



FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

ANTONIO PIRES BARBOSA

GOVERNANÇA CORPORATIVA EM HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS:
Um estudo do perfil de onze hospitais brasileiros.



Fundação Getúlio Vargas
Escola de Administração
de Empresas de São Paulo
Biblioteca



2367/2003



1200302367

Banca Examinadora:

Profa. Orientadora Ana Maria Malik
Prof. Carlos Osmar Bertero
Prof. José Manuel de Camargo Teixeira
Profa. Mary Jane Paris Spink
Prof. Marcos Bosi Ferraz

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

ANTONIO PIRES BARBOSA

**GOVERNANÇA CORPORATIVA EM HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS:
Um estudo do perfil de liderança corporativa em onze hospitais brasileiros.**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso
de Pós-Graduação da EAESP/FGV.

Área de Concentração: Planejamento e
Organizações de Recursos Humanos como
requisito para obtenção do título de doutor
em Administração

**SÃO PAULO
2003**

BARBOSA, Antonio Pires. GOVERNANÇA CORPORATIVA EM HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS: Um estudo do perfil de liderança corporativa em onze hospitais brasileiros. São Paulo:

EAESP/FGV, 2003, 333p. (Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração em Organizações e Recursos Humanos).

Resumo: O setor de saúde, nos últimos anos, tem passado por profundas transformações decorrentes de mudanças estruturais e limitações impostas por restrições de várias ordens. Estas, acentuam as pressões por rearranjos dos modelos de liderança nas organizações, que possibilitem novas formas de comando e responsabilidade por parte das estruturas de governança corporativa. O presente trabalho analisa os modelos de governança corporativa existentes em 11 organizações hospitalares sem fins lucrativos no Brasil, buscando qualificar as formas de organização de suas lideranças e analisar os principais mecanismos de exercício de poder e controle corporativo das organizações.

Organizou-se a partir de uma metodologia qualitativa, baseada na busca dos sentidos presentes nos discursos das principais lideranças, e utilizou-se de levantamento de informações junto a documentos estatutários, entrevistas semi-estruturadas com as principais lideranças das organizações e visitas aos hospitais, em que atributos ligados ao comando e a estrutura de governança foram investigados.

Subsidiariamente procura analisar as relações institucionais entre as instâncias de controle corporativo e de gestão operacional, caracterizar os modelos de regulação legal das atividades, identificar os mecanismos de representação social existentes, identificar a presença de sistemas profissionais de gestão dos hospitais e os principais mecanismos de comunicação e interação entre estes e a alta administração. Busca ainda analisar os papéis das principais profissões de saúde no contexto da governança corporativa, especialmente a representação médica.

Palavras-Chaves: Poder, Governança corporativa; Liderança; Organização, Organização sem fins lucrativos, Hospital; Estrutura Organizacional; Comando, Poder de especialistas, Gestão, Profissionalização da gestão.

Dedicatória:

À Heloisa, Beatriz, Estela e Rodolpho pelo amor, compreensão, carinho e principalmente, pelo imenso apoio nestes dias.

Aos meus pais pelas oportunidades que me propiciaram e tornaram este trabalho possível.

AGRADECIMENTOS:

À Profa. Dra. Ana Maria Malik pelo apoio, amizade, e energia nos momentos mais difíceis e pela sua segurança na orientação e fé em minha capacidade.

Ao Prof. Dr. Carlos Osmar Bertero pela sua permanente disposição em compartilhar seus conhecimentos comigo e pela simpatia e boa-vontade que sempre o caracterizam em suas relações.

À Prof. Ecléa, que me deu as informações iniciais que permitiram a identificação deste caminho de estudo.

Às lideranças das instituições pesquisadas e aos profissionais entrevistados pela colaboração e pelo empenho em tornar a pesquisa viável;

Aos participantes da banca.

| | |
|---|----------------------|
| INTRODUÇÃO..... | pg. 06. |
| APRESENTAÇÃO DO QUESTIONAMENTO PRINCIPAL..... | pg. 15. |
| REFERENCIAL TEÓRICO E MARCOS CONCEITUAIS..... | pg. 17. |
| METODOLOGIA..... | pg. 37. |
| RESULTADOS..... | pg. 49. |
| OBSERVAÇÕES DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS..... | pg. 49. |
| OBSERVAÇÕES DOS DISCURSOS DAS PRINCIPAIS LIDERANÇAS CORPORATIVAS..... | pg. 57. |
| OBSERVAÇÕES DOS DISCURSOS DOS PRINCIPAIS EXECUTIVOS CONTRATADOS..... | pg. 77. |
| DISCUSSÃO..... | pg.110. |
| CONCLUSÕES..... | pg.148. |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | pg.154. |
| BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA..... | pg.156. |
| ANEXOS..... | Volume complementar. |

INTRODUÇÃO

A área da saúde tem se caracterizado, desde as últimas décadas do século XX pela emergência de processos de transformação de profunda intensidade. A crescente incorporação de novos conhecimentos acerca dos mecanismos fisiopatológicos, bioquímico-moleculares, e das influências ambientais e comportamentais sobre o processo de equilíbrio entre saúde e doença tem possibilitado a assistência a situações clínicas que até alguns anos atrás eram responsáveis por altas taxas de morbi-mortalidade das populações. Em consequência destas tendências assistiu-se a um acentuado crescimento dos custos com a manutenção dos sistemas de saúde nas várias sociedades, independentemente de suas opções políticas. Os países passaram com isso a consumir fatias cada vez maiores de seus orçamentos com o financiamento da saúde em um ambiente em que podem se observar alterações sensíveis nos meios e modelos de produção e de distribuição da riqueza. De uma lógica inicial centrada na preservação do fator trabalho, os sistemas de saúde passam a adquirir outras características específicas decorrentes do maior conhecimento das populações acerca de suas condições, necessidades e direitos, com consequente pressão por melhores serviços, maior resolutividade e acessibilidade ao sistema (PICCHIAI, 1998).

Em decorrência, as sociedades passam a se defrontar com novos dilemas e escolhas. Estas se processam basicamente no ambiente político e na estrutura do modelo. Princípios de hierarquização de prioridades e de melhor alocação de recursos, com ênfase na efetividade das ações, emergem em uma dinâmica que estabelece uma série de novos critérios (PORTER-O'GRADY e WILSON, 1999), a saber:

- Conhecimento profundo do perfil nosológico e epidemiológico das populações, bem como do referencial de riscos presentes no ambiente produtivo.
- Implantação de modelos de planejamento que estabeleçam ênfase na alocação de recursos e priorização de ações de maior impacto coletivo.
- Proposição de redução do custo social com a manutenção do sistema de saúde.
- Reorganização do modelo de gestão do conhecimento médico, bem como das formas de treinamento e habilitação dos profissionais da área da saúde, com conseqüente segmentação de competências entre as profissões e a tendência à especialização.
- Reestruturação das estruturas gerenciais dos vários segmentos envolvidos com o setor saúde com a implantação de técnicas e processos copiados de outras indústrias.
- Revisão das relações sociais inerentes ao sistema, com a implantação de novos conhecimentos, técnicas de validação, e definições de interesses por parte dos diversos grupos envolvidos com a prática, sejam estes vinculados ou não à base produtiva.
- Reposicionamento político quanto à qualidade e características da demanda social por assistência à saúde e as conseqüências do custeio do sistema para sociedade, bem como das condições de produção e de oferta dos vários agentes componentes do sistema.

Neste contexto, funções gerenciais tradicionais e modelos de comportamento no setor, que até algum tempo eram perfeitamente aceitáveis e validados pela experiência, passam a sofrer uma compreensível pressão por revisões e mudanças. Isto se efetiva com a implantação de novas abordagens das atividades de avaliação e controle dos personagens envolvidos com a gestão do hospital e do sistema de saúde. A sociedade passa a buscar um conhecimento mais aprofundado do modelo, que implique na implantação de mecanismos que, em princípio, tornem possíveis a demonstração de ganhos sociais, de resultados

práticos e de impactos positivos para si e para a sua produção , em um ambiente de restrições crescentes (ANDREWS, 1999 ;PORTER-O'GRADY, 1992.)

Com isto é possível observar, especialmente em países desenvolvidos ocidentais, a mudança das características do hospital, que de um papel de organização central do modelo, com evidente concentração de suas capacidades principais no atendimento aos chamados eventos de agravo, passa a delegar a outras organizações a competência pela assistência de menor nível de complexidade. É conseqüente a este movimento o aparecimento de novas formas assistenciais centradas no suporte ambulatorial, na descentralização da tecnologia da saúde e na inserção e responsabilização comunitária das práticas preventivas, de reabilitação e re-inserção social. (SOEIRO, 2002; ANDERSON, 1992)

Estas transformações passam a tornar necessárias ao profissional envolvido com o gerenciamento de organizações de saúde uma série de novas habilidades e conhecimentos (BROWN III, 2003; BROWN, 1997):

- Competência no gerenciamento de sistemas de informações médicas.
- Conhecimento da população alvo de sua organização quanto a fatores sócio-demográficos, comportamentais, de demanda potencial e de seu universo cultural.
- Conhecimentos acerca de administração financeira, de gestão de recursos de várias origens e destinos (logística, material, humanos e assim por diante).
- Habilidade para reconhecimento e gerenciamento da qualidade dos serviços que sua organização oferece à comunidade, e
- Predisposição para o aprendizado e mudança.

Da mesma forma, a sociedade passa a ter que aprender a lidar com estes profissionais em bases de relacionamento que implicarão na aplicação de modelos de negociação de resultados e responsabilização por seus papéis e

comportamentos. Em essência, preocupações relacionadas a questões técnicas, éticas e morais emergem em uma nova forma de relacionamento social envolvendo sociedade e gestores de organizações de saúde. Decisões quanto a prioridades assistenciais, alocação de recursos, privilégio de determinados grupos de interesse em detrimento de outros e assim por diante passam a fazer parte do dia a dia dos responsáveis pela liderança do sistema como um todo. Fatores decorrentes de sua história de vida, de seus valores pessoais e preconceitos, de sua própria visão de mundo vêm à tona em situações práticas na operação das organizações de saúde. Gerenciar o interesse institucional e coletivo versus o interesse pessoal pressupõe um aprendizado contínuo com elevado nível de engajamento e razoáveis capacidades de renúncia em relação a si mesmo e de convencimento dos demais participantes do processo assistencial (GRIFFITH, 1999; BURMESTER e RICHARD, 1995).

O núcleo das atividades de direção e comando das organizações prestadoras de serviços em saúde, especialmente nos hospitais brasileiros, tem se caracterizado pela forte participação e presença de médicos, a despeito da presença de profissionais originários de outras áreas. A consequência deste aspecto tem sido a apresentação de mecanismos de exteriorização de comportamentos que privilegiam os interesses desta categoria. Em um contexto de transformações profundas, o conhecimento da forma e dos mecanismos de controle das organizações hospitalares, bem como da cultura relacionada ao exercício do poder pelos principais agentes, deve se constituir em elemento essencial para a construção de um conhecimento acerca do sistema de assistência à saúde (McCONNEL, 2002; BARBANTI, 2000)

O termo governança tem sido utilizado em nosso meio com um sentido que envolve os mecanismos de controle e responsabilização pelo comando das organizações de uma forma bastante genérica. Houaiss (2001), em seu dicionário eletrônico da língua portuguesa, remete a compreensão do termo aos conceitos de direção e condução das atividades que envolvem a ação de governar,

descrevendo pelo menos vinte e dois sentidos e empregos específicos em diversos contextos diferentes, desde aplicações substantivas acerca da sede do poder político até ações e mecanismos ativos de exercício das funções de comando. Com a incorporação ao discurso oficial das propostas de reformas dos papéis do Estado, ocorre no Brasil na última década um movimento que valorizou os conceitos de eficiência e eficácia das ações, com conseqüente assunção pelo poder público da noção de governança estabelecida pelo Banco Mundial, que se caracteriza pela definição da “maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos econômicos e sociais tendo em vista o desenvolvimento” (WORLD BANK, 1994). Segundo Diniz (2000) governança pode ser definida como a capacidade do governo tomar e executar decisões, garantindo seu efetivo acatamento pelos segmentos afetados.

Grinblatt e Titmann (1998) definem governança corporativa como um modelo de relacionamento de poder entre os vários interesses e personagens envolvidos com o controle das organizações. Sua abordagem levanta, além de outras questões, a inserção dos controles sociais e legais sobre a condução dos negócios das organizações em seus meios ambientes e sociedades, especialmente no que se refere aos comportamentos dos responsáveis pela gestão e na sua responsabilidade pela preservação patrimonial dos principais agentes.

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. As relações estabelecidas entre estas lideranças e os profissionais responsáveis pela gestão organizacional podem se caracterizar por fatores em que elementos pessoais, jogos e relações de poder específicas da área médica, se insiram no ambiente das organizações afetando a percepção das mudanças em curso e das necessidades que delas decorrem. Estudar um grupo destas organizações

buscando analisar sua governança corporativa, sua cultura, o perfil de suas lideranças e as formas de condução do negócio em seus ambientes, pode vir a se constituir em um objeto importante no sentido de contribuir para uma melhor compreensão das práticas de gestão utilizadas.

O hospital, tal qual é conhecido na atualidade, é conseqüente a uma série de ocorrências históricas que atuaram sobre o modelo de assistência originalmente desenhado. Na idade média, as organizações hospitalares eram esquematizadas como instâncias de atenção e de suporte ao fim da vida e à pobreza desamparada (GONÇALVES, 1983; FOUCAULT, 1974), com vínculos estreitos com as organizações religiosas e caritativas. Apresentavam, em essência, as seguintes características:

- Segregação e confinamento dos pobres e parias sociais.
- Controles da propagação de doenças entre as populações de excluídos e das populações urbanas nas quais sua planta estivesse instalada.
- Controles e poderes centralizados em pessoal não médico, responsável pelo suporte espiritual do doente, com conseqüente roteiro de assistência centrado no atendimento do final da vida e na salvação espiritual daqueles que prestavam seus serviços.
- Ausência do médico como personagem importante, em decorrência das características eminentemente domiciliares e ambulatoriais de sua prática profissional. A presença do profissional médico nos hospitais se dava raramente, em especial nas situações finais da assistência, onde se necessitava o atendimento individual.

No século XVIII, entretanto, uma série de procedimentos instrumentalizaram as condições para o desenvolvimento de uma medicina de base hospitalar:

- A reorganização da prática médica dentro de princípios de busca das relações causais das afecções mais prevalentes, com conseqüente mudança do conceito de Medicina como ciência.

- A instituição do processo de registro e documentação das internações com abertura da possibilidade de métodos comparativos quanto aos resultados das condutas adotadas.
- A reorganização dos hospitais militares, com vistas a um controle mais eficaz da recuperação dos soldados, em função do custo de treinamento das tropas habilitadas nas novas tecnologias de guerra (o fuzil, por exemplo) e conseqüente redução dos períodos de internação (FOUCAULT, 1976).
- O controle dos hospitais marítimos, pela sua característica de se constituírem em elementos de descontrole dos sistemas aduaneiros e fiscais da época.
- O desenvolvimento da consciência dos efeitos maléficos das plantas hospitalares instaladas nas áreas urbanas, com seu potencial de disseminação de doenças e poluição do meio ambiente.
- Os estudos sobre fluxos operacionais intra-hospitalares e suas relações com a evolução das principais doenças letais à época.

Com a possibilidade da utilização da ferramenta disciplinar (FOUCAULT, 2000) , o poder nas organizações hospitalares passa a ser de controle do profissional médico. Com a evolução do conhecimento na área, passou-se a centrar a formação médica na busca de elementos de comparação das medidas adotadas com os registros dos acontecimentos, na redistribuição dos espaços no ambiente hospitalar e na centralização do processo decisório acerca da assistência neste personagem, especialmente com o aparecimento do médico residente no hospital. Transforma-se, em conseqüência, o hospital em um instrumento da terapêutica em que a busca da cura passa a predominar em detrimento da noção histórica do hospital como um morredouro.

No Brasil, a história da criação dos hospitais seguiu o mesmo modelo observado em sociedades européias. A primeira instituição hospitalar surgiu ainda no século XVI, com a criação da Santa Casa de Misericórdia de Santos, em tudo semelhante aos hospitais e sanatórios então existentes na França e em Portugal

(MIRSHAWKA, 1994; GONÇALVES, 1983). Este modelo pressupõe a participação de segmentos da sociedade relacionados à Igreja Católica cujas motivações apresentavam um forte caráter relacional ao núcleo da ética judaico-cristã, quer seja na busca de compensação, quer pela expiação de erros. A participação de voluntários junto a hospitais e sanatórios, tinha um forte sentido de envolvimento com a elite econômica e social do país, posto que esta se constituía na principal fonte financiadora dos serviços de assistência e saúde, que desta forma, buscava uma compensação moral e religiosa para seus pecados.

A principal forma de governança destas organizações 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.

Basicamente, podemos identificar no Brasil três tipos principais de organizações hospitalares, quais sejam, hospitais públicos, hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos e hospitais com fins lucrativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Esta classificação, diferentemente de outras que consideram o tamanho das organizações, os graus de complexidade, e o tipo especialização existente, leva em consideração o caráter de propriedade da organização, sendo o primeiro grupo ligado ao poder público de qualquer instância, o segundo ligado a instituições mantenedoras sem fins lucrativos e o terceiro ligado à iniciativa privada. As estruturas de governança destas organizações apresentam diferenças

substanciais relacionadas à suas matrizes instituidoras. No entanto, o interesse específico deste trabalho é o de analisar os modelos de governança corporativa presentes nos hospitais sem fins lucrativos.

APRESENTAÇÃO DO QUESTIONAMENTO PRINCIPAL

Área de interesse de pesquisa – O sistema de governança corporativa nos hospitais brasileiros sem fins lucrativos.

Premissa principal:

A premissa principal é que estas organizações se caracterizam por um repertório de conceitos e valores relacionados à prática do poder cuja inserção se faz predominantemente sobre aspectos comportamentais e de valorização social dos componentes da alta administração.

Objetivo Principal

O propósito foi estudar a questão da governança corporativa em 11 hospitais sem fins lucrativos brasileiros e analisar os principais mecanismos de exercício de poder e controle corporativo de suas organizações.

Objetivos específicos

- Analisar as relações institucionais entre as instâncias de controle corporativo e de gestão operacional.
- Caracterizar os principais modelos de regulação legal das atividades e papéis das lideranças corporativas.
- Identificar os mecanismos de representação social existentes.
- Identificar a presença de sistemas profissionais de gestão dos hospitais e os principais mecanismos de comunicação e interação entre estes e a alta administração.
- Analisar o nível de conhecimento existente nas organizações acerca das mudanças em curso no setor saúde.

- Identificar e qualificar os papéis dos principais executivos contratados para a gestão organizacional, assim como o nível de envolvimento com as questões técnicas da administração, em função de eventuais necessidades de aplicação de energia e tempo ao gerenciamento de jogos e conflitos com a alta administração.

As questões que se procurou responder referem-se ,basicamente, aos atributos relacionados ao comando e aos fluxos de poder corporativo e podem ser estabelecidas, como segue:

- Existe nos hospitais estudados uma cadeia de comando e direção entre as instâncias superiores e o executivo principal que efetivamente acarrete ações executivas?
- O modelo de governança corporativa observado nos hospitais apresenta alguma semelhança estruturada com os modelos disponíveis em outras organizações que se diferenciam pelo objeto do lucro?
- A estrutura legal-estatutária que regula a existência das organizações estudadas contempla os papéis dos executivos principais?

Além disto, procurou-se identificar o nível de influencia das profissões chamadas nucleares da saúde sobre o processo de governança de entidades com estas características, e qual a intensidade da intervenção que pode ser identificada sobre o processo cultural existente.

DESENVOLVIMENTO DO REFERENCIAL TEÓRICO E DOS MARCOS CONCEITUAIS

O poder.

A questão do poder tem se caracterizado como um dos principais elementos de estudos e pesquisa nas chamadas ciências sociais. Estabelecido a partir de premissas que permitem a classificação de formas e limites de abrangência em ambientes micro e macro sociais constitui campo relacionado a várias áreas do conhecimento, tais como a antropologia, a filosofia, a sociologia, a psicologia, a política, o direito, e outras áreas do saber. Em essência, é possível estudar os mecanismos e práticas envolvidas com o poder, tendo como elementos básicos a definição dos espaços, dos grupos sociais, das relações entre indivíduos e organizações, das dinâmicas entre grupos e lideranças e dos mecanismos psíquicos, quer individuais, quer coletivos, que interferem diretamente com a vida de relação. A rigor, pode-se dizer que o poder "não existe", mas sim existem práticas e relações que se manifestam pelo exercício funcional e relacional de instrumentos do poder (MACHADO, 2000). Até certo ponto, a definição dos limites de abrangência de atuação do pesquisador pode condicionar a base conceitual sobre a qual serão desenvolvidos seus trabalhos e buscas. As noções de utilidade e aplicação, de interesse e limitações de escopo, de política e relações sociais, de conhecimento de paixões e mecanismos psíquicos envolvidos, e do quanto estes podem interferir com os fenômenos observáveis podem nortear as formas e conteúdos com os quais se trabalha. (GROSBERG, 1987)

Foucault (1976), no desenvolvimento de seus estudos, procurou estabelecer um deslocamento do eixo conceitual, até então mais vinculado aos macro-ambientes pela aplicação de teorias relacionadas à prática política, ao direito e ao estudo das organizações burocráticas, para aspectos relacionados ao chamado micro-

ambiente, situando a questão do poder e do uso de seus instrumentos em atributos e dinâmicas que se aplicam na vida relacional e nos espaços organizacionais. Admite ainda que, em sua genealogia, o poder se insere e desenvolve a despeito de questões ideológicas e adquire uma prática específica cujo caráter principal envolve e se justifica pelos traços relacionais.

Com os seus estudos sobre o advento da clínica, o nascimento do hospital e a história da loucura, procurou identificar e estabelecer os mecanismos pelos quais o conhecimento se impõe como mecanismo fundamental na implementação de formas de exercício do poder cuja base é a utilização da tecnologia da disciplina, regulada e instituída de forma mais efetiva a partir da revolução industrial e do aparecimento dos exércitos modernos. Com efeito, em sua abordagem das relações entre médicos e os demais participantes dos espaços hospitalares, consegue colocar com clareza as questões que envolvem o conhecimento dos mecanismos de causa e efeito na geração de doenças, das formas de evolução dos processos patológicos e da integração do saber médico ao hospital como as raízes da transferência do poder para estes profissionais nas instituições.

Foucault (1987) desenvolve seu raciocínio sobre bases históricas evolutivas daquilo que convencionou avaliar como o poder do discurso da verdade, considerando que, em sua origem o fluxo de poder dispõe de uma base de argumentação que lança mão de questões acerca da fixação de limites, das regras de direito, das relações e efeitos que o discurso pode possibilitar à prática do poder.

Em essência argumenta que existem relações múltiplas de poder nas sociedades que atravessam, caracterizam e compõem o corpo social e que as mesmas não podem ser dissociadas da produção e do funcionamento de um discurso. A consequência desta forma de visualização é que para analisar as relações de poder vigentes em um modelo de organização torna-se pertinente estudar o caráter das organizações alvo do estudo no que se refere à:

- Sua origem e matriz instituidora, enquanto formas condicionantes de uma cultura e de poder decisório.
- A inserção de modelos de autoridade e de regimes disciplinares.
- A cultura organizacional e sua aplicação, bem como os traços herdados por esta cultura do meio e o repertório de assunções preponderantes.
- Os jogos existentes e os interesses correlatos.

Por outro lado, com o desenvolvimento da teoria das organizações, cujo foco inicial privilegiou modelos de análise centrados em pressupostos de racionalidade, ordem, integração, participação e controle pelo conhecimento, tornou-se possível a identificação do poder e de seus atributos no ambiente organizacional como elementos de base funcional e estratégica da relação social. Na visão de Layder (1994) o poder enceta uma lógica sensível à dinâmica das relações existentes entre as limitações de estrutura e as ações sociais, moldando as formas institucionais e rejeitando o determinismo ambiental inerente às teorias organizacionais baseadas no mercado.

As organizações seguem, em princípio, um modelo de poder weberiano que se funda na sociologia da dominação e na burocracia e burocratização derivadas do trabalho (RAY e REED, 1994). Esta análise enfatiza o caráter relacional do poder como recurso distribuído de forma diferenciada que, quando empregado com habilidade estratégica pelos atores sociais, reproduz relações hierárquicas de autonomia e dependência (CLEGG, 1989), levando a formas de exteriorização afetas a restrições de comportamentos, racionalizações e desenvolvimento de um aparato que dá continência ao seu fluxo bem como à sua contestação. A análise weberiana acerca da dinâmica e das formas do poder burocrático acaba por enfatizar a complexidade da interação entre a racionalidade da sociedade e a da organização, ambas reproduzindo mecanismos institucionalizados de controle pelos especialistas e peritos (CLEGG, 1994; SILBERMAN, 1993). Em essência, constitui-se em uma visão estruturalista do poder, decorrente do discurso que

presume um mundo ordenado e estável, compatível com os modelos de organização identificáveis nas sociedades ocidentais.

Em contraposição, o modelo de análise de Foucault (2000) concentra-se mais fortemente nos processos micro-políticos pelos quais o poder é obtido e mobilizado, em paralelo aos regimes estabelecidos e às estruturas formais de comando. Pressupõe a concentração do estudo nos elementos que buscam inverter o equilíbrio de vantagens entre os diversos interesses socio-políticos, com especial ênfase na identificação dos mecanismos institucionais mais amplos baseados na retórica e na legitimação do discurso. Este enfoque, em que as relações de poder são sedimentadas em estruturas de autoridade mais estáveis, acaba por desviar atenção para longe dos mecanismos hierárquicos que dão sustentação à reprodução do poder. (FINCHAM, 1992).

O equilíbrio entre as duas conceituações (a de Weber e a de Foucault) tende a levar a uma compreensão sensivelmente mais sofisticada da natureza e dos processos de poder nas organizações, assim como acerca de suas implicações estruturais. Lukes (1974) estabelece em sua análise o conceito de que o poder apresenta múltiplas facetas incluindo três dimensões ou formas: o poder episódico, o poder manipulativo e o poder hegemônico. Para ele, o poder episódico concentra-se na observação de conflitos de interesse entre atores sociais que apresentam objetivos opostos, especialmente nos processos de tomada de decisão. Já o poder manipulativo concentra-se nas atividades de bastidores, pelas quais grupos específicos que possuem a habilidade de manipular o processo de tomada de decisão atuam, com o sentido de eliminar pontos ou questões que têm o potencial de ameaçar o domínio do controle. Quanto ao poder hegemônico, o autor enfatiza o papel estratégico de ideologias e estruturas sociais no intuito de formar e/ou limitar o papel e os interesses de atores em qualquer campo de decisão. Ainda em relação a esta abordagem, à medida que se transita de uma concepção a outra de poder, ocorre um movimento de valoração e identificação das relações em esferas menores até a composição

de mecanismos ideológicos de definição de estruturas de controle institucionalizadas.

Outra abordagem em relação à questão do poder se refere aos modelos ou organizações que privilegiam o conhecimento como elemento fundante de sua gênese. Isto, em função das características das organizações objeto do presente estudo, voltadas especificamente para um tipo de atuação em que preponderam as capacidades e habilidades específicas do conhecimento médico. De forma geral, as organizações buscam, com o desenvolvimento de fluxos de poder baseados no conhecimento, a institucionalização de mecanismos comportamentais que permitam a sua validação. Entretanto, estas estruturas desenvolvem formas de interação e de associação relativamente instáveis e contingenciais entre os atores. O conhecimento, e o correspondente poder a ele associado, assumem um papel controlador de recursos e de representações em que novos regimes disciplinares podem ser construídos (CLEGG, 1994; MINTZBERG, 1973). A alocação do tempo, de recursos e a produção de um comportamento social aceitável passam a constituir objeto de interesse específico do especialista, detentor do poder.

O hospital, tal qual o conhecemos na atualidade, é caracterizado por uma série de funções e comportamentos que o diferenciam das organizações empresariais. A institucionalização de práticas de domínio e ascendência segue modelos cujas origens estão claramente calcadas no poder do conhecimento técnico. Como tal, é possível perceber que, desde a formação dos profissionais responsáveis pela prática predominante, estabelece-se um processo gradativo de inserção dos novos membros no ambiente organizacional instituído dentro de moldes semelhantes aos descritos por Tolbert e Zucker (1996) quanto ao pressuposto decisório do ator racional. É possível associar ainda o princípio de maximização de poder técnico e da autonomia dos profissionais médicos em relação às demais premissas organizacionais. Este é um comportamento tipicamente

institucionalizado nas organizações de saúde, que vem ao encontro do modelo de exercício de poder estabelecido por Foucault.

A teoria administrativa e o hospital,

A teoria institucional, originalmente proposta por Meyer e Rowan (1977), procura estabelecer que uma estrutura, ao se institucionalizar, passa a ser considerada pelos componentes do grupo social como eficaz e necessária na medida em que se estabelece como uma força causal de padrões estáveis de comportamento. Similarmente, se caracteriza por constituir-se em um processo de criação e perpetuação de grupos sociais duradouros, através de mecanismos de transmissão casual dos comportamentos institucionalizados e validados pelo grupo social. Acrescenta também a concepção de que no processo de institucionalização, as organizações passam por fases de habitualização das inovações, pela objetivação do conhecimento comportamental como válido pelo corpo organizacional e finalmente pela sedimentação deste conhecimento com conseqüente continuidade histórica dos processos institucionalizados. Este processo depende fundamentalmente dos efeitos conjuntos de uma baixa resistência de opositores, promoção e apoio dos defensores do processo e de correlações positivas com os resultados desejados. Tolbert e Zucker (1996) acrescentam ainda que é possível estabelecer vínculos entre as culturas das sociedades em que as organizações se inserem, seu porte e os tipos de processos tecnológicos envolvidos na definição dos graus de institucionalização observáveis em diferentes organizações.

Os hospitais são organizações em que os processos de produção requerem de suas instâncias administrativas a aplicação de variadas formas de atuação e ferramentas de gestão (BARBOSA, 1995; PROAHSA, 1978). Tal complexidade é decorrente da instalação em um mesmo ambiente produtivo de uma ampla gama de interesses e processos. A questão do poder do gestor é limitada substancialmente pelo poder do especialista, implícito na competência específica

desenvolvida pelas profissões de saúde, especialmente a médica (BURMESTER e RICHARD, 1995). A liderança neste tipo de organização pressupõe a supremacia do conhecimento técnico sobre as demais formas de conhecimento e implica numa dinâmica muito particular de formulação decisória onde as questões puramente administrativas geralmente se subordinam aos critérios definidos pelos especialistas (MINTZBERG, 1983). Os hospitais, em função desta característica apresentam uma tendência à solução de situações em que o traço da urgência/emergência se impõe a todas as outras formas de atuação ordinária. Atividades que poderiam ser realizadas dentro de rotinas estabelecidas acabam por se desenvolver também dentro desta dinâmica de atuação: os papéis dos gestores são freqüentemente atropelados pelos traços citados e acabam sendo caracterizados por uma série de jogos de poder (BARBOSA, 1995; PICCHIAI, 1998). Na prática, algumas organizações escolhem indivíduos com formação híbrida para a função de executivo principal ("CEO"), detendo conhecimento técnico e conhecimento voltado para a gestão e administração com o intuito de minimizar a divisão existente entre corpo clínico e administração (McCONNEL, 2002; GRIFFITH, 1999).

Estudos organizacionais em instituições de saúde podem demandar dos pesquisadores o relevamento do repertório técnico de conhecimentos e a fundamentação de proposições teóricas que utilizem conceitos de abordagens múltiplas. Isto decorre das características inerentes ao hospital e de sua forma de atuação. Em consequência é possível a utilização de abordagens de análise que, dentro de outros modelos de estudos organizacionais, podem parecer contraditórias e paradoxais. Por exemplo, ao analisarmos a evolução das organizações hospitalares nos anos 1980 e 1990 é possível identificar uma migração (ainda em curso) dos modelos de gestão em função das mudanças de cenário que vêm ocorrendo (ADLER, 2003; DOLBECK, 2003). As pressões decorrentes dos modelos de financiamento adotados na última década, com forte ênfase em mecanismos de controle de custos e gerenciamento de riscos propiciaram o aparecimento de novas formas de atuação dos hospitais quanto ao

custeio dos serviços prestados e a implantação de rotinas específicas de cerceamento da atividade do setor, com conseqüente alteração no processo gerencial (SOPPER et all, 1995).

Em princípio é possível uma melhor compreensão das formas e mecanismos organizacionais existentes no domínio do hospital utilizando o paradigma da teoria da contingência estrutural, que estabelece a inexistência de uma estrutura organizacional única efetiva para todas as organizações. Fatores como tamanho, incerteza quanto aos objetivos e tarefas, tecnologias e estratégias da organização condicionam a estrutura de ótima "performance". O núcleo de pensamento principal nesta teoria é que tarefas de baixa incerteza demandam estruturas hierarquicamente mais centralizadas, enquanto que tarefas nas quais o grau de incerteza aumenta, o controle hierárquico perde espaço para estruturas que privilegiam a participação e comunicação entre os atores na ponta do processo produtivo (DONALDSON, 1999).

O hospital, em sua essência, constitui modelo de organização em que é possível observar a convivência de processos produtivos tipicamente fabris, como por exemplo nos serviços de apoio (lavanderia, cozinha, farmácia, etc...) com situações em que o conhecimento técnico e a experiência coletiva podem ser os fatores condicionadores da melhor prática e sucesso organizacional (como nas unidades assistenciais especializadas, Uti, etc..) e a utilização de um modelo de abordagem da organização hospitalar pode ter como base a teoria do funcionalismo sociológico (BURRELL e MORGAN, 1979) que procura explicar os mecanismos de adaptação social presentes nas organizações. Pennings (1992) postula que o funcionalismo sociológico propicia as condições para que a estrutura organizacional se molde de forma a prover um efetivo funcionamento e a possibilidade de mudanças do meio ambiente social.

Por outro lado, não é recomendável que se proceda a uma abordagem de atuação condicionada aos fatores associados aos resultados mercadológicos ou

puramente econômicos na avaliação deste tipo de organização. Pressupostos vinculados à ética, à valorização das relações humanas e à preservação da condição de sobrevivência têm trazido à sociedade discussões acerca da qualidade e da pertinência das ações em saúde, especialmente as gerenciais (SHEN, 2003).

Neste sentido, 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 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). Ou como pôde ser observado no conceito estabelecido pela Joint Commission International (1998), organização responsável pela acreditação de hospitais vinculada ao sistema americano de acreditação, em seu comentário sobre a função de Governance: "A liderança efetiva começa com o entendimento das várias responsabilidades e da autoridade destes indivíduos na organização e como trabalham juntos. Os que governam, gerenciam e lideram uma organização têm tanto autoridade como responsabilidade. Coletiva e individualmente, são responsáveis pela concordância com leis e regulamentos e pelo encontro da responsabilidade e dos papéis da organização para a população de pacientes que atendem."

O conceito de governança corporativa

Historicamente, o controle e o gerenciamento das empresas e/ou organizações é empreendido pelos seus fundadores ou sucessores. À medida que estas crescem e se tornam mais complexas estabelece-se uma tendência de separação da propriedade das funções de gestão organizacional. Nos casos de empresas de grande porte, com capital aberto, ocorre uma acentuada dispersão da propriedade por agentes que se distanciam da atividade de gerenciamento da operação, com conseqüente emergência de conflitos de interesse entre o corpo proprietário e a alta administração da empresa.

Segundo Grinblatt e Titman (1998), governança corporativa constitui, em princípio, um modelo de relacionamento entre vários grupos de interesse na organização que define, determina e controla suas direções estratégicas e seus resultados. Além disto, governança pode ser pensada como uma forma utilizada pelas organizações para estabelecer ordem entre as partes, mais especificamente entre os proprietários e o corpo gerencial superior, e para gerenciar conflitos entre estes atores principais. Em grandes corporações, especialmente nos EUA e Reino Unido, o objetivo primário da governança corporativa é garantir o alinhamento dos interesses dos gestores aos dos proprietários, de forma a produzir vantagem competitiva para a organização (MITCHELL, AGLE e WOOD, 1997). Nestes países, onde o controle da propriedade dos ativos empresariais se apresenta com características específicas decorrentes do funcionamento de um mercado de capitais amadurecido, com pulverização da posse e inserção de leis e regras rigorosas de proteção do interesse acionário minoritário (MONKS e MINOW, 1995), ocorre o desenvolvimento de um modelo de governança corporativa empresarial que implica em mecanismos de controle :

Os chamados mecanismos internos são:

- Concentração da propriedade, com controle e monitoramento do volume de ações possuídas por proprietários individuais e investidores institucionais (SHLEIFER e VISHNY, 1986).

- Estabelecimento de conselhos de administração, compostos por indivíduos cujas responsabilidades principais se relacionam à representação dos interesses dos proprietários e ao monitoramento das decisões estratégicas dos principais executivos (BYRNE, 1997).
- Administração das compensações direcionadas aos executivos principais, bem como da escolha e processos de substituição destes com a utilização de políticas salariais, de benefícios, de participação em resultados e opções de compra de ações, de forma a promover o interesse dos proprietários no longo prazo (TOSI e GOMEZ-MEJIA, 1989).
- Criação de estruturas administrativas multidivisionais com o intuito de estreitar o monitoramento das decisões estratégicas da alta administração.

Ainda ocorre um mecanismo externo de controle, eminentemente relacionado ao mercado do setor em questão:

- A política de aquisições de empresas cujas “performances” são consideradas abaixo da média do segmento, com o intuito de promover a competitividade estratégica, a partir da reformulação dos modelos de gestão destas empresas (HITT, HOSKISSON e IRELAND, 1990).

Com a separação estabelecida entre propriedade e gestão é possível identificar uma série de evidências de disfunções decorrentes da condição de agenciamento do processo de poder organizacional (TOSI e GOMEZ-MEJIA, 1997), como por exemplo:

- Concentração de decisões estratégicas no principal executivo, com predomínio de interesses pessoais ou decorrentes dos envolvimento próprios da atividade de dia a dia.

- Concentração em ações que favoreçam o interesse organizacional de curto prazo em detrimento de ações de longo prazo que propiciem maior retorno aos proprietários ou acionistas.
- Vínculos mais estreitos entre os altos executivos e seu círculo mais direto de interesses, tais como empregados, consumidores e fornecedores
- Desenvolvimento do que Williamson (1993) chama de “oportunismo gerencial”, conseqüente ao acesso à informação privilegiada por parte dos altos executivos.

Com estas características, a governança corporativa nas empresas passa a assumir um papel fundamental em termos de garantia de controles e de mecanismos que preservem os interesses dos proprietários. A forma que habitualmente se utiliza para tornar isto possível envolve mudanças na composição dos conselhos de administração (“boards”) que podem dispor de indivíduos de três origens diferentes: membros originários da comunidade interna da organização, membros externos com algum vínculo de interesse econômico e membros externos sem estes vínculos (MALLETE e HOGLER, 1995 ; BAYSINGER e HOSKISSON, 1990). O “board” tem entre suas responsabilidades fundamentais a de proteger os interesses dos proprietários por meio do controle formal das atividades dos executivos principais. Nos EUA, esta responsabilidade é uma conseqüência dos dispositivos legais que estabelecem as competências da direção superior, de punição e premiação dos executivos e da proteção dos interesses dos acionistas .

Alguns autores (KOPE, 2001; TOSI e GOMEZ-MEJIA, 1997; WRIGHT e FERRIS, 1997.) têm levantado críticas em relação à composição mais habitual dos conselhos de administração nos EUA em virtude destas instâncias serem passíveis de controle pelo corpo gerencial interno da organização e sugerem um aumento gradativo da participação de elementos externos nos conselhos de companhias americanas. A argumentação favorável a esta postura é que com o aumento da participação de “outsiders”, se torna possível a formatação de um

modelo de intervenção que minimize a ênfase dada aos papéis executivos. Por outro lado, as dificuldades de comunicação e de entendimento deste grupo em relação à operação e ao dia a dia da empresa levam à tendência de valorização do enfoque de gerenciamento financeiro e de valor em detrimento de questões internas e estratégicas à organização. Além disto, o tamanho e a representatividade numérica dos conselhos também são elementos importantes na definição de sua forma de atuação, produtividade e efetividade. "Boards" com elevado número de participantes tendem a assumir um mecanismo mais formal de trabalho, em que a possibilidade de perda de informações essenciais no processo decisório torna-se importante, enquanto que conselhos mais restritos tendem a uma maior informalidade e participação na administração organizacional (CONGER, FINEGOLD e LAWLER III, 1998; ROSENSTEIN e WYATT, 1997).

A questão da avaliação dos resultados das ações dos conselhos emergiu mais recentemente na discussão acerca da importância que estas instâncias corporativas têm para as organizações. Isto se deve ao potencial de valorização do portfólio de ações dos investidores e dos benefícios que uma boa prática de governança corporativa pode propiciar aos proprietários, e tem estabelecido novas tendências de acompanhamento e avaliação da performance dos "boards". Como consequência deste movimento de demanda por maior "accountability" e ganhos de desempenho, as grandes organizações americanas têm buscado a maior diversificação das origens de seus conselheiros externos (e maior valorização dos conhecimentos técnicos de outras áreas de formação), o fortalecimento dos mecanismos de gerenciamento da atuação administrativa da alta administração e a instalação de mecanismos formais de avaliação de desempenho dos conselhos (BIANCO e BYRNE, 1997; ROSENSTEIN e WYATT, 1997).

Em outros países do primeiro mundo, como Alemanha e Japão, as estruturas de governança corporativa das grandes empresas diferem substancialmente do modelo adotado nos EUA, que historicamente se centrou na defesa dos interesses

dos proprietários. Na Alemanha, por exemplo, os empregados dispõem de regulamentos e dispositivos legais que asseguram sua participação do processo de gestão corporativa, enquanto que no Japão praticamente não existe mecanismo de interferência ou controle sobre a alta administração empresarial. Entretanto, em termos gerais pode-se dizer que o processo de governança corporativa tem assimilado, em função da globalização e da transferência da cultura empresarial, atributos desenvolvidos nos países de origem das empresas multinacionais que se mostram efetivos na implantação de formas de monitoramento e controle dos executivos principais (JOHNSTON, 1995 ; STEINMETZ, 1996).

No Brasil, em tempos mais recentes, tem-se observado o aparecimento de discussão a respeito do tema, especialmente em mídia escrita (Gazeta Mercantil 2.05.02 e OESP – 6.5.02). Esta se processa, basicamente, em função das alterações da Lei das Sociedades Anônimas (Lei 10303/01), que buscou estabelecer novas regras para o mercado mobiliário no sentido de criar uma disciplina contratual mais rígida e a defesa dos interesses dos sócios minoritários. Entretanto, a mudança proposta pela Lei ainda carece de uma maior assertividade, posto que em seu art.118 – que configura o chamado “acordo de acionistas”, abre-se uma brecha que pode, em termos práticos, eliminar a importância do conselho de administração, cuja competência é sobrepujada pelo acordo. Este ponto não se alinha efetivamente com as melhores práticas de governança corporativa, posto que as decisões e votos de conselhos que se coloquem contra o acordo passam a não ser levados em consideração, possibilitando aos controladores a demissão dos conselheiros que não se afinem às proposições do acordo.

A governança corporativa em organizações de saúde.

Os hospitais são organizações em que os indicadores de desempenho financeiros não devem ser os únicos a serem considerados. Como colocado anteriormente, aspectos relacionados aos seus compromissos com a comunidade, às implicações da sua prática para com a saúde individual e coletiva e à cultura e conhecimento técnico profissional da área constituem fatores importantes na definição de modelos de gestão das organizações hospitalares. Da mesma forma, os modelos de governança corporativa deste tipo de organização implicam na assunção de um leque de asserções de caráter bastante diferentes daquelas utilizadas pela organização empresarial. Por exemplo, questões relacionadas aos vários envolvidos com o sistema de saúde, à legislação reguladora da atividade e à definição da propriedade sobre os ativos da organização devem ser consideradas na implantação dos mecanismos de controle e monitoramento da alta administração. Conseqüentemente, a definição dos papéis a serem esperados dos executivos principais e do nível de responsabilização e autonomia decisória que tais profissionais devem ter, constitui parte do cotidiano da operação organizacional (LORSCH e KHURANA, 1999).

Da mesma forma, a condição de propriedade destas organizações apresenta também características muito específicas. Para o propósito deste trabalho é essencial que se conheçam as formas e mecanismos de constituição e operação dos hospitais sem fins lucrativos. O paralelo encontrado em literatura de referência, em sua maioria, se relaciona à operação de hospitais comunitários americanos. Nestes, a participação das comunidades em que se inserem, se faz eminentemente com a alocação de trabalho voluntário de indivíduos representativos do interesse comunitário em várias instâncias da organização, especialmente nos conselhos de administração dos hospitais (CARVER, 1997).

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. Os mesmos autores procuram também estabelecer as características julgadas importantes para um desempenho satisfatório das funções destas várias instâncias do ponto de vista comportamental, salientando os traços que têm propiciado uma atuação mais efetiva.

Segundo Tyler e Biggs (2001), em pesquisa abrangente acerca de aspectos práticos da governança corporativa em instituições de saúde, é possível ainda identificar comportamentos específicos em cada uma destas instâncias que propiciam as condições para um melhor gerenciamento da organização hospitalar , bem como um desenho funcional que possibilita a identificação das características que mais reforçam a obtenção de resultados positivos pelas organizações hospitalares nos EUA :

Em relação aos presidentes de conselhos (“chairmen of the board”):

- Habilidade de liderança dos pares
- Maior disponibilidade para o trabalho junto ao grupo representado pelos demais membros do “board” e ao executivo principal.

- Consciência do seu papel de mentor dos demais representantes da comunidade.
- Assertividade decisória e a predisposição para a ação, e
- Busca de objetivos estratégicos de forma direta, responsável e sempre que possível procurando sentir as reivindicações da comunidade.

Em relação aos executivos principais ("CEOs"):

- Disposição para a comunicação freqüente e efetiva, especialmente junto aos membros do conselho.
- Habilidade de compreender as suscetibilidades individuais dos membros do conselho e de como prevenir situações que promovam a discórdia.
- Transparência na comunicação de forma a evitar o constrangimento pelo aparecimento repentino de informações contraproducentes.
- Disponibilidade de capacidade de educação contínua dos representantes do conselho quanto a operação, papéis e possibilidades, de forma a buscar um ideal visionário, e
- Capacidade de assumir riscos calculados.

Quanto aos papéis dos membros dos conselhos:

- Predisposição para o trabalho, tendo plena consciência de sua não remuneração financeira.
- Tentativa de busca de atuação no estabelecimento de políticas e diretrizes, sem atravessar a operação diária da organização.
- Atuação como guardião da instituição nas relações em que possam aparecer situações de conflitos de interesse, inclusive com um componente de autocrítica na hipótese de membros do conselho constituírem negócios com a organização.
- Assunção integral das ações de correção dos desvios de metas como de sua responsabilidade, e

- Manutenção do foco de seu trabalho nas necessidades da comunidade cujos membros, em última instância, constituem o grupo de principal interesse no contexto de atuação da organização.

Entretanto, é necessário procurar identificar também algumas outras características envolvidas com este tipo de trabalho, essencialmente voluntário, junto às organizações de saúde. Muitos membros iniciantes neste tipo de atividade julgam que o prestígio social decorrente da posição assumida mais que compensa o trabalho junto à organização. Esta pode ser uma posição pessoal perigosa para os destinos da organização, posto que, freqüentemente, a representação se faz sobre bases de total desconhecimento a respeito do que seja um hospital e quais suas demandas (McFARLAN, 1999). Na maior parte das vezes, os participantes tendem 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. Esta é, essencialmente, a principal razão por que o executivo principal deve dispor de uma capacidade de educação permanente dos representantes comunitários em seus conselhos. Também é uma das causas pelas quais os autores citados recomendam um modelo de aprendizado e preparo contínuo dos elementos do conselho que dispõem de potencial para assumirem sua presidência.

Da mesma forma, as questões relacionadas à sucessão do presidente do “board” e da escolha de novos membros passam a ser tratadas, em tempos recentes, com um enfoque predominante de diversificação de especialidades profissionais e de origem na comunidade (CONGER, FINEGOLD e LAWLER III, 1998), em função das possíveis situações de baixa “performance” destas instâncias. O American College of Healthcare Executives (1996, 1992) tem produzido material que trata da duração dos mandatos de membros do “board” e de seus presidentes, assim como das questões que envolvem o processo de substituição dos executivos principais. Basicamente considera-se salutar a limitação temporal dos mandatos

dos representantes, assim como a implantação de rodízio de funções, no sentido de identificar e preparar os indivíduos de maior potencial para o exercício da presidência.

De modo similar, a implantação de modelos de auto-avaliação destas instâncias tem possibilitado a identificação de pressupostos que, se não garantem, propiciam uma melhor atuação e se referem, basicamente, à representatividade dos diversos segmentos comunitários, à existência de mecanismos formais avaliatórios e ao número de participantes do conselho, posto que conselhos com muitos representantes tendem a se abstrair das situações reais presentes na operação da organização. Além disto, têm sido consideradas variáveis relevantes a frequência de reuniões envolvendo participantes do "board" junto à alta administração do hospital, a limitação temporal dos mandatos da presidência dos conselhos, a constituição de comissões técnicas de atuação em diversas áreas, inclusive com o desenvolvimento de uma comissão especificamente dedicada ao tratamento das questões de seleção, remuneração e responsabilização do executivo principal, e a existência de políticas e normas que permitam o gerenciamento de crises e de conflitos entre atores (GRIFFITH, 1999 ; POINTER e ORLIKOFF, 1999).

No Brasil, os hospitais sem fins lucrativos, em sua grande maioria, foram organizados a partir de iniciativas de comunidades laicas ou religiosas, cujos interesses precípuos se vinculavam à proposição de tornar disponível para a sociedade um recurso de assistência à saúde que não estava sendo provido pelo Estado. Entretanto, desde a implantação do Estado Novo, com a criação de uma legislação social de cunho eminentemente assistencialista, estas organizações passam a se beneficiar de uma série de isenções fiscais, a ponto de conseguirem inserir nos artigos 150 e 195 da Constituição Federal de 1988 a preservação dos direitos de exoneração de uma série de impostos e de contribuições previdenciárias. Com a regulamentação legal ordinária (LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – 8212, 1993 e DECRETO-LEI 752, 1994), entretanto, o

Estado procura criar uma série de condicionantes à fruição destes benefícios. Basicamente , passa a exigir uma contrapartida de prestação de serviços, a instalação de mecanismos de controle dos conselhos e diretorias executivas das organizações hospitalares sem fins lucrativos, cujos membros passam, por exigência legal a ter de atender à exigência de não remuneração, caracterizando de modo mais enfático o trabalho voluntário.

METODOLOGIA

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, foi utilizada uma metodologia qualitativa baseada na busca dos sentidos presentes nas práticas discursivas dos principais agentes envolvidos com a liderança das organizações objeto de estudo.

Para tanto, procedeu-se à elaboração de um roteiro de atributos a serem pesquisados, em que se estabeleceram dados relacionados a cinco grandes grupos, respectivamente:

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.

Além disto, buscou-se identificar um evento que exemplificasse a interação entre as duas instâncias de poder existentes nas organizações, a representação da diretoria legitimada e a responsável pelas funções executivas.

Como fundamentação metodológica que justificasse a abordagem qualitativa, procurou-se centrar o processo de busca e interpretação dos dados na argumentação desenvolvida por Alvesson e Deetz (1999), que ao estudarem as relações existentes entre os tipos de discurso presentes nas pesquisas organizacionais e a modelagem teórica envolvida com a produção, identificaram quatro abordagens conceituais que se diferenciam pelas suas formas e mecanismos de interação. São os chamados estudos normativos, interpretativos, teórico-críticos e dialógicos.

Estudos com predominância de discurso normativo são normalmente associados a pesquisadores identificados com o determinismo, com o funcionalismo ou com o modelo de análise tradicional da realidade observável. Enfatizam a busca da regularidade, a normalização das experiências e o processo de direção e controle dos procedimentos investigativos, e estão mais presentes em pesquisas acerca dos atributos funcionais da gestão, das teorias de contingência, de liderança e outros sistemas descritos por Burrell e Morgan (1979), assim como em alguns segmentos de pesquisa sobre cultura organizacional (SCHEIN, 1984).

Nos estudos interpretativos ocorre a predominância de discursos que enfatizam a prevalência da ordem social sobre a ordem econômica, colocando a organização como um tipo especial de comunidade que compartilha muitas de suas características, interna e externamente. O aspecto de construção de referencial desloca-se para a identificação de atributos discursivos mais identificados com a prática social e relacional. Estão mais presentes naqueles estudos acerca da cultura organizacional em que a interpretação do ambiente e a negação de formas prescritivas de intervenção sobre o mesmo compõem os interesses principais dos pesquisadores (SMIRCICH e CALÁS, 1987; FROST, 1987).

Com relação aos estudos teórico-críticos pode-se dizer que apresentam uma forma de observar as organizações como construções históricas socialmente configuradas em um ambiente de dominação, exploração e supressão dos conflitos de sentidos. As organizações são descritas como espaços políticos onde se processam formas especiais de atuação dos atores no sentido de interferir com o processo de tomada de decisão e domínio da estrutura poder, que tornem possíveis ações de alta efetividade. Implícitos ou não em seus propósitos, pesquisas que utilizam esta abordagem se referenciam aos modelos de pensamento da teoria crítica no sentido de demonstrar e/ou criticar formas de dominação, assimetria relacional e distorções no processo de comunicação organizacional. Estudos relacionados às relações da organização com seu meio externo, especialmente em relação aos efeitos sociais e ambientais da atuação

corporativa, à inclusão de mecanismos de indução da opinião pública pelas organizações e ao controle do ambiente político por ações organizacionais são os mais freqüentemente associados a esta abordagem (ALVESSON e DEETZ, 2000).

Com referência à abordagem dialógica, pode-se dizer que foca seu referencial na edificação do conhecimento sobre as bases de prática dos discursos, enfatizando a linguagem como um sistema central de construção da realidade organizacional, se contrapondo às formas de grandes narrativas e teorias de largo espectro de atuação e enfatizando a conexão entre conhecimento e poder e o papel destes nos sistemas de dominação e controle social nos ambientes organizacionais (como em HASSARD e PARKER, 1993; BURREL e MORGAN, 1979).

No contexto desta classificação, entretanto, torna-se necessário o estabelecimento de uma série de asserções e definições que permitam a abordagem metodológica consistente e passível de validação pela comunidade científica. Cada uma das abordagens descritas insere entre seus conceitos fundamentais, elementos que apresentam uma variação dos sentidos aos quais se referem, demandando a assunção de teorias que representam de forma abstrata o modelo de estudo a ser validado. Em essência, a teoria se relaciona à forma de ver e pensar o mundo em que se inserem e relacionam os indivíduos. Ela é desenvolvida, e eventualmente aceita, em função de sua condição de prover interesse e utilidade na compreensão do mundo. Nesta acepção, é importante procurar estabelecer os sentidos envolvidos com o processo de pesquisa e seus atributos. Na origem da construção do conhecimento, a abordagem metodológica se refere essencialmente à busca humana pelos sentidos. Como definem Spink e Menegon (2000), "dar sentido ao mundo é uma prática social que faz parte da condição humana".

Em decorrência, o trabalho de pesquisa se caracteriza pela busca diagnóstica e pela ênfase na leitura dos signos dentro de um princípio de formação de

conhecimento eminentemente interpretativo. Entretanto, interpretar implica na consciência de que, no processo de produção de conhecimento, existem instâncias a serem consideradas: o objeto, as técnicas de observação, as evidências, o ambiente, o intérprete e todas as relações que lhe sejam inerentes. Além disto, a identificação de todos os mecanismos de constrangimento e restrição que submetem o pesquisador e que, direta ou indiretamente, contribuam para a definição de interpretações diversas de um mesmo fenômeno ou observação. A rigor estabelecem-se duas conseqüências decorrentes deste posicionamento : “a de que, em princípio, a interpretação não pode ser dissociada do intérprete, e a de que a interpretação apresenta-se com um caráter de circularidade, pois ao interpretar-se não pode deixar de voltar-se sobre si mesma” (Foucault , 1987 – citado em Spink 2000).

Spink e Medrado(2000) ao analisarem os mecanismos de utilização da linguagem, dentro de uma perspectiva contrucionista, estabelecem uma diferenciação entre os conceitos de discursos, linguagens sociais e práticas discursivas, em função de sua utilidade. Para estes autores, citando Davies e Harré (1990), discurso se refere ao “uso institucionalizado da linguagem e de sistemas de sinais do tipo lingüístico” de maneira regular e coerentemente inserido no tempo e no ambiente institucional. Por outro lado, o conceito de práticas discursivas é definido pelos mesmos autores como linguagem em ação, de forma a compor configurações a partir das quais as pessoas produzem sentidos e posicionamento nas relações sociais cotidianas, sendo constituídas por enunciados, gêneros de fala e repertórios interpretativos.

Dentro desta mesma perspectiva, Spink e Menegon (2000) abordam a utilização da entrevista como situação relacional em que seus elementos constituintes expressam as interações entre práticas discursivas no processo de produção de sentidos, incluindo-se também o pesquisador, num mecanismo de interanimação dialógica. Sugerem ainda que a utilização desta concepção extrapola o confronto

entre técnicas qualitativas e quantitativas demandando novo enquadramento das questões acerca de validade e fidedignidade dentro de um conceito de reflexão acerca da ética e do poder do pesquisador na sua relação com o pesquisado. Neste sentido, revisitam os conceitos acerca dos elementos representados pela indexicalidade, pela inconclusividade e pela reflexividade, citados por Woolgar (1988), buscando um reposicionamento de seus atributos, que passam respectivamente a lidar com a especificidade (ao invés da replicabilidade) no primeiro caso; como aceitação da processualidade dos fenômenos sociais e de mudança no segundo; e pela explicitação da posição do pesquisador em termos de reflexividade pessoal e funcional no terceiro. Da mesma forma, a questão da objetividade como elemento validador das teorias científicas passa a demandar uma abordagem em que dimensões outras, tais como a compreensão das complexidades identificadas, a tecnologia e conhecimento da cultura em que se insere o objeto pesquisado e a existência de padrões de comunicação aceitáveis pela comunidade científica presente, devem ser tomadas em consideração.

Os mesmos autores, ao procurarem estabelecer uma visão de ética em pesquisa inserida no contexto do construcionismo configuram uma perspectiva de adoção do conceito reflexivo de pesquisa como prática social, da garantia da visibilidade dos procedimentos de investigação e da aceitação da dialogia como elementos básicos ao relacionamento entre pesquisadores e pesquisados. Neste sentido, admitem três elementos essenciais ao relacionamento entre os agentes do processo de pesquisa, a saber: a proteção do anonimato, o consentimento informado e o resguardo do poder abusivo por parte do pesquisador. O que se busca com a utilização destas ferramentas é o estabelecimento de um processo de interação em que a transparência, o respeito às posições do entrevistado e a garantia da proteção à revelação de informações confidenciais se dêem em um ambiente adequadamente monitorado e fiel aos princípios negociados entre as partes envolvidas.

É neste contexto metodológico-teórico que se procurou propor o estudo sobre governança corporativa nos hospitais que apresentaram disponibilidade de atender ao interesse de pesquisa. O grupo de hospitais estudados caracterizava-se por uma série de atributos comuns, tais como o caráter associativo de suas instituidoras e a presença de instâncias de governança corporativa, e algumas diferenças essenciais, como por exemplo seus números de leitos, estruturas de produção, e o atendimento a segmentos diferentes do mercado de assistência médico-hospitalar.

Os dados foram tratados em três níveis diferentes, de forma a buscar identificar os atributos pesquisados dentro de uma perspectiva de análise dos sentidos pela identificação dos discursos prevalentes, das práticas discursivas habituais e dos elementos de interação dialógica entre pesquisador e entrevistados inerentes ao processo de pesquisa. A primeira avaliação se faz, neste processo, pelo corte sobre os documentos oficiais, a segunda sobre as entrevistas aplicadas às duas principais instâncias de poder institucional e a terceira com o estudo mais detalhado das observações sobre organizações que apresentam experiências diferentes.

Como princípio metodológico considerou-se que a produção de sentidos a partir das práticas discursivas implica na consideração dos contextos históricos em que os discursos se dão, dentro de uma perspectiva que considera os repertórios de conceitos culturais preponderantes em 3 dimensões temporais: o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto, conforme colocado por Spink (2000). Neste sentido, buscou-se o conhecimento da história de constituição dos hospitais estudados, da inserção dos personagens envolvidos com sua liderança e das práticas de poder atualmente existentes nas organizações. Em decorrência, o processo de pesquisa envolveu quatro fases distintas para a obtenção das informações procuradas: a revisão da bibliografia pertinente, a análise dos documentos estatutários, a entrevista com o principal representante da diretoria ou seu

equivalente (o "chairman") e a entrevista com o principal executivo contratado (o "CEO").

As entrevistas foram semi-abertas, gravadas e transcritas posteriormente. Nelas se buscavam as identificações dos atributos pesquisados, a partir dos discursos dos entrevistados, bem como se solicitava acesso aos documentos estatutários existentes. Procurou-se estratificar as informações obtidas com o pareamento entre os dados obtidos da análise destes documentos com as visões dos representantes das duas instâncias diretivas entrevistadas. A garantia da confidencialidade dos dados foi colocada no início das entrevistas. Também se obteve o consentimento informado dos entrevistados com a colocação de informações acerca do escopo do trabalho e do processo de análise. Além disso, foi assegurado o direito de declinar de responder a qualquer das questões formuladas e informou-se que as fitas seriam destruídas após sua transcrição. Cabe ressaltar que em apenas uma das organizações estudadas este direito foi exercido, por um dos entrevistados, em função da necessidade de preservação de informação considerada estratégica.

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 em que os objetos de pesquisa propostos estariam presentes e passíveis de identificação. Todos os hospitais foram visitados durante o processo de entrevistas de seus principais gestores, com o propósito de obtenção de uma visão acerca dos seus principais processos assistenciais, porte e qualidade de suas plantas tecnológicas e arquitetônicas.

Posteriormente, montaram-se relatórios dos casos dos hospitais estudados, apresentados em ordem numérica nos anexos, em que se estruturaram tópicos relativos à sua constituição histórica e aos documentos legais; ao discurso do

presidente da diretoria ou seu equivalente; e ao discurso do principal executivo contratado, com o propósito de composição de um quadro referencial que situasse a organização face aos atributos pesquisados e permitisse a interpretação das informações obtidas em relação aos marcos conceituais e teóricos.

Os dados apresentados no quadro 1 referem-se à estrutura associativa das organizações mantenedoras, ao tempo de existência das mantenedoras e dos hospitais, à estrutura dos hospitais e principais programas existentes e ao número de leitos. Procuram caracterizar o grupo de hospitais pesquisados quanto a suas matrizes instituidoras, sua duração temporal e importância de seus programas assistenciais e de ensino. Estes predicados se mostraram de importância para a qualificação do grupo selecionado quanto à pertinência dos elementos buscados na pesquisa, à existência de modelos de governança que possibilitassem a validação ou negação da premissa principal e para a busca dos objetivos principal e secundários propostos.

Além disto, os mesmos dados permitiram a elaboração de um modelo de análise que considerou os registros históricos e documentais como parte da análise de práticas discursivas no tempo de existência das organizações e a valoração de elementos ligados ao tempo presente nos discursos dos executivos entrevistados. Da mesma forma, pelas características dos processos existentes e pelo porte das organizações foi possível verificar a importância que estas podem ter em relação às comunidades em que se inserem, assim como a análise dos graus de impacto que as mudanças do setor imprimem sobre o processo de liderança e comando das organizações.

A análise dos dados procurou levar em consideração os contextos em que as informações foram obtidas, tendo como elementos norteadores o respeito às posições externadas pelos entrevistados e a proposição de mínima interferência possível por parte do entrevistador em relação às opiniões destes personagens acerca dos temas e atributos discutidos. Entretanto, é necessário salientar que no

processo de obtenção de informações, as posições e conceitos do entrevistador podem ter sido importantes no trabalho de interpretação e identificação dos atributos, e na formatação do modelo final de análise.

QUADRO 1 – 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 s/fins lucrativos estudados entre dezembro 2001 e setembro 2002.

| ATRIBUTO/ ORGANIZAÇÃO | REGIME ASSOCIATIVO | TEMPO DE EXISTÊNCIA DA MANTENEDORA | TEMPO DE EXISTÊNCIA DO HOSPITAL | CARACTERÍSTICAS DOS PROGRAMAS REALIZADOS | NÚMERO DE LEITOS EM OPERAÇÃO |
|--------------------------|----------------------------------|--|--|---|------------------------------------|
| Org. 1 | Sociedade beneficente | 47 ANOS | 31 ANOS | Hospital Geral. Atividades de graduação em Enfermagem e pós-graduação médica | 450 |
| Org. 2 | Irmandade s/fins lucrativos | Com certeza superior a 4 séculos | Com certeza superior a 4 séculos | Hospital Geral. Atividades de formação médica em nível de graduação e pós-graduação. | >2000 |
| Org. 3 | Associação s/fins lucrativos | 77 anos | 64 anos | Hospital Geral. | 180 |
| Org. 4 | Sociedade beneficente | 56 anos | 43 anos | Hospital Geral. | 190 |
| Org. 5 | Associação s/ fins lucrativos | 38 anos | 6 anos | Hospital Geral. | 220 |
| Org. 6 | Fundação de direito privado | 65 anos | 61 anos | Hospital Geral. Atividades de graduação e pós-graduação médica. | 350 |
| Org. 7 | Associação s/ fins lucrativos | 8 anos | 6 anos | Hospital especializado em oncologia pediátrica. Atividades de graduação e pós-graduação médica | 68 |
| Org. 8 | Associação s/ fins lucrativos | 108 anos | 104 anos | Hospital Geral. | 185 |
| Org. 9 | Sociedade beneficente | 81 anos | 47 anos | Hospital Geral. | 320 |
| Org. 10 | Irmandade s/fins lucrativos | 44 anos | 41 anos | Hospital Geral. Atividades de Especialização médica. | 420 |
| Org. 11 | Sociedade beneficente | 60 anos | 56 anos | Hospital Geral. Atividades de graduação em saúde. | 176 |

À exceção da organização 7, todas as organizações se estruturaram há mais de 35 anos, inclusive sendo uma organização centenária (a 8) e outra secular (a 2). Os hospitais, também com exceção da organização 7 e da organização 5, cujo processo de assunção de atividades hospitalares esteve relacionado à iniciativa do poder público, também apresentaram um longo tempo de atividade.

O número de leitos citados pelos entrevistados variou de um mínimo de 68 para a organização 7 até mais de 2000 para o hospital mantido pela organização 2. Os dados adicionais obtidos das visitas às unidades permitiram uma classificação, que seguiu os padrões definidos pelo Ministério da Saúde (2001), em hospital de pequeno porte para a organização 7, de médio porte para as organizações 3,4, 8 e 11, de grande porte para as organizações 5,6, 9 e 10, e de porte especial para as organizações 1 e 2.

Para o desenvolvimento do referencial teórico, procedeu-se a levantamento bibliográfico em literatura administrativa e à prospecção de publicações relacionadas ao assunto junto à base de dados "Proquest", compreendido o período 1997/2003, com o propósito de identificar os modelos mais prevalentes de governança corporativa em instituições de saúde, assim como a base conceitual relativa aos atributos pesquisados.

As entrevistas foram realizadas entre Dezembro de 2001 e Setembro de 2002 em função das dificuldades de agendamento encontradas com alguns representantes das organizações. Pelo mesmo motivo, a ordem de agendamento variou em função da disponibilidade de cada um dos entrevistados. O tempo de aplicação do roteiro variou entre 40 e 75 minutos, tendendo a diminuir à medida que foi sendo desenvolvida uma maior habilidade do entrevistador em buscar informações relacionadas aos atributos. No intervalo entre as entrevistas, procedeu-se à visita da organização estudada com o intuito de conhecer sua estrutura operacional e seus principais processos assistenciais. Nestas, se buscou conhecer a qualidade da hotelaria dispensada aos usuários, a plataforma de tecnologia médica disponível, o perfil de pacientes quanto às principais fontes pagadoras e a presença de ações ou processos assistenciais relacionados à atividade filantrópica, de forma a compor um quadro referencial dos principais mecanismos de atuação presentes em cada organização.

Os atributos pesquisados se relacionaram , essencialmente, à estrutura de poder existente, e aos mecanismos de exercício da função de comando organizacional; à estrutura de governança corporativa e às formas de legitimação do controle institucional; aos papéis das principais lideranças corporativas e de gestão executiva; ao regime legal interno definido para cada uma das organizações; à existência ou não de definição formal das funções da administração profissional junto às organizações e aos mecanismos de interação entre esta e as lideranças corporativas.

Procurou-se a composição de um roteiro de pesquisa em que estes atributos estão mais bem detalhados, apresentado no anexo I.

RESULTADOS

OBSERVAÇÕES DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS – Informações históricas, estatutárias e de composição legal das instituições estudadas.

As organizações foram descritas em função dos atributos pesquisados, segundo um modelo de estratificação que ponderou inicialmente as informações levantadas em seus documentos de constituição e estatutos.

O quadro 2 apresenta a visão acerca de seus regimes associativos, do tipo de participação social, da qualificação de suas instâncias de governança, do estabelecimento da principal liderança e da existência de uma administração profissional.

QUADRO 2 – 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.

| ATRIBUTO/ ORGANIZAÇÃO | TIPO DE ORGANIZAÇÃO | TIPO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL. | ESTRUTURA DE GOVERNANÇA | PRINCIPAL LIDERANÇA CORPORATIVA | ADMINISTRADOR PROFISSIONAL |
|--------------------------|----------------------------------|---|---|--|-------------------------------|
| Org. 1 | Sociedade beneficente | Sócios fundadores, contribuintes, beneméritos e patronos. | Assembleia Geral Conselho Deliberativo e Diretoria Executiva | Presidente da Diretoria Executiva | Superintendente Geral |
| Org. 2 | Irmandade s/fins lucrativos | Irmãos remidos, benfeitores, beneméritos, protetores e honorários. | Assembleia Geral, Mesa Administrativa e Provedoria | Provedor | Superintendente Geral |
| Org. 3 | Associação s/fins lucrativos | Associados efetivos, benfeitores, honorários, remidos e beneméritos. | Assembleia Geral, Conselho Deliberativo e Diretoria Executiva | Presidente da Diretoria Executiva | Superintendente Geral |
| Org. 4 | Sociedade beneficente | Sócios fundadores, honorários, contribuintes, beneméritos e patronos. | Assembleia Geral, Conselho Deliberativo e Diretoria Executiva | Presidente da Diretoria Executiva | Diretor Administrativo |
| Org. 5 | Associação s/ fins lucrativos | Associados contribuintes, efetivos e beneméritos. | Assembleia Geral e Diretoria Executiva | Presidente da Diretoria Executiva | Superintendente Geral |
| Org. 6 | Fundação de direito privado | Colaboradores indicados pelo Conselho Diretor. | Conselho Superior e Conselho Diretor. | Presidente do Conselho Diretor | Superintendente Geral |
| Org. 7 | Associação s/ fins lucrativos | Associados eméritos, beneméritos, honorários e contribuintes. | Conselho de Administração e Diretoria Executiva | Presidente do Conselho de Administração | Inexistente. |
| Org. 8 | Associação s/ fins lucrativos | Associados contribuintes e beneméritos. | Assembleia Geral e Diretoria Executiva | Presidente da Diretoria Executiva | Superintendente Geral |
| Org. 9 | Sociedade beneficente | Sócios fundadores, honorários, contribuintes e beneméritos. | Assembleia Geral, Conselho Deliberativo e Diretoria Executiva | Presidente da Diretoria Executiva de senhoras. | Superintendente Geral |
| Org. 10 | Irmandade s/fins lucrativos | Irmãs religiosas professoras. | Assembleia Geral, Diretoria estatutária e Diretoria Executiva | Presidente da Diretoria Estatutária. | Superintendente Geral |
| Org. 11 | Sociedade beneficente | Sócios beneméritos e efetivos. | Assembleia Geral, Conselho Deliberativo e Diretoria Executiva | Presidente do Conselho Deliberativo. | Diretor Geral |

Desta estratificação foi possível a verificação de que quatro instituições organizaram-se sob um regime de sociedade beneficente, quatro como associação sem fins lucrativos, duas como irmandade sem fins lucrativos e uma como fundação de direito privado. Quanto ao regime associativo, à exceção da fundação e de uma das irmandades, que apresentaram regimes especiais, todas admitiam sócios ou associados, em formas diferentes de participação social. Os regimes presentes na fundação e na irmandade citada, entretanto, pressupunham, respectivamente, a indicação de notáveis da comunidade e a obediência religiosa como elementos condicionantes da participação.

As principais instâncias corporativas de governança observadas foram compostas pelas Assembléias Gerais, pelos Conselhos Deliberativos e pelas Diretorias Executivas. Entretanto, quatro instituições não estabelecem Conselhos Deliberativos, com conseqüente vinculação direta da Diretoria Executiva à Assembléia Geral:

- A fundação constituiu um Conselho Superior e um Conselho Diretor que exerce a direção executiva,
- A mais nova das instituições estudadas organizou sua estrutura nos moldes de um Conselho de Administração que tem ascendência direta sobre a Diretoria Executiva.
- Uma associação sem fins lucrativos estabeleceu a subordinação direta da Diretoria Executiva à Assembléia Geral e controla a admissão de novos associados e a formação de quadros diretores com uma comissão eleitoral.
- A irmandade citada definiu uma Diretoria Estatutária que faz as vezes de um Conselho Deliberativo,

As principais lideranças corporativas foram representadas pelos presidentes das Diretorias Executivas em 6 das organizações estudadas, pelo provedor em uma irmandade, pelo presidente do Conselho Diretor na fundação, pelo presidente do Conselho de Administração em uma associação, pela presidente da Diretoria Estatutária na irmandade religiosa e pelo presidente do Conselho Deliberativo em outra sociedade beneficente. Da mesma forma, os principais representantes da administração foram superintendentes gerais em 8 instituições, diretor administrativo e diretor geral em outras duas e em uma delas, a função foi exercida diretamente pelo presidente da Diretoria Executiva.

Com relação aos regimes de participação social e a existência de restrições ou de limitações estatutárias aos mandatos das principais lideranças observou-se uma variedade maior de situações, como detalhado no quadro 3.

QUADRO 3 – 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.

| ATRIBUTO/ 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 |
|--------------------------|----------------------------------|---|--|---|--|
| Org. 1 | Sociedade beneficente | Sócios fundadores, contribuintes, beneméritos e patronos. | Participação livre de todos os associados. | Presidente da Diretoria Executiva. | Três anos. Uma recondução. |
| Org. 2 | Irmandade s/fins lucrativos | Irmãos remidos, benfeitores, beneméritos, protetores e honorários. | Participação livre de todos os irmãos membros. | Provedor | Três anos. Duas reconduções. |
| Org. 3 | Associação s/fins lucrativos | Associados efetivos, benfeitores, honorários, remidos e beneméritos. | Restrições à participação dos sócios honorários. | Presidente da Diretoria Executiva | Três anos. Uma recondução. |
| Org. 4 | Sociedade beneficente | Sócios fundadores, honorários, contribuintes, beneméritos e patronos. | Restrições à participação dos sócios contribuintes em atraso e de médicos. | Presidente da Diretoria Executiva | Quatro anos. Número ilimitado de reconduções. |
| Org. 5 | Associação s/ fins lucrativos | Associados contribuintes, efetivos e beneméritos. | Participação exclusiva dos sócios contribuintes. | Presidente da Diretoria Executiva | Dois anos. Número ilimitado de reconduções |
| Org. 6 | Fundação de direito privado | Colaboradores indicados pelo Conselho Diretor. | Conselho Diretor indicado pelo Conselho Superior entre colaboradores. | Presidente do Conselho Diretor. | Dois anos. Número ilimitado de reconduções. |
| Org. 7 | Associação s/ fins lucrativos | Associados eméritos, beneméritos, honorários e contribuintes. | Livre participação. | Presidente do Conselho de Administração | Quatro anos. Número ilimitado de reconduções |
| Org. 8 | Associação s/ fins lucrativos | Associados contribuintes e beneméritos. | Restrição à participação. Existência de comissão de indicação de diretores pela Assembleia Geral. | Presidente da Diretoria Executiva | Dois anos. Uma recondução. Idade limite de 70 anos p/cargos diretivos |
| Org. 9 | Sociedade beneficente | Sócios fundadores, honorários, contribuintes e beneméritos. | Participação restrita à mulheres com mais de 8 anos de associação | Presidente da Diretoria Executiva de senhoras. | Três anos. Número ilimitado de reconduções. |
| Org. 10 | Irmandade s/fins lucrativos | Imãs religiosas professoras | Diretoria Estatutária indicada pela superiora da ordem religiosa e referendada pela Assembleia Geral. | Presidente da Diretoria Estatutária. | Três anos. Número ilimitado de reconduções |
| Org. 11 | Sociedade Beneficente | Sócios beneméritos e efetivos. | Controle da maioria do Conselho Deliberativo pela universidade comodatária. | Presidente do Conselho Deliberativo. | Três anos. Duas reconduções. |

As organizações apresentaram diferenças substantivas quanto aos mecanismos de restrições à participação de seu corpo associativo nas instâncias de governança, o que pode ser visto nos tópicos a seguir:

- A organização 1 permite a livre participação das suas quatro categorias de sócios,
- A organização 2 não limita a participação dos seus "irmãos",
- A organização 3 restringe a participação dos sócios honorários e estabelece poderes do presidente da diretoria limitar o direito de qualquer sócio das demais categorias, a seu critério.
- A organização 4 condiciona a participação à manutenção da pontualidade das contribuições financeiras definindo, inclusive, um período de afastamento compulsório de dois anos dos sócios em atraso. Além disto, o estatuto veta explicitamente a participação de médicos do quadro associativo.
- A organização 5 admite a participação somente dos sócios contribuintes.
- A organização 6 estabelece a participação de colaboradores apenas por sugestão de seu Conselho Superior.
- A organização 7 não restringe a participação, estabelecendo, inclusive a atribuição de eleição de representantes de cada categoria de associados às instâncias de liderança.
- A organização 8 limita o número de associados a 70 pessoas da comunidade e estabelece um mecanismo interno, via comissões de nomeação de sócios e de indicação da diretoria, de escolha de seu corpo social e da participação na liderança.
- A organização 9 restringe a participação no Conselho Deliberativo e na Diretoria Executiva exclusivamente a associadas do sexo feminino e condiciona esta participação a um tempo mínimo de associação de 8 anos.
- A organização 10 restringe a participação a representantes da comunidade religiosa instituidora, assim como estabelece a validação de seu processo eleitoral pelas autoridades da ordem.

- A organização 11 estabelece o controle da maioria do Conselho Deliberativo por sócios representantes da universidade comodatária do hospital.

Da mesma forma, os limites de duração de mandatos das principais lideranças corporativas variaram entre 2 e 4 anos, e as respostas sobre a possibilidade de recondução dos dirigentes destas funções apresentaram configurações diferentes nas organizações. Por exemplo, as organizações 1, 3 e 8 permitem uma recondução, as organizações 2 e 11 duas reconduções e as demais admitem número ilimitado de reconduções. Importante ainda salientar que a organização 3 limita o exercício da principal liderança a cidadãos brasileiros natos ou naturalizados e a organização 8 a indivíduos com idade inferior a 70 anos.

Com relação aos vínculos comunitários ou com outras organizações, foi possível identificar a permanência das comunidades instituidoras no contexto da participação social e o estabelecimento de relações com instituições de ensino superior em saúde em 6 organizações estudadas, com evidente concentração de atividades na área médica, como se pode verificar no quadro 4:

QUADRO 4 – Presença de vinculação comunitária, com outras instituições mantenedoras ou de ensino, e principais atividades de ensino e pesquisa, nos hospitais estudados.

| ATRIBUTO/ ORGANIZAÇÃO | TIPO DE ORGANIZAÇÃO | VÍNCULOS COMUNITÁRIOS PRINCIPAIS. | VÍNCULO COM OUTRAS ORGANIZAÇÕES | ATIVIDADES DE ENSINO | ATIVIDADES DE PESQUISA. |
|--------------------------|----------------------------------|--|---|--|---|
| Org. 1 | Sociedade beneficente | Comunidade instituidora de imigrantes. | Instituto de Ensino e Pesquisa patrocinado pela mesma mantenedora | Faculdade de Enfermagem e Curso Técnico de Enfermagem | Desenvolvidas pelo IEP |
| Org. 2 | Irmandade s/fins lucrativos | Organização secular com vínculos com a comunidade paulistana. | Fundação de Ensino Superior. Contrato de Gestão de hospital público da Secretaria da Saúde/SP | Curso de Ciências Médicas e programas de Pós-Graduação | Desenvolvidas no âmbito dos Hospitais e Fundação de Ensino. |
| Org. 3 | Associação S/fins lucrativos | Comunidade instituidora de imigrantes. | Com organizações de imigrantes da comunidade instituidora. | Centro de Estudos. | Programas de reciclagem médica. |
| Org. 4 | Sociedade beneficente | Comunidade instituidora do município em que está sediada | Plano de assistência médica | Inexistente | Inexistente |
| Org. 5 | Associação s/ fins lucrativos | Serviço social de indústria específica | Contrato de Gestão de hospital público com a Secretaria da Saúde do Estado de S.Paulo. | Inexistente | Inexistente |
| Org. 6 | Fundação de direito privado | Comunidade mineira | Fundação de Ensino Superior | Curso de Ciências Médicas e de Enfermagem | Desenvolvidas no âmbito do hospital e da Fundação de Ensino. |
| Org. 7 | Associação s/ fins lucrativos | Associação com entidades do terceiro setor responsáveis pela assistência à infância. | Fundação mantenedora e Universidade Federal de S.Paulo | Parte do programa de graduação e pós-graduação da UNIFESP | Desenvolvidas em conjunto com o Depto. de Pediatria da UNIFESP |
| Org. 8 | Associação s/ fins lucrativos | Comunidade instituidora de imigrantes. | inexiste | Centro de estudos | No âmbito corporativo |
| Org. 9 | Sociedade beneficente | Comunidade instituidora de imigrantes. | Instituto de Ensino e Pesquisa patrocinado pela mesma mantenedora | Centro de estudos | Desenvolvidas pelo IEP |
| Org. 10 | Irmandade s/fins lucrativos | Com a ordem religiosa superior | Contrato de gestão de hospital público com a Secretaria da Saúde do Estado de S.Paulo. | Programas de residência médica reconhecidos pela CNRM | Inexiste |
| Org. 11 | Sociedade beneficente | Comunidade instituidora do município em que está sediada | Contrato de comodato com instituição privada de ensino superior. | Cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia e Psicologia | Desenvolvidas no âmbito da comodataria. |

Com relação às características das comunidades instituidoras, as organizações 1, 3, 8 e 9 se relacionam a imigrantes de diversas origens, as organizações 4, 6 e 11 aos municípios em que se inserem, a organização 2 tem vínculos seculares com o processo de colonização portuguesa do Brasil, a organização 5 é ligada ao serviço social da indústria da construção civil, a organização 7 tem vinculação com a fundação instituidora original e a organização 10 com ordem religiosa ligada às áreas de educação e saúde. Além disto, a organização 11 apresenta um vínculo

contratual específico com uma universidade privada para provisão de recursos e instalação de campo de ensino em seu ambiente.

Em relação ao desenvolvimento de programas de ensino e pesquisa no âmbito dos hospitais estudados, foi possível a identificação dos seguintes programas:

- Organização 1 – Existência de um Instituto de Ensino e Pesquisa vinculado à mesma mantenedora que administra programas de graduação em enfermagem, curso técnico de enfermagem e programas de especialização médica. Além disto, realizam-se, com credenciamento junto ao CNPq (Conselho Nacional de Pesquisas e Tecnologia), diversos programas de pesquisas em áreas clínicas.
- Organização 2 – Com a participação de uma Fundação de ensino superior, a organização promove um curso de graduação em medicina e diversos programas de pós-graduação na área médica.
- Organização 6 – Por meio de convênio específico a organização torna disponível sua estrutura hospitalar para os programas de graduação e residência médica de uma Fundação de saúde de Belo Horizonte.
- Organização 7 – A organização constitui campo de treinamento e de formação em nível de pós-graduação para médicos especialistas da Universidade Federal de São Paulo.
- Organização 9 - Desenvolvimento de programas de reciclagem e formação médica por meio de um Instituto de Ensino e Pesquisa vinculado à mesma mantenedora.
- Organização 10 – A organização instituiu programas de residência médica em várias especialidades, reconhecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
- Organização 11 – A universidade comodataria utiliza-se da base hospitalar da organização para a execução de seus programas de treinamento e habilitação dos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, farmácia e psicologia.

OBSERVAÇÕES DOS DISCURSOS DAS PRINCIPAIS LIDERANÇAS CORPORATIVAS – (Presidentes de Diretorias Executivas, Conselhos Deliberativos, Diretor e de Administração, e Provedor)

As entrevistas realizadas com as principais lideranças evidenciaram uma série de comportamentos, variáveis de organização para organização, em que se puderam perceber práticas da autoridade caracterizadas por propriedades específicas. Aspectos relativos à forma de exercício do comando organizacional, ao repertório individual de conceitos destes personagens, a suas formações profissionais e aos mecanismos de interação com suas instâncias superiores e com a administração constituíram as observações mais importantes na identificação dos atributos pesquisados. Da mesma forma, aspectos relacionados à dinâmica de constituição das instâncias diretivas e aos mecanismos de legitimação do poder permitiram a inclusão dos seguintes aspectos, como parte importante do processo de interpretação :

- Capacidade de influência da principal liderança no ambiente da governança corporativa.
- Tempo de mandato e possibilidade de recondução.
- Forma de atuação da diretoria atual.
- Papel da principal liderança corporativa e regime de atuação.
- Papéis dos demais diretores.
- Mecanismos de legitimação do poder da instância principal.
- Características de formação profissional do atual "Chairman" e tempo de exercício.
- Discurso justificativo de sua atuação à frente da organização.
- Visão acerca da administração profissional.
- Perfil do executivo principal.
- Razões apontadas para as mudanças administrativas.
- Relacionamento com a administração.
- Processo de comunicação existente e seus atributos.

No quadro 5 procurou-se estabelecer as relações existentes entre as instâncias superiores, as instâncias executivas principais, a frequência com que estas se reúnem e o modelo de atuação da principal liderança em relação ao comportamento com os demais membros de suas diretorias e ao executivo principal.

QUADRO 5 –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

| ATRIBUTO/ ORGANIZAÇÃO | INSTÂNCIAS LEGAIS SUPERIORES | INSTÂNCIAS EXECUTIVAS | FREQUÊNCIA DE REUNIÕES DAS INSTÂNCIAS EXECUTIVAS | MODELO DE ATUAÇÃO DA PRINCIPAL LIDERANÇA CORPORATIVA | PARTICIPAÇÃO DO PRINCIPAL EXECUTIVO CONTRATADO |
|--------------------------|--|-------------------------------------|---|--|--|
| Org. 1 | Assembleia Geral e Conselho Deliberativo | Diretoria Executiva | Semanal | Compartilhamento de atribuições entre os membros da DE | Sim. Sem direito a voto. |
| Org. 2 | Assembleia 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 |
| Org. 3 | Assembleia Geral e Diretoria Executiva | Diretoria Executiva | Semanal | Centralizado no Diretor Presidente da DE | Não participa diretamente |
| Org. 4 | Assembleia Geral e Diretoria Executiva | Diretoria Executiva | Mensal | Centralizado no Diretor Presidente da DE | Participa sem direito a voto |
| Org. 5 | Assembleia Geral | Diretoria Executiva | Semanal | Compartilhamento de atribuições entre o Diretor Presidente e o Superintendente Geral | Participa com direito a voto. |
| Org. 6 | Conselho Superior | Conselho Diretor | Quinzenal | Centralizado no presidente do Conselho Diretor. | Não participa. |
| Org. 7 | Conselho de Administração | Diretoria Executiva | Semanal | Compartilhamento de atribuições entre os membros da DE. | Inexiste profissional contratado para a gestão direta. |
| Org. 8 | Assembleia Geral | Diretoria Executiva | Quinzenal | Centralizado no presidente da DE. | Participa sem direito a voto. |
| Org. 9 | Assembleia Geral | Diretoria Executiva de Senhoras | Mensal | Centralizado na presidente da DE de senhoras e no presidente do Conselho Médico | Sim. Sem direito a voto porém com forte participação em questões técnicas e operacionais |
| Org. 10 | Assembleia Geral | Diretoria Estatutária | Trimestralmente | Centralizado na presidente da Diretoria Estatutária | Participa com direito a voto. |
| Org. 11 | Assembleia Geral | Conselho Deliberativo | Bimestralmente | Centralizado no presidente do CD | Participa sem direito a voto. |

O que se pôde depreender é que existem nas organizações 1,2,3,4,5,8,9,10 e 11 competências específicas de controle das atividades da Diretoria Executiva, enquanto que nas organizações 6 e 7 estas estão vinculadas aos Conselhos

Superior e de Administração, respectivamente. Entretanto, as instâncias executivas de poder estão concentradas nas atuações das diretorias, especialmente em sua principal liderança que detém poderes especiais de convocação ordinária e extraordinária das instâncias legais.

As diretorias apresentam comportamentos diferenciados nas organizações com a centralização da capacidade decisória nos seus presidentes ou equivalentes em todas as organizações. Nas organizações 1 e 7 é possível identificar um relativo grau de compartilhamento de poder e na organização 9 ocorre a delegação das questões médicas ao presidente do Conselho Médico.

Com relação à frequência de reuniões destas instâncias, pode-se perceber a existência de uma variação considerável deste dado, sendo possível uma associação entre este elemento e o grau de poder exercido pela principal liderança e sua efetiva presença na gestão da organização. Da mesma forma, a presença de lideranças fortes e concentradoras de poder estabelece mecanismos de participação da administração profissional em que se evidenciam aspectos da subordinação desta à liderança corporativa, como por exemplo a ausência do direito de voto.

Neste aspecto é pertinente a colocação das principais observações obtidas dos contatos com as principais lideranças e os executivos a respeito das formas de atuação das lideranças:

O presidente da Diretoria Executiva de uma organização, justificando a proposição de alterações estatutárias que reduziram as possibilidades de recondução a cargos eletivos:

"um dos pontos fracos da instituição como um todo – na Sociedade Beneficente foi a permanência por um tempo grande dos dois primeiros presidentes e de boa parte de suas estruturas de diretoria, o que até certo ponto inibiu o aparecimento de novas lideranças ou pessoas capazes de assumir a liderança. Foi um processo extremamente

benéfico para a Instituição, estou certo disso. As duas primeiras presidências realizaram um trabalho absolutamente extraordinário com as suas respectivas diretorias, mas eu acho que o dinamismo deste meio onde o hospital está inserido e a velocidade com que as inovações surgem e rapidamente se impõem fazem com que hoje seja muito mais interessante haver essa renovação por um período de tempo mais curto".... "Nós propusemos e foi aceita uma reestruturação de estatuto, impedindo mais de uma reeleição para o mesmo cargo, conseqüentemente o cargo de presidente obrigatoriamente se renova a cada 6 anos, no máximo. Acreditamos que isso seja uma decisão correta, que permite uma alternância de poder, não só importante como alternância do assim chamado poder, mas principalmente como renovação"

O superintendente geral de outra, quando se refere ao modelo de atuação da provedoria e das origens de sua autoridade:

"O poder aqui na organização é absolutamente centralizado, legalmente é centralizado na figura do provedor. O provedor é o "rei". É um reinado, na verdade com plenos poderes, Então o mandatário, se você ler o compromisso, todos os poderes e toda ação estão na mão do provedor. Todos os outros são delegados dele. O poder executivo. E o poder legislativo está na mão da Mesa Administrativa, que você já conhece, e ele deve ter te explicado. Mas o poder executivo está na mão do provedor. O provedor delega ou não, se ele quiser, isto para alguém".

Do presidente do Conselho Diretor, acerca da história de atuação dos seus antecessores e das razões pelas quais contratou uma fundação especializada para reestruturar o modelo de governança de sua instituição:

"Antes, antes era só o presidente da fundação, que era um poder absolutista e presidencial. Uma diretoria mais homologatória também, até porque ele, ele é, não existe dono em fundação, o senhor sabe disto, mas, mas ele é como se fosse um "dono" da fundação. Ele era o dono da fundação e o "dono" do hospital. Agora não, agora com a entrada da consultoria, estruturou-se um pouco isso; o conselho vem a ter esse papel de executivo; existe agora uma diretoria mais executiva também; O presidente, por exemplo, assinava os cheques todos da

fundação sozinho. As deliberações da fundação eram todas dele só. Agora ele não assina sozinho mais, agora há certos limites de controle com relação ao exercício da presidência”.

Do presidente do Conselho de Administração, quando detalha o modelo de gestão que procurou instituir no hospital e que envolveu a fundação instituidora, a gestão científica e de conhecimentos, e a administração da unidade hospitalar:

“O modelo foi desenvolvido para uma gestão tripartite. O diretor técnico ou científico será sempre indicado pela Universidade. A parte de gestão financeira e administrativa será sempre da fundação. Sou presidente do Conselho de Administração da associação mantenedora. A fundação é parceira desta. Separamos as coisas, porque também não sou presidente da fundação, sou instituidor da fundação. Tem um corpo profissional, composto de um presidente, coordenadores e tudo o mais. Faço parte do conselho da fundação, sou instituidor da fundação e na associação mantenedora sou presidente do Conselho de Administração. Minha função lá é auxiliar a encontrar o equilíbrio de gestão, tanto administrativa, orçamentária e científica. A científica discutimos dentro do limite do racional que conhecemos misturando toda a parte de administração hospitalar, ou seja, administramos dentro de um orçamento possível. Isso está previsto nos estatutos, já construímos desta forma, para que amanhã, quando já não estivermos mais, haja continuidade de uma forma equilibrada”.

E do presidente do Conselho Médico, descrevendo os papéis desempenhados pelo diretor clínico anterior e o regime de compartilhamento de poder instituído no âmbito da mantenedora.

“Então, tinha a Sociedade, que era a entidade mantenedora e que se confunde ao longo dos tempos com o próprio hospital. E tinha o diretor clínico. E este diretor clínico, o conceito dele da época é diferente do conceito de diretor clínico de hoje... , é que na realidade ele era o presidente do hospital, o presidente do conselho do hospital, o “CEO” do hospital, enfim, tudo girava em torno dele” e “a Sociedade tem uma pessoa que é presidente desde então, e o hospital tinha o diretor clínico, mas que era a alma-mater da instituição. Os dois juntos trabalhavam muito bem. Tudo era basicamente resolvido entre os dois”

Entretanto, a participação dos administradores profissionais ("CEOs" das organizações) junto às instâncias diretivas e conseqüentemente sua liderança principal demonstrou variações em que foi possível a percepção de traços culturais específicos de cada organização. De forma genérica, constataram-se modelos de relação que transitaram entre uma relação de subordinação total e situações de autonomia total dos superintendentes ou seus equivalentes. Da mesma forma, variaram as visões acerca da necessidade da função ser exercida por médicos como pode se depreender dos discursos colocados:

Do presidente da Diretoria Executiva de uma das organizações acerca da atuação de seu superintendente:

"o hospital era administrado por pessoa que não era médico e eu, por convicção, acho que o primeiro executivo precisa ser médico, também, porque a medicina é uma área tão particular, que, para um leigo, realmente em certas divisões não tem condições de ter uma decisão muita bem tomada, porque não tem conhecimento técnico. Não em todas as decisões, mas em uma porção delas é necessário o conhecimento médico. Então, essa foi minha determinação mesmo, e o novo superintendente assumiu com um esforço que eu fiz nesse sentido: o de mudar essa regulamentação por parte do hospital para que o número um na operação seja médico também. Creio piamente nisso"

Do presidente da Diretoria Executiva de outra organização, acerca das habilidades e critérios necessários ao desempenho da função:

"Não, não tem que ser médico. Tanto que a gente tem utilizado outras formações que não a de médico: administradores hospitalares, pessoas que tenham feito mais cursos administrativos, mais voltados para a área de humanas. E é trabalho de equipe: tem o diretor clínico, que também é médico. Mas o que o superintendente tem que fazer? Tem que ter um pouco dessa visão médica e muito mais de visão administrativa, financeira, ou seja, dar ênfase naquilo que é problema para os hospitais. Qual o problema dos hospitais? Os hospitais sempre levam "surras" das fontes pagadoras. Estas tem concentração de gente que entende de

finanças, de contabilidade e destes assuntos. Por isso, tem que entender de finanças, de contabilidade, administração, etc. E isso é muito difícil para os hospitais. É um contato muito desigual; os hospitais sempre estão apanhando dos planos de saúde. Os planos de saúde estão em dificuldades, quer dizer de regulação de origem de recursos. Então eles querem descarregar isto em cima dos hospitais. E os hospitais têm que ter mecanismos de se defender com relação a isto. O que implica em um critério: tem que ter conhecimento destas coisas. O outro critério é o de ser jovem."

De outro presidente de Diretoria Executiva, respondendo a questão sobre a obrigatoriedade da função de superintendente de sua organização ser exercida por médico ou não :

"Durante muito tempo se acreditou que sim. Eu, particularmente, acredito que não. Acho que não é uma determinante obrigatória, não é uma condição fundamental, não é uma condição, ser ou ter sido médico. Até hoje tem sido assim, o que traz uma série de vantagens a curto e longo prazo. Mas, de repente, podem vir de outras áreas da administração pessoas com competência tão boa ou maior do que os profissionais que temos tido até agora. A partir do momento que ele passa a entender adequadamente do negócio de saúde, pode acontecer de um superintendente vir de uma área não médica, não vejo nenhuma incompatibilidade com isso. Não acredito que seja bom o que a gente vê em algumas instituições nos EUA que são dirigidas por não-médicos e que concentram nessa função uma visão exclusivamente de resultados, especificamente resultados financeiros, o que muitas vezes se faz com prejuízo da qualidade de atendimento. Isto eu acho que não pode e não deve acontecer."

Do provedor de uma organização, explicitando as razões pelas quais manteve o superintendente geral da instituição:

"Não, não é da minha experiência, pelo contrário. A experiência é do antigo provedor que o manteve aí durante todo tempo em que ele foi provedor, como superintendente. É um médico formado pela nossa Faculdade de Medicina e está aqui há praticamente 40 anos, quer dizer está enraizado, tem raízes e, além disso, é o homem que fez o curso de

administração hospitalar, que é um curso de 3 anos e hoje todo administrador de hospital é obrigado a ter. O que fiz, então, quando assumi, ainda que interinamente, foi manter todos esses profissionais de confiança do provedor anterior, que eram, em razão da minha situação de vice-provedor, da minha confiança, e mantê-los nas posições que ocupavam. Não fiz nenhuma troca assim mais definitiva mantendo a mesma orientação. Estou tranquilo quanto a isto."

Do presidente do Conselho Diretor de uma das organizações que apresentava uma maior concentração de poderes na liderança corporativa principal, quando especificou os atributos que buscou na contratação do superintendente de sua instituição:

"Na hora de fazer o desenho do perfil, o nosso enfoque foi um pouco mais centrado na área de mercado, na área de concorrência e menos na econômica e financeira, aonde, eu penso efetivamente que é onde existem as dificuldades maiores nossas hoje. Tanto que hoje o hospital e a fundação, que tinha uma posição bem cômoda há uns tempos atrás, pioraram a situação econômica e financeira. Em função disso tivemos que contratar recentemente um profissional específico desta área econômico-financeira."

Ou ainda do presidente do Conselho Médico de uma organização, quando descreveu o papel que tem sido desempenhado por seu superintendente geral, um médico com formação em administração hospitalar, face ao contexto de transição existente em sua instituição, no que se refere à estrutura de governança:

"Existe uma 'job description' na proposta que a gente tem na gaveta há 4 anos. Na prática, esse indivíduo funciona como diretor administrativo, diretor financeiro, uma espécie de superintendente. Ele acumula várias funções. Então, minha discussão com ele, atualmente, é ampliar esse leque. Precisa ter outras pessoas com força aqui dentro: comercial, gerentes de hotelaria, enfim, o primeiro time tem que ter um administrativo maior com gente de peso em outras áreas. Mas como a gente sempre falou com toda clareza, não tem atrito nenhum. É verdade que essas reuniões têm iniciativa minha. Eu quero trocar figurinhas com todos, e a gente joga combinado, quando tenho que bater, quando tenho que apanhar, quando tem que jogar nas minhas costas, os resultados do

que acontece num grupo de ações e de pessoas. Como avaliar? Nenhum sistema de avaliação diz nada sobre ninguém, o que é uma pena. A gente acaba não entendendo bem o que é para fazer ou ia fazer. Por causa disso, acho fundamental ter um plano diretor. Aí você começa a definir objetivos, metas, você tem que se repassar a limpo, trabalhar com indicadores. Quais são nossos indicadores aqui? Não sei."

De outro lado, o relacionamento da principal liderança com os demais representantes das respectivas diretorias ou instâncias diretivas se processa por mecanismos diferentes caracterizados pela tendência de centralização de atribuições dos presidentes ou equivalentes. Aspectos e processos indicativos dessa centralização referiram-se predominantemente sobre responsabilidades associadas ao exercício do comando organizacional e ao gerenciamento financeiro da organização:

O presidente da Diretoria Executiva de uma organização:

"A outra modificação que fizemos no estatuto foi a de denominar os vice-presidentes de acordo com funções e tarefas a serem realizadas. Na época, a idéia foi de eliminar a denominação de 1º, 2º, 3º, 4º, 5º....., vice-presidentes, que dava uma idéia de hierarquia dentro das vice-presidências, que, na nossa maneira de ver, era desnecessária e, na realidade, até prejudicial. Então, eliminamos esses nomes e passamos a adotar o nome de funções, como por exemplo, vice-presidência administrativa, de prática médica, da economia da saúde, de filantropia, de obras, tesouraria, secretaria, e assim por diante. O que na época, e não faz muito tempo, parecia adequado, hoje, na minha maneira de ver, já está superado. Algumas dessas denominações não fazem mais sentido, e, nesses 6 anos de diretoria, vimos que se isto é útil por um lado, por buscar pessoas capacitadas para executar tarefas específicas; por outro lado, amarra essas vice-presidências àquelas tarefas, e isto nem sempre é o ideal, pois de repente, com o passar do tempo, outras pessoas se mostram interessadas e competentes e não têm como participar dessas tarefas. Além disto, inibe a colaboração dos vice-presidentes em torno de tarefas comuns e limita, teoricamente ou

estatutariamente, a função de cada um desses vice-presidentes a tarefas específicas e dificulta a colaboração entre eles”.

Do provedor :

“Na realidade, vamos dizer assim, a provedoria seria o órgão executivo e a Mesa Administrativa o órgão legislativo e fiscalizador, porque todos os atos do provedor são examinados a cada 15 dias, nós fazemos 2 reuniões mensais, nestes 15 dias qualquer tostão que entra e que sai é prestado contas para a Mesa Administrativa.”

Outro presidente de Diretoria Executiva :

“Quem assinou o contrato de gestão de hospitais foi a instituição. O responsável pela gestão hospitalar é a instituição representada pelo seu presidente e também pelo superintendente. Por isso respondi que preferimos um médico. A maior autonomia possível aos, vamos chamar, diretores dos hospitais. A única coisa é a seguinte: nós realizamos, com eles, reuniões semanais e informações quase diárias sobre os problemas que têm os hospitais. Os problemas de ordem médica, a maioria é resolvida por eles. Problemas de ordem administrativa são resolvidos de comum acordo”.

O presidente da Diretoria Executiva de outra organização :

“Há uma interação de diversos grupos, tanto daqueles que teoricamente poderiam comandar uma organização dessa natureza, como dos que nela atuam. Há uma dinâmica nisso e, dependendo da fase, dependendo de períodos, dependendo dos problemas que estão enfrentando, a influência de um grupo ou de outro é muito maior. Eu, por exemplo, não gosto de organogramas. Penso mais em “humanograma”; como não tem a estrutura formal relação com a estrutura informal. Em toda organização existe a estrutura de poder informal. Esse tipo de coisa é que deve ser mais estudado se você desejar entender de fato a organização”

Ou o presidente do Conselho Médico, discorrendo sobre sua relação com a presidente da Diretoria Executiva:

“Ela acha que meu mandato vai até o fim do dela. Não consegui fazê-la entender que a minha função deva ser exercida por alguém que ela

escolha. Não posso representar os interesses dos médicos. E eu demorei meses para entender o que o Conselho Médico é para a instituição e como devo me relacionar com esse conselho. Isso é uma relação de proximidade. Mas tenho que representar no conselho a instituição. Sempre falo para ela que elas têm que escolher e esse indivíduo automaticamente é presidente do conselho....que tem que pensar estratégico”.

O quadro 6 estabelece as informações obtidas acerca do regime de relação contratual com o corpo clínico, da possibilidade de participação médica na diretoria, do perfil profissional da principal liderança corporativa, da existência de definição estatutária acerca do executivo principal e do seu perfil profissional.

QUADRO 6 –Relação contratual com médicos, possibilidade de participação médica na diretoria, perfil profissional da principal liderança corporativa, definição estatutária do principal executivo contratado e perfil profissional do mesmo, nos hospitais sem fins lucrativos estudados.

| ATRIBUTO/ 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 |
|--------------------------|---|--|--|--|--|
| Org. 1 | Credenciamento. Contratação formal e terceirização. | Somente dos credenciados. Reserva de funções específicas para médicos. | Médico | Não definida pelo estatuto | Médico. Contudo não há obrigatoriedade que assim seja. |
| Org. 2 | Credenciamento e Contratação formal. | Limitada a 10% do número total de irmãos mesários | Advogado | Não definida pelo estatuto | Médico. |
| Org. 3 | Credenciamento. Contratação formal e terceirização. | Somente dos credenciados. | Economista. Professor Universitário. | Não definida pelo estatuto | Administrador hospitalar |
| Org. 4 | Credenciamento. Contratação formal e terceirização. | Vetada pelo estatuto | Contabilista. | Não definida pelo estatuto. | Administrador hospitalar |
| Org. 5 | Contratação formal e terceirização. | Vetada pelo estatuto | Engenheiro | Definida pelo estatuto | Médico. |
| Org. 6 | Credenciamento. Contratação formal e terceirização. | Somente por indicação do Conselho Diretor. | Advogado | Definida pelo estatuto. | Engenheiro e Administrador de empresas |
| Org. 7 | Contratação formal e vínculos com o serviço público federal. | Livre participação. | Empresário. | Não definida pelo estatuto | Médico. Professor universitário |
| Org. 8 | Credenciamento. Contratação formal e terceirização. | Restrita a 30% do total de cargos da Diretoria Executiva. | Advogado. | Definida pelo estatuto. | Médico. Contudo não há obrigatoriedade que assim seja. |
| Org. 9 | Credenciamento. Contratação formal e terceirização. | Restrita ao Conselho Médico. Vetada nas demais instâncias | Empresária. | Não definida pelo estatuto | Médico. Contudo não há obrigatoriedade que assim seja. |
| Org. 10 | Credenciamento. Contratação formal e terceirização. | Restrita às diretorias assistenciais porém com a condição de participação na ordem religiosa superior | Religiosa. Médica. | Não definida pelo estatuto | Religiosa. Administradora hospitalar. Farmacêutica. |
| Org. 11 | Credenciamento. Contratação formal e terceirização. | Livre participação. | Médico. Professor Universitário. Administrador educacional. | Não definida pelo estatuto | Economista. |

Com relação aos regimes contratuais foi possível perceber a ocorrência de uma variação em função da existência de corpos clínicos abertos ou fechados, prevalecendo nas organizações 1,3,4,6, 8, 9, 10 e 11 a ocorrência de mecanismos de credenciamento de profissionais liberais, contratações regulares e terceirizações. A organização 2 pratica contratação formal de seus professores e

médicos assistentes, a organização 5 contrata diretamente ou terceiriza seus médicos, enquanto a organização 7 estabelece convênio para atuação do corpo docente da UNIFESP em seu hospital.

A participação médica em instâncias diretivas é restrita aos médicos credenciados nas organizações 1 e 3, limitada a 10% das funções de mesários da organização 2 e a 30% dos cargos diretivos da organização 8, condicionada à indicação do Conselho Superior na organização 6, restrita ao Conselho Médico na organização 9, restrita às diretorias assistenciais na 10 (com a condição de fazer parte da ordem religiosa), estatutariamente restrita nas organizações 4 e 5 e livre nas organizações 7 e 11.

As profissões de origem dos responsáveis pelas principais lideranças, assim como as razões apresentadas para sua participação nas organizações, permitiram o reconhecimento dos seguintes traços:

- Organização 1 – presidente médico, participante da comunidade instituidora e envolvido com processo assistencial filantrópico da entidade e com o modelo de governança desenvolvido pela gestão anterior. Participa do processo de governança corporativa há 12 anos.
- Organização 2 – provedor advogado aposentado, que se interessou em participar de uma obra social relevante para a comunidade e que vem se dedicando à instituição nos últimos 10 anos, tendo feito, segundo suas palavras “um curso sobre a irmandade”, até assumir a provedoria. Participa do processo de governança corporativa há pelo menos 8 anos.
- Organização 3 – economista e professor universitário, que participou do processo político de transferência do controle corporativo da instituição que levou à retomada da gestão pela comunidade instituidora original. Participa do processo de governança da instituição há 10 anos e exerce a presidência há 4, estando no seu segundo mandato.

- Organização 4 – Contabilista e empresário do setor imobiliário do município onde esta sediada a instituição. Tem participado do controle corporativo nos últimos 44 anos, como presidente da Diretoria Executiva.
- Organização 5 – Engenheiro aposentado e empresário do setor de construção civil, que identificou na atividade corporativa uma oportunidade de prestação de serviços comunitários de utilidade à população de trabalhadores do setor. Participa da liderança corporativa da entidade há 8 anos, tendo sido eleito e reconduzido à presidência da Diretoria Executiva por 3 vezes.
- Organização 6 – Advogado atuante no município de Belo Horizonte, tendo sido deputado federal constituinte. Vem atuando na organização há cerca de 6 anos. Inicialmente, foi convidado a participar em função de seus contatos políticos e passou a desenvolver atividades ligadas ao Conselho Diretor. Com a necessidade de reestruturação do modelo de governança assumiu a função de presidente do Conselho Diretor.
- Organização 7 – Empresário do setor de papel e celulose, que em função de suas vocações pessoais instituiu uma fundação responsável pelo desenvolvimento da nova organização. Exerce a função de presidente do Conselho de Administração da instituição há 7 anos.
- Organização 8 – Advogado americano atuante nas áreas comercial e tributária que, por tradição familiar, tem dedicado parte do seu tempo a instituições filantrópicas como “fund-raiser”. A convite da comunidade instituidora participou das instâncias de controle corporativo da organização nos últimos 6 anos, tendo sido presidente de sua Diretoria Executiva nos últimos 4.
- Organização 9 – Empresária envolvida com a instituição há longo tempo. Participa das instâncias diretivas desde o início da operação do hospital nos anos 60, e tem sido a responsável pela presidência da Diretoria Executiva de senhoras.
- Organização 10 – Religiosa e médica de origem italiana que participa do conselho superior da ordem. Tem exercido várias funções de comando na

estrutura da organização e assumiu a presidência da Diretoria Estatutária por duas vezes, sendo que atualmente exerce a função em seu segundo mandato.

- Organização 11 – Médico e empresário do setor de educação, que participou da negociação para a assunção do controle da instituição, dentro de um modelo de comodato. Exerce a presidência do Conselho Deliberativo há 3 anos.

Quanto à definição estatutária dos papéis do principal executivo contratado, as organizações 5, 6 e 8 estabelecem formalmente as funções, atribuições e competências destes profissionais.

Os perfis profissionais dos principais executivos contratados, observados neste grupo, assim como as formas de atuação e relacionamento com as principais lideranças, possibilitaram o reconhecimento das seguintes situações:

- Organização 1 – Médico e administrador hospitalar. Não existe, contudo, obrigatoriedade que assim seja. Interage com a alta administração como elemento de interface da diretoria com o restante da estrutura, do ponto de vista de decisões estratégicas e de implementação das práticas e processos operacionais. Participa da formulação do planejamento estratégico e se responsabiliza diretamente pela parte tática. Modelo de comando observado: submissão à presidência da Diretoria Executiva nas decisões estratégicas, autonomia nas decisões operacionais e táticas.
- Organização 2 – Médico, administrador hospitalar e professor universitário. O discurso do presidente permitiu a interpretação de que seja recomendável a presença de um médico na posição, com inserção na comunidade acadêmica. Atua em permanente intercâmbio de informações e participação no processo decisório seja este relativo a questões estratégicas ou operacionais e tem se constituído numa das principais lideranças de fato da

organização. Observou-se um compartilhamento do poder institucional entre os dois personagens.

- Organização 3 – Administrador hospitalar. Segundo o presidente da Diretoria Executiva não é recomendável que a função seja exercida por médico em virtude das características culturais da profissão e a pouca afinidade encontrada nesta quanto a questões financeiras e comerciais. Atua segundo um modelo de submissão ao poder do presidente, porém tem conseguido com uma comunicação aberta e transparente o seu apoio para implementar as mudanças que julga necessárias.

- Organização 4 – Administrador hospitalar. Contudo a função foi até pouco tempo exercido por médicos, não havendo limitação a este fato. Devido à elevada idade do presidente da Diretoria Executiva tem se constituído, na prática, na principal figura de comando da organização.

- Organização 5 – Médico e administrador hospitalar. O discurso do presidente da Diretoria Executiva recomenda e justifica explicitamente o predomínio, em função das questões técnicas que envolvem a gestão hospitalar. Entretanto, as funções de gestão financeira e de logística são claramente concentradas na Diretoria Executiva, sendo estabelecida autonomia irrestrita em relação às questões técnicas.

- Organização 6 – Engenheiro, administrador com especialização em marketing. O perfil foi definido a partir de trabalho específico de consultoria que levou em consideração a cultura e as condições operacionais da entidade. Segundo o presidente é recomendável que a função não seja exercida por médico pelos problemas decorrentes do corporativismo da profissão. Identificou-se uma relação de submissão das funções à presidência do Conselho Diretor com concentração do controle financeiro.

- Organização 7 – Médico e professor universitário. Exerce o papel de superintendente, apesar de fazer parte da Diretoria Executiva e de não ser remunerado. Foi personagem importante na fase de implantação e consolidação da instituição e tem sido o responsável, dentro de um modelo

de gestão colegiada, pela administração das questões técnicas e de produção científica.

- Organização 8 – Médico e administrador hospitalar. O discurso do presidente da Diretoria Executiva estabelece razões concretas para que a função seja exercida por profissional da área. O atual superintendente participa da organização já há longo tempo, e tem sido responsável pela implementação de um processo de reorganização das práticas assistenciais e administrativas que implicaram no aumento de sua autonomia decisória. Participa ativamente tanto das questões estratégicas quanto das operacionais.

- Organização 9 – Médico e administrador hospitalar. Segundo o presidente do Conselho Médico a organização baseia sua estrutura de comando em 3 divisões, respectivamente, a presidência da Diretoria Executiva de senhoras, a presidência do Conselho Médico, e a superintendência geral. A função adquiriu alto grau de autonomia em relação às questões técnicas, comerciais e estratégicas da organização, por meio de um permanente intercâmbio e interação do personagem com os demais atores da liderança corporativa.

- Organização 10 – Farmacêutica e administradora hospitalar. A organização estratificou seu comando, a partir de determinações da ordem superior, em funções compartimentadas cujo controle se faz pela presidente da Diretoria Estatutária, a quem todas as demais lideranças devem obediência pelo voto religioso. A personagem responsável pela função tem atuado de maneira sinérgica com as demais.

- Organização 11 – Economista e empresário. O modelo de controle corporativo procurou centralizar as funções relacionadas a controladoria e finanças e o diretor geral tem atuado em função destas definições. As questões técnicas são de responsabilidade das diretorias e coordenações de departamentos do curso médico.

Nas organizações estudadas foi também possível a identificação de processos de reorganização administrativa, conseqüentes às alterações de cenários do setor

saúde, em várias entrevistas com as principais lideranças. As principais razões apontadas foram as dificuldades financeiras pelas quais passavam algumas organizações, as pressões exercidas pelas fontes pagadoras e as necessidades de reorganização da atividade assistencial, especialmente na área médica. Estes processos buscaram envolver as estruturas de governança e operacionais das instituições focando, em essência, a ampliação dos serviços disponíveis e a criação de estruturas que propiciassem melhor alocação de recursos, gerenciamento mais eficiente das funções financeiras e comerciais e melhoria da qualidade dos serviços prestados:

De um presidente de Diretoria Executiva , citando a proposta de ampliação da atenção:

"Nós tomamos algumas decisões estrategicamente muito importantes. Por exemplo, tomamos nosso programa desde o início muito a sério, a ampliação da gama de serviços oferecidos, para que não se limitasse à assistência apenas na doença , para que a organização não fosse apenas um hospital para tratamento de doentes e passasse a ser também uma instituição voltada para a prevenção e para reabilitação. Esses dois setores, Medicina Preventiva e Reabilitação tiveram um extraordinário desenvolvimento nestes últimos 6 anos. Hoje é uma filosofia perfeitamente aceita a de que nós devemos focar, predominantemente em prevenção, para poder servir adequadamente a comunidade."

Do presidente do Conselho Diretor , detalhando a contratação da consultoria:

"Nós estamos implantando o planejamento estratégico. Para você ter uma idéia, esta revolução coincidiu com a diminuição da capacidade administrativa e gerencial do então presidente da fundação. Em função disso, um grupo de médicos que é mais ativo e que eram membros do conselho, resolveu contratar a consultoria para fazer, para tratar dessa mudança gerencial. Porque era muito importante que houvesse, talvez, a presença de um elemento estranho na fundação pra vir a propor essa mudança, para não parecer para esse que era o presidente da fundação, que um golpe de força se perpetrava contra ele próprio. Então, a consultoria se prestou, além de ter capacidade gerencial dela ,

que é notória, também como uma muleta para que a gente tivesse condições de fazer esta transformação, que era uma transformação absolutamente indispensável."

De outro presidente de Diretoria Executiva acerca dos principais enfoques de sua gestão:

"As coisas mais importantes para mim são tecnologia e produção. Daqui há dois braços, setor financeiro e de vendas. Esses já são auxiliares. O fundamento da organização está aqui. Quem pensa em tecnologia tem que saber que não existe aquela que se desenvolve do dia para a noite. É necessário ter uma visão de longo prazo"

De um presidente de Conselho Deliberativo especificando a relação existente entre o hospital e a universidade comodataria :

"Como sou pró-reitor administrativo da universidade, e presidente do conselho, acabo tendo um contato muito direto com a administração do hospital; isto porque hoje o hospital não é auto-suficiente e precisa de recursos da universidade para poder ser gerido. Então, tenho acompanhado muito proximamente a administração, vendo como está todo o funcionamento de compras, de todas as despesas, fluxo de caixa. Então, tenho trabalhado, principalmente, em cima de fluxo de caixa, tenho acompanhado os indicadores relativos à ocupação hospitalar, parte de faturamento, propriamente dito, isso em relação à área administrativa. Tenho acompanhado, também, muito próxima, a área clínica do hospital, porque estamos implantando uma série de normas e procedimentos que a gente tem procurado para adequar o melhor possível as necessidades da universidade."

De outro presidente de Diretoria Executiva tratando de questões relativas ao orçamento das unidades hospitalares:

"É feito um orçamento estratégico e mais ainda: semanalmente ou, no máximo, mensalmente, esse orçamento é acompanhado. Por exemplo, na última reunião, quarta passada, vamos dar um exemplo mais preciso: o diretor médico teve necessidade de reforçar o quadro de pessoal. Precisou reforçar esse quadro com um mês de antecedência. Mostrou a necessidade de reforçar esse quadro, que era de enfermeiras. Só que

isso ultrapassava nosso planejamento e nosso orçamento. Então, ele marca que essa despesa de um mês de adiantamento está no programa e que precisa ser acertada mais cedo ou mais tarde para que não ultrapasse nossa despesa mensal-anual porque é a verba que a Secretaria da Saúde dá.”

Do presidente da Diretoria Executiva de outra organização acerca da dinâmica que se estabeleceu em sua instituição com relação aos papéis dos médicos e enfermeiros:

“Acho que temos trabalhado bastante para facilitar o relacionamento. Há um reconhecimento por parte da diretoria, sem dúvida nenhuma, da importância que o médico tem para o hospital, evidentemente, e a enfermagem também. Essa foi a primeira coisa que fiz quando assumi a presidência, era trabalharmos no modelo de enfermagem, para os enfermeiros poderem voltar a passar mais tempo com os pacientes e menos tempo com burocracias. Com os médicos, estamos criando workshops, e com isso, estamos reconhecendo que estamos no mesmo barco. Fazemos parte de uma organização, com um aparelho administrativo e outro realmente prestador de serviços, e os dois sentindo-se responsáveis pelo sucesso do hospital.”

Com referência ao processo de comunicação existente nas organizações estudadas percebeu-se que este recebeu diferentes enfoques das lideranças corporativas valorizando em algumas organizações os mecanismos formais e em outras os informais. Influíram neste aspecto, as visões predominantes nas lideranças, a valorização dos mecanismos de controle das atividades operacionais, o repertório de experiências desenvolvidas por estas lideranças anteriormente, o espectro cultural vigente e a complexidade assistencial de cada organização. Da mesma forma, foi possível a percepção de que as organizações que contavam com a participação médica de profissionais mais renomados e influentes apresentavam uma maior concentração de comportamentos que valorizavam a informalidade no processo comunicativo, a despeito dos esforços da liderança em promover os mecanismos formais.

OBSERVAÇÕES DOS DISCURSOS DOS PRINCIPAIS EXECUTIVOS CONTRATADOS. – (Superintendentes gerais, diretor geral, diretor administrativo)

As entrevistas realizadas com os principais executivos permitiram a observação de formas de atuação comuns a todas as organizações e específicas de cada uma delas. Aspectos relativos à configuração da estrutura de gestão profissional, aos mecanismos de interação com as lideranças corporativas, às práticas de comando presentes, às formações profissionais dos executivos e aos mecanismos de interação com as profissões nucleares, especialmente a médica, constituíram as observações mais importantes na identificação dos atributos pesquisados. Da mesma forma, aspectos relacionados aos principais mecanismos de legitimação do poder e à capacidade de interferência de que dispunham estes personagens com o processo de gestão corporativa, tornaram possível a inclusão dos seguintes aspectos importantes para o processo de interpretação dos atributos pesquisados :

- Capacidade de influência junto à principal liderança no ambiente da governança corporativa.
- Tempo na função e mecanismos de avaliação do desempenho.
- Forma de atuação da administração profissional.
- Mecanismos de validação das ações da administração.
- Características de formação profissional do atual "CEO".
- Discurso justificativo de sua atuação à frente da organização.
- Visão acerca da administração corporativa.
- Razões apontadas para as mudanças administrativas.
- Relacionamento com a liderança corporativa.
- Processo de comunicação existente e seus atributos.

No quadro 7 procurou-se evidenciar as relações entre a principal instância executiva, a principal liderança corporativa, o cargo do principal executivo contratado ou equivalente, o regime de atuação deste com a principal liderança bem como regime de comunicação e capacidade de interferência sobre questões estratégicas e políticas.

QUADRO 7 – 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.

| ATRIBUTO/ 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 |
|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|---|---|
| Org. 1 | 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. |
| Org. 2 | 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. |
| Org. 3 | Diretoria Executiva | Presidente da Diretoria | Superintendente Geral | Subordinação total, tanto estratégico-política quanto técnico-operacional | Comunicação permanente sobre questões técnicas, operacionais. Baixo intercâmbio de informações estratégicas e políticas. Baixo grau de influência. |
| Org. 4 | Diretoria Executiva | Presidente da Diretoria | Diretor Administrativo | Subordinação nas questões estratégicas e políticas. Autonomia total técnica e operacional. | Comunicação permanente sobre questões técnicas, operacionais. Médio intercâmbio de informações estratégicas e políticas. Elevado grau de influência. |
| Org. 5 | Diretoria Executiva | Presidente da Diretoria | Superintendente Geral | Subordinação nas questões estratégicas e políticas. Autonomia total técnica e operacional. | Comunicação permanente sobre questões técnicas, operacionais. Médio intercâmbio de informações estratégicas e políticas. Médio grau de influência. |
| Org. 6 | Conselho Diretor | Presidente do Conselho Diretor | Superintendente Geral | Subordinação nas questões estratégicas, políticas e financeiras. Autonomia relativa nas questões operacionais e técnicas | Comunicação pouco freqüente sobre questões técnicas, operacionais. Baixo intercâmbio de informações estratégicas e políticas. Baixo grau de influência. |
| Org. 7 | Conselho de Administração | Presidente do Conselho de Administração | Diretor Presidente da DE. | Compartilhamento decisório nas questões estratégicas e políticas. Autonomia total técnica e operacional | Comunicação permanente sobre questões técnicas, operacionais. Elevado intercâmbio de informações estratégicas e políticas. Elevado grau de influência. |
| Org. 8 | Diretoria Executiva | Presidente da Diretoria | Diretor Superintendente. | Compartilhamento decisório nas questões estratégicas e políticas. Autonomia total técnica e operacional | Comunicação permanente sobre questões técnicas, operacionais. Elevado intercâmbio de informações estratégicas e políticas. Elevado grau de influência. |
| Org. 9 | Diretoria Executiva | Presidente da Diretoria | Superintendente Geral | Teoricamente, subordinação nas questões estratégicas, políticas e financeiras. Autonomia total nas questões operacionais e técnicas. No entanto, devido ao momento institucional concentra grande poder decisório | Comunicação permanente sobre questões técnicas, operacionais. Elevado intercâmbio de informações estratégicas e políticas. Elevado grau de influência, especialmente em questões corporativas |
| Org. 10 | Diretoria Estatutária | Presidente da Diretoria Estatutária | Diretora Superintendente. | Subordinação nas questões estratégicas, políticas e financeiras. Autonomia relativa nas questões operacionais e técnicas | Comunicação pouco freqüente sobre questões técnicas, operacionais. Baixo intercâmbio de informações estratégicas e políticas. Baixo grau de influência. |
| Org. 11 | Conselho Deliberativo | Presidente do Conselho Deliberativo | Diretor Geral. | Subordinação nas questões estratégicas, políticas e financeiras. Autonomia relativa nas questões operacionais e técnicas | Comunicação pouco freqüente sobre questões técnicas, operacionais. Baixo intercâmbio de informações estratégicas e políticas. Baixo grau de influência. |

As instâncias executivas principais foram as Diretorias Executivas nas organizações 1,3,4,5,8 e 9; a Provedoria na organização 2, o Conselho Diretor na 6, o Conselho de Administração na 7, a Diretoria Estatutária na 10 e o Conselho Deliberativo na 11. As principais lideranças corporativas caracterizaram-se pelos cargos de presidência das Diretorias Executiva, presidência dos Conselhos Deliberativo, Diretor e de Administração, pela Provedoria e por uma presidência de Diretoria Estatutária. Da mesma forma, os principais executivos eram superintendentes gerais na maioria das organizações, à exceção de três diretorias, respectivamente das organizações 4, 7 e 11.

Com relação ao regime de subordinação observou-se uma variação do grau de autonomia dos executivos em relação às questões estratégicas e políticas com predominância de padrões de subordinação em todas as organizações. Entretanto, algumas organizações, como a 1, 2 e 8 apresentaram condições de participação efetiva dos executivos no equacionamento e formulação de questões desta natureza.

Em referência às questões técnico-operacionais, a maioria das organizações estabeleceu graus variáveis de autonomia decisória aos profissionais contratados. Algumas organizações atribuíram ampla autonomia a seus executivos profissionais, enquanto outras estabeleceram limitações que, em essência, estavam condicionadas por questões financeiras ou estratégicas.

Quanto ao regime de comunicação entre os executivos e as principais lideranças, este variou nas organizações com a observação de formas de participação e contato permanente entre personagens da maioria das instituições e a presença de situações em que os contatos principais se realizavam com média ou baixa frequências, especialmente por meio de canais formais ou nas reuniões das instâncias diretivas.

Em relação à capacidade de influenciar decisões estratégicas e políticas, as organizações apresentaram situações em que o executivo principal dispunha de grande capacidade de atuar sobre questões corporativas e outras em que esta capacidade foi relativamente baixa. Foi possível, entretanto, a observação de associações entre estes comportamentos e as profissões das lideranças principais, seus tempos de exercício do comando organizacional e as profissões dos "CEOs", como se pode depreender do quadro 8:

QUADRO 8- 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.

| ATRIBUTO/ 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 |
|--------------------------|---|--|---|---|--|--|
| Org. 1 | Presidente da Diretoria Executiva | Médico | 12 anos | Superintendente Geral | Médico . Administrador Hospitalar. | Alto grau de interação. Elevada capacidade de influência |
| Org. 2 | Provedor | Advogado aposentado | 9 anos | Superintendente Geral | Médico, professor de medicina. Administrador hospitalar. | Alto grau de interação. Elevada capacidade de influência |
| Org. 3 | Presidente da Diretoria Executiva | Economista e professor universitário | 10 anos | Superintendente Geral | Administrador hospitalar. | Alto grau de interação. Baixa capacidade de influência. |
| Org.4 | Presidente da Diretoria Executiva | Contabilista | 44 anos | Diretor Administrativo | Administrador hospitalar. | Alto grau de interação. Baixa capacidade de influência. |
| Org.5 | Presidente da Diretoria Executiva | Engenheiro | 8 anos | Superintendente Geral | Médico. Administrador hospitalar. | Médio grau de interação Baixa capacidade de influência |
| Org.6 | Presidente do Conselho Diretor | Advogado | 6 anos | Superintendente Geral | Engenheiro. Administrador de empresa especializado em Marketing | Baixo grau de interação. Baixa capacidade de influência |
| Org.7 | Presidente do Conselho de Administração | Empresário | 7 anos | Presidente da Diretoria Executiva | Médico. Professor de medicina. | Alto grau de interação. Elevada capacidade de influência |
| Org.8 | Presidente da Diretoria Executiva | Advogado. | 6 anos | Superintendente Geral | Médico. Administrador hospitalar. | Alto grau de interação. Elevada capacidade de influência |
| Org.9 | Presidente da Diretoria Executiva | Empresária | > 40 anos | Superintendente Geral | Médico. Administrador hospitalar. | Alto grau de interação. Elevada capacidade de influência |
| Org.10 | Presidente da Diretoria Estatutária | Médica e Religiosa. | > 10 anos | Superintendente Geral | Farmacêutica. Religiosa Administradora hospitalar. | Alto grau de interação. Elevada capacidade de influência |
| Org.11 | Presidente do Conselho Deliberativo. | Médico. Administrador educacional | 4 anos | Diretor Geral | Economista. Empresário | Alto grau de interação. Baixa capacidade de influência. |

As organizações apresentaram uma associação positiva entre a presença de profissionais médicos em seus comandos executivos e o alto grau de interação entre estes personagens e as lideranças corporativas. Da mesma forma, estes profissionais dispunham de uma alta capacidade de influência sobre questões estratégicas em suas organizações. Além disto, a organização administrada por religiosa com formação específica em saúde também apresentou um alto grau de interação e uma elevada capacidade de influência. De forma oposta, em 4 das 5 organizações administradas por não médicos a capacidade de influência destes foi baixa e caracterizada por subordinação, a despeito dos graus de interação existentes. O tempo de participação das principais lideranças no processo de governança corporativa variou de 4 a 44 anos, dependendo de contextos específicos de cada organização e da possibilidade de reconduções.

Os discursos destas lideranças em relação à dinâmica de interação e aos mecanismos de comunicação existentes podem ser evidenciados:

Do relato de um superintendente geral, de formação médica, de uma organização que não estabelece em seu estatuto os papéis do "CEO", acerca de sua autonomia e dos mecanismos de comunicação que considera os mais adequados:

"Existe um limite formal à autonomia. A forma de definição em parte está no próprio estatuto e em parte na descrição do próprio cargo. Estatutariamente, ele tem a obrigação de executar as suas tarefas num nível tático operacional. E, no nível estratégico, propor à diretoria as questões relacionadas aos objetivos estratégicos. Então, a decisão e aprovação vêm da diretoria e, em alguns casos, até do próprio conselho deliberativo.", e

"... estou absolutamente convencido de que, se não existir um mecanismo formal de várias modalidades de comunicação entre as diferentes instâncias do hospital, seja de cima para baixo, de baixo para cima, da periferia para o centro, do centro para a periferia, e se não existir um mecanismo formal que estabeleça estas linhas de comunicação é extremamente difícil você passar suas determinações, orientações e diretrizes até aquele que está exercendo uma atividade

assistencial, ou à beira do leito, numa sala cirúrgica ou numa sala de exames. Então, é fundamental a existência de mecanismos formais na organização. É lógico que a comunicação informal existe, mas ela só caminha por canais se tem interesse que essa comunicação ocorra. Mas não é disseminada em toda a organização. E quando ela é disseminada em toda organização, existe uma capacidade, uma possibilidade de deturpação”.

Da descrição de outro superintendente geral, também médico, a respeito dos níveis de autonomia de que dispõe em relação às questões financeiras e de alocação de recursos:

“ Tenho poder ilimitado, mas sempre junto, com uma delas. E em determinados tipos de despesa preciso da anuência da diretoria. Por exemplo, alienação de bens imóveis, compra de imóveis, contratos de aquisição de ativo, basicamente. No restante, tenho liberdade. Por exemplo, eu aumento o quadro, diminuo o quadro, aumento salário, diminuo salário. Na realidade, eu informalmente levo isso até para dar um respaldo para mim à comissão de finanças. Não está escrito que eu devo levar a comissão de finanças, mas eu levo, até para ter o respaldo de determinadas movimentações ou operações, eu levo à consideração. Por exemplo, tudo aquilo que é perda, que tem que ser lançado, ou a receber, que em determinados momentos vira perdas, tudo isso eu peço respaldo da comissão de finanças, mas não precisaria. Eu poderia estar autorizando contas, todas que acho que não vão ser recebidas e levar para perda. Tudo isso eu levo em consideração”.

Da posição de outro superintendente geral, médico com formação em administração hospitalar, a respeito das autorizações de compras e proposições de ordem financeira:

“Pois é. Quem dispara os processos de compra sou eu. Mas quem assina o cheque é lá. Eventualmente, isso mais antes da saída da superintendente do setor financeiro – uma gerente, na época – isso era mais moroso e complicado. Mas, normalmente, as coisas que saem daqui são ratificadas. Quando não acontece, é porque eventualmente há uma falta de recurso no momento. Não tem uma recusa formal,

normalmente, 99% das coisas que eu mando acontecer, acontecem. E quando não acontecem, é uma coisa negociada, enfim.... Mas, formalmente, a estrutura é muito centralizada, cheque, tudo passa pelo presidente. As bobagens que eu mando comprar aqui em algum momento circulam na mão dele."

Ou da superintendente geral, uma administradora hospitalar, justificando o comportamento do presidente de sua diretoria para o procedimento de controle e interferência permanente na administração, e os mecanismos mais prevalentes de comunicação existentes;

"A interferência é por parte do presidente. Como ele é muito envolvido e tem muito interesse pela operação, e gosta, particularmente, da atividade hospitalar, ele tem uma interferência direta, gosta de relatórios, e isso é administrado. Acredito que isto acontece desta forma porque no mês de Julho houve um alerta vermelho onde tivemos um saldo devedor, e o hospital trabalha com uma margem pequena de resultado. Ele não foi avisado pela administração e isso causou muita preocupação. Quando eu assumi, ele vinha diariamente ao hospital, cuidando do fluxo de caixa diariamente. Como ao final de 2 meses conseguimos equilibrar o fluxo de caixa do hospital, ele parou de vir diariamente e passou a vir 1 vez por semana e liga freqüentemente para saber se precisamos de alguma coisa".

"A comunicação aqui é mais informal. Mas também existem as reuniões formais, mesas anuais, tudo isso é seguido rigorosamente. As orientações da Diretoria Executiva são formais e informais. Temos orientações específicas que são emanadas nas reuniões de Diretoria Executiva uma vez por mês. Semanalmente, temos uma reunião com o presidente do Hospital e ele também nos orienta por e-mail, no caso de alguma necessidade. Nós fazemos todas as reuniões em atas formalizadas, temos um serviço de O&M que formaliza todas as decisões políticas do hospital e as orientações do dia-a-dia são passadas todas por e-mail".

E a posição de outro superintendente geral, não médico, acerca da forma encontrada para se relacionar com os demais participantes do Conselho Diretor de sua instituição;

"Tenho que negociar periodicamente. Você tenta estabelecer mecanismos de comunicação adequados, mas como são pessoas que não conhecem a atividade e ao mesmo tempo não entendem muito de administração e conversa financeira, vamos dizer assim, a gente tem que estar sempre negociando coisas com eles. São extremamente imediatistas, e normalmente, quem não está relacionado com o problema, quer as coisas o mais rápido, normalmente do que é possível fazer. Então você tem que estar sempre negociando".

O quadro 9 procura identificar as visões das lideranças corporativas acerca de quem são os clientes principais das organizações, e quais os focos de atuação de maior importância. Da mesma forma, procura estabelecer quais as principais fontes regulares de financiamento da atividade.

QUADRO 9 –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.

| ATRIBUTO/ ORGANIZAÇÃO | Clientes principais da organização. Visão da principal liderança | Clientes principais da organização. 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. |
|--------------------------|--|---|---|--|--|
| Org. 1 | 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. |
| Org. 2 | Paciente (1) Alunos Medicina(2) Médico(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. |
| Org. 3 | Paciente(1) Médico(2) | Médico(1) Paciente(2) | Convênios (90%) Particulares(10%) | Equilíbrio financeiro e qualidade | Equilíbrio financeiro e qualidade |
| Org. 4 | Não definidos pela liderança. | Fontes Pagadoras(1) Paciente(2) Médico(3) | Convenios (95%) Plano Próprio (5%) | Equilíbrio financeiro | Equilíbrio financeiro |
| Org. 5 | Paciente | Paciente. | SUS (55%) + Complemento convenio OSS (45%) | Filantropia, qualidade, equilíbrio financeiro, ensino e conhecimento médico. | Filantropia, qualidade, equilíbrio financeiro, ensino e conhecimento médico. |
| Org. 6 | Fontes Pagadoras(1) Médico(2) Paciente(3) | Fontes Pagadoras(1) Médico(2) Paciente(3) | Convenios (85%) Particulares(10%) SUS (para alta complexidade)(5%) | Equilíbrio financeiro, qualidade, ensino e conhecimento médico, filantropia. | equilíbrio financeiro, qualidade ocupação de mercado, ensino e conhecimento médico, filantropia. |
| Org. 7 | Paciente(1) Médicos da graduação(2) Fontes Pagadoras(3) | Paciente(1) Médicos da graduação(2) Fontes Pagadoras(3) | SUS(75%) Convênios (20%) Particulares (5%) | Equilíbrio financeiro, qualidade, ensino e conhecimento médico, filantropia. | Equilíbrio financeiro, qualidade, ensino e conhecimento médico, filantropia. |
| Org. 8 | Paciente (1). Médico(2). Fontes Pagadoras(3) | Paciente (1). Médico(2). Fontes Pagadoras(3) | Convenio (80%) Particulares(20%) SUS(para alta complexidade) (eventuais) | Qualidade, vanguarda tecnológica e de conhecimento médico, equilíbrio financeiro, filantropia. | Qualidade, equilíbrio financeiro, vanguarda tecnológica e de conhecimento médico, filantropia. |
| Org. 9 | Paciente(1). Médico(2). Fontes Pagadoras(3) | Paciente e Médico(1)). Fontes Pagadoras(3) | Convenios (75%) Particulares(25%) SUS(para alta complexidade) (eventuais) | Qualidade, vanguarda tecnológica e de conhecimento médico, equilíbrio financeiro, filantropia. | Qualidade, equilíbrio financeiro, vanguarda tecnológica e de conhecimento médico, filantropia. |
| Org. 10 | Paciente | Paciente (1) Fonte Pagadora (2) Médico(3) | SUS(90%) Convênios (10%) | Filantropia, qualidade e equilíbrio financeiro. | Filantropia, qualidade e equilíbrio financeiro. |
| Org. 11 | Paciente(1) Aluno de Medicina(2) Fonte Pagadora(3) Professor (4) Médico(5) | Fonte Pagadora(1) Paciente(2) Aluno de Medicina(3) Professor(4) Médico(5) | SUS(95%) Convênios(5%) | Equilíbrio financeiro, qualidade, educação médica e em saúde, Filantropia. | Equilíbrio financeiro, qualidade, educação médica e em saúde, Filantropia. |

A compreensão das lideranças acerca de que clientes constituem os de seus interesses permitiram a identificação de 3 categorias principais, comuns a todas as organizações, quais sejam os clientes/pacientes, os médicos e as fontes pagadoras. Além disto, em algumas organizações que dispõem de estrutura de ensino ou formação especializada em saúde foi possível observar o aparecimento de algumas outras categorias como, alunos de medicina, professores e médicos da pós-graduação.

A despeito desta concentração comum de visões acerca de quem sejam os clientes principais, os painéis das lideranças apresentaram diferenças em algumas organizações, com alguns superintendentes priorizando diferentemente as fontes pagadoras e médicos, como por exemplo, as organizações 3, 4, 6, 9, 10 e 11. Destas, apenas a organização 9 tem um médico exercendo sua superintendência.

Quanto ao entendimento das lideranças acerca dos focos mais importantes, houve concordância de prioridades nas organizações 3,4,5,6,7,10 e 11. Nas demais ocorreram variações deste juízo, com predominância de motivos de ordem econômica nas posições dos superintendentes.

Outra importante referência, foi a que se relacionou aos mecanismos de financiamento das atividades das organizações, tendo sido possível a separação destas em dois grupos: o primeiro com a forte presença de fontes pagadoras ligadas ao sistema supletivo de assistência (convênios, planos de saúde e seguros) e o segundo onde o principal agente comprador de serviços foi o SUS. No primeiro grupo predominaram, como focos principais das organizações, a qualidade, a vanguarda tecnológica e o conhecimento médico; enquanto que no segundo grupo apareceram maiores preocupações com o equilíbrio financeiro e atividades filantrópicas.

O quadro 10 estabelece a qualificação dos principais executivos, suas formações e habilitações profissionais, a existência de descrição de suas funções e formas

de contratação; o tempo de exercício e os mecanismos de avaliação de seus desempenhos.

QUADRO 10 – 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.

| ATRIBUTO/ 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. |
|--------------------------|--|--|---|---------------------|---|
| Org. 1 | Superintendente Geral | Médico e administrador hospitalar. Discursos de ambas lideranças estabelecem não ser necessário o vínculo com a área da 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. |
| Org. 2 | Superintendente Geral | Médico e administrador hospitalar. Discurso 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 |
| Org. 3 | Superintendente Geral | Administradora hospitalar. Não é necessária formação específica | Não existe descrição. Indicação e avaliação do presidente da diretoria | 7 meses. | Monitoramento do desempenho por critérios de resultados de produtividade e financeiros. |
| Org. 4 | Diretor Administrativo | Administrador hospitalar. Não é necessário formação específica | Não existe descrição. Indicação e avaliação do presidente da diretoria | 2 anos. | Não há monitoramento de desempenho. Avaliação subjetiva pelo presidente da diretoria. |
| Org. 5 | Superintendente Geral | Médico e administrador hospitalar. Discurso de ambas lideranças sugerem necessidade de um médico na função | Não existe descrição. Indicação e avaliação do presidente da diretoria | 3 anos. | Avaliação subjetiva pelo presidente da diretoria |
| Org. 6 | Superintendente Geral | Engenheiro com pós-graduação em Marketing. Não é necessária formação específica | Descrição bem estabelecida. Indicação por “head-hunting” e avaliação pelo presidente. | 2 anos. | Monitoramento do desempenho por critérios de resultados de produtividade e financeiros. |
| Org. 7 | Presidente da Diretoria Executiva. | Médico e professor universitário. Não é necessária formação específica | Não existe descrição. Função exercida diretamente pelo presidente da diretoria | 3 anos. | Não há monitoramento descrito. |
| Org. 8 | Diretor Superintendente. | Médico e administrador hospitalar. Discurso de ambas lideranças sugerem necessidade de um médico na função | Descrição bem estabelecida. Indicação por “head-hunting” e avaliação pelo presidente. | 3 anos. | Monitoramento do desempenho por critérios de resultados de qualidade, produtividade e financeiros. |
| Org. 9 | Superintendente Geral | Médico e administrador hospitalar. Discursos de ambas lideranças estabelecem não ser necessário vínculo com a área da saúde. | Descrição existe, porém não se implantou um “job description”. Indicação e avaliação pelos presidentes do Conselho Médico e da Diretoria Executiva. | Mais de 10 anos. | Monitoramento do desempenho por critérios de resultados de qualidade, produtividade e financeiros. |
| Org. 10 | Diretora Superintendente. | Farmacêutica e administradora hospitalar. Não é necessária formação específica, porém obediência à ordem religiosa superior | Não existe descrição. Não existe avaliação objetiva. | 15 anos. | Monitoramento global dos objetivos estratégicos pactuados com a ordem superior |
| Org. 11 | Diretor Geral. | Empresário e economista. Não é necessária formação específica | Não existe descrição. Não existe avaliação objetiva. | 4 anos. | Monitoramento dos objetivos estratégicos da universidade e do hospital |

As organizações apresentaram dois comportamentos diferentes em relação à existência ou não de descrição formal de atribuições dos principais executivos. Um primeiro grupo composto pelas organizações 1,2,6,8 e 9 dispõe de descrição detalhada, com a observação que a organização 9 não a implantou. No grupo de organizações restantes inexistiu descrição. Quanto aos mecanismos de seleção e contratação destes profissionais, a maioria das organizações utiliza indicações por conhecimento e avaliações por representantes das Diretorias Executivas, tendo sido identificadas duas organizações que se valeram de mecanismos de "head-hunting" em seus processos de seleção.

Em relação aos mecanismos de avaliação dos desempenhos destes profissionais algumas organizações instituíram mecanismos de monitoramento que incluíram critérios de qualidade assistencial, produtividade e resultados financeiros. Outras estabeleceram formas subjetivas de avaliação, geralmente efetuadas pela principal liderança corporativa. Entretanto, duas organizações, a 10 e a 11, atrelam as avaliações à consecução de objetivos estratégicos das mantenedoras.

O tempo de exercício das funções variou de 7 meses a 15 anos. Entretanto é importante salientar que nas organizações 3,4 e 6 as substituições decorreram de circunstâncias especiais de crise no processo de gestão que motivaram a modificação da estrutura administrativa, como se pode depreender das declarações dos respectivos superintendentes:

"A troca da superintendência foi algo traumático para a estrutura. Houve um comunicado formal do presidente que substituiria o alto escalão administrativo do hospital com as demissões dos superintendentes geral, financeiro e médico. E sumariamente, substituiu essa estrutura de 3 pessoas por um superintendente apenas, eliminando as superintendências adjuntas por uma geral. Então houve um enxugamento de 7% na folha de pagamento do hospital".

"A minha contratação aconteceu em uma fase de re-estruturação do hospital. O diretor clínico havia falecido, e a diretoria achou por bem também trocar o diretor administrativo, que era filho do diretor clínico, porque ele entrou em rota de colisão com a diretoria. Foi contratada uma consultoria de gestão que sugeriu

várias medidas de reorganização, entre elas a contratação de um administrador profissional.”

“Eu não assumi simplesmente caindo de pára-quedas aqui no hospital. Eu era superintendente do BH Shopping, onde trabalhei durante 13 anos e já estava um pouco cansado e desmotivado. Então fui contatado por uma empresa de “headhunters” e “namorei” com o projeto do hospital durante 6 meses. Então pude entender, participar e conhecer o processo profundamente. E por ser um desafio profissional, veio a calhar para mim, na época em que foi proposto.”

Nas demais instituições não foi possível a verificação dos mecanismos de contratação e seus respectivos contextos pelo tempo de exercício que os personagens apresentavam. No entanto, pela comparação das informações acerca dos graus de interação e capacidade de influência sobre questões estratégicas apresentados no quadro 8 , tornou-se possível a inferência que à medida que os administradores conseguem um maior domínio da dinâmica de interação com as principais lideranças a capacidade de influência é incrementada.

O quadro 11 estabelece as relações existentes entre os sistemas médicos das organizações, as principais formais contratuais existentes, as visões de ambas lideranças acerca da importância destes profissionais na organização e os conflitos mais freqüentes entre a liderança da organização e os médicos.

QUADRO 11 – 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.

| ATRIBUTO/ ORGANIZAÇ | 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. |
|------------------------|---|---|---|---|--|
| Org. 1 | Aberto. Livre credenciamento | Credenciamento de profissionais liberais . Contratação CLT. Contração 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. |
| Org. 2 | 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. |
| Org. 3 | Fechado | Contratação CLT. Contração como terceiros | Personalidade difícil e centralizadora. Autoritarismo e isolacionismo | Agente importante para o hospital, responsável pela qualidade da assistência e equilíbrio financeiro | Pouco envolvimento com a organização. Organização de grupos de interesse. |
| Org. 4 | Fechado | Contratação CLT. Contração como terceiros | Principal personagem da assistência. Personalidade difícil e de baixa confiabilidade. | Principal personagem da assistência. Autoritário e exclusivista. | Resistência às transformações necessárias. Organização de grupos de interesse. |
| Org. 5 | Fechado | Contratação CLT. Contração como terceiros | Principal personagem da assistência. Autoritário e exclusivista. | Principal personagem da assistência. Centralizador e exclusivista | Resistência às transformações necessárias. Pouco envolvimento com a organização. |
| Org. 6 | Fechado | Contratação CLT. Contração como terceiros | Principal personagem da assistência. Autoritarismo e manipulação por vantagens pessoais. | Autoritarismo e manipulação por vantagens pessoais. Centralizador e exclusivista | Resistência às transformações necessárias. Forte concorrência entre pares. |
| Org. 7 | Fechado | Contratos com autarquia. | Principal personagem da assistência. | Parceiros e principais agentes de transformação | Resistência às transformações necessárias. Pouco envolvimento com a organização. |
| Org. 8 | Aberto. Livre credenciamento | Credenciamento de profissionais liberais . Contratação CLT. Contração como terceiros | Parceiros e principais agentes de transformação. Principal personagem da assistência. | Parceiros e principais agentes de transformação. Principal personagem da assistência. | Competição pelo paciente institucional. Forte concorrência entre pares. |
| Org. 9 | Aberto. Livre credenciamento | Credenciamento de profissionais liberais . Contratação CLT. Contração como terceiros | Parceiros e principais agentes de transformação. Principal personagem da assistência. | Parceiros e principais agentes de transformação. Principal personagem da assistência. | Competição pelo paciente institucional. Forte concorrência entre pares. |
| Org. 10 | Fechado. | Contratação CLT. Contração como terceiros | Principal personagem da assistência. | Parceiros e principais agentes de transformação | Resistência às transformações necessárias. |
| Org. 11 | Fechado. | Contratação CLT. Contração como terceiros | Principal personagem da assistência. | Parceiros e principais agentes de transformação Autoritário e exclusivista. | Resistência às transformações necessárias. Forte concorrência entre pares. |

Com relação à interpretação dos dados descritos na tabela foi possível a observação de situações que mereceram uma abordagem específica para cada uma das organizações estudadas:

- Organização 1 – Caracterizada pela presença de médicos ocupando ambas funções de liderança. Dispõe de sistema de organização aberta do corpo clínico. Seus médicos atuam basicamente sob 3 diferentes regimes contratuais: um grupo majoritário de médicos de alto grau de reconhecimento pela sociedade compõe o corpo de credenciados; alguns serviços de suporte clínico de maior especialização contam com médicos contratados formalmente pela CLT e outro grupo de menor demanda se vincula ao hospital por contratos de terceirização dos serviços.

A visão da principal liderança a respeito da categoria profissional é que estes personagens se constituem nos principais agentes de transformação, tanto organizacional, quanto assistencial, e que devem ser encarados como parceiros da organização

A visão do principal executivo é que este grupo de profissionais constitui o principal fator determinante da qualidade assistencial e se caracteriza por papéis de relevância. Ou nos seus próprios dizeres: “o médico é o regente da orquestra que administra e impõe a qualidade da sinfonia assistencial ouvida pelo paciente”

Quanto às principais causas de conflitos entre pares ou entre os médicos e a administração foram detectadas práticas de concorrência entre médicos por pacientes institucionais e freqüentes situações de “bypass” da administração profissional por médicos que detinham acesso direto a representantes da Diretoria Executiva.

- Organização 2 – Onde a Provedoria é ocupada por um advogado e a superintendência por um médico professor do curso de medicina. Dispõe de um sistema misto de organização do corpo médico, com o credenciamento do corpo de professores junto a uma unidade destinada ao atendimento de

pacientes privados e contratação formais por CLT destes mesmos professores e demais profissionais envolvidos com a assistência.

A visão do provedor acerca dos médicos é que este grupo profissional representa papéis fundamentais na qualidade da assistência prestada. Entretanto, entende que são profissionais acostumados a ter grande autonomia decisória e que apresentam uma personalidade centralizadora e de difícil trato.

O superintendente encara seu corpo clínico como o principal problema e a melhor solução das dificuldades assistenciais que enfrenta, sendo caracterizado por uma personalidade centralizadora e exclusivista. Um dos traços profissionais que mais valorizou tem sido a capacidade que estes profissionais apresentam de buscar soluções inteligentes diante das restrições que por vezes sua organização tem que passar.

Com relação aos principais motivos de conflitos relata as tentativas de "bypass" com que tem que lidar, especialmente por parte de professores de alto grau de certificação acadêmica e as freqüentes crises entre departamentos competindo por recursos.

- Organização 3 – Onde a presidência da Diretoria Executiva é ocupada por um economista e a superintendência por um administrador hospitalar, estruturou seu corpo clínico sob um regime fechado com contratação de parte dos serviços de apoio pela CLT e os serviços assistenciais com terceiros.

A visão do presidente da Diretoria Executiva é que os médicos são profissionais de personalidade centralizadora, de difícil relacionamento, tendendo a ser exclusivistas e isolacionistas.

A visão da superintendente acerca dos mesmos é que estes são elementos importantes para o hospital sendo responsáveis pelo seu equilíbrio financeiro e a qualidade da assistência prestada.

Entre as razões principais dos conflitos existentes com a categoria se encontram seu pequeno envolvimento com a organização e o desenvolvimento de associações ou grupos de interesse não coincidentes com os institucionais.

- Organização 4 – caracterizada pela presença de um empresário na presidência e um administrador na diretoria administrativa. Dispõe de um corpo clínico fechado em que prevalecem contratos formais e terceirizações.

O presidente da Diretoria Executiva relata uma dificuldade muito grande de relacionamento com os atuais componentes de seu corpo médico, faltando-lhe confiança em sua capacidade técnica e no engajamento com a organização.

O diretor administrativo entende o médico como fundamental na prestação de assistência com qualidade, porém reconhece comportamentos egocêntricos e exclusivistas que dificultam o relacionamento com a organização.

Os principais motivos de conflitos identificados foram a grande resistência às mudanças propostas e a organização de grupos de interesses nem sempre comuns à organização.

- Organização 5 – que dispõe de um engenheiro aposentado na presidência e um médico na superintendência do hospital, apresenta um corpo clínico fechado que concentra relações contratuais formais via CLT e terceirizações.

O presidente da Diretoria Executiva encara a profissão médica como uma das mais valorizadas socialmente, porém entende que é muito difícil o relacionamento com estes profissionais, especialmente em função dos novos modelos de relações contratuais que eliminam a possibilidade de incorporação de novos talentos.

O superintendente encara o médico como o principal agente da assistência. Entretanto, reconhece que é extremamente difícil seu relacionamento com estes personagens, em função de seu comportamento centralizador e exclusivista.

Entre as causas principais de conflitos com estes profissionais identificaram-se a resistência às mudanças e o pouco envolvimento com a organização.

- Organização 6 – que apresentou um advogado na presidência do Conselho Diretor e um engenheiro na superintendência, organizou seu corpo clínico sob

um regime fechado, em que predominam as relações formais e as terceirizações. Além disto, participam também do corpo clínico professores da fundação mantenedora do curso médico.

O presidente do Conselho Diretor relatou a importância que estes profissionais tem para a organização ressaltando porém, seus traços de vaidade e centralização como importantes elementos condicionantes da atuação.

O superintendente geral entende que os médicos são indivíduos autoritários e que desenvolvem com frequência jogos e manipulações da estrutura organizacional com intuito de obtenção de vantagens pessoais.

Entre os motivos mais importantes de conflitos estão a resistência a transformações e a presença de práticas competitivas, especialmente entre professores e especialistas.

- Organização 7 – que organizou suas funções de liderança dentro de um regime de compartilhamento de responsabilidades entre o presidente do Conselho de Administração, um empresário, e o presidente da Diretoria Executiva, um médico e professor universitário, apresenta um corpo clínico fechado caracterizado pela atuação do corpo de professores da Unifesp, seus especialistas e médicos residentes, que atuam sob um regime contratual específico regulado pela legislação do serviço público.

A visão do presidente do Conselho de Administração é que estes profissionais constituem os elementos mais importantes da assistência.

A visão do presidente da Diretoria Executiva é que os médicos são parceiros e responsáveis pelos resultados obtidos e reconhecimento que a organização goza na comunidade.

Identificaram-se como causas dos conflitos observados o pouco envolvimento dos profissionais e a resistência a mudanças.

- Organização 8 – caracterizada pela presença de um advogado na presidência da Diretoria Executiva e de um médico na superintendência, dispõe de um corpo clínico aberto. Os regimes contratuais prevalentes são o

credenciamento de médicos que atuam em clínicas privadas, alguns serviços de suporte clínico contam com médicos contratados formalmente pela CLT e outro grupo se vincula ao hospital por contratos de terceirização.

A visão da principal liderança a respeito dos profissionais é que se constituem nos principais agentes da assistência e parceiros organizacionais.

A visão do principal executivo é que o grupo médico é fator determinante da qualidade assistencial e se caracteriza por papéis centrais no desempenho da organização, devendo participar do processo de promoção da qualidade e de inserção social que a organização se propõe a desenvolver.

Quanto às principais causas de conflitos entre os médicos e a administração, identificaram-se a concorrência entre médicos por pacientes institucionais e as situações de "bypass" da administração por médicos junto a Diretoria Executiva.

- Organização 9 – que estruturou seu Conselho Médico e superintendência sob comando médico, organiza um corpo clínico aberto. Os regimes contratuais mais importantes são o credenciamento de profissionais de alto renome e competência, a contratação formal por CLT e a terceirização.

A visão do presidente do Conselho Médico é que estes profissionais constituem o corpo essencial determinante da qualidade da assistência, a despeito das características de centralização e autoritarismo.

O superintendente geral reconhece no grupo médico o principal agente da assistência e a capacidade de parceria que estes profissionais tem apresentado em relação ao hospital.

Entre as causas de conflitos identificadas estão a competição pelos pacientes institucionais e a concorrência entre profissionais da mesma especialidade.

- Organização 10 – cuja presidente da Diretoria Estatutária é médica e a superintendente é administradora hospitalar, dispõe de uma organização do corpo clínico fechada. Os contratos de profissionais médicos são os formais e as terceirizações de alguns serviços de suporte. Além disto, a organização

utiliza um grande número de residentes em diversas áreas na prestação de seus serviços que apresentam um regime especial de contratação.

A presidente da Diretoria Estatutária encara a profissão como uma das mais importantes para a atenção à saúde, inclusive estabelecendo uma visão religiosa em relação à atividade.

A diretora superintendente entende que a profissão médica é a mais importante para a organização, porém identifica dificuldades de relacionamento deste profissional em função de sua tendência centralizadora.

Os principais conflitos observados referem-se à resistência que estes profissionais apresentam em relação aos processos administrativos da instituição.

- Organização 11 – caracterizada pela presença de um médico na presidência do Conselho Deliberativo e um economista na diretoria geral do hospital, dispõe de um corpo clínico fechado. Os principais regimes contratuais são os contratos formais por CLT, as terceirizações e o credenciamento de especialistas como autônomos, a partir de indicação de uma comissão médica. Além disto, o corpo docente do curso médico dispõe de capacidade de veto ou intervenção sobre a prática de qualquer médico habilitado a atuar no hospital. A visão do presidente do Conselho Deliberativo acerca dos profissionais médicos que atuam na organização é que estes são os agentes fundamentais na definição do processo assistencial.

A visão do diretor geral do hospital é que estes profissionais, apesar de serem exclusivistas e autoritários, constituem o principal núcleo de parcerias da instituição.

Entre os principais conflitos identificados estão a resistência às transformações propostas pela universidade e a forte concorrência entre profissionais de mesmas especialidades.

O quadro 12 procura explicitar os modelos de administração existentes nas organizações estudadas, as formas de gerenciamento do corpo clínico, a

participação médica nos processos decisórios e o grau de organização do corpo clínico, segundo a visão dos executivos principais.

QUADRO 12 –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.

| ATRIBUTO/ ORGANIZAÇÃ | 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. |
|-------------------------|--------------------------------------|---|---|--|--|--|
| Org. 1 | 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 com intenção de alavancar negociações. |
| Org. 2 | 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. |
| Org. 3 | Superintendente geral | Centralizado em todos os níveis | Gerência médica. | Baixa | "Bypass" incipiente sobre a administração profissional. | Baixo. Inexiste organização médica |
| Org. 4 | Diretor administrativo | Centralizado em todos os níveis | Diretoria clínica | Baixa. | Resistência à autoridade da diretoria clínica | Elevado. Existência de grande contingente de médicos representantes do sindicato regional. |
| Org. 5 | Superintendente geral | Centralizado em todos os níveis | Superintendência geral e gerência médica | Baixa. | Resistência à autoridade da diretoria clínica | Baixo. Inexiste organização do corpo clínico |
| Org. 6 | Superintendente geral | Centralizado em todos os níveis | Conselho Médico consultivo e gerência médica | Elevada. Especialmente nos assuntos que envolvam, tecnologia médica, credenciamento do corpo clínico e gestão corporativa | "Bypass" sobre a administração profissional. Competição pelo paciente institucional. Competição por espaço político. | Médio. Organização existente privilegia atividades de ensino e pesquisa. |
| Org. 7 | Presidente da diretoria. | Compartilhado em todos os níveis | Presidência da diretoria. | Baixa. | "Bypass" sobre a administração. | Baixo. Inexiste organização do corpo clínico |
| Org. 8 | Diretor superintendente. | Matricial e compartilhado no operacional. Centralizado no estratégico | Superintendências geral e médica | Elevada. Especialmente nos assuntos que envolvam, tecnologia médica, protocolos assistenciais e credenciamento médico | "Bypass" sobre a administração profissional. Competição pelo paciente institucional. Competição por espaço político interno | Elevado. Existência de associação médica que atua nas negociações, e dispõe de articulação política interna |
| Org. 9 | Superintendente geral | Matricial e compartilhado no operacional. Negociado no estratégico | Conselho Médico, superintendência geral, e gerência médica. | Elevada. Especialmente nos assuntos que envolvam, tecnologia, protocolos assistenciais e credenciamento médico | "Bypass" sobre a administração profissional. Competição pelo paciente institucional. Competição por espaço político interno | Elevado. Organização existente privilegia os vínculos acadêmicos dos profissionais que se utilizam do hospital. |
| Org. 10 | Diretora superintendente. | Centralizado em to os níveis | Diretoria Estatutária e chefias de departamentos | Baixa. | "Bypass" sobre a administração profissional | Baixo. Inexiste Organização médica |
| Org. 11 | Diretor geral. | Centralizado em to os níveis | Diretoria clínica e coordenação acadêmica | Baixa. | Resistência à autoridade Competição por espaço político interno | Baixo. Inexiste Organização médica |

Com relação aos modelos de administração identificados, as organizações 1,7,8 e 9 apresentaram algum grau de desenvolvimento de matrizes organizacionais e compartilhamento das responsabilidades da administração com os demais níveis gerenciais. As demais organizações utilizaram-se de estruturas centralizadas e caracterizadas por um regime hierárquico das funções.

As organizações utilizaram-se ainda de estruturas diferentes para gerenciar sua relação com o corpo clínico. Na maioria delas, este processo é de responsabilidade do superintendente geral ou seu equivalente que empregaram estruturas específicas de gerenciamento médico. No entanto, as organizações 1,6, 9 e 10 contam com algum tipo de participação de suas lideranças corporativas no processo de gerenciamento desta relação, seja por meio da criação de conselhos específicos, seja pela atribuição deste tipo de responsabilidade a algum membro da Diretoria Executiva.

Em relação à participação médica do processo decisório organizacional, as organizações 1,6,8 e 9 dispunham de um elevado grau de atuação, especialmente nos assuntos que envolviam incorporação de novas tecnologias, credenciamento de novos colegas, desenvolvimento de protocolos médicos e relações com fontes pagadoras. Nas demais organizações, a participação apresentou-se de pequena relevância, à exceção das questões acadêmicas relatadas na organização 2.

Os graus de organização do corpo médico apresentaram-se de formas diferentes nas organizações com a observação de elevados níveis nos hospitais 1 e 8, que inclusive contavam com uma associação médica formalmente organizada e no hospital 3 onde se observou a presença de representação sindical da categoria. Além disto, nas organizações que contavam com profissionais relacionados à atividade acadêmica, como a 2, 6 e 9, também foram possíveis as valorizações destes vínculos. As demais organizações dispunham de uma baixa organização de seus médicos.

O quadro 13 procura estabelecer os mecanismos de validação da autoridade do executivo principal, a necessidade de reorganização administrativa e suas causas, as

dificuldades encontradas no processo e os principais mecanismos de superação destas, segundo a visão do "CEO".

QUADRO 13 –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.

| ATRIBUTO/ ORGANIZAÇ | Mecanismos de validação de ações | Necessidades de reestruturação | Causas da reorganização | Principais dificuldades encontradas | Mecanismos de Superação de dificuldades. |
|------------------------|--|---|--|---|--|
| Org. 1 | 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 |
| Org. 2 | 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 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 médica: no programa de reestruturação. |
| Org. 3 | Definição formal dos limites de autonomia do executivo | Readequação da estrutura de gestão | Equilíbrio do fluxo de caixa. Aumento da ocupação | Baixo engajamento dos demais participantes da diretoria. Pequeno interesse do corpo médico por questões da administração. | Promoção de eventos com a participação da diretoria e do corpo clínico para formulação de planejamento estratégico. |
| Org. 4 | Reunião de discussão com o presidente da Diretoria Executiva | Readequação da estrutura administrativa, comercial e de recursos humanos | Redução dos custos operacionais. Aumento da ocupação . Equilíbrio financeiro | Diretoria composta por membros de idade avançada, acomodados com o modelo de atuação. Conflitos permanentes com o corpo clínico, em função de problemas de remuneração. | Desenvolvimento de programa de formação em gestão destinado à diretoria. Negociação com o corpo clínico. |
| Org. 5 | Definição formal das competências e autonomia pelo estatuto | Não foram identificadas necessidades. | Implantação de nova unidade conveniada com Secr.Saúde. | Atuação da diretoria não tem se mostrado obstáculo à novas mudanças | Atuação da diretoria não tem se mostrado obstáculo à novas mudanças |
| Org. 6 | Definição de novo perfil organizacional validado por consultoria especializada | Readequação da estrutura de governança e de gestão | Equilíbrio financeiro. Redução da capacidade gerencial do presidente do Conselho Diretor | Cultura de centralização decisória. Dificuldades de participação de novos elementos e de implantação de um novo modelo de gestão. | Promoção de "workshops" de discussão e formulação do novo desenho organizacional. Apoio da consultoria |
| Org. 7 | Comportamento de tomada de decisões por modelo de colegiado. | Não foram identificadas necessidades. | Não foram identificadas necessidades. | Não foram identificadas necessidades. | Não foram identificadas necessidades. |
| Org. 8 | Definição formal das competências e autonomia pelo estatuto | Readequação da estrutura de gestão | Aumento da participação no mercado hospitalar | Resistência do corpo clínico credenciado para atuar no hospital. Interferência da diretoria. | Desenvolvimento de novo sistema médico. Implantação de novas tecnologias de suporte. |
| Org. 9 | Negociação permanente entre as várias instâncias de poder | Readequação da estrutura de governança e de gestão | Revisão das estratégias organizacionais. Reestruturação da governança corporativa | Resistência de instâncias corporativas ao redesenho de papéis por possível perda de poder. Pressões das fontes pagadoras por redução de custos. | Promoção de novas atividades de discussão e negociação de papéis. Renegociação de contratos com fontes pagadoras. |
| Org. 10 | Legitimação pela obediência aos votos religiosos | Não foram identificadas necessidades. | Implantação de nova unidade conveniada com Secr.Saúde | Atuação da diretoria não tem se mostrado obstáculo à novas mudanças | Atuação da diretoria não tem se mostrado obstáculo à novas mudanças |
| Org. 11 | Definição de novo perfil organizacional validado por consultoria especializada | Readequação da estrutura de governança e de gestão | Redução dos custos operacionais. Implantação de estrutura de ensino | Resistência do corpo médico não vinculado a docência. Manipulação de associados e conselheiros | Implantação de nova estrutura de gestão. Apoio de consultoria na implementação de novos processos assistenciais. |

Com relação aos mecanismos de legitimação da autoridade do executivo principal, necessidades de reestruturação e suas causas, principais dificuldades encontradas e mecanismos utilizados para sua superação, as organizações apresentaram comportamentos que podem ser mais bem compreendidos com a descrição das situações específicas:

- A organização 1 – valida as ações estratégicas de seu executivo por um mecanismo de discussão e aprovação formais em reuniões que envolvem toda a Diretoria Executiva. As ações táticas e operacionais são aprovadas diretamente pelo presidente. Entre as necessidades de reestruturação identificadas estavam a reorganização das estruturas administrativas, de atividade comercial e de recursos humanos. As razões apontadas para esta foram o aumento da ocupação dos serviços assistenciais, a redução dos custos operacionais e a busca do equilíbrio financeiro da organização.

As dificuldades encontradas no processo se referiram à resistência do corpo funcional, aos conflitos de interesses com o corpo médico e a interferência política de diretores e conselheiros para a manutenção de privilégios. Os mecanismos encontrados para atuar sobre estas dificuldades foram compostos, basicamente, pela atuação permanente junto aos representantes da Diretoria Executiva e a negociação com os grupos de interesse.

- A organização 2 – A atuação das duas lideranças se faz sob um regime de compartilhamento permanente das decisões, tanto estratégicas, quanto tático-operacionais, com conseqüente atuação conjunta no sentido de comunicação e implementação de ações. A principal necessidade de reestruturação foi a revisão e nova modelagem da estrutura de governança e da administração dos serviços assistenciais, e partiu de pressão de agente financeiro externo envolvido com o saneamento financeiro da instituição.

As dificuldades observadas se referiram à cultura tradicional da governança da instituição e à resistência de parte do corpo docente à perda de sua

capacidade de influência e de poder. A administração utilizou-se de mecanismos de promoção de atividades de esclarecimento acerca das reais condições da irmandade e negociação dos papéis da governança. Da mesma forma, procurou envolver as chefias dos departamentos médicos no programa de reorganização administrativa.

- Organização 3 - Legitima as ações de sua executiva principal por meio da formalização de suas funções, segundo as determinações estatutárias e definições diretas do presidente da Diretoria Executiva. A readequação da estrutura de gestão da entidade mostrou-se como a necessidade mais importante e foi, segundo os discursos de ambos os líderes, decorrente da obrigação de equilíbrio do fluxo de caixa e do aumento da ocupação do hospital.

Entre os principais entraves identificados para a reorganização foram citados o baixo engajamento dos demais participantes da diretoria e o pequeno interesse do corpo médico em relação às questões administrativas da instituição. Promoveram-se eventos específicos, com a participação de todos os diretores e parte do corpo clínico institucional na formulação do plano estratégico da instituição, como forma de vencer estas resistências.

- Organização 4 – Valida as ações do executivo principal por meio de reuniões de discussão e aprovação em conjunto com o presidente da diretoria. Foram identificadas necessidades de readequação da estrutura administrativa e de produção da organização em virtude de imperativos de ordem financeira, redução de custos e aumento da ocupação.

Entre as dificuldades apontadas situaram-se as idades avançadas e relativas acomodação dos componentes da diretoria e a presença de um ambiente de permanente conflito com os médicos em função de problemas remuneratórios de suas atividades. Os mecanismos encontrados para a superação destas foram o desenvolvimento de programas de palestras e cursos sobre gestão corporativa e administração hospitalar para a diretoria e a instalação de canais

de negociação com os médicos, com mudanças na estrutura de gerenciamento do corpo clínico.

- Organização 5 – estabelece formalmente as competências e a autonomia por documento estatutário da Organização Social de Saúde. A organização não identificou necessidades de reorganização. Entretanto, para a implantação do contrato de gestão com uma nova unidade hospitalar da Secretaria da Saúde estruturou um grupo de trabalho específico.

Não foram identificados dificuldades e obstáculos por parte da diretoria à atuação do executivo principal.

- Organização 6 – definiu o novo perfil organizacional e o validou com o apoio de consultoria especializada e de renome internacional. A organização identificou, a partir da ação da consultoria, a necessidade de readequação das estruturas de governança corporativa e de gestão da unidade hospitalar.

Os obstáculos enfrentados se relacionaram à cultura de centralização decisória existente, às dificuldades de participação de novos membros e de implantação de um novo modelo de gestão. Para atuar sobre estes, a consultoria contratada promoveu vários eventos de discussão e formulação do novo projeto organizacional.

- Organização 7 - A organização, desde sua criação, procurou implantar um modelo de compartilhamento decisório entre os representantes do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva, tendo, em consequência, a legitimação emanada destes fóruns conjuntos. Não ocorrem, na atualidade, movimentos de reestruturação.

- Organização 8 – Definiu formalmente as competências e atribuições do executivo principal em determinação estatutária. Identificaram-se necessidades de reestruturação dos modelos assistencial e de gestão em função de decisão estratégica de aumentar a participação do hospital no mercado em que atua.

Entre as dificuldades enfrentadas foram identificadas a resistência do corpo clínico credenciado e interferências da parte médica da Diretoria Executiva em aceitar as mudanças propostas. Como encaminhamento de solução, a organização procurou desenvolver um novo sistema de gestão do corpo clínico que buscou contemplar a participação dos vários grupos envolvidos, inclusive da associação médica existente. Além disto, a instituição procurou investir em novas tecnologias médicas e de informações que estimulassem a manutenção dos médicos em seu ambiente institucional, como por exemplo, com o desenvolvimento do conceito de “universidade corporativa” e a implantação de programas de atualização de conhecimentos à distância. (telemedicina).

- Organização 9 - Estabeleceu um regime de negociação informal entre as várias instâncias de poder existentes, quer em nível corporativo, quer executivo, que dá consistência e legitimidade às ações do executivo principal. Entre as necessidades identificadas por ambos entrevistados estão as readequações das estruturas de governança e de gestão da entidade mantenedora. Estas são decorrentes da revisão das estratégias de atuação da organização face ao mercado supletivo de assistência e do momento institucional que se caracteriza por uma realocação dos papéis corporativos. Entre as resistências observadas estão as de alguns representantes da liderança quanto ao redesenho de seus papéis e conseqüente perda de poder e as pressões das fontes pagadoras por redução dos custos da assistência. A instituição tem trabalhado estas questões com a promoção de fóruns de discussão e negociação dos papéis e com a renegociação de seus contratos com as fontes pagadoras.

- Organização 10 – Legitima as ações de sua executiva pela obediência irrestrita aos votos religiosos da ordem. Não foram identificadas, nesta organização em especial, processos de reestruturação. Além disto, não têm sido observados obstáculos às mudanças, por parte da Diretoria Estatutária.

- Organização 11- Teve seu novo perfil organizacional validado por uma consultoria especializada em gestão e chancelado pela alta administração da universidade comodatária. Além disto, procurou implantar modificações estatutárias e regimentais que configuraram um novo arcabouço de regras acerca da dinâmica e do funcionamento do hospital. Passa por um processo de readequação das estruturas de governança e de gestão organizacional em função de necessidades de implantação de seus programas acadêmicos e de redução do custo operacional.

Entre as dificuldades mais importantes apontadas estão a resistência do corpo médico não vinculado à docência e a manipulação política que associados e conselheiros mais antigos promovem junto à comunidade local. Como forma de fazer face a estas, a organização tem procurado implantar um modelo de planejamento e uma nova estrutura administrativa que envolva as chefias dos departamentos médicos, com o apoio da consultoria contratada.

O quadro 14 procura colocar informações obtidas junto aos dois representantes das organizações entrevistados acerca de eventos, ações ou políticas implementadas no último ano de atividade, e a eventual concordância ou discordância entre as interpretações de ambos.

QUADRO 14 –Exemplos de ações implementadas no último ano, segundo a principal liderança corporativa e o principal executivo., nos hospitais sem fins lucrativos estudados.

| EXEMPLO/ ORGANIZAÇÃO | CITAÇÃO DA PRINCIPAL LIDERANÇA CORPORATIVA | CITAÇÃO DO EXECUTIVO PRINCIPAL | CONCORDÂNCIA/ DISCORDÂNCIA |
|-------------------------|--|---|-------------------------------|
| Org. 1 | Implantação do regime orçamentário. | Estudo da implantação de um sistema de fornecimento de energia que eliminou a vulnerabilidade do Hospital face ao racionamento | DISCORDÂNCIA. |
| Org. 2 | 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 |
| Org. 3 | Reorganização da estrutura de gestão com substituição da superintendência. | Substituição da estrutura de gestão da superintendência eliminação dos cargos de super.adjuntos. | CONCORDÂNCIA |
| Org.4 | Substituição do diretor administrativo, com apoio de consultoria e negociação junto ao Conselho Deliberativo | Discussão e reforma do novo regimento interno e reorganização do corpo clínico. | DISCORDÂNCIA. |
| Org.5 | Planejamento para a assunção de um segundo hospital em regime de contrato OSS | Negociação para a criação do serviço de quimioterapia. | DISCORDÂNCIA. |
| Org.6 | Reforma do estatuto e da estrutura de governança corporativa. | Elaboração do plano de investimentos para o ano seguinte com o envolvimento da diretoria e dos médicos | DISCORDÂNCIA. |
| Org.7 | Campanha institucional para levantamento de fundos junto a uma rede de "fast-foods" | Campanha institucional para levantamento de fundos junto a uma rede de "fast-foods" | CONCORDÂNCIA |
| Org.8 | Criação de um novo sistema de gerenciamento das relações com os clientes institucionais, o "client-care". | Desenvolvimento de uma nova plataforma de comunicação e transferência de informações médicas com base em tecnologia web. | DISCORDÂNCIA. |
| Org.9 | Constituição de grupo de discussão e planejamento para a revisão das estratégias organizacionais e a proposição de nova estrutura de governança. | Participação no grupo de discussão implementado para tratar das estratégias organizacionais e revisão da estrutura de governança corporativa. | CONCORDÂNCIA |
| Org.10 | Planejamento para a assunção de um segundo hospital em regime de contrato OSS | Planejamento para a assunção de um segundo hospital em regime de contrato OSS, em conjunto com a diretoria estatutária. | CONCORDÂNCIA |
| Org.11 | Elaboração dos programas de internato e residência médica. | Elaboração dos programas de internato e residência. Busca de reconhecimento do curso de medicina pelo MEC. | CONCORDÂNCIA |

Com relação à concordância das observações citadas, foi possível identificarmos exemplos comuns nas citações dos representantes das organizações 2,3,9,10 e 11. As demais apresentaram diferenças no entendimento de medidas que efetivamente foram importantes para as organizações e suas administrações.

Além disto, as observações das principais lideranças apresentaram um viés mais voltado para questões estratégicas, à exceção da organização 11, enquanto os executivos principais das organizações situaram seus exemplos com uma

abordagem mais operacional e voltada para a garantia da assistência. Por exemplo, as organizações 1,4, 5 e 8 demonstraram atividades que, em essência, envolviam-se diretamente com o equacionamento de questões de suporte e facilitação da atividade gerencial.

DISCUSSÃO.

As organizações estudadas compuseram um grupo restrito de hospitais sem fins lucrativos, cuja constituição variou no tempo e nas razões apontadas para sua instalação. A mais antiga das sociedades mantenedoras, conforme descrição no anexo III, organizou-se ainda durante o período colonial e teve presença importante no desenvolvimento tanto do modelo de assistência atualmente vigente, quanto no processo de educação e formação médica no Brasil. Por outro lado, a mais recente estruturou-se a partir de iniciativa de um grupo peculiar de filantropos e médicos, cujo interesse declarado foi o de prover uma assistência de qualidade a um segmento clínico específico, a oncologia pediátrica, que propiciasse condições de promoção do trabalho assistencial e aliasse a competência para o desenvolvimento de pesquisas médicas. Entre as duas, uma gama de situações diferentes puderam ser observadas, com uma concentração de matrizes operacionais de longo tempo de existência.

As razões apontadas pelas lideranças para a organização dos empreendimentos se fundaram em argumentos que envolveram vários tipos de interesse, a saber:

- Vocação caritativa pessoal dos empreendedores.
- Cultura social prevalente na comunidade envolvida com o processo de instituição.
- Necessidades das comunidades nas quais se instalaram os hospitais.
- Possibilidade de atuação de grupos médicos e assistenciais específicos.
- Criação de estruturas assistenciais abertas e que eliminassem barreiras e preconceitos em relação   população de usuários.
- Participação nos espaços e na vida da comunidade por meio de iniciativas que melhorassem sua condição e incrementassem a sua qualidade.
- Razões de ordem econômica, como por exemplo, com o favorecimento da preservação da saúde dos trabalhadores.
- Motivos religiosos e de crença dos empreendedores.

Contudo, a despeito destas causas e atributos originais, as organizações incorporaram em suas práticas operacionais novos padrões e comportamentos que fizeram parte do contexto social, econômico e cultural dos meios em que estavam inseridas, e adotaram modelos de atuação pautados pela busca de sua sobrevivência e manutenção do equilíbrio de interesses dos diversos grupos a elas associados. Por exemplo, a atuação dos profissionais médicos, a forte influência das fontes pagadoras e o desenvolvimento de plataformas de atendimento que valorizaram técnicas melhor remuneradas evidenciam características restritivas comuns a todas as organizações estudadas, com evidente concentração de fatores de ordem financeira na definição dos modelos de atuação.

Da mesma forma, as mudanças dos cenários, com a implementação de novos mecanismos legais reguladores da atividade, as pressões sociais recentes em relação à validade e ao custo social da manutenção de benefícios fiscais, e a conseqüente regulamentação legal da atividade filantrópica passaram a fazer parte do cotidiano deste tipo de organização, dentro de uma perspectiva de sobrevivência financeira e garantia de condições mínimas de assistência, como pôde ser observado nos discursos da maioria das organizações estudadas.

Neste contexto, foi possível a inferência de que, a despeito dos propósitos e intenções originais, as organizações tiveram de se adaptar às condições e contingências do mercado de atuação médica, às pressões sociais e políticas das comunidades usuárias, ao modelo tecnológico do setor e aos padrões de comportamento e cultura prevalentes nas profissões nucleares. De certo modo, estes fatores podem estar associados aos vários aspectos comuns entre as organizações estudadas e às semelhanças de processos existentes, quer sejam nas práticas assistenciais, quer na gestão e administração.

A conjuntura com que as organizações se defrontaram em cada momento, em relação aos mecanismos de remuneração de suas atividades, permitiu a classificação de dois grupos principais: os hospitais que privilegiavam as fontes

pagadoras ligadas ao sistema supletivo e os que concentravam sua atuação aos pacientes do Sistema Único de Saúde. As diferenças entre os dois grupos foram consideráveis, assim como as preocupações e dinâmicas administrativas com que as lideranças e os responsáveis pela gestão tiveram com que lidar.

Em essência, os parques produtivos dos hospitais que atendiam aos convênios e pacientes privados se caracterizaram por uma melhor qualidade de hotelaria, maior habilitação de seu pessoal operacional e um padrão de tecnologia médica ligeiramente mais moderna. De modo similar, questões relacionadas às funções de administração mercadológica, financeira e da produção estiveram presentes nos discursos das principais lideranças deste grupo.

De forma diversa, os hospitais que concentraram sua assistência nos pacientes do Sistema Único de Saúde apresentaram estruturas mais modestas e embasadas em tecnologias mais antigas. Suas estruturas de pessoal envolveram, na maioria das vezes, o suporte adicional de programas de formação em profissões de saúde, como por exemplo cursos específicos em áreas técnicas, de enfermagem e de residência médica, com conseqüente redução da capacidade resolutiva e operacional dos quadros. As questões mais importantes se relacionaram ao equilíbrio financeiro e de administração do fluxo de caixa e as funções administrativas de controladoria e operação assistencial foram as que receberam maior ênfase das lideranças.

Outro enfoque relacionado à natureza econômica das organizações é o que se refere ao modelo de constituição de seus patrimônios. Na origem, o mecanismo mais importante se caracterizou pela busca de recursos ("fund-raising") destinados especificamente à implantação das unidades estudadas, tendo sido possível a identificação de dois modelos mais importantes: a dotação ou instituição de legados com fins específicos e o envolvimento das comunidades instituidoras em campanhas e projetos de captação para a composição de fundos com o mesmo fim. Entretanto, em tempos mais recentes, esta fonte de recursos tem apresentado uma

tendência acentuada de diminuição, segundo alguns relatos, a menos de 1% das necessidades financeiras das instituições. Além disto, na maioria das vezes, estes recursos estão associados a projetos específicos, geralmente relacionados à incorporação de novos ativos que possibilitem a exposição social dos doadores e apresentam pequena aplicação ou utilidade na solução de problemas ou dificuldades financeiras das organizações.

De uma forma geral, as organizações se caracterizaram pela assunção de ações significantes no contexto de assistência das comunidades em que se inseriam. A despeito de suas especificidades e características internas, a organização dos serviços prestados e a abrangência de processos assistenciais tornados disponíveis às populações de usuários demonstraram que a relevância dos hospitais para as comunidades se relacionava essencialmente ao parque hospitalar disponível, à concentração de competências assistenciais específicas e à imagem que cada uma das instituições gozava junto à população.

Neste sentido, foi possível identificar, em relação aos dois grupos citados, papéis e comportamentos diferentes, com concentração de fatores específicos, como por exemplo:

Em relação ao grupo de hospitais em que predominaram os atendimentos ao sistema supletivo,

- A visão mercadológica e de competitividade entre as organizações, quer sejam as sem fins lucrativos, quer as ligadas a empreendimentos privados.
- O desenvolvimento da noção de importância dos clientes principais, com conseqüente aplicação de modelos diferentes de tratamento de cada uma de suas categorias.
- A implantação de mecanismos de gerenciamento de conflitos e do risco associado à atividade com a criação de estruturas de administração das relações com clientes/pacientes, fontes pagadoras e corpo médico.

- A emergência de um discurso de valorização da profissionalização da gestão, em função das necessidades de reestruturação permanente dos processos existentes.
- A busca de novas competências e habilidades com predominância do enfoque de resultados financeiros na decisão acerca de quais novos processos devem ou não ser incorporados à assistência.
- A procura mais enfática por canais de comunicação corporativa (mídia escrita, especialmente) e exposição da atuação da organização face ao seu mercado.
- A articulação das principais lideranças das organizações no intuito de preservar, por meio de atuação política, os benefícios fiscais e previdenciários que usufruíam.

Em relação ao grupo de hospitais em que predominaram os atendimentos ao Sistema Único de Saúde,

- A predominância da visão de administração financeira com ênfase acentuada na gestão de custos e na busca de um "mix" de serviços que possibilitasse a sustentação de um equilíbrio do fluxo de caixa e o desenvolvimento de novos serviços destinados ao mercado supletivo.
- A concentração de ações de articulação política e busca de apoio institucional no sentido de desenvolver uma noção de importância dos hospitais para o sistema local de saúde e para o poder público.
- A superação do planejamento e dos modelos administrativos formais por um mecanismo de gestão de caráter emergencial decorrente das dificuldades operacionais e financeiras. Como consequência deste traço, o gerenciamento de se processava, em muitas organizações deste grupo, de forma amadora e contingencial com sobrecarga da liderança principal, ao invés da administração profissional.

- A valorização do trabalho voluntário e não remunerado em oposição à profissionalização da gestão, em função das necessidades permanentes de economia de recursos.
- O posicionamento favorável ao atendimento das necessidades do Sistema Único de Saúde ou das autoridades de saúde sem uma efetiva avaliação do potencial de produção da organização ou da consideração de suas vocações e habilidades, com predominância do enfoque de ocupação dos serviços na decisão acerca de quais novos processos devem ou não ser incorporados.
- A baixa preocupação com a busca de canais de comunicação corporativa e com a qualidade da exposição da atuação organizacional.
- A inserção de estruturas de ensino que propiciassem uma redução dos custos com pessoal e possibilitassem a fruição de benefícios financeiros oriundos da reclassificação do hospital como universitário (o Ministério da Educação institui mecanismos de compensação financeira adicional aos hospitais que dispõem de residência médica e programas de especialização e pós-graduação)
- A articulação das principais lideranças das organizações no intuito de incrementar, por meio de atuação política, a alocação de recursos públicos, e a fruição de benefícios fiscais e previdenciários.

Além da importância que as organizações representaram para os sistemas de assistência médica, foi possível a percepção de alguns outros papéis acessórios que constituíram parte relevante dos discursos e das práticas observadas. Em essência, as organizações buscaram associar sua imagem a ações de promoção social, ao desenvolvimento de ambientes de ensino e pesquisa e de políticas de suporte a segmentos sociais menos favorecidos. Entretanto, mesmo em relação às ações decorrentes destes papéis, torna-se importante salientar traços e interesses associados que colocam em cheque as razões e objetivos propostos:

Em relação às ações sociais de caráter diverso aos vinculados à assistência médica:

- O desenvolvimento de ambientes e espaços para a participação de associados e a valorização do corpo social.
- A obtenção de reconhecimento por parte de outras instituições.
- A mobilização comunitária em defesa da atuação institucional.
- A consolidação do apoio e participação na definição de políticas públicas.

Em relação às chamadas atividades científicas e de ensino e pesquisa:

- A criação de mecanismos de validação e reconhecimento das competências e habilidades dos principais associados, especialmente aqueles ligados à profissão médica.
- A associação dos conceitos de valor, competência técnica e capacidade de construção de conhecimento ao ambiente da organização num contexto de validação de suas ações e atuação.
- A agregação da noção de “excelência” associada à produção científica como fator diferencial competitivo, especialmente nas organizações que prestavam serviços aos sistemas supletivos.
- O desenvolvimento de modelos de ensino e formação especializada como fatores fundamentais ao desempenho nas organizações que se dedicavam ao atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde.

Em relação à condição de filantropia:

- Com a busca de um discurso que legitimasse os papéis e ações da organização face ao seu ambiente comunitário e poder público.
- A preocupação permanente com os benefícios associados à condição de entidade sem fins lucrativos.
- A justificação de sua importância social e criação de mecanismos de participação que possibilitassem a alavancagem de recursos de outras origens.
- Com o desenvolvimento de propostas de participação que implicassem em aproximação e inserção de representantes de relevância social e econômica.

- Com a elaboração de uma prática discursiva fundamentada em argumentos e doutrinas de fundo assistencialista, cujas bases se vinculam ao modelo de pensamento derivado da ética judaico-cristã.
- Com a substituição dos conceitos de lucro ou resultados de ordem financeira pelos de composição de fundo econômico social e patrimônio de propriedade coletiva.

O processo de liderança institucional observado nas organizações permitiu a percepção da prevalência dos papéis diretamente ligados às estruturas desenvolvidas para o controle social e corporativo, das configurações de administração profissionalizada e da importância das duas profissões nucleares principais como elementos fundamentais na definição do modelo de direção e atuação em todos os hospitais. De modo geral, as estruturas observadas baseavam suas formas e comportamentos em uma dinâmica que estratificava uma linha de autoridade comum, cujo centro foi o presidente da Diretoria Executiva, ou seu equivalente, um personagem coadjuvante importante, o superintendente, e a estrutura de produção e administração organizacional. Além disto, constituíram lideranças fundamentais, partes do corpo de médicos atuantes e do grupo responsável pelo gerenciamento do quadro de enfermagem.

Em relação a estes 4(quatro) grupos de atores, nas observações acerca dos desenhos de atuação e dos principais comportamentos utilizados no exercício da liderança, identificaram-se e qualificaram-se características comuns a todas as organizações estudadas. Em relação à principal liderança corporativa (presidentes de Diretorias Executivas e Estatutária, Provedoria, Conselhos Deliberativo, Superior e de Administração), por exemplo:

- Discurso de centralização da autoridade na maioria das organizações.
- Posicionamento de valorização da proeminência social e dos ganhos de prestígio decorrentes da posição (na verdade, até com o reconhecimento por parte de algumas lideranças de que estes "benefícios" seriam o equivalente a remuneração pelo sacrifício imposto pela função).

- Centralização das funções de relações públicas e institucionais com o desenho de papéis de representação e valorização das competências de interface com outras instâncias, organizações ou poder público.
- Disponibilidade de tempo parcial para a dedicação ao trabalho voluntário.
- Pouca disposição para atuação em questões ordinárias e operacionais das organizações, com conseqüente delegação aos representantes da administração que dispunham de maior capacidade de trabalho e presença nos ambientes organizacionais.
- Envolvimento mais acentuado com definições estratégicas e de movimentação de recursos de grande vulto.
- Principal agente de articulação da defesa das condições de associação e de filantropia.
- Entendimento mais abrangente do caráter social da organização (não exclusivamente dedicada à saúde).

Em relação à principal liderança da administração (superintendentes gerais, diretores gerais, executivos e administrativos), por exemplo :

- Como no caso dos presidentes, se pode observar a prevalência de um discurso centralizador da autoridade. A diferença principal é que nesta função, esta se processa basicamente sobre a estrutura administrativa e de produção assistencial não médica.
- Domínio do processo de gestão em todas as suas etapas, na maioria das organizações com conseqüente concentração de poder decisório acerca de questões operacionais e do dia a dia das organizações.
- Desenvolvimento de um modelo de relacionamento preferencial com os principais envolvidos com a atividade, como por exemplo, com a estrutura superior e o corpo médico.
- Concentração de energia nos aspectos de financiamento da atividade e de busca de controles das funções administrativas regulares.
- Enfoque nos clientes corporativos, especialmente fontes pagadoras.

- Proposição de processos de re-estruturação que alavancaram sua fatia de poder no âmbito organizacional.
- Predominância de um modelo de negociação na gestão dos conflitos, quer no ambiente interno, quer externamente à organização.
- Centralização das funções de relações internas e de inserção com os diversos grupos de interesse.
- Disponibilidade de tempo total de dedicação ao trabalho, em regime de contratação (com duas exceções).
- Atuação predominante sobre as questões ordinárias e operacionais das organizações.
- Menor envolvimento com questões estratégicas das instituições.
- Defesa da atuação empresarial e da visão da organização como negócio.
- Entendimento abrangente do caráter assistencial e de saúde da organização (em detrimento da visão social).

Em relação às lideranças médicas:

- Discurso de valorização das habilidades e competências específicas da profissão.
- Defesa de um modelo de atuação que centraliza o processo decisório sobre a questão assistencial em suas habilidades e conhecimentos.
- Alto grau de importância e de valorização social da prática médica.
- Padrões comportamentais centrados na autoridade e em traços de personalidade específicos, tais como, prepotência, isolacionismo e superioridade.
- Desenvolvimento de mecanismos de interação com as instâncias superiores que privilegiam seus interesses, em detrimento dos demais grupos presentes.
- Envolvimento com questões estratégicas afetas à sua prática e às suas especialidades.
- Práticas de "bypass" sobre a administração e estabelecimento de conflitos com esta, quando os interesses institucionais não são coincidentes com os seus.

- Defesa da visão que estabelece o hospital como um campo de atuação para seus pacientes e práticas.
- Entendimento do caráter assistencial e de saúde da organização, com predominância do enfoque técnico e de resolutividade individual (em detrimento das visões administrativas e sociais).

Em relação às lideranças de enfermagem:

- Com o desenvolvimento de um modelo de concentração de habilidades e centralização das funções assistenciais diretas.
- Com as responsabilidades maiores pela interface com os usuários e pacientes.
- Com a replicação de estruturas hierarquizadas e baseadas em um regime disciplinar rígido e autoritário.
- Com o estabelecimento de uma forte cultura corporativa e de defesa profissional no ambiente das organizações.
- Com a presença de aspectos importantes de subordinação ao profissional médico e à estrutura de comando das organizações.
- Com o desenvolvimento de mecanismos de interação com as instâncias superiores e demais estruturas organizacionais que implicam na acentuação dos seus traços de liderança interna.
- Envolvimento com questões operacionais e táticas afetas à sua prática.
- Defesa da visão que estabelece o hospital como uma entidade de suporte e assistência com conseqüente privilégio dos interesses dos pacientes.
- Entendimento do caráter assistencial e de saúde da organização, com predominância do enfoque técnico, de resolutividade e de cuidado do usuário.

Da mesma forma, algumas diferenças substanciais puderam ser observadas em relação ao exercício das lideranças nas organizações. Estas podem estar associadas aos traços culturais específicos de cada uma delas, às formas de inserção e importância das comunidades instituidoras, aos mecanismos de representação social e processo político decorrente, e às características de

personalidade dos principais envolvidos. Neste sentido, eventos relatados pelas lideranças e fatores observados durante o trabalho de prospecção e estudo dos casos permitiram a elaboração de uma lista de associações que assumem importância na interpretação destas diferenças, como se coloca abaixo:

- Amplitude e abrangência da liderança principal, em relação aos agentes internos. Lideranças que contavam com um reconhecimento explícito frente a comunidade interna da organização apresentaram maior concentração de autoridade e poder.
- Relação e liderança comunitária externa. Lideranças que dispunham de vínculos mais estreitos com as comunidades instituidoras contavam com mecanismos mais amigáveis de legitimação de sua autoridade.
- Motivação e engajamento com os propósitos e a missão da organização. Lideranças que se dispuseram a atuar nas organizações por princípios pessoais e sem vínculos de interesse específico dispunham de aptidões peculiares para o exercício das funções de comando.
- Experiência profissional e conhecimento acerca do setor de saúde. Direções cujo conhecimento do sistema se revelou mais abrangente dispunham de maior capacidade de gerenciamento de eventos que interferiam com questões estratégicas.
- Regimes de associação e mecanismos de participação social. Instituições que apresentaram maior abertura à participação social dispunham de maior envolvimento de seus associados com questões operacionais e de demanda interna.
- Mecanismos de instituição de comportamentos e legitimação do comando. Organizações que se aparelharam de estruturas formais de comunicação e validação das ações contavam com formas menos conflitivas de legitimação do comando e de reconhecimento das lideranças.
- Interesses pessoais e controle da estrutura de poder. Lideranças que apresentaram motivos de ordem pessoal interferiram com o controle da estrutura de governança de forma mais enfática.

- Interação com a administração e profissão de origem. Organizações em que os profissionais médicos participavam mais diretamente das principais lideranças apresentaram maior disposição para a resolução de conflitos e implementação de ações operacionais.

Além disto, e a despeito dos pontos comuns e das associações citadas, foi possível a percepção de que as organizações dispunham de características culturais próprias, geralmente associadas aos ambientes em que se inseriam, com a valorização de atributos específicos de cada uma das comunidades instituidoras.

A análise dos sistemas de governança das organizações permitiu a identificação de algumas categorias de estruturas com responsabilidades e papéis específicos. A primeira, composta pelas Assembléias Gerais e Conselhos Superior e de Administração. A segunda pelos Conselhos Deliberativos e Diretoria Estatutária. A terceira pelas Diretorias Executivas, Mesa Administrativa e Conselho Diretor em uma das organizações. Além disto, os presidentes ou coordenadores destas instâncias representaram, isoladamente, agentes cujos papéis assumiram importância fundamental no processo de governança corporativa.

Em princípio, as Assembléias Gerais genericamente se constituem nas instâncias máximas de poder no contexto da governança das organizações, com abertura de possibilidade de atuação dos associados, assumindo papéis de controle das determinações estatutárias, de admissão e desligamento de sócios e de eleição dos demais organismos e representantes das Sociedades mantenedoras. A rigor, a legitimação das ações de governança por qualquer das categorias citadas é oriunda destas assembléias, com duas exceções entre as organizações estudadas, uma fundação de direito privado e uma irmandade vinculada à ordem religiosa, que tem estes papéis exercidos pelo seu Conselho Superior e pela estrutura superior da ordem, respectivamente.

Entretanto, alguns pontos importantes que impactaram os modelos de governança foram passíveis de observação:

- A baixa participação social nas assembléias.
- A dificuldade de adesão de novos associados e conseqüente formação de lideranças.
- O poder de exclusão e veto à participação de associados de que os presidentes de conselhos e de diretorias de algumas organizações dispunham.
- O controle das assembléias por grupos envolvidos com outras instâncias diretivas.
- A utilização da capacidade de alterações estatutárias e regimentais com propósitos específicos, geralmente ligados a aspectos de facilitação do controle pelo corpo diretivo e manutenção do comando organizacional.
- A freqüência das reuniões e sua estrutura regimental que implicaram em modelos de chancela e aceitação das ações e determinações oriundas das principais lideranças.
- O nível de responsabilidade assumido pelos associados.

Em conseqüência, o exercício das Assembléias Gerais se configurou, na maioria das mantenedoras, como um evento de reunião e congregação de representantes do grupo ou comunidade instituidora, com os propósitos de conhecimento das ações e resultados da atividade, eleições e definições de representação, e como um canal de marketing interno da alta liderança frente a sua comunidade e associados.

Além disto, pelas próprias características de instituição original, as reuniões do Conselho Superior da fundação, e a assembléia das religiosas, citadas anteriormente, apresentaram características adjudicatórias das decisões tomadas pela alta administração.

Os Conselhos Deliberativos ou seus equivalentes, por outro lado, apresentaram papéis mais específicos em relação ao sistema de governança, com um relativo grau de superposição de funções com as Assembléias Gerais. Entre estes se

situaram a proposição formal de alterações estatutárias, as eleições ou indicações dos membros das Diretorias Executivas, a formação das comissões eleitorais, a aprovação de relatórios e balanços, a aprovação de aquisições e vendas de ativos de grande vulto e a assunção da Diretoria Executiva ou de parte de suas atribuições no caso de vacância extemporânea de cargos. Em termos práticos, esta ordem de liderança se caracterizou pelo exercício de funções legislativas e de suporte político às ações das principais lideranças, a despeito do estabelecido como sua responsabilidade, nos contextos de definições regimentais e estatutárias.

Da mesma forma que nas Assembléias Gerais, foram observados alguns pontos importantes na definição dos seus modelos de atuação:

- A frequência de reuniões dos conselhos e os mecanismos formais de interface com a Diretoria Executiva.
- A composição e o número de conselheiros.
- A diversidade de origem de seus membros, especialmente em relação a outras profissões e atividades.
- A participação de representantes deste grupo em trabalhos específicos e comissões de apoio da estrutura de governança.
- A inserção política que os caracterizava, tanto do ponto de vista externo quanto em relação à comunidade instituidora.
- Os vínculos que detinham com os instituidores originais.
- O relacionamento destes representantes com a principal liderança da Diretoria Executiva.

Cabe ainda salientar alguns aspectos específicos relacionados ao comportamento desta categoria, que configuraram diferenças substanciais nas organizações, em relação aos papéis desempenhados. Segundo a interpretação dos discursos, algumas organizações dispõem de conselhos participativos e envolvidos com as questões mais importantes, enquanto noutras estes se restringem às suas funções legais. Parte das organizações contam com estruturas que privilegiam o contato e o intercâmbio de experiências com os conselheiros, enquanto outras administram

esta relação em moldes de controle e contenção de demandas e conflitos dos demais associados. Algumas dispõem de conselhos com número elevado de participantes, enquanto noutras este é reduzido. Alguns conselhos reúnem-se com elevada frequência, enquanto outros apenas nos eventos de prestação de contas e de relatório da Diretoria Executiva. Na raiz destas diferenças, foi possível identificar propriedades das organizações que decorreram de sua cultura de exercício do poder, com valorização do bipolo centralização-democratização do espaço social das lideranças, e modelos de justificação comportamental baseados nas responsabilidades assumidas e na disposição para o trabalho voluntário.

As Diretorias Executivas e suas equivalentes constituíram-se, em termos práticos, nas principais instâncias de poder e governança corporativos das organizações. Variando na composição e qualificação de papéis dos seus participantes, apresentaram estruturas em que se identificaram funções de atuação direta e responsabilidade gerencial, como por exemplo:

- A administração da mantenedora.
- O cumprimento das determinações estatutárias, do Conselho Deliberativo e da Assembléia Geral.
- O estímulo às atividades assistenciais, de filantropia, ensino e pesquisa.
- A organização da administração dos hospitais.
- A contratação e demissão de pessoal.
- A autorização da constituição de procuradores.
- A alocação de recursos de qualquer ordem necessários à operação da organização.
- A sugestão de investimentos e aquisições de ativos.
- A manutenção de um sistema de informação às instâncias superiores.

E funções estratégicas e políticas :

- A definição do portfólio de serviços e produtos dos hospitais.
- A implementação de novos programas e a seleção de clientes corporativos.

- Os mecanismos de interação com outras organizações, fossem estas ligadas ao setor ou não.
- As práticas e critérios de seleção, credenciamento e relacionamento com o corpo clínico.
- As políticas de condução das atividades financeiras e de controladoria.
- O planejamento estratégico e a definição das prioridades institucionais.
- Os critérios de seleção, admissão e desligamento dos associados.
- O estabelecimento e a aplicação dos regimes disciplinares, quer se relacionassem às instâncias de governança, quer se referissem às atividades técnicas e administrativas.
- O processo de interface e relacionamento com autoridades e áreas de governo.
- A comunicação com as demais instâncias diretivas.

Entretanto, as diretorias das instituições apresentaram, também, outros comportamentos e práticas que permitiram a composição de um quadro adicional importante. Por exemplo, em relação à sua organização e à forma de interação entre seus membros observaram-se dois modelos mais comuns, o de subordinação e subserviência à principal liderança, e o de participação e questionamento de suas ações e decisões com base em um discurso de participação e democratização de espaços. Com referência à admissão de novos colaboradores, notaram-se o desencadeamento de jogos de interesse e defesa de posições de garantia de seus espaços políticos, e em relação aos modelos administrativos e respectivas estruturas, a disputa por áreas de influência e de vínculos com determinados segmentos de maior significância no âmbito organizacional. Em relação aos papéis e interesses profissionais, observaram-se a defesa de posições corporativas e o desenvolvimento de formas de controle e manipulação das instâncias diretivas.

A conjuntura de comando desenvolvida pela maior parte das organizações estudadas refletiu, de modo geral, aspectos já citados da cultura interna, assim como mecanismos de legitimação do domínio caracterizados pela valorização das

relações entre representantes e pela busca de maiores fatias de poder e reconhecimento institucional. Da mesma forma, este padrão definiu a origem da tendência de concentração de responsabilidades e poderes na figura da principal liderança, o presidente da Diretoria Executiva.

Os presidentes das Diretorias Executivas, ou seus equivalentes, constituíram-se na principal liderança corporativa, em todas as organizações estudadas. Entre as funções definidas por regimentos e estatutos, evidenciaram-se algumas de caráter comum, e outras específicas de cada organização, como por exemplo:

- O gerenciamento dos interesses da Sociedade mantenedora.
- A presidência das reuniões da diretoria.
- A convocação e instalação das Assembléias Gerais.
- A prestação de contas e relatório das ações da organização aos Conselhos Deliberativos e Assembléias Gerais.
- A proposição de novos associados.
- A sugestão de mudanças nos documentos estatutários.
- A representação da Sociedade mantenedora e do hospital.
- A prática, em conjunto com os diretores financeiros, de ações que implicassem em obrigações e/ou assunção de direitos para a organização.
- A participação em conjunto com as comissões eleitorais da formação de chapas e a designação de diretores nomeados.
- A responsabilidade pela seleção e contratação do executivo principal.
- O arbitramento de conflitos entre interesses e grupos profissionais.

Em termos práticos, a atuação deste personagem, acaba por se configurar como a mais relevante e central do modelo de governança. Apesar da maioria dos representantes entrevistados apresentarem um regime de dedicação apenas parcial ao desempenho de suas funções, estes se caracterizaram por uma presença mais freqüente e pelo envolvimento com questões operacionais e administrativas das organizações com conseqüente incremento de sua capacidade de influência sobre todos os aspectos da administração e da operação hospitalar.

Entre os fatores identificados, a partir dos discursos destas lideranças, que justificaram as formas de condução dos negócios e os comportamentos adotados, estavam os tempos de duração dos mandatos e respectivas responsabilidades no sentido de limitação dos compromissos a estes períodos; o relacionamento com os demais membros da diretoria e seu comprometimento com os programas institucionais; o tempo de exercício em funções de governança e conseqüente conhecimento dos problemas e formas para seu gerenciamento; a dinâmica de interação com a administração profissional e necessidades de reestruturação de processos assistenciais e administrativos, e as necessidades de comunicação intra-institucionais.

Neste sentido, pôde-se observar o desenvolvimento de plataformas de atuação caracterizadas por posições e comportamentos de concentração de responsabilidades e de comando:

- Centralização decisória, especialmente acerca de assuntos financeiros e estratégicos.
- Institucionalização dos mecanismos de aferição e modelos de comportamento sobre as virtudes deste personagem.
- Predomínio das atividades de comando, a despeito do enfoque dos discursos praticados.
- Confluência e conservação das informações consideradas estratégicas e passíveis de reserva sob seu domínio.
- Controle político dos diversos grupos de interesse, com a criação de mecanismos seletivos de acesso, premiação e sanção das condutas.
- Articulação para a manutenção do controle corporativo junto a outros segmentos políticos internos.
- Coordenação do planejamento e arbitramento das opções apresentadas.
- Criação de comissões de assessoria destinadas a assuntos específicos, como por exemplo, finanças, obras e planejamento.

- Criação de estruturas formais e informais de comunicação permanente com o executivo principal.
- Desenvolvimento de um bipolo de atuação , frente ao espaço organizacional interno, em conjunto com o executivo principal.

De forma geral, todos os entrevistados representavam segmentos importantes das comunidades instituidoras ou mantenedoras das instituições e dispunham de um relacionamento permanente com estas. Suas bases sedimentavam-se em relações de confiança, valor pessoal, reconhecimento pela atuação profissional, envolvimento com obras sociais e comunitárias e experiência administrativa anterior. Por outro lado, o exercício da função também propiciava o incremento da importância política no ambiente comunitário e das condições de visibilidade e exposição social com conseqüentes benefícios para a imagem pública. Estas causas foram, inclusive, citadas como as formas de retribuição pelo empenho voluntário, e serviram de motivo para várias práticas políticas percebidas durante o processo de pesquisa.

As concepções observadas acerca da profissionalização administrativa apresentaram duas vertentes principais de justificação. A primeira, com o entendimento de que este processo constituiria uma demanda essencial ao atendimento dos objetivos estratégicos e mudanças do setor e a segunda, com argumentos que valorizavam o voluntariado e a visão social das organizações. No fundo, esta distinção esteve associada às diferenças observadas nos dois grupos citados anteriormente, e tiveram uma motivação importante de causas financeiras no processo justificativo das diferenças.

Além disso, questões relacionadas à divisão de poder e perda de influência de representantes de grupos de interesse podem ter significado pontos importantes na decisão acerca da profissionalização e reestruturação administrativa. As organizações que passaram por estes processos alegaram que os impositivos para as mudanças tiveram origem nas necessidades de adequação gerencial e de

busca do equilíbrio financeiro, porém aspectos relacionados à forma de interação entre os grupos de interesse e aos papéis das lideranças corporativas, especialmente aquelas ligadas a profissão médica, influenciaram, em certa medida, os movimentos por profissionalização e reorganização.

Com relação aos perfis identificados como adequados para a ocupação das funções de principal executivo contratado, o papel dos presidentes de diretorias incluiu, na maioria das organizações, as responsabilidades de definição, seleção, contratação, avaliação de desempenho e substituição dos mesmos. Em relação a este aspecto em particular, o que se observou foi uma variação considerável dos critérios e propriedades considerados. Questões como formação profissional, experiência anterior, vivência do setor saúde, habilidade negocial, capacidade de liderança e visão empresarial emergiram como os principais elementos ponderados.

Não obstante, a dinâmica de interação entre este personagem e a principal liderança se relacionou diretamente com os momentos administrativos e com as necessidades de readequação pelos quais as organizações passavam, em situações em que as formas de atuação, a capacidade de liderança interna, o controle das máquinas administrativas e a habilidade de intercâmbio deste com os demais grupos da alta liderança corporativa se revelaram fundamentais na preservação e/ou substituição do "CEO".

As organizações estruturaram seus processos políticos em função de uma série de práticas e padrões comportamentais em que 3(três) componentes principais estiveram presentes: o modelo sucessório das várias instâncias de governança, a interação com os principais representantes da administração profissional e a capacidade de influência dos principais atores assistenciais, especialmente médicos. Em essência, percebeu-se um movimento permanente de todos os atores envolvidos nestes grupos de interesse cujo cerne foi a manutenção de privilégios e ou a conquista de maior espaço político.

Com relação ao modelo sucessório, apontaram-se fatores e propriedades do processo que se mostraram relevantes no condicionamento do modelo de governança e no controle da estrutura de liderança, tais como:

- A possibilidade de alteração das definições estatutárias quanto ao regime sucessório.
- O tempo de duração dos mandatos e a possibilidade de reconduções.
- A disponibilidade e o interesse de participação dos associados.
- O grau de autonomia e poder-decisório das funções eletivas.
- O número de associados eleitores e suas predileções.
- O reconhecimento social decorrente da participação.
- A situação econômico-financeira e patrimonial da instituição.
- A influência em áreas específicas da administração tais como compras, obras, finanças e assistência por representantes da governança.

Com referência à interação com a estrutura administrativa profissional, os seguintes pontos foram ressaltados:

- Controle da máquina administrativa.
- Disponibilidade de recursos ou restrições orçamentárias.
- Capacidade de influência dos superintendentes junto aos membros da Diretoria Executiva.
- Participação de representantes de ambos os grupos no processo de planejamento.
- Tamanho da instituição e composição dos quadros gerenciais.
- Ritmo e intensidade dos processos de reestruturação administrativos.
- Relacionamento e intercâmbio de informações entre diretores e membros da administração.
- Concentração do conhecimento e de informações consideradas estratégicas.
- Capacidade de influência e interferência por representantes do quadro assistencial junto a diretores médicos.

- Modelos de comunicação formal e informal , e credibilidade das informações oriundas da administração.

Com relação à capacidade de ingerência dos profissionais especializados, os aspectos ressaltados foram:

- Aspiração a uma participação mais efetiva junto aos órgãos de governança.
- Disponibilidade de tempo para maior conhecimento e envolvimento com as agendas das mantenedoras.
- Participação do processo de planejamento estratégico e de gestão dos recursos da organização.
- Defesa do exercício profissional, livre e sem constrangimentos administrativos ou de recursos.
- Vinculação mais clara ao macro-ambiente institucional, inclusive com inserção nas comunidades instituidoras.
- Estímulo ao desenvolvimento de mecanismos de referenciamento por parte do hospital.
- Associação de seus nomes e produção ao prestígio de que gozavam as organizações.

A dinâmica entre estes três componentes, entretanto, caracterizou-se por uma condição de interação pouco clara, com observações das lideranças entrevistadas que davam conta da complexidade e das sutilezas que envolviam o processo. Fatores como o tempo de atuação, a preservação de papéis e a busca por um discurso de justificação das funções contribuíram para que , em parte das organizações , a vivência deste processo se constituísse em elemento permanentemente presente nos espaços organizacionais. Em contrapartida, outras organizações que dispunham de modelos mais centralizados, ou caracterizados por atributos mais específicos, como por exemplo, a estruturação de modelos mais participativos ou a obediência irrestrita (como o caso da irmandade subordinada à ordem religiosa), constituíram processos menos intrincados e de fácil compreensão. Estas diferenças podem estar associadas aos seguintes fatores;

- Modelos de constituição do corpo clínico e sua capacidade de organização.
- Tipos de pacientes e respectivas fontes remuneradoras da atividade.
- Disponibilidade de recursos financeiros e porte das organizações.
- Tempo de existência das organizações e evolução histórica de seus padrões culturais.
- Características de personalidade das lideranças principais (presidente e superintendente).
- Presença de atividade acadêmica e valoração de seu desempenho.
- Autoridade das principais lideranças e seu reconhecimento.

A despeito da constatação destas distinções entre as organizações, o que se pode perceber foi que o trabalho de articulação decorrente do processo político teve como propósitos a manutenção das condições de controle organizacional pelos grupos ocupantes das instâncias principais, mesmo nas instituições que apresentaram em seus discursos uma predisposição para a renovação de quadros, e os objetivos subentendidos foram os controles das duas posições chave da liderança : a presidência da Diretoria Executiva e a superintendência profissional. Evidências concretas deste mecanismo foram a relativa facilidade com que se poderiam promover mudanças em documentos constitutivos, como regimentos e estatutos, no sentido de defender posições da administração instituída, e o potencial poder de exclusão de associados ou veto às suas interpelações de que alguns presidentes de diretoria dispunham.

Estes documentos legais puderam ser classificados em duas categorias principais: os reguladores da atividade de governança, representados pelos estatutos e congêneres, e os regimentais, associados às formas de condução dos vários tipos de atividade existentes. Diferenciaram-se basicamente pelo tipo de instância de que tratavam, pelo escopo, pela aplicação e pelo reconhecimento oficial de seus valores e papéis. Os estatutos foram os documentos constitutivos e reguladores legais das instituições, com conseqüentes definições de mecanismos de constituição, papéis de governança, destinação de recursos e estabelecimento das responsabilidades

associativas. Os regimentos e outros documentos constituíram-se em instrumentos normativos de aplicação interna e que permitiram classificação e detalhamento das funções, responsabilidades e papéis dos diversos agentes envolvidos com o ambiente organizacional.

A principal questão envolvida com os documentos se refere às condições em que podiam sofrer modificações e respectivos contextos. De forma geral, as organizações modificaram estes documentos em circunstâncias que envolviam demandas específicas .

Em relação aos estatutos;

- Por necessidades vinculadas ao processo sucessório.
- Por pressões externas de agentes financeiros, no sentido de reestruturação administrativa ou da governança.
- Para readequação da estrutura corporativa em função necessidade de renovação de quadros associativos.
- Por pressão do poder público, em função de legislação reguladora da condição de filantropia ou de entidade sem fins lucrativos.

Em relação aos documentos regimentais e congêneres:

- Por pressão de organizações profissionais e legislação reguladora de atividades técnico-assistenciais.
- Em decorrência de processos de reorganização do modelo assistencial.
- Por necessidades de adequação da estrutura a novos modelos administrativos.
- Pela implantação ou mudança nos sistemas de informações técnicas ou administrativas.
- Pela inserção de novos processos, como por exemplo com a implantação e desenvolvimento de estruturas de ensino e pesquisa.
- Por interesse mercadológicos, como por exemplo com a busca de mecanismos de certificação ou acreditação das organizações por sistemas de qualidade.

- Por pressões internas de grupos profissionais específicos, como os corpos médicos e de enfermagem.

No entanto, estes mecanismos abriram às lideranças, possibilidades de modificações e interferência com as formas de legitimação do poder presentes nas organizações e foram utilizados, também, com este propósito. Da mesma forma, as alterações nas formas de comando e dos regimes disciplinares constituíram-se em objetos pertinentes das mudanças. Estas observações foram mais freqüentes nas organizações que passaram por reestruturação (somente duas relataram a ausência de necessidade destas) e nas que propuseram alterações estatutárias com intenção de mudar a condição de recondução ou manutenção das posições de diretoria. Não houve, contudo, alterações perceptíveis sobre os modelos de atuação das Assembléias Gerais e dos Conselhos Deliberativos.

Estes, por sua condição de participação de um maior número de associados, foram passíveis de controle por parte do grupo principal de poder por meio de mecanismos indiretos e formais como citado a seguir:

- Freqüência de reuniões deliberativas.
- Limitação de atribuições.
- Controle das habilitações em participação dos conselheiros e associados.
- Preparo de pauta de assuntos em discussão pela Diretoria Executiva.
- Articulação política junto a conselheiros afinados com a diretoria.
- Desenvolvimento de uma cultura que implicava em aprovação e aplauso das ações e projetos.
- Intenso trabalho de marketing interno acerca da evolução patrimonial e sucessos das organizações.

Apesar destes cenários, percebeu-se também, em algumas organizações, um movimento mais recente no sentido de abertura de espaços a participação de associados e conselheiros com a criação de comissões para tratamento de assuntos específicos e com a atribuição de novas responsabilidades. Estas se

vincularam mais diretamente ao tratamento de questões relacionadas à sobrevivência da organização, ao enquadramento da sua atuação às modificações da legislação regulamentadora e ao desenvolvimento de um processo educativo acerca do setor, de suas transformações e das necessidades de adaptação aos novos tempos.

A administração, de forma geral, estruturou-se com a composição de organismos gerenciais em que foram perceptíveis funções vinculadas a aspectos de produção, técnicos, de controladoria e finanças, de relações comerciais e com os clientes e usuários. As estruturas mais comuns observadas foram:

- Sistemas de gestão do corpo médico.
- Gerência de enfermagem e serviços de apoio profissional (p.e nutrição, reabilitação, psicologia)
- Informações e sistemas.
- Hotelaria e apoio técnico.
- Apoio diagnóstico e terapêutico.
- Logística e suprimentos (incluindo-se farmácia, compras e distribuição)
- Contradoria e finanças
- Comercial, marketing e faturamento.
- Relacionamento com os usuários.

A condução e os controles destas funções centralizaram-se nos superintendentes que empregaram o contato direto e alguns indicadores, em certas áreas, para este fim. Predominaram os de caráter financeiro e de produção, e algumas organizações, que passaram por reorganização, utilizaram também instrumentos de gestão da qualidade e de revisão de processos.

No entanto, uma das observações importantes se referiu ao desenvolvimento de planos de interface entre os grupos gerenciais e alguns representantes da Diretoria Executiva. Estes predominaram no trato de assuntos que envolviam relacionamento com médicos, gestão de recursos financeiros, compras e suprimentos, obras e

incorporação de ativos. As formas principais de desencadeamento destas construções se apresentaram com a criação de comissões e conselhos assessores destinados a tratar de assuntos específicos como por exemplo, com o conselho médico, a comissão de obras, a de finanças , a de materiais e assim por diante. Estas serviram ao propósito de legitimar as ações de diretores envolvidos com as funções correspondentes e configuraram uma forma de interação permanente da diretoria com a estrutura gerencial.

Em decorrência, os modelos de comando observados apresentaram-se em duas formas principais : uma estrutura bi-piramidal e um modelo de interação caracterizado por "bypass" e intercâmbio como pode se ver nos gráficos expostos a seguir:

GRÁFICO 1:

Primeiro Modelo: Estrutura formal (maior ênfase nos canais regulares de autoridade e comando)

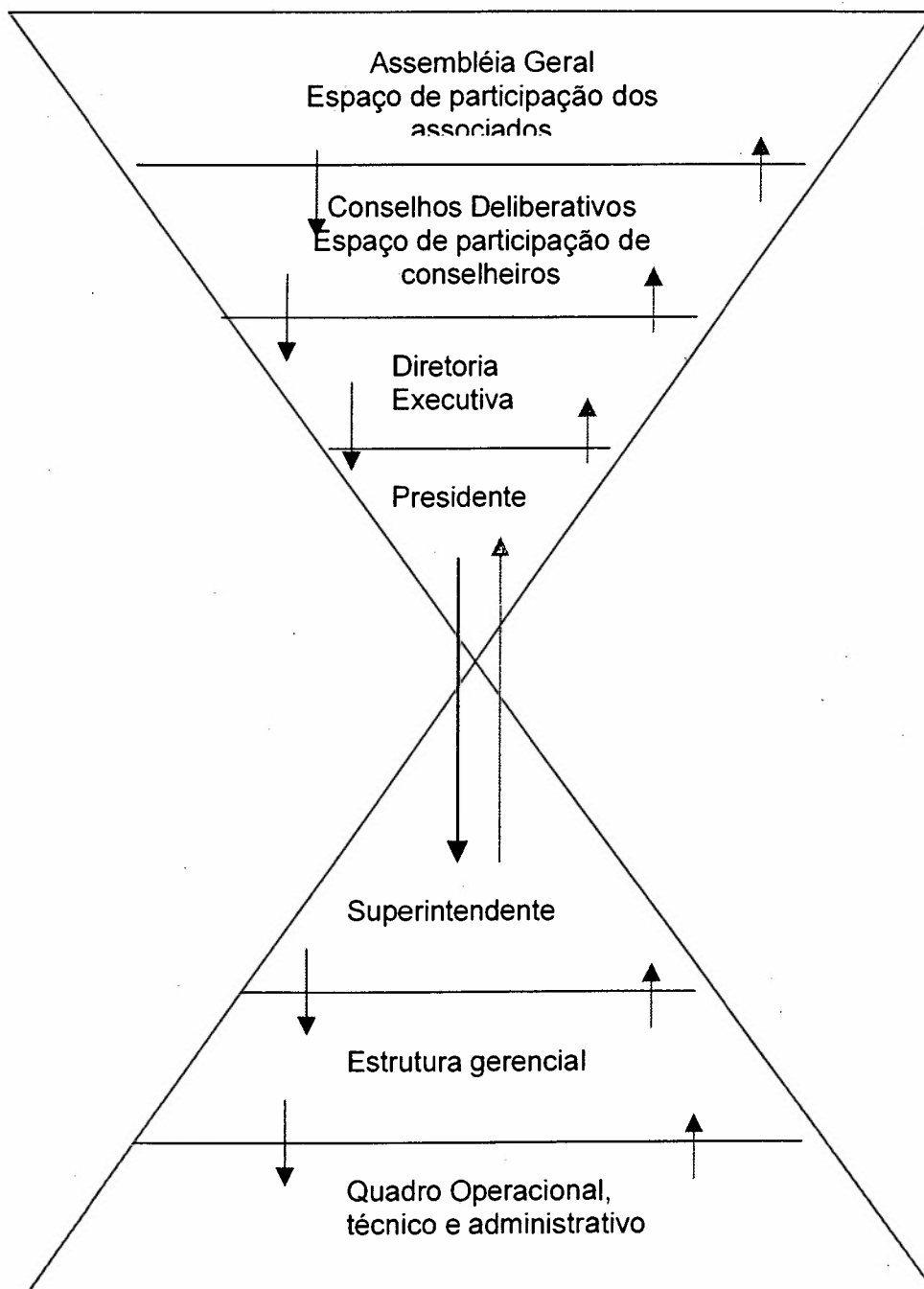
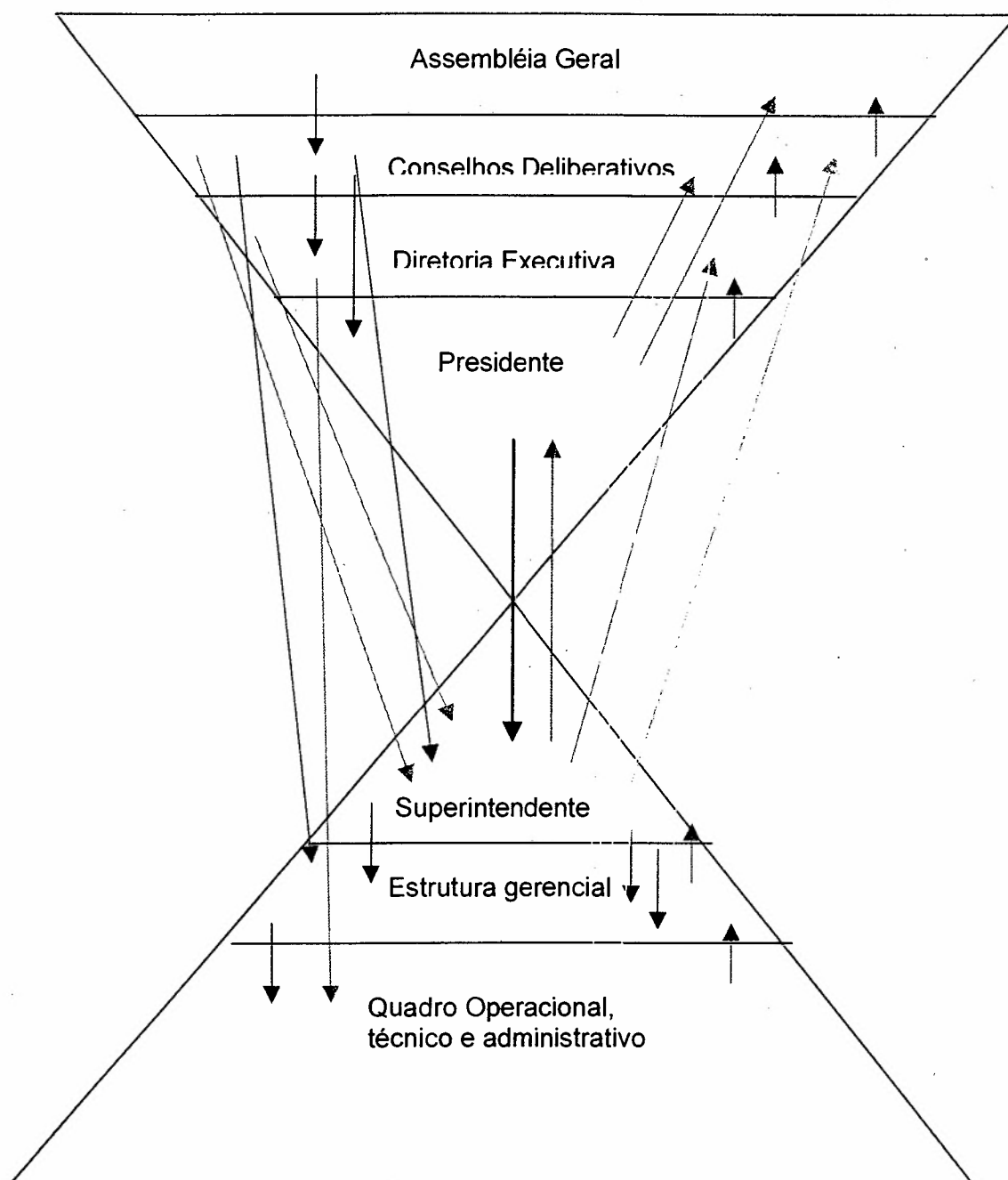


GRÁFICO 2 :

Segundo modelo :Estrutura de intercâmbio (maior ênfase nos canais informais de autoridade e comando)



Pôde-se perceber que algumas organizações desenvolveram padrões e níveis de exercício do comando por canais mais regulares e hierárquicos enquanto outras permitiram o aparecimento de formas de influência entre os diversos níveis com conseqüente quebra ou evanescência das linhas de ordem. Este dado evoluiu diferentemente nas organizações em função das seguintes características:

- Engajamento da comunidade instituidora. Diferentes práticas foram observadas, com maior participação de dirigentes de oriundos de grupos de imigrantes que de outras origens.
- Maior ou menor presença dos associados, conselheiros e diretores no ambiente institucional. Organizações que contavam com maior participação dispunham de maior intercâmbio com os níveis administrativos.
- Situação patrimonial e financeira dos hospitais. Organizações com menor exposição financeira e que dispunham de maiores patrimônios apresentavam maior interesse de participação dos envolvidos com a governança.
- Imagem frente à comunidade. Hospitais que gozavam de maior reconhecimento e visibilidade despertavam maior interesse de participação e de interferência com a direção e o comando.
- Participação de profissionais especialistas de outras origens e empresários. Diretorias e conselhos que contavam com este tipo de representação apresentaram uma valorização de modelos administrativos mais próximos dos desenvolvidos no ambiente empresarial.
- Participação médica. Instituições que admitiam a presença destes em suas estruturas de liderança apresentaram maior frequência de situações de interferência e intercâmbio direto com a administração.
- Profissão e conhecimentos específicos do principal executivo. Organizações que contaram com superintendentes médicos de elevado nível de habilitação e experiência desenvolveram mecanismos de gerenciamento das relações com a alta administração mais voltados para a negociação e redução de conflitos.
- Grau de profissionalização da gerência intermediária. Estruturas gerenciais mais bem definidas e que dispunham de mecanismos formais de validação da atuação apresentaram menor volume de desordem e práticas de "bypass".

A despeito destas anotações, a estrutura de comando privilegiou o bipolo presidente-superintendente, tendo variado em forma, conteúdo e intensidade as diferenças entre os dois modelos e a prevalência das características citadas. Em todas as organizações, os papéis que eram de encargo destes personagens, e a responsabilidade de que estavam imbuídos constituíram claros elementos definidores das linhas de comando e autoridade nas organizações. Contudo, a emergência de jogos e relações entre os diversos atores constituiu-se em preocupação pertinente a ambas lideranças.

Dentre estes, alguns assumiram maior importância pela sua frequência e pelo impacto que puderam apresentar sobre os modelos de comando e administração. São eles;

- “Jogos da associação ou da formação de grupos”, utilizados com o propósito de demonstração da capacidade de articulação política e da importância que determinados conjuntos representavam para a comunidade.
- “Jogos de sedução e valorização das relações”, utilizados com a intenção de reforço dos contatos e conhecimentos pessoais, especialmente com os personagens detentores de maior influência e poder em dados momentos e circunstâncias.
- “Jogos de insurgência”, utilizados por grupos e associações minoritárias em relação ao comando e à liderança organizacional.
- “Jogos de contra-insurgência”, exercitados pelos grupos detentores do poder com o intuito de minimizar a capacidade crítica dos adversários.
- “Jogos dos discursos e justificativas”, desenvolvidos por todos os envolvidos com o propósito de manter um viés doutrinário e ideológico que abonasse suas ações.
- “Jogos de pressão”, utilizados com o intuito de manutenção do controle de processos administrativos específicos por gestores ou diretores envolvidos em interesse pessoais.

A maioria das circunstâncias que envolveram estes episódios se relacionou à dinâmica de preservação e obtenção de poder, e conseqüentemente à capacidade dos grupos de conseguirem ocupar posições de comando, dentro do espectro disponível em cada organização em particular. Estiveram fora destas características as organizações que apresentavam a obediência religiosa e a que constituiu um modelo colegiado de decisões por meio do Conselho de Administração. Apesar disto, um movimento por formalização das estruturas e separação entre papéis e competências dos dois níveis foi perceptível, especialmente com o desenvolvimento de argumentos que privilegiaram os canais formais de comunicação e a estratificação dos papéis estratégicos e táticos, respectivamente.

Estas considerações permitiram a elaboração de uma análise dos processos de comando segundo uma perspectiva de analogias com práticas de outras instituições em que várias características citadas estariam contempladas. Basicamente, foi possível a identificação de dois modelos principais:

A organização como sistema político de poder público e a replicação do modelo de poder e comando da estrutura da máfia.

Como estrutura política pública é presumível a aceitação de premissas e conceitos que caracterizam a prática, como por exemplo:

- Estruturação em 3 poderes principais (o executivo, o legislativo e o judiciário)
- Nas nações democráticas, a pressuposição do acesso por via eleitoral aos poderes executivo e legislativo.
- Nos países de regime presidencialista, a autoridade centrada na figura do presidente da república.
- O desenvolvimento de uma estrutura ministerial executiva que se configura na administração central.

- Um legislativo que atua basicamente nas definições de regimes legais, mas que se organiza de forma a criar uma condição condicionante das ações executivas.
- O desenvolvimento de um ambiente de negociação e formação de maiorias legislativas, se a opção do poder executivo for a de desenvolver sua administração e não passar por impedimentos e obstruções.

Nas organizações, à semelhança destes pontos, observaram-se práticas que espelharam situações análogas:

- O presidente da Diretoria Executiva concentra o comando e a liderança do processo executivo.
- Apoia-se em uma estrutura de poder da qual participam diretores e administradores com papéis e funções executivas claramente estabelecidas.
- As Assembléias Gerais e Conselhos Deliberativos detem funções legislativas e fiscalizatórias das atividades da Diretoria Executiva e da administração profissional, ao menos em tese.
- Desenvolveu-se, na maioria das organizações, um processo de articulação e negociação política permanente no sentido de legitimar e validar as ações executivas.

Considerando o contexto de composição das organizações, foi pertinente a associação de que os exercícios mais frequentes de atividade de governança corporativa contemplaram, por necessidade de busca de sintonia e superioridade por parte dos grupos que controlavam a gestão, uma permanente diligência no sentido da negociação com os grupos de interesse, da garantia prévia de aprovação às propostas de trabalho, de minimização da resistência por grupos opositores e da articulação com a administração profissional no sentido de afinação das metas e objetivos institucionais aos discursos das principais lideranças. Este modelo é similar ao que ocorre na gestão executiva pública que demanda permanente articulação e negociação para a composição das maiorias parlamentares.

Outra analogia pertinente se refere à forma como os personagens principais conduzem a organização e reproduzem comportamentos. Foi possível a identificação de pelo menos 3(três) padrões importantes no ambientes das organizações semelhantes aos encontrados na “máfia” quais sejam o “Don” o “capo-regime” e o “consiglieri”.

O primeiro se caracteriza pelo desempenho do comando, porém com uma visão superior e distante da faina de tocar a operação. Seria o modelo seguido por alguns presidentes de diretoria que cuidam apenas das questões estratégicas e políticas da instituição.

O segundo se distingue pelas responsabilidades da operação e das ações de confirmação do comando e do poder. Seria o padrão desempenhado pelos superintendentes e executivos principais que se ocupam das questões operacionais e táticas associadas à manutenção das condições de produção e de sobrevivência institucional.

O terceiro se diferencia pelo pensamento estratégico e integração entre macro-objetivos e as práticas operacionais. Constituiria o papel desenvolvido por algumas lideranças identificadas na alta liderança cujos princípios seriam o de compor cenários e opções decisórias pertinentes aos dois anteriores.

Da mesma forma, na análise dos fluxos de poder nas organizações foi pertinente a associação de que as estruturas desenvolvidas replicam os modelos de autoridade, disciplina e comando da analogia, com a composição de funções e papéis que guardaram semelhanças com o modelo citado.

De forma geral, as lideranças entrevistadas apresentaram visões coincidentes acerca das transformações em curso no setor, com o detalhe que concentraram reconhecimentos específicos nos dois grupos relatados acima. Nos hospitais que

privilegiaram o Sistema Único de Saúde, os aspectos relativos às limitações financeiras do sistema, as necessidades de atendimento a demanda local, a adaptação aos novos mecanismos de controle e regulação da atividade e a inserção das organizações sem fins lucrativos junto ao sistema preponderaram. Nos hospitais ligados ao sistema supletivo, por outro lado, predominaram questões relativas ao posicionamento frente às fontes pagadoras e pacientes, aos mecanismos de controle financeiro, às relações com fornecedores e com os médicos como os elementos mais importantes.

Contudo, ambos os grupos desenvolveram argumentos que se relacionavam aos principais agentes do sistema, dentro de uma perspectiva que possibilitou a identificação de 6(seis) grandes grupos de interesse:

- Os usuários/pacientes , com a manifestação de situações e contextos que se referiram, basicamente, à qualidade do atendimento, à técnica disponível, à garantia de acesso e ao desenvolvimento de relações de respeito à vontade.
- Os prestadores de serviços, com a predominância de duas visões, a primeira envolvendo as estruturas organizadas e a segunda com a composição de referencial profissional. Os vieses percebidos se referiram à posição de desconforto e dificuldades pelos quais estes agentes passam frente ao sistema como um todo.
- Os fornecedores de insumos e materiais médicos, com a postura crítica ao modelo comercial e de mercado prevalente neste segmento, especialmente junto à indústria farmacêutica, e às necessidades de medidas de racionalização e redução dos custos com estes insumos.
- Os fornecedores de tecnologia médica com a instalação de formas de apreciação das indicações, uso e assertividade das ferramentas tecnológicas bem como, com a busca de ferramentas que permitissem a mensuração de custos e benefícios agregados.
- As fontes pagadoras, com o desenvolvimento da noção de oposição de interesses e criação de ambientes de contencioso e defesa das posições dos

prestadores de serviços face à capacidade de pressão e restrição que estes agentes dispunham.

- O poder público, com o desenvolvimento de mecanismos de participação junto aos agentes reguladores da atividade que dessem conta das características, potenciais e dificuldades enfrentadas pelas organizações prestadoras de serviços.

Além disto, temas mais gerais, relacionados à inserção das organizações nos espaços sociais, aos papéis e agentes econômicos e políticos também fizeram parte das impressões recolhidas dos discursos e dos documentos analisados.

Em relação aos padrões culturais mais importantes, alguns formatos apresentaram-se de maior relevância e significado nos espaços estudados. Contribuíram para sua inserção aspectos relacionados à sua origem, à preponderância de sentidos úteis e validados e à intensidade com que puderam passar por mecanismos de institucionalização. Entre estes, são passíveis de análise os seguintes:

- Cultura preponderante na comunidade instituidora, especialmente em relação às organizações estabelecidas por comunidades de imigrantes.
- Tradição e matriz religiosa, que constituíram fatores significativos em algumas das organizações.
- Dificuldades enfrentadas e mecanismos de suplantação, pelo conhecimento de formas de superação destas que passaram a se constituir em paradigmas prevalentes.
- Visão da autoridade médica e de sua relação no ambiente institucional. Pela tendência de identificação deste personagem como o herói institucional, com conseqüente tendência de assunção de seus modelos de comportamento como os de maior legitimidade.
- Concentração das funções disciplinares sob um modelo de comando e autoridade centralista, especialmente nos quadros técnicos relacionados ou subordinados a equipe de enfermagem.

- “Viés de dependência”, com a replicação nos espaços organizacionais da relação de dependência e subserviência observada nas relações médico-pacientes em que um dos pólos detem o conhecimento e capacidade técnica e o outro a ignorância e a submissão.

Estes traços podem ter sido responsáveis pelo desenvolvimento de um padrão de cultura nas organizacionais estudadas que caracterizaram os modelos de governança principais descritos e as formas pelas quais o comando e a autoridade buscaram os canais de centralização nas pessoas que ocupavam a presidência da diretoria e a superintendência. Da mesma forma, podem estar na origem do desenvolvimento dos jogos citados e das analogias descritas.

Quanto à influência que outras profissões existentes nos ambientes organizacionais, quer fossem ou não ligadas diretamente à atividade assistencial, o que se pôde inferir foi que estas acabaram por configurar um modelo de referenciamento às profissões nucleares e às estruturas de liderança observadas.

CONCLUSÕES.

Na formulação dos objetivos buscou-se estabelecer como principal item de interesse, o estudo dos modelos de governança corporativa em hospitais sem fins lucrativos e as formas de exercício do comando e controle corporativo nas organizações. Constituíram, por outra parte, objetivos acessórios :

- A análise das relações entre as instâncias de controle corporativo e de gestão das organizações.
- O estudo dos papéis das lideranças corporativas e dos modelos de regulação legal de suas atuações.
- A identificação dos mecanismos de representação social existentes.
- A identificação de sistemas de gestão profissionalizados e os principais mecanismos de comunicação entre estes escalões e a alta liderança.
- A análise e a qualificação dos papéis dos executivos contratados, os mecanismos de legitimação e regulação de sua autoridade.
- O conhecimento dos níveis de influência e interferência das profissões nucleares, e
- O conhecimento acerca das transformações em curso no setor.

Buscaram-se respostas às questões relativas à existência de uma cadeia de comando que efetivamente acarretasse ações executivas, às semelhanças existentes entre os modelos de governança observados nos hospitais e os existentes em organizações empresariais, à existência de regulamentação estatutária dos papéis dos executivos principais e aos papéis das principais profissões de saúde junto aos modelos observados.

A primeira conclusão é que estas organizações compuseram modelos diferentes de atuação e de estrutura de suas lideranças corporativas, quando comparadas com padrões de governança existentes em outros setores de atividade.

Basicamente, existiram algumas semelhanças, tais como:

- Existência de cadeias de comando, com centralização do poder decisório na presidência da Diretoria Executiva.
- Presença de estruturas de participação social e legitimação das ações das diretorias eleitas ou nomeadas.
- Estruturas de governança que espelharam modelos existentes em outras organizações, como por exemplo com a instalação de alguns Conselhos de Administração.
- Regimes legais estabelecidos por documentação formal e aprovados pelos membros das Assembléias Gerais.
- Papéis razoavelmente definidos quanto ao comando da estrutura de governança (os chairmen), e quanto ao comando da estrutura de gestão (os CEOs).

E algumas diferenças:

- Presença de mecanismos de interação política entre diferentes atores, calcados em fatores subjetivos e ligada ao espectro cultural predominante.
- Dissociação entre discursos e práticas observadas, no que tange à questão de manutenção do controle do comando organizacional.
- Diferentes modelos de representação e participação social.
- Discurso justificativo para as restrições à participação social.
- Diferentes mecanismos de profissionalização.
- Distinção dos mecanismos de valorização dos atributos essenciais à administração profissional e do acompanhamento de desempenho dos principais executivos.
- Prevalência de mecanismos diversos de comunicação no seio da governança corporativa.

Na definição das matrizes de governança, fatores tais como, costumes das comunidades instituidoras, tempo de estabelecimento das mantenedoras e dos hospitais, dificuldades de manutenção e sobrevivência, e interesses de grupos

controladores interferiram diretamente com os modelos prevalentes. Além disto, a inserção das formas comportamentais das profissões de saúde, os cenários e mudanças em desenvolvimento, e as restrições e constrangimentos financeiros tiveram importância na definição dos modelos e transformações operadas sobre as estruturas de governança.

A segunda conclusão é que os sistemas detectados não apresentam similaridade com os descritos no referencial teórico quanto à organização de hospitais comunitários. Possivelmente, fatores específicos dos sistemas de saúde locais (no Brasil), e outros ligados ao desenvolvimento das matrizes de governança nos hospitais estudados foram os responsáveis pelo estabelecimento de práticas diferentes das descritas. As possíveis inferências a serem colocadas a este respeito procuraram contemplar critérios que buscaram as singularidades dos modelos observados, tais como:

- Modelos de atuação – centralização versus descentralização decisória.

Houve ocorrência das duas práticas com predomínio do princípio centralizador.

- Frequência de reuniões das diversas estruturas e sua composição. As estruturas com maior número de representantes tenderam a operar em regimes mais formais e com menor frequência de reuniões decisórias.

- Tempo de atuação dos principais personagens na liderança corporativa.

Organizações cujas lideranças principais e executivos contratados permaneceram por maior tempo nas funções, desenvolveram mecanismos de referenciamento mais intenso a estes.

- Possibilidades de recondução e manutenção do controle corporativo. As instituições, de maneira geral, privilegiaram ações políticas e de articulação para a manutenção do comando.

- Regimes de organização dos corpos médicos. Hospitais que dispunham de maior organização de seus corpos clínicos inclinaram-se para um regime de maior participação de seus representantes junto às instâncias de governança.

- Existência de modelos de ensino e pesquisa. Instituições envolvidas com atividades de formação e pós-graduação em profissões de saúde dispuseram de modelos de governança que contemplavam os papéis e interesses do corpo de professores.

A terceira conclusão se relaciona às matrizes de governança encontradas nas instituições. De forma geral, todas as mantenedoras organizaram regimes que incluíram a instalação de uma instância máxima, a Assembléia Geral de associados, ou órgãos de mesma ordem de poder (Conselhos Superiores) que se relacionaram aos Conselhos Deliberativos (na maioria das organizações) ou Diretorias Executivas. O comando esteve ligado às diretorias, mais especificamente na figura de seus presidentes que se encarregaram do exercício da autoridade e da instalação de um modelo descendente de fluxo de poder. Os superintendentes detiveram o controle das máquinas administrativas e dos processos operacionais.

A legitimação dos modelos observados desenvolveu-se segundo duas plataformas principais: a imputação de papéis de chancela, validação de ações e controles pelas Assembléias Gerais de associados eleitos e a concentração de competências sobre Conselhos superiores em organizações que instituíram, a priori, estes papéis como parte das atribuições estabelecidas. O primeiro mecanismo esteve presente em 9(nove) das organizações estudadas e o segundo em duas. Entretanto, as observações acerca dos processos políticos e dos jogos de interesse permitiram a identificação de artifícios que trouxeram a validação para os micro-ambientes das instâncias principais e a concentração destas competências sobre as Diretorias Executivas, seus presidentes e administradores profissionais.

A quarta conclusão dá conta das formas de representação social existentes e dos mecanismos de controle e restrição da participação. Duas formas principais foram observadas: a participação livre e irrestrita dos associados por interesse e envolvimento pessoal e as indicações de corpos associativos por iniciativa do grupo controlador. A maioria das organizações estruturou a representação em moldes que

buscaram contemplar a livre participação, com alguns elementos condicionantes específicos, como por exemplo, a preservação dos direitos de veto, sanção e exclusão de associados pelo grupo controlador da governança corporativa. Estes se deram, essencialmente, em relação à limitação de participação médica, a exigências específicas de aspecto contributivo e de participação nas Assembléias Gerais.

Outro grupo, de menor volume de organizações, buscou instalar representações indicadas a partir de interesses específicos, como representatividade comunitária, participação de vida religiosa, importância política ou social e instituição de doações e legados de vulto. Em pelo menos 3 organizações, os parâmetros que nortearam as escolhas tiveram alguma relação com critérios deste grupo. Além disto, interesses envolvendo atividades acadêmicas estiveram presentes em 6 organizações.

A quinta conclusão relaciona-se com os formatos de profissionalização encontrados e os padrões de atuação do corpo administrativo. Apenas duas organizações não dispunham de profissionais contratados para a gestão administrativa. No entanto, os modelos observados deram conta de que todas dispunham de estruturas similares no que tange aos modelos de gestão, com forte concentração de responsabilidades sobre as figuras dos superintendentes ou diretores administrativos. Ocorreram duas formas principais de ação destas instâncias, a primeira de formação de um sistema de compartilhamento da autoridade com os presidentes das diretorias, e a segunda com a implantação de mecanismos de subordinação e obediência. Estas diferenças tiveram em suas origens, razões relacionadas ao perfil profissional dos executivos, ao tempo de exercício da função e à predisposição da liderança principal em compartilhar funções e encargos.

Os mecanismos de comunicação observados transitaram entre os de ordem formal e os informais. As dinâmicas presentes em relação a este aspecto, contudo, não receberam o mesmo grau de valorização nas organizações, com a observação de

situações que privilegiaram a comunicação informal e outras a formal. Na gênese destes comportamentos estiveram presentes motivos de ordem política, de costumes e de valor das estruturas de assessoria e suporte a governança de cada organização.

A sexta conclusão se relaciona aos níveis e capacidade de influência das profissões nucleares e o que se observou foi que, em todas as organizações ocorreram, em maior ou menor intensidade, eventos que confirmaram esta capacidade. As variações notadas se relacionaram, fundamentalmente, aos tipos de organização das profissões nucleares nos meios internos das organizações, à possibilidade de participação nas estruturas de governança e à presença de outras funções e necessidades, como por exemplo, a inserção de papéis de ensino e pesquisa. Foi possível a conexão entre os graus de certificação acadêmica e importância profissional dos participantes e sua capacidade de interferência com questões estratégicas e administrativas das instituições.

Por último, quanto ao conhecimento das transformações em curso no setor, o que pôde perceber foi o aparecimento de duas formas de ponderação em que predominaram princípios de reconhecimento da situação de mercado e de necessidades de adaptação das estruturas produtivas, por parte dos hospitais ligados ao sistema supletivo, e de busca de ajuste financeiro e equilíbrio operacional, pelas instituições que atendiam predominantemente pacientes do Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Alguns assuntos e apontamentos, a despeito das conclusões colocadas, tornaram-se relevantes em relação aos objetos do estudo e funções das organizações estudadas. Essencialmente, se vinculam às formas de organização, ao seu controle pela sociedade e aos mecanismos intrínsecos de exercício de poder e comando, como colocados nos questionamentos abaixo:

- Como a sociedade poderia controlar e interferir em organizações que usufruem benefícios fiscais e previdenciários no sentido de atendimento de políticas de interesse público?
- Como garantir, por meio de instrumentos legais, que a participação social de grupos minoritários esteja garantida?
- Como instituir mecanismos de separação entre organizações que efetivamente atendam à demanda da sociedade e as que utilizam os mecanismos e legislação para alavancar objetivos de lucro e benefícios disfarçados?
- Qual a importância da matriz comportamental médica, que incorpora a supremacia do conhecimento técnico sobre fatores de outras ordens, na definição dos modelos de governança dos hospitais?
- Em que medida a replicação das relações de dependência observadas no binômio médico-paciente constitui o elemento condicionante principal dos modelos de autoridade e do “espírito” das organizações hospitalares?

A discussão destas questões, que não constituíram parte do escopo deste trabalho, abrirá possibilidades interessantes de aprimoramento do conhecimento das organizações hospitalares, especialmente as sem fins lucrativos. Como princípio básico orientador, seu desenvolvimento envolve abordagens que incluem pontos emergentes no desenho de um novo conceito de cidadania, de participação democrática e de preservação dos direitos individuais e coletivos.

Neste sentido, é pertinente a colocação de que estas organizações deverão se antecipar à discussão política de sua atuação e interesses, como mais um elemento fundamental de mudança de cenários e de transformação dos sistemas de saúde no Brasil. Da mesma forma, a renovação dos princípios e valores sobre os quais estão embasadas, necessariamente passará, a despeito da preservação de muitas características originais, por um processo de regulação em que componentes éticos desempenharão funções capitais.

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

ADLER, P.S. Learning from hospitals. California Management Review. Berkeley; vol.45, n.2, pg.6-11, winter 2003.

ALVESSON, M. & DEETZ, S. **Doing Critical Management Research**. 1ª Edição. Londres: Sage, 2000.

ALVESSON, M.& DEETZ, S. Teoria crítica e abordagens pós-modernas para estudos organizacionais. In CLEGG,S.R., HARDY., C., NORD, W.R. **Handbook de estudos Organizacionais. Modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais**. São Paulo. Editora Atlas. 1999. pg.227-266.

ALVESSON, M & SLKOLDBERG, K. **Reflexive Methodology**. London: Sage, 1999.

AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES, **The Partnership Study: A Study of the roles and working relationships of the hospital board chairman, CEO, and medical staff president: Survey findings**, Chicago: American College of Healthcare Executives, 1992.

AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES, **The Partnership Study Phase II: A Study of the roles and working relationships of the hospital board chairman, CEO, and medical staff president**, Chicago: American College of Healthcare Executives, American Hospital Association, American Medical Association, and Ernst & Young LLP, 1996.

ANDERSON, H. Hospitals Seek New Ways to Integrate Health Care. Hospitals and Health Networks. nº. 7, p. 26-36, 1992.

- ANDREWS, H. A. et al. **Organizational Transformation in Health Care: A Work in Progress**. San Francisco: Jossey-Bass, 1999.
- AUSTIN, C. J. & BOXERMAN, S. B. **Information Systems for Healthcare Management**. 6a Edição. Estados Unidos: AUPHA/Health Administration Press, 2002.
- BAIG, E. The Information Society. Business Week. Nova York, 18 de Maio, 1994, bonus, p. 122-133.
- BARBANTI, L. **Formulação da Estratégia em um Hospital Privado Geral e de Grande Porte na Cidade de São Paulo: estudo de caso**. 2000. 104 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- BARBOSA, A.P. – **Qualidade em Serviços de Saúde**. 1995. 175f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- BAYSINGER, B.D., HOSKISSON, R.E. The composition of boards of directors and strategic control: Effects on corporate strategy, Academy of Management Review, vol. 15 pg. 72-87, 1990.
- BIANCO, A. & BYRNE, J.A. The rush to quality on corporate boards. Business Week, March 3, pg. 34-35, 1997.
- BROWN, G.D. **Alternativas em Gestão em Saúde. Curso “Managed Care” – Programa de Estudos Avançados em Adm. Hospitalar e de Sistemas de Saúde**. São Paulo, EAESP-FGV/FMUSP, 1997.
- BROWN III, H.S. Managed care and technical efficiency. Health Economics; Chichester, vol.12, n.2, pg.149-158, Feb 2003.

BURMESTER, H, RICHARD, J.P. "Planejamento e Gerência Estratégicos". In: CASTELAR, R.M., MORDELET, P. **Gestão Hospitalar: um desafio para o Hospital Brasileiro**. Rennes: Ecole National de la Sante Publique, pg.106., 1995.

BURREL, G. & MORGAN, G. **Sociological paradigms and organizational analysis**. Londres. Heinemann, 1979.

BYRNE, J.A. The CEO and the board, Business Week, September 15, pg 107-116., 1997.

CARVER, J. **Boards That Make a Difference**, Second edition. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.

CLEGG, S. **Frameworks of power**. Londres: Sage, 1989.

CLEGG, S. Weber and Foucault: social theory for the study of organizations. Organization, vol.1, n.1. pg. 149-78, 1994.

CONGER, J.A., FINEGOLD, D. & LAWLER III, E.E. Appraising boardroom performance, Harvard Business Review, vol. 76, n.1, pg.136-148, 1998.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Artigos 150 e 195. Brasília, 1988.

DECRETO LEI 752 . Regulamenta a Lei Orgânica da Assistência Social 8212 de 1993. Brasília, 1994.

DAVIES, B. & HARRÉ, R. Positioning: the discursive production of selves. Journal for the theory of social behavior, vol.20, n.1, pg 43-63, 1990.

DENT, M. Managing doctors and saving a hospital: Irony, rhetoric and actor network. Organization; London; vol.10, n.1, pg.107-127, Feb 2003.

DENZIN, N, LINCOLN, Y. **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

DINIZ, E. **Globalização, reformas econômicas e elites empresariais: Brasil anos 1990**. Rio de Janeiro: FGV, 116p., 2000.

DOLBECK, A. The healthcare industry: Under managed care. Weekly Corporate Growth Report; Santa Barbara; May 5, 2003.

DONALDSON, L. Teoria da contingência estrutural, in CLEGG, S.R., HARDY, C., NORD, W. **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1999.

FINCHAM, R. Perspectives on power: processual, institutional and internal forms of organizational power. Journal of Management Studies, vol.26, n.9,pg. 741-759,1992.

FOUCAULT, M . **O nascimento do hospital**. Conferência realizada no Instituto de Medicina Social da U.E.R.J., outubro 1974.

FOUCAULT, M. **La politique de la santé au XVIII siècle**, in **Les Machines à guérir**. Paris. Institut de l'environnement.. Tradução de José Thomaz Brum Duarte, 1976a.

FOUCAULT, M. **Genealogia e Poder**. Curso no College de France, 7 de janeiro de 1976. Trad. Angela Loureiro de Souza e Roberto Machado, 1976b.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro,RJ, Forense Universitária, 1987.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, RJ.Editora Graal,15ª ed., 2000.

FROST, P.J. Power, politics and influence. In JABLIN, E., PUTNAM, L., ROBERTS, K. & PORTER, L. (Eds) **Handbook of organizational communication**. Newbury Park, CA: Sage, 1987.

FURTADO, A.; SOUZA, J. H. Evolução do Setor de Insumos e Equipamentos Médico-Hospitalares, Laboratoriais e Odontológicos no Brasil: a década de 90. In: NEGRI, B. & GIOVANNI, G. D. (Org.). **Brasil: Radiografia da Saúde**. 1a Edição. Campinas: Unicamp-IE, 2001, p.63-90.

GERGEN, K. 'Organization theory in the post-modern era'. In Reed, M & Hughes, M (eds), **Rethinking Organizations**. London: Sage, 1992.

GODFREY, P.C. & HILL, C.W.L. The problem of unobservables in strategic management research, Strategic Management Journal. Vol.16, pg. 519-533, 1995.

GONÇALVES, E.L. As Funções do Hospital Moderno. In: GONÇALVES, E. L.(Org.). **O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea**. 1a Edição. São Paulo: Pioneira, 1983, p. 3-17.

GRIFFITH, J.R. **The Well-managed Healthcare Organization**. Fourth edition. Chicago: Health Administration Press, 1999.

GRINBLATT, M. & TITMAN, S. **Financial Markets and Corporate Strategy**. Part V. McGraw Hill International Editions, 1998.

GROSSBERG, I. "Critical theory and the politics of empirical research", in Gurevich, M, & Levy, M (eds). **Mass Communications Review Yearbook**. V6. Newbury Park. Ca, Sage, 1987.

HASSARD, J. & PARKER, M. **Postmodernism and Organizations**. Londres: Sage, 1993.

HEATWOLE, K.B. & BREINDEL, C.L. A Political Paradigm for the Health Care Administrator. Health Care Management Review; Frederick; vol.5,n.4, pg.67, Fall 1980.

HITT, M.A., HOSKISSON, R.E. & IRELAND, R.D. Mergers and acquisitions and managerial commitment to innovation in M-form firms; Strategic Management Journal, vol.11 (Special Summer Issue),pg 29-47, 1990

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Versão 1.0. Rio de Janeiro, RJ. Editora Objetiva Ltda, 2001.

JCI – Joint Commission International. **Accreditation Manual for Hospitals**. Oakbrook Terrace: JCAHO, 1998.

JOHNSTON, S. Managerial dominance of Japan's major corporations, Journal of Management, vol.21, pg191-209, 1995.

KOPE, L.A. The Committee on Governance Corner. Trustee; Chicago; vol.54, n.8, pg. 6, Sep 2001.

KUHN, T.S. **The Structure of Scientific Revolutions**. Chicago, IL, Chicago University Press, 1970.

LAYDER, D. **Understanding Social Theory**. Londres: Sage, 1994.

LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL 8212. Dispõe sobre as Organizações de Assistência Social e a concessão do certificado de fins filantrópicos. Brasília, 1993.

LISTER, E.D. & HERZOG, A. From advocacy to ambassadorship: Physician participation in healthcare governance / Practitioner application. Journal of Healthcare Management; Chicago; vol.45, n2, pg. 108-118, Mar/Apr 2000;

LORSCH, J.W. & KHURANA, R. Changing Leaders: The Board's Role in CEO Succession. Harvard Business Review, vol.3, p79, 1999

LUKES, S. **Power: a radical view**. Londres: Macmillan, 1974.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In FOUCAULT, M – **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, RJ.Editora Graal – 15ª ed., 2000.

MALLETE, P. & HOGLER, R.L. Board composition, stock ownership, and the exemption of directors from liability, Journal of Management, vol. 21, pg.861-878, 1995.

McCONNEL, C.R. The health care professional as a manager: Finding the critical balance in a dual role. The Health Care Manager; Gaithersburg; vol.20, n.3, pg.1-10, Mar 2002.

McFARLAN, F.W. "Working on Nonprofit Boards: Don't assume the shoe fits". Harvard Business Review, vol.6, pg. 77, 1999.

MEYER, J.W. & ROWAN,B. Institutionalized organizations: formal structures as myth and ceremony. American Journal of Sociology, vol.83, pg340-363, 1977.

MITCHELL, R.K., AGLE, B.R. & WOOD, D.J. Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. Academy of Management Review, v22, pg. 853-886, 1997.

MINTZBERG, H. **Power in and Around Organizations** . Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1983.

MINTZBERG, H. **The Nature of Managerial Work**. 1a Edição. Nova York: Harper and Row, 1973.

MIRSHAWKA, V. **Hospital : Fui bem atendido, a vez do Brasil.** São Paulo, Makron Books, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL., **Assistência à Saúde no SUS**. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

MONKS, R.A.G. & MINOW, N. **Corporate Governance**. Cambridge, MA: Blackwell Business, 1995.

MORGAN, G. & SMIRCICH, L. "The case for qualitative research". Academy for Management Review, vol. 5, pg. 491-500, 1980.

NOWICKI, M. & SUMMERS, J. Financial and clinical professionals: A clash of values. Healthcare Financial Management; Westchester; vol.56.n.10, pg.102-104, Oct 2002.

ORLIKOFF, J.E. & TOTTEN, M.K. **The Trustee Handbook for Health Care Governance**. Chicago: Health Administration Press, 1998.

ORLIKOFF, J.E. Ensuring board effectiveness: It could be as simple as changing your board structure. Healthcare Executive; Chicago; vol.13,n.1, pg.12-16, Sep/Oct 1998;

PENA, F. P. M. Implantação do Modelo ISO 9002 na Área da Saúde: a visão do gestor da qualidade em quatro unidades de um hospital do município de São Paulo em 2000. 2000. 110 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

PENNINGS, J.M. Structural contingency theory: a reappraisal. In STAW, B.M., CUMMINGS, I.I(eds). Research in organizational behavior, vol..14, pg.267-309, 1992.

PICCHIAI, D. **“Mudanças em Instituições Hospitalares: Análise do Processo e Estudo da Ação do Administrador Hospitalar”**. Relatório de Pesquisa apresentado ao NPP – Núcleo de Pesquisas e Publicações – Escola de Administração de Empresas de São Paulo-Fundação Getúlio Vargas, 1998 .

POINTER, D.D. & ORLIKOFF, J.E. **Board Work: governing healthcare organizations**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1999.

PORTER-O'GRADY, T. **Implementing Shared Governance**. Atlanta: Mosby Year Book, 1992.

PORTER-O'GRADY, T. & WILSON, CK. **Leading The revolution in Health Care. Advancing Systems, Igniting Performance**. 2º editions. Gaithersburg, Maryland: Aspen, 1999. Publication.

PORTER-O'GRADY, T. **The Leadership Revolution in Health Care – Altering Systems, Changing Behaviors**. Gaithersburg, Maryland : Aspen Publication, 1995.

PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Adm. Hospitalar e de Sistemas de Saúde. **Manual de Organização e Procedimentos Hospitalares**. São Paulo, Escola de Administração de Empresas de São Paulo-Fundação Getúlio Vargas/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1978.

RAY, L. & REED, M. **Organizing Modernity: neo-weberian perspectives on work, organizations and society**. Londres: Routledge, 1994.

RICE, J.A. Developing a partnering culture: The role of board and management in improving medical staff relations. Healthcare Executive; Chicago; v.17, n.3, pg. 6-10, May/Jun 2002;

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.

RORTY, R. **Philosophy and the Mirror of Nature**. Princeton, NJ : Princeton University Press, 1979.

ROSENSTEIN, S. & WYATT, J.G. Inside directors, board effectiveness, and shareholder wealth. Journal of Financial Economics, vol. 44, pg. 229-250, 1997.

SCHEIN, E. H. Coming to a New Awareness of Organizational Culture. Sloan Management Review. Massachusetts, v. 25, p.3 -16, 1984.

SHEN, Y. The effect of financial pressure on the quality of care in hospitals Journal of Health Economics; Amsterdam; vol.22, n.2, pg.243-269, Mar 2003.

SHLEIFER, A. & JARREL, G. Large shareholders and corporate control, Journal of Political Economy, vol. 94, pg 461-488, 1986.

SILBERMAN, B.S. **Cages of Reason: the rise of the rational state in France, Japan, USA and Great Britain**. Chicago: University of Chicago Press., 1993.

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.

SMIRCICH, L. & CALÁS, M. Organizational culture: a critical assessment. In JABLIN, E., PUTNAM, L., ROBERTS, K., PORTER, L. (Eds) **Handbook of organizational communication**. Newbury Park, CA: Sage, 1987.

SOEIRO, E.. Análise do padrão das hospitalizações. 2002.184f.Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SOPER, M.R., STALLMEYER, J.M., BOPP, K.D. & WOOD, M.B. **"Balancing the Triad: Cost Containment, Quality of Service, and Quality of Care in Managed Care Systems"** – National Center for Managed Health Care Administration, University of Missouri, 1995.

SPINK, M.J.P. & MEDRADO, B. "Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas". In SPINK, M.J.P.(Org.) **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo, SP. Editora Cortez., 2000., pg 41-63".

SPINK, M.J.P. & MENEGON, V.M. "A Pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos" In SPINK, M.J.P.(Org.) **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo, SP. Editora Cortez., 2000, pg63-92.

SPINK, M.J.P. **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo, SP. Editora Cortez., 2000

STEINMETZ, G. Satisfying shareholders is a hot new concept at German firms, Wall Street Journal, March 6 , A1, A6, 1996.

TERRA, V. Mudança Organizacional e Implantação de Um Programa de Qualidade em Hospital do Município de São Paulo: estudo de caso. 2000. 94 f. Dissertação

(Mestrado em Administração de Empresas) – Escola Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

THOMPSON, J. **Organizations in Action**. 1a Edição. Nova York: McGraw Hill, 1967.

TONGES, M. C. Works Designs in Sociotechnical Systems for Patient Care Delivery. Nursing Management. Chicago, v. 23, num. 9, p. 50-51, 1992.

TOLBERT, P.S. & ZUCKER, L.G. The institutionalization of institutional theory. In CLEGG, S.R., HARDY, C., NORD, W. **Handbook of organizational studies**. Londres; Sage, 1996.

TOSI, H.C. & GOMEZ-MEJIA, L.R., Disaggregating the agency contract: The effects of monitoring, incentive alignment, and term in office on agent decision making, Academy of Management Journal, vol.40, pg 584-602, 1997.

TOSI, H.C. & GOMEZ-MEJIA, L.R. The decoupling of CEO pay and performance: An agency theory perspective, Administrative Science Quarterly, vol.34,pg 169-189, 1989.

TYLER, J.L. & BIGGS, E. **Practical Governance**. Chicago: Health Administration Press, 2001.

TYLER, J.L. & BIGGS, E. Board selection and composition: a shared responsibility. Healthcare Executive; Chicago; vol. 17, n.3, pg.14-18, May/Jun 2002;

VON WRIGHT, G.H. Two Traditions. In BYNNER, J. & STRIBELEY, K.M. **Social Research. Principles and Procedures**. (pp.11-16) New York, NY, Longman/Open University Press, 1978.

- WEIL, P., HARMATA, R., HAWTORNE, D.D. Rekindling the flame: Routine practices that promote hospital community leadership / Practitioner application. Journal of Healthcare Management; Chicago; vol. 47, n.2, pg.98-110, Mar/Apr 2002;
- WHITE JR., L.L. Physician board members. Healthcare Executive; Chicago, vol.13, n.5, pg 46, Sep/Oct 1998.
- WILLIAMSON, O.E. Opportunism and its critics. Managerial and Decision Economics. Vol.14, pg. 97-107, 1993.
- WORLD BANK. **Governance: The World Bank Experience**. Washington: World Bank, 1994.
- WOOLGAR, S. **Science: the very idea**. Chichester: Ellis Horwood; London: Tavistock, 1988.
- WRIGHT, P. & FERRIS, S.P. Agency conflict and corporate strategy: The effect of divestment on corporate strategy. Strategic Management Journal, vol.18,pg 77-83, 1997.