronização de habilidades, é efetuada pela especificação do treinamento exigido para o desempenho do trabalho.

Apesar de reconhecer esses mecanismos como formas de controle, o autor salienta que são os elementos mais básicos da estrutura, funcionando como elo da organização.

A estrutura organizacional pode ser detalhada abrangendo várias dimensões. Estas dimensões não são uniformes entre os autores, porém, muitas semelhanças podem ser verificadas.

Já para Hall (1984) define estrutura organizacional como correspondendo a “distribuições, em diversos sentidos, das pessoas entre posições sociais que influenciam as relações de papel entre essas pessoas”. Esse conceito abrange duas óticas: a divisão de trabalho e a hierarquia. Sendo assim, atribuem-se atividades aos atores organizacionais e posteriormente, definem-se as posições e o comportamento desses atores na organização.

A Integração e a Coordenação:

Lawrence e Lorsch (1967) definem a integração como o processo de realização de esforços unificados entre vários subsistemas na consecução de atividades organizacionais, entendendo estas atividades como um ciclo de entrada, transformação e a saída, na produção de bens e serviços. O estado de colaboração existente entre departamentos necessários para realizar a unidade de esforço de acordo com as exigências do ambiente.

Partindo do conceito de integração como sendo “a qualidade do estado de colaboração existente entre os departamentos que são solicitados a conseguir uma unidade nos esforços pela demanda do ambiente” (HALL, 1984).

Longest e Klagesmith (1993) apontam a coordenação e comunicação como formas de integrar as pessoas e as unidades à organização. A necessidade de integração está na interdependência entre os indivíduos e as unidades organizacionais, variando pela complexidade da organização.

Os processos como modo coordenação, segundo Harrington (1993, p.10), “ o processo é qualquer atividade que recebe um entrada (*input*), agrega-lhe valor e gera um saída (*output*) para um cliente interno ou externo. Os processos fazem parte do uso dos recursos da organização para gerar resultados concretos”.

O autor ainda apresenta o conceito de gerenciamento de processos como sendo a definição, análise e melhoria de processos como o objetivo de atender as necessidades e expectativas dos clientes. Sendo assim estabelece uma metodologia de gerenciamento de processos compreendendo cinco fases:

- a) entendimento do negócio: entender os processos da organização e determinar quais processos farão parte do início do mapeamento;
- b) entendimento dos processos: nesta fase procura-se o perfeito entendimento do processo, pela compreensão de como as “entradas” são processadas e resultam em “saídas” para um cliente interno e externo; identifica-se o objetivo dos processos, fluxo das atividades e recursos envolvidos; para construir uma base comum de análise, elabora-se o mapa deste processo;
- c) aperfeiçoamento dos processos: após o mapeamento dos processos, pode se concentrar na busca por melhorias que possam ser realizadas nas atividades consideradas mais críticas;
- d) medição e controle: uma das etapas importantes do método é desenvolver um conjunto de indicadores para o acompanhamento do desempenho das atividades e processos, bem como da efetividade das futuras melhorias que serão promovidas;
- e) aperfeiçoamento contínuo: é necessário um processo contínuo de aperfeiçoamento para manter o nível dos processos, sobretudo porque

as pessoas, sistemas e necessidades tanto da empresa tanto dos clientes mudam.

Mintzberg (2003) reduziu os instrumentos de interligação de mais simples ao mais elaborado, a quatro tipos, descritos a seguir.

O primeiro e mais simples instrumento de interligação é o cargo de interligação, cargo formalmente formado para conduzir a comunicação. Apesar de não possuir autoridade formal, atua na integração dos canais de comunicação entre as unidades organizacionais.

As forças-tarefas e comitês permanentes surgem como segundo veículo de interligação, de forma a facilitar a integração entre as áreas, através de discussão aberta de problemas organizacionais.

Na necessidade de maior integração surge ao gerente integrador , cargo como de gerente de marcas, que integra áreas como produção e vendas ou mesmo gerentes de unidades hospitalares, integrando atividades dos médicos, enfermeiros e áreas de apoio.

Por fim Mintzeberg (2003) aponta o quarto instrumento, a estrutura matricial, evita a definição de uma base agrupamento especifica, utilizando um modelo hibrido entre duas bases de agrupamento. Além do equilíbrio de poder formal existente entre gerentes, a estrutura matricial sacrifica o principio da unidade de comando, porém prepara a organização para resolução de conflitos via negociação ao invés de autoridade formal.

Para Lawrence e Lorsch (1973), em sua pesquisa os determinantes da eficaz resolução de conflitos estariam presentes nas organizações altamente diferenciadas e integradas. Partindo da necessidade de integradores na organização os autores estabelecem determinantes da eficiente resolução de conflitos:

- a) orientação e estrutura intermediária dos integradores: entende-se por este fator a capacidade de criar, nos gerentes integradores, uma

- estrutura e orientação intermediárias em relação aos diversos gerentes das unidades a serem integradas;
- b) grau de influência dos integradores: este fator relaciona-se com a influência na tomada de decisão, baseada sobre maneira na competência julgada dos mesmos pelos seus pares e na estreita relação com a cúpula da organização;
 - c) sistema de remuneração dos integradores: este fator indica a maneira como os integradores percebem a forma de avaliação dos resultados do seu trabalho.

A Burocracia Profissional

Mintzberg (2003) define como burocracia profissional as organizações como universidades, hospitais, escolas , entre outras. Esta tipologia é uma das cinco apresentadas pelo autor em seu modelo de análise das estruturas organizacionais.

A base desta tipologia é que o mecanismo de coordenação é a padronização de habilidades e seu parâmetro de *design*, o treinamento e a doutrinação. A burocracia profissional enfatiza o poder do conhecimento especializado, sendo o trabalho altamente especializado na dimensão horizontal, mas ampliado na vertical.

Neste modelo, o núcleo operacional – os membros que executam o trabalho diretamente a prestação dos serviços (atividades médicas e de enfermagem) – é a parte chave. A outra parte da organização relativamente organizada é a acessoria de apoio (serviços como nutrição, hotelaria, farmácia , entre outros) – unidades focadas em dar apoio à organização fora do fluxo operacional. Com isto ocorre uma dificuldade de coordenar o trabalho operacional em função da supervisão direta ou mesmo outras formas de padronização.

O autor classifica a burocracia profissional como uma estrutura altamente descentralizada, tanto na dimensão horizontal quanto na vertical. Sugerindo uma

estrutura altamente democrática, pelo menos para os integrantes do núcleo operacional, e extremamente burocráticos para as unidades de acessoria e apoio.

Sobre modelo de gestão

Para Fornari (2004, p.2), Modelo de Gestão é um conjunto de práticas e processos de gestão que devem ser: coerentes com a filosofia do trabalho; escolhidos deliberadamente pela alta direção; a serviço de um modelo de negócios; na crença de que através da sua aplicação e renovação sistemática a organização conseguirá vantagens. Para ser criado um modelo de gestão precisa ser um conjunto de princípios e práticas de gestão; integrados de forma sistêmica, para ser aplicados de forma consistente, atualizados e melhorados de forma sistemática e constante. De acordo este autor, o modelo de gestão está diretamente associado aos líderes da organização, são eles que a concebem e moldam à realidade da empresa, quanto mais variadas e ricas forem às experiências do gestor, maiores são as chances de ter uma boa competência organizacional.

Na visão de Zilbovicius (1997, p.40), os modelos de gestão têm uma função fundamental na disseminação de práticas, ainda que delas se diferencie por ser um processo abstrato. Assim, os modelos de gestão compelem um modo de pensar, abordar e articular os problemas organizacionais e desempenham um papel de referência, ou seja, servem de prescrição para os gestores que tomam decisão a respeito de práticas a serem empregadas nas operações e processos organizacionais. Aparece, também, como decorrência das práticas gerenciais, e estas aparecem, por sua vez, como decorrências do modelo.

Um modelo de gestão é produzido e reproduzido pelos agentes organizacionais, mas é também aquilo que se impõe aos agentes, comumente implícito, mas também explícito, da definição da forma de ação. O agente “raciocina e age em função de uma modelização relativamente estável da complexidade dos fins e dos meios, mobilizando formas de coordenação que lhes parecem natural,

colocando em prática, programas de ação e reestruturação” (ZILBOVICIUS, 1997, p. 40).

7 OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a estrutura e as práticas de gestão do hospital Dr. Lauro Réus da cidade de Campo Bom, integrante do Sistema de Saúde Mãe de Deus, considerando os fatores contingenciais.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a estrutura.
- Identificar as práticas de gestão.
- Identificar os fatores contingenciais.
- Analisar a relação da estrutura e das práticas com os fatores contingenciais.

8 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo Nohara (2004), o método científico caracteriza o estudo científico. Ou seja, se não houver a utilização do método científico, a monografia ou artigo não será considerado científico. A seção da metodologia utilizada na investigação é, portanto, a parte mais importante do trabalho, pois é por meio dessas informações que outro cientista poderá ou não reproduzi-lo ou contestá-lo. Se o trabalho não puder ser avaliado ou replicado, não é considerada pesquisa científica. É, portanto, na seção metodologia que se explica à comunidade científica como o trabalho foi empreendido, permitindo assim que seja replicado ou avaliado. Deve-se ter em mente que se deverá relatar à comunidade científica e ao leitor como o estudo foi conduzido, deve ser explicado de forma detalhada.

Para Vergara (2000), o leitor deve ser informado quanto ao tipo de pesquisa que será realizada, sua conceituação e justificativa à luz da investigação específica. Há várias taxionomias de tipos de pesquisa conforme os critérios utilizados pelos autores. Vergara (2000) propõe aqui dois critérios básicos:

- a) Quanto aos fins;
- b) Quanto aos meios;

Quanto aos fins, uma pesquisa pode ser: exploratória; descritiva; explicativa; metodológica; aplicada; ou intervencionista.

Quanto aos meios de investigação, pode ser: pesquisa de campo; pesquisa de laboratório; telematizada; documental; bibliográfica; experimental; *ex post factor*; participante; pesquisa-ação; ou estudo de caso.

Este trabalho pode ser classificado como um estudo de caso, que segundo Gil (1996), caracteriza-se pela análise em profundidade de um objeto que pode ser uma organização. O pressuposto desse estudo é que, ao se conhecer muito bem como ocorre o fenômeno em uma empresa pode-se levantar hipóteses sobre como o fenômeno ocorre em geral. Por esse fato o estudo de caso é bastante apropriado em

pesquisas exploratórias, com dados qualitativos já que não se podem generalizar os resultados encontrados neste estudo.

Os meios de investigação utilizados foram: pesquisa de campo (entrevista, aplicação de questionário não estruturado e observação), investigação documental e pesquisa bibliográfica.

Os passos seguidos neste trabalho foram:

- Entrevista informal com o Diretor Administrativo e os responsáveis por cada área de interesse da pesquisa: direção e planejamento, econômico-financeiro, recursos humanos, serviços técnicos, serviços logísticos, e tecnologia da informação para a caracterização do hospital.
- Observação da rotina do hospital, quanto às seis dimensões de estudo: direção e planejamento, econômico-financeiro, recursos humanos, serviços técnicos, serviços logísticos, e tecnologia da informação para a caracterização do hospital.
- Pesquisa bibliográfica para descrever e conceituar a estrutura descrever a estrutura, identificar as práticas de gestão e identificar os fatores contingenciais.
- Investigação documental, como: balanço, balanço social, Demonstrativo de Resultado do Exercício, indicadores de gestão de pessoas, planilhas de controles, relatórios gerencias, contratos de prestação de serviços.
- Coleta de dados (receita, custos e despesas), indicadores assistenciais.

Inicialmente buscou-se na literatura algum estudo semelhante ao tema proposto “modelo de gestão” em hospitais filantrópicos, de mesmo porte, ou características semelhantes para comparativo.

Utilizou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas, que serviu de orientação para a construção desta pesquisa (LIMA, 2004). O questionário aplicado conforme anexo I, é muito semelhante ao aplicado no estudo sobre o setor

filantrópico hospitalar captando a existência de estruturas gerenciais relacionadas a seis dimensões: direção e planejamento, econômico-financeiro, recursos humanos, serviços técnicos, serviços logísticos e tecnologia de informações.

9 RESULTADOS E ANÁLISE

O setor hospitalar filantrópico é importante na prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde. Os desafios para a sua manutenção e desenvolvimento impõem encontrar novas alternativas. O fomento de uma parceria público-privado neste segmento, por meio da operação de planos próprios ou prestação de serviços a outros planos de saúde convivendo com o SUS, constitui um campo que merece uma análise mais aprofundada (LIMA, 2007).

Os Hospitais Filantrópicos dão cobertura a 3,70% dos beneficiários da saúde suplementar no Brasil constitui uma pequena fatia no mercado de operadoras de planos de saúde suplementar. No entanto, perceber as características dessa atividade no âmbito desses hospitais ganha relevância pela importância estratégica do setor filantrópico hospitalar para as políticas públicas de saúde. O setor agrega um terço dos leitos hospitalares, em muitos municípios, corresponde ao único hospital existente (o caso de Campo Bom). Além disso, sua tripla condição de prestador público de serviços, através do Sistema Único de Saúde (SUS), e de prestador e operador de planos de saúde, conferem-lhe uma condição diferenciada na perspectiva da formulação e implementação de políticas de saúde, considerando o SUS e a saúde suplementar (LIMA, 2007).

1. Para verificar a presença de estruturas organizacionais de direção e planejamento no hospital Dr. Lauro Réus foram utilizadas as seguintes variáveis:

Variável	Possui	Não possui	Se sim, como ou de que maneira funciona
1.Direção e Planejamento			
1.1 Organograma formal	X		
1.2 Canais de Comunicação com o Cliente	X		Pesquisa de satisfação dos clientes
1.3 Assessoria de Informática ou Informações	X		Possui área de informática responsável pela consolidação de dados // utiliza-se de informações geradas pela controladoria da matriz.
1.4 Análise de Mercado	X		

1.5 Propaganda		X	
			CCIH que controla o comportamento desses vetores
1.6 Assessoria de Epidemiologia	X		
1.7 Ouvidoria ou Sac.	X		SAC
1.8 Assessoria de Marketing		X	
1.9 Assessoria de Planejamento	X		Planejamento Estratégico
1.10 Planejamento Formal	X		
1.11 Orçamento Anual	X		Com apoio da controladoria
1.12 Assessoria de Qualidade	X		Treinamento e capacitação

Observações:

1.4 - ocorre de forma subjetiva não estruturada. A análise é feita a partir do comportamento do hospital. Ex. redução do índice de internação pediátrica ocorreu devido à implantação dos PSF – Programa de Saúde da Família.

As variáveis passíveis de análise, em relação à dimensão de direção e planejamento foram: existência de registro de organograma formal de canais de comunicação com o cliente por intermédio de questionário simples (pesquisa de satisfação) e de informática responsável pela consolidação de dados, utilizando-se de informações geradas pela controladoria da matriz (HMD). A análise de mercado ocorre de forma subjetiva não estruturada, é feita a partir do comportamento do hospital. Ex: redução do índice de internação pediátrica ocorreu devido à implantação dos PSF – Programa de Saúde da Família. Há um setor de controle de infecção que faz o levantamento dos indicadores e possíveis ações. O hospital possui de forma estruturada e formal planejamento estratégico, orçamento anual com apoio irrestrito da controladoria da matriz (HMD).

2. Para verificar a presença de estruturas organizacionais de gestão econômico-financeira no hospital Dr. Lauro Réus foram utilizadas as seguintes variáveis:

Variável	Possui	Não possui	Se sim, como ou de que maneira funciona
2. Gestão econômico-financeira			
2.1 Balanço do Ano Anterior Fechado	X		
2.2 Plano próprio de contas	X		
2.3 Auditoria Independente	X		Trimestralmente
2.4 Balancete Periódico	X		Mensal
2.5 Inventário ao menos anual	X		
2.6 Controle Financeiro de Estoque	X		Diário

2.7 Projeção de fluxo de caixa	X		Diário
2.8 Depreciação de patrimônio	X		
2.9 Avaliação do risco de crédito		X	

Observações:

2.9 – Toda a necessidade financeira fica a cargo da matriz HMD (Hospital Mãe de Deus)

Quanto às variáveis passíveis de análise, em relação à dimensão econômico-financeiro, nesta dimensão o hospital declara possuir praticamente todas as condições consideradas, exceto a avaliação de risco. Toda a necessidade financeira fica a cargo da matriz (HMD).

3. Para verificar a presença de estruturas de Gestão de Recursos Humanos no Hospital Dr. Lauro Réus foram utilizadas as seguintes variáveis:

Variável	Possui	Não possui	Se sim, como ou de que maneira funciona
3. Gestão de Recursos Humanos	X		
3.1 Normas de Corpo Clínico	X		
3.2 Tabela salarial	X		
3.3 Planos de saúde		X	
3.4 Participação em Congressos	X		
3.5 Promoção de atividades sociais	X		Projeto Sociais – Raio de Sol, Vila Barrinha; asilo Bom Samaritano
3.6 Prêmios por tempo de casa		X	
3.7 Subsídios para educação (Incentivo Financeiro)	X		Treinamentos institucionais ou técnicos
3.8 Mecanismos de avaliação	X		Através de instrumento
3.9 Aquisição ou assinatura de publicações científicas	X		Nursing
3.10 Apoio a pesquisa	X		Interna
3.11 Planos de Cargos	X		
3.12 Prêmios por assiduidade		X	
3.13 Ganhos associados a produção		X	
3.14 Possui algum modelo de PPR*		X	
*Plano de participação nos resultados		X	
3.15 Pesquisa de Clima Organizacional	X		
3.16 Indicador de HHT (hora homem treinamento)	X		Meta de 3hs/homem/mês
3.17 Perfil por cargos	X		
3.18 Prêmios por inovação		X	
3.19 Plano de saúde		X	
3.20 Plano de aposentadoria		X	
3.21 Avaliação de desempenho individual	X		De forma incipiente

3.22 Rotatividade acima de 20% ano		X	
------------------------------------	--	---	--

Observações: Painel de indicadores de RH , comparativo com outros Hospitais de porte semelhante do SSMD.

Fatores considerados mais inovadores e com maior potencial de impactar as atividades finais: tais como aquisição de revistas científicas, apoio a pesquisas, ganhos associados à produção ou qualidade, prêmios por tempo de casa, plano de saúde e prêmios por inovação, não aparecem. Em contrapartida possui pesquisa de clima bianual e avaliação de desempenho mesmo que de forma incipiente. Possui um índice de rotatividade anual abaixo de 20,00% considerada satisfatório para o setor. A supervisão de RH é feita pela matriz que repassa para o hospital as políticas, informações e as inovações. Utiliza painel de indicadores com rotatividade, absenteísmo e hora homem treinamento onde comparam com os hospitais do SSMD.

4. Para verificar a presença de estruturas de Gestão de Logística no hospital Dr. Lauro Réus foram utilizadas as seguintes variáveis:

Variável	Possui	Não possui	Se sim, como ou de que maneira funciona
4. Gestão de Logística	X		Controle intenso de entrada, saída e estoque.
4.1 Material médico-cirurgião Padronizado	X		Qualquer mudança passa por avaliação de comissão interna
4.2 Treinamento de pessoal de limpeza	X		
4.3 Treinamento de pessoal da lavanderia		X	Terceirizado
4.4 Treinamento de pessoal da recepção	X		
4.5 Curva ABC no Estoque	X		
4.6 Manutenção preventiva em mais de 50% dos equipamentos biomédicos	X		Possui contrato com serviço terceirizado de manutenção hospitalar

Em relação às variáveis passíveis de análise, em relação à dimensão de estrutura de Logística, o hospital declara possuir praticamente todas as condições consideradas, exceto o treinamento do pessoal da lavanderia que é terceirizado. Destaca-se o sistema informatizado de controle de entrada e saída de estoque com inventário mensal e o controle de mudança de material que passa por uma comissão

de avaliação, possuindo planilhas bem organizadas. Sobressaíram-se também a atuação ativa do setor de farmácia com dispensação unitária e ou individualizada e a existência de comissão de padronização de medicamentos, a compra de medicamentos é feita para todos os hospitais da rede (SSMD), acentuando o poder de negociação, diminuindo o preço médio dos medicamentos, reduzindo o custo com transporte e diminuindo os transtornos de desabastecimento.

5. Para verificar a presença de Tecnologia de Informações no hospital Dr. Lauro Réus foram utilizadas as seguintes variáveis:

Variável	Possui	Não possui	Se sim, como ou de que maneira funciona
5. Presença de Tecnologia da Informação	X		
5.1 Acesso a internet	X		
5.2 Rede Interna (intranet)		X	
5.3 Presença de Dois ou mais servidores	X		
5.4 Site e oferta de serviços pela Internet		X	
5.5 Sistemas Informatizados			
a) Faturamento	X		
b) Recursos Humanos	X		
c) Contabilidade	X		
d) Medicamentos	X		
e) Materiais	X		
f) Estatísticas de Produção	X		
g) Leito / Contas	X		
h) Prontuário único para pacientes		X	Cada acesso do paciente gera um novo prontuário
i) Compras	X		
j) Custos	X		
k) Infecção hospitalar	X		
l) Patrimônio	X		
m) Agendamento de exames	X		
n) Agendamento de Consultas	X		

Observações: Grande parte dos controles é feito por planilha Excel

Em relação à dimensão de Tecnologia da Informação, apesar de possuir quase todas as condições consideradas não apresenta uma rede interna para melhorar a comunicação e algumas ferramentas como a avaliação de desempenho, ou para fortalecer a comunicação interna e campanhas. Possui sistema de pagadoria (RH), diferente do sistema de entradas de pacientes, controles das áreas é feito em sua maioria por planilha eletrônica Excel (manual), dificuldade em cruzar

informações para tomada de decisão. Quanto às informações referentes à contabilidade, financeiro, faturamento e resultado econômico financeiro dependem da controladoria da matriz (HMD). Outra desvantagem é o prontuário do paciente, que a cada entrada gera um novo ingresso, dificultando o acompanhamento do histórico.

6. Para verificar a presença de Serviços Técnicos no hospital Dr. Lauro Réus foram utilizadas as seguintes variáveis:

Variável	Possui	Não possui	Se sim como ou de que maneira funciona
6. Presença de serviços Técnicos	X		
6.1 Dispensação de medicamentos por dose unitária	X		
6.2 Comissão de Padronização de medicamentos	X		
6.3 Licença da vigilância sanitária na Imagem	X		
6.4 Licença da vigilância sanitária no Laboratório de patologia clínica		X	Existe um questionamento jurídico para o SSMD ter vínculo apenas com um conselho. Nesse caso o conselho de Medicina.
6.5 dispensação controlada de medicamentos de alta vigilância	X		

Observações:

Na dimensão dos serviços técnicos, contemplam praticamente todas as variáveis exceto a respeito da licença da vigilância sanitária no laboratório de patologia clínica, que existe um questionamento jurídico para o SSMD ter vínculo apenas com um conselho, neste caso o conselho de medicina.

Em relação à se “O hospital cria ou possibilita um ambiente onde a gerencia possa favorecer a criatividade e ou as inovações?” O entrevistado Sr. Robson Diretor Administrativo afirmou que “Sim, existe uma caixa de sugestões bem como todo colaborador tem acesso à direção para expor qualquer inconformidade”.

Quanto ao fato do O hospital levar em conta a integração das diferentes áreas para o aumento do desempenho e da qualidade, o mesmo informante respondeu que “Sim, leva em conta mesmo assim ocorre falta de integração em algumas áreas como, por exemplo, à integração entre assistencial e atendimento ao cliente”.

Acerca de como o hospital lida com as incertezas e as contingências, o entrevistado Sr. Robson afirma que “O hospital procura sempre estar atento a todos os movimentos das fontes pagadoras e do cenário econômico. Ex. A crise mundial e o aumento do dólar influenciam diretamente nos custos diretos do hospital em função do reajuste do valor dos medicamentos que muitas vezes tem em suas formulas insumos importados. Luvas de procedimentos que estão na curva “A” tiveram um reajuste nos últimos 6 meses de 107,69% bem como o mesmo ocorreu com carne e leite, ambos da curva “A”. Os órgãos reguladores (ANVISA) determinam novas práticas que aumentam os custos como por exemplo o uso de soluções (soro) e luvas com “punho maior” e maior percentual de látex. Também, nesse sentido hospital busca estar sempre trabalhando novos fornecedores. Os repasses municipais que são essenciais para o funcionamento de um hospital SUS também sofrem com o “pensamento” político do momento. Os salários mais elevados na região afetam diretamente na rotatividade de pessoal, fazendo com que a instituição busque outras formas de compensar como, por exemplo, o clima organizacional”.

O hospital Dr. Lauro Réus por ter uma característica de hospital de pequeno porte, com serviços de baixa e média complexidade, é favorecido por uma eficiente rede de atenção básica de saúde na cidade conforme anexo 2, tende a ter um modelo estável de estrutura, com características de estrutura mecanicista.

De maneira geral, o hospital Dr. Lauro Réus por ser filantrópico que atende convênios tende a ter uma estrutura gerencial pouco desenvolvida conforme se mostrou acima. De forma organizada a atender as necessidades da população e a cumprir as metas estipuladas e os indicadores assistenciais, mantém uma diferenciação positiva se comparado aos hospitais que não atendem convênios.

Nota-se que o hospital segue as premissas acordadas pelo modelo de gestão contratual de regime jurídico de direito privado, estipulando um contrato de gestão, entre o Estado, Município e Hospital. Isto garante ao hospital a possibilidade de atender a rede suplementar de saúde, possibilitando um incremento importante na receita, como mostra a literatura é o que garante na maior parte dos hospitais com estas características a sua sobrevivência e o nível de qualidade no atendimento.

Além de melhorar as condições de estrutura em todas as dimensões gerenciais, este modelo de gestão produz no hospital um nível de autonomia que por sua vez redefini novos compromissos institucionais e moderniza a gestão, definindo medidas para o realinhamento estratégico-estrutural tais como: a redefinição de sua missão, identificação precisa de produtos e clientes, objetivos e metas claramente definidos, definição de estrutura organizacional e tecnologia a serem utilizadas, além do desenvolvimento de metodologias na área de planejamento, avaliação de desempenho, informatização, recursos humanos, custos e regulamentação específica para investimentos.

A teoria da contingência estabelece que não há uma estrutura organizacional única que seja altamente efetiva para todas as organizações, isto dependerá da variação e otimização de determinados fatores que são denominados fatores contingenciais como surgem no hospital à estratégia (planejamento estratégico), o seu tamanho ou porte, a incerteza em relação às tarefas (ex: urgência e emergência), atendimento médico assistencial especializado, tecnologia (diagnóstico por imagem e sistemas gerenciais), mercado (crise mundial), leis (portarias ANS, leis municipais e regulamentações do SUS) e epidemias (Influenza). Os fatores contingenciais afetam diretamente a estrutura e as práticas no hospital, principalmente fatores externos ao hospital, tais como a modalidade de gestão que é firmada por cunho político, a crise mundial que afetou diretamente as compras e os custos.

Fica evidente a relação da estrutura com as práticas, quando se analisa o modelo de gestão fundamentado no regime jurídico de direito privado com contrato de gestão. Tendo este modelo como ponto de partida pois este direciona o hospital a seguir determinadas diretrizes pactuadas, a estrutura e as práticas são decorrências

deste modelo, que viabiliza a gestão de forma a ter mais autonomia, carregando toda a expertise da mantenedora que possui uma matriz de gestão, corroborando com as premissas que esta modalidade exige.

As práticas gerenciais e o modelo de gestão possuem relação mútua e concomitante com a estrutura, com as exigências do ministério da saúde, em garantir um nível de assistência à população com metas a serem cumpridas, impulsiona o hospital a se adaptar a tais exigências, adequando à estrutura, melhorando seu parque tecnológico, contratando especialistas, comprando materiais específicos, em fim o modelo acaba sendo contingência a esta estrutura afetando diretamente as práticas.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os hospitais são organizações de alta complexidade, o que demanda a necessidade de trabalhar de forma sistêmica. Não se pode esquecer que o hospital é um local de cura e formação de conhecimento técnico e científico, fazendo parte também a ética. Necessitam de práticas de gestão eficientes, onde a estrutura organizacional é um aspecto essencial na busca desta eficiência.

No ambiente hospitalar, grande parte dos processos transcende as unidades organizacionais. Essas unidades são altamente diferenciadas, o que dificulta a integração entre essas unidades, causando um impacto na assistência prestada, podendo gerar aumento de custos, inviabilizando a gestão.

A situação problemática, que resultou em analisar o modelo de gestão do Hospital Dr. Lauro Réus e passou por transformações profundas desde 2000, quando o SSMD assumiu a gestão, mostrou como este modelo está diretamente ligado à modalidade de gestão. Através da pesquisa pode-se identificar e evidenciar a estrutura organizacional, as práticas de gestão (o modelo de gestão de regime jurídico), os fatores contingenciais e de que maneira estes se relacionam estrutura.

Baseado nos resultados obtidos por esta pesquisa pode-se criar um método para análise de modelo de gestão em hospitais filantrópicos e ou análise de estrutura. As referências bibliográficas refletiram sobre a evolução dentro das teorias administrativas, pois se faz necessário elucidar a teoria que evidencia a complexidade hospitalar e sua incerteza.

Com a prática deste modelo de regime jurídico ficou claro a uma busca por recursos adicionais aos do SUS, ao mesmo tempo em que melhora a estrutura do hospital (dimensões gerenciais), melhora a saúde da população, colabora para que o SSMD alcance os 65% de atendimento pelo SUS mantendo a filantropia, pois o Hospital Mãe de Deus atende o sistema único de saúde de forma insuficiente e precisa de contrapartida dos hospitais afilhados, disseminando o Modelo de Gestão

do SSMD. Se o Hospital Mãe de Deus se desenvolve existe um interesse, conseqüentemente que os hospitais do SSMD também se desenvolvam.

Fica nítido que as práticas e a estrutura se moldam conforme as contingências. Nos estudos de Lima (2004), torna-se evidente que o fator mais importante é o regime jurídico de contrato de gestão: os hospitais que possuem melhores estruturas são aqueles que atendem outros convênios além do SUS, pois não adianta possuir mecanismos de integração, conhecer as contingências, ter estrutura plena se não viabilizar-se financeiramente. A articulação política do gestor com órgãos competentes, o conhecimento das leis, a pretensão de buscar o melhor regime jurídico para enquadrar o hospital tornam-se cruciais para um melhor modelo de gestão.

REFERÊNCIAS

DONALDSON, Lex. Teoria da contingência estrutural. In: CLEGG, Stewart; HARDY, Cynthia; NORD, Walter. **Handebook de estudos organizacionais: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais**. Vol. 1. São Paulo: Atlas, 1999.

FAYOL, Henri. **Administração Industrial e Geral: previsão, organização, comando, coordenação, controle**. 10ª ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1989.

FORNARI, Jorge Gomes. **A Terceira Competência, Um convite a Revisão do Seu Modelo Gestão**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 1999.

HALL, Richard H. **Organizações: estruturas e processos**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Prentice / Hall do Brasil, 1984.

HARRINGTON, H. James. **Aperfeiçoando processos empresariais**. São Paulo: Makron Books, 1993.

IBANEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. **Modelos de gestão e o SUS. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009.

LAWRENCE, Paul R. LORSCH, Fay W. **As empresas e o ambiente: diferenciação e integração administrativas**. Petropolis: Vozes, 1973.

LIMA, Sheyla Maria Lemos et al . **Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004

LONGEST B, KLINGENSMITH J. **Coordination and Communication In.: Shortell, S.M. e Kaluzny, A.D. Health care management: a text in organization theory and behavior**. New York: Delmar Publishers, 1988, p. 230-245.

MADEIRA JMP. **Administração pública centralizada e descentralizada**. Rio de Janeiro: América Jurídica; 2000.

MINTZBERGE, Henry. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2ª ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2003.

MOTTA, Fernando Cláudio Prestes / VASCONCELOS Isabela Gouveia de. **Teoria Geral da Administração**. 3ª ed. São Paulo: Ed. Pioneira Thompson Learning, 2006.

NOHARA, Jouliana Jorda, ACEVEDO, Claudia Rosa. **Monografia no Curso de Administração**. São Paulo: Atlas, 2004.

Santos L. **Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações**. [S.l.]: [s.n.]; 2006. [acessado 2009 Out 10]. Disponível em: <http://www.fundacaoestatal.com.br/020.pdf> acessado em 17.10.2009

TAYLOR, Frederick Winslow. **Princípios de Administração Científica**. 8 ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1990.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Tendências na assistência hospitalar**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007.

VERGARA Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 1997.

ZILBOVICIUS, M. **Modelos para a produção e produção de modelos**. 1997. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Departamento de Engenharia de Produção, Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo

ANEXO I - INSTRUMENTO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SAÚDE

Aluno: Dan Iuri dos Santos Cabreira

Projeto de Pesquisa: ANÁLISE DO MODELO DE GESTÃO DO HOSPITAL DR. LAURO REUS DE CAMPO BOM NO RIO GRANDE DO SUL.

1. Para verificar a presença de estruturas organizacionais de direção e planejamento no hospital Dr. Lauro Réus será utilizado as seguintes variáveis:

Variável	Possui	Não possui	Se sim, como ou de que maneira funciona
1.Direção e Planejamento			
1.1 Organograma formal	X		
1.2 Canais de Comunicação com o Cliente	X		Pesquisa de satisfação dos clientes
1.3 Assessoria de Informática ou Informações	X		Possui área de informática responsável pela consolidação de dados // utiliza-se de informações geradas pela controladoria da matriz.
1.4 Análise de Mercado	X		
1.5 Propaganda		X	
1.6 Assessoria de Epidemiologia	X		CCIH que controla o comportamento desses vetores
1.7 Ouvidoria ou Sac.	X		SAC
1.8 Assessoria de Marketing		X	
1.9 Assessoria de Planejamento	X		Planejamento Estratégico
1.10 Planejamento Formal	X		
1.11 Orçamento Anual	X		Com apoio da controladoria
1.12 Assessoria de Qualidade	X		Treinamento e capacitação

Observações:

1.4 - ocorre de forma subjetiva não estruturada. A análise é feita a partir do comportamento do hospital. Ex. redução do índice de internação pediátrica ocorreu devido à implantação dos PSF – Programa de Saúde da Família.

2. Para verificar a presença de estruturas organizacionais de gestão econômico-financeira no hospital Dr. Lauro Réus será utilizado as seguintes variáveis:

Variável	Possui	Não possui	Se sim, como ou de que maneira funciona
2. Gestão econômico-financeira			
2.1 Balanço do Ano Anterior Fechado	X		
2.2 Plano próprio de contas	X		
2.3 Auditoria Independente	X		Trimestralmente
2.4 Balancete Periódico	X		Mensal
2.5 Inventário ao menos anual	X		
2.6 Controle Financeiro de Estoque	x		Diário
2.7 Projeção de fluxo de caixa	x		Diário
2.8 Depreciação de patrimônio	X		
2.9 Avaliação do risco de crédito		x	

Observações:

2.9 – Toda a necessidade financeira fica a cargo da matriz HMD (Hospital Mãe de Deus)

3. Para verificar a presença de estruturas de Gestão de Recursos Humanos no Hospital Dr. Lauro Réus será utilizado as seguintes variáveis:

Variável	Possui	Não possui	Se sim, como ou de que maneira funciona
3. Gestão de Recursos Humanos	X		
3.1 Normas de Corpo Clínico	X		
3.2 Tabela salarial	x		
3.3 Planos de saúde		X	
3.4 Participação em Congressos	X		
3.5 Promoção de atividades sociais	X		Projeto Sociais – Raio de Sol, Vila Barrinha; asilo Bom Samaritano
3.6 Prêmios por tempo de casa		X	
3.7 Subsídios para educação (Incentivo Financeiro)	X		Treinamentos institucionais ou técnicos
3.8 Mecanismos de avaliação	X		Através de instrumento
3.9 Aquisição ou assinatura de publicações científicas	X		Nursing
3.10 Apoio a pesquisa	X		Interna
3.11 Planos de Cargos	X		
3.12 Prêmios por assiduidade		X	
3.13 Ganhos associados a produção		X	
3.14 Possui algum modelo de PPR*		X	
*Plano de participação nos resultados		X	
3.15 Pesquisa de Clima Organizacional	X		
3.16 Indicador de HHT (hora homem treinamento)	X		Meta de 3hs/homem/mês
3.17 Perfil por cargos	X		
3.18 Prêmios por inovação		X	
3.19 Plano de saúde		X	
3.20 Plano de aposentadoria		X	
3.21 Avaliação de desempenho individual	X		De forma incipiente
3.22 Rotatividade acima de 20% ano		X	

Observações: Painel de indicadores de RH , comparativo com outros Hospitais de porte semelhante do SSMD.

4. Para verificar a presença de estruturas de Gestão de Logística no hospital Dr. Lauro Réus será utilizado as seguintes variáveis:

Variável	Possui	Não possui	Se sim, como ou de que maneira funciona
4. Gestão de Logística	X		Controle intenso de entrada, saída e estoque.
4.1 Material médico-cirurgião Padronizado	X		Qualquer mudança passa por avaliação de comissão interna
4.2 Treinamento de pessoal de limpeza	X		
4.3 Treinamento de pessoal da lavanderia		X	Terceirizado
4.4 Treinamento de pessoal da recepção	X		
4.5 Curva ABC no Estoque	X		
4.6 Manutenção preventiva em mais de 50% dos equipamentos biomédicos	X		Possui contrato com serviço terceirizado de manutenção hospitalar

Observações:

5. Para verificar a presença de Tecnologia de Informações no hospital Dr. Lauro Réus será utilizado as seguintes variáveis:

Variável	Possui	Não possui	Se sim, como ou de que maneira funciona
5. Presença de Tecnologia da Informação	X		
5.1 Acesso a internet	X		
5.2 Rede Interna (intranet)		X	
5.3 Presença de Dois ou mais servidores	X		
5.4 Site e oferta de serviços pela Internet		X	
5.5 Sistemas Informatizados			
a) Faturamento	X		
b) Recursos Humanos	X		
c) Contabilidade	X		
d) Medicamentos	X		
e) Materiais	X		
f) Estatísticas de Produção	X		
g) Leito / Contas	X		
h) Prontuário único para pacientes		X	Cada acesso do paciente gera um novo prontuário
i) Compras	X		
j) Custos	X		
k) Infecção hospitalar	X		
l) Patrimônio	X		
m) Agendamento de exames	X		
n) Agendamento de Consultas	X		

Observações: Grande parte dos controles é feito por planilha Excel

6. Para verificar a presença de Serviços Técnicos no hospital Dr. Lauro Réus será utilizado as seguintes variáveis:

Variável	Possui	Não possui	Se sim como ou
			de que maneira funciona
6. Presença de serviços Técnicos	X		
6.1 Dispensação de medicamentos por dose unitária	X		
6.2 Comissão de Padronização de medicamentos	X		
6.3 Licença da vigilância sanitária na Imagem	X		
6.4 Licença da vigilância sanitária no Laboratório de patologia clinica		x	Existe um questionamento jurídico para o SSMD ter vínculo apenas com um conselho. Nesse caso o conselho de Medicina.
6.5 dispensação controlada de medicamentos de alta vigilância	X		

Observações:

7. O hospital cria ou possibilita um ambiente onde a gerencia possa favorecer a criatividade e ou as inovações? Sim, existe uma caixa de sugestões bem com todo colaborador tem acesso à direção para expor qualquer inconformidade.

8. O hospital leva em conta o equilíbrio entre a diferenciação e a integração das diferentes áreas para o aumento do desempenho e da qualidade? Sim, leva em conta mesmo assim ocorre falta de integração em algumas áreas como, por exemplo, à integração entre assistencial e atendimento ao cliente.

9. Como o hospital lida com as incertezas e as contingências? O hospital procura sempre estar atento a todos os movimentos das fontes pagadoras e do cenário econômico. Ex. A crise mundial e o aumento do dólar influenciam diretamente nos custos diretos do hospital em função do reajuste do valor dos medicamentos que muitas vezes tem em suas formulas insumos importados. Luvas de procedimentos que estão na curva "A" tiveram um reajuste nos últimos 6 meses de 107,69% bem

como o mesmo ocorreu com carne e leite, ambos da curva “A”. Os órgãos reguladores (ANVISA) determinam novas práticas que aumentam os custos com, por exemplo, usos de soluções (soro) e luvas com “punho maior” e maior percentual de látex. Também, nesse sentido hospital busca estar sempre trabalhando novos fornecedores. Os repasses municipais que são essenciais para o funcionamento de um hospital SUS também sofrem com o “pensamento” político do momento. Os salários mais elevados na região afetam diretamente na rotatividade de pessoal, fazendo com que a instituição busque outras formas de compensar como, por exemplo, o clima organizacional.

ANEXO II- Descrição dos Tipos de Unidades de Saúde em Campo Bom – RS

Tipos de Unidades		
Código	Descrição	Total
1	Posto de Saúde	9
2	Centro de Saúde / Unidade Básica	2
4	Policlínica	3
5	Hospital Geral (Dr. Lauro Réus)	1
22	Consultório Isolado	14
36	Clinica Especializada / Ambulatório de Especialidades	6
39	Unidade de apoio Diagnose e Terapia (SADT ISOLADO)	7
40	Unidade Móvel Terrestre	1
68	Secretaria da Saúde	1
70	Centro de atenção Psicossocial	1
	TOTAL	45

Fonte: CNES