

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

ANTÔNIO PIRES BARBOSA

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

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

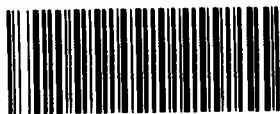
Área de Concentração: Planejamento e
Organizações de Recursos Humanos como
requisito para obtenção do título de doutor
em Administração



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



2368/2003



1200302368

SÃO PAULO
2003

Escritório de Administração de Empresas do São Paulo	
16.09	64.024-8 (81)
2368/2003	B288g N.2 anexo

e-2

ANEXOS.

ANEXO I – ROTEIRO DE ATRIBUTOS PESQUISADOS.....	pg. 003.
ANEXO II – ESTUDO DE CASO ORGANIZAÇÃO 1.....	pg. 005.
ANEXO III- ESTUDO DE CASO ORGANIZAÇÃO 2.....	pg. 022.
ANEXO IV- ESTUDO DE CASO ORGANIZAÇÃO 3.....	pg. 042.
ANEXO V- ESTUDO DE CASO ORGANIZAÇÃO 4.....	pg. 055.
ANEXO VI- ESTUDO DE CASO ORGANIZAÇÃO 5.....	pg. 066.
ANEXO VII- ESTUDO DE CASO ORGANIZAÇÃO 6.....	pg. 083.
ANEXO VIII- ESTUDO DE CASO ORGANIZAÇÃO 7.....	pg. 096.
ANEXO IX- ESTUDO DE CASO ORGANIZAÇÃO 8.....	pg.107.
ANEXO X- ESTUDO DE CASO ORGANIZAÇÃO 9.....	pg. 124.
ANEXO XI- ESTUDO DE CASO ORGANIZAÇÃO 10.....	pg.141.
ANEXO XII- ESTUDO DE CASO ORGANIZAÇÃO 11.....	pg. 152.

ANEXO I

ROTEIRO – ATRIBUTOS PESQUISADOS

A- Estrutura da Organização:

- Composição da Sociedade Mantenedora.
- Tempo de existência.
- Tempo de funcionamento.
- Papel dos sócios ou dos instituidores.

B- Estrutura de governança corporativa

Instâncias existentes ou observadas:

- Assembléia Geral.
- Conselho Deliberativo.
- Conselho de Administração ou Direção.
- Diretoria Executiva ou equivalente.
- Principal diretor (Presidente ou equivalente) da Diretoria Executiva.
- Papéis das instâncias corporativas de governança e liderança.

C- Regime legal interno:

- Definições de estatutos.
- Instâncias de legitimação.
- Processo sucessório.
- Características da extensão dos mandatos.
- Limitações e impedimentos ao exercício da governança.
- Participação da comunidade (e que comunidade participa).
- Participação de profissionais de saúde.

D- Desenho de função do principal executivo contratado:

- Perfil exigido.
- Atributos e qualificações.
- Área de origem.

- Limites de autonomia decisória e formas de seu estabelecimento.
- Indicadores de desempenho.
- Formas de controle e monitoramento do desempenho.
- Modelo de seleção do principal executivo e base de informação para a justificação do processo.

E- Relacionamento entre o “Board” e o principal executivo:

- Frequência de encontros e mecanismos de comunicação.
- Mecanismos de ascendência e descendência.
- Presença de jogos de poder e manipulação.
- Áreas de interface.
- Mecanismos de controle e monitoramento de desempenho.
- Papéis em funções administrativas. Participação do “CEO” junto à alta administração.
- Identificação e/ou exemplificação de alguma deliberação, política ou mudança implementada nos últimos 6 meses

ANEXO II

ESTUDO DE CASO - ORGANIZAÇÃO 1.

Histórico da organização e análise de documentos estatutários.

A organização estudada foi constituída, a partir de iniciativa de uma comunidade específica de imigrantes, em S.Paulo no ano de 1955, tendo inaugurado sua primeira unidade hospitalar em 1971. A princípio, as razões que levaram o grupo empreendedor a propor a implantação de uma unidade hospitalar relacionavam-se basicamente à tradição religiosa da comunidade e ao sentimento de gratidão presente no ambiente comunitário decorrente da acolhida que a esta foi dada, por parte da comunidade paulistana, quando do movimento migratório nos tempos de guerra. Além disto, a comunidade concentrava entre seus representantes uma grande quantidade de profissionais médicos de renome e empresários que se dispuseram a participar voluntariamente do empreendimento e que anteviam a possibilidade de exercício de uma boa prática assistencial.

A organização evoluiu com um gradativo crescimento patrimonial e do volume assistencial construindo um segundo edifício destinado ao suporte diagnóstico e a atividades ambulatoriais em 1984; e posteriormente um terceiro com a ampliação da capacidade de atendimento a pacientes internados em 1993.

Constituem sua missão, conforme definição estatutária, a “promoção e o desenvolvimento de atividades sociais nos campos da assistência médico-hospitalar, do ensino e pesquisa; e a assistência a carentes de recursos; em nível de excelência, observados os direitos humanos à luz dos valores universais”.

Seu quadro social é constituído de sócios, sempre pessoas físicas, distribuídos em quatro categorias, quais sejam: fundadores, beneméritos, patronos e contribuintes. Estas se diferenciam respectivamente pelos atributos relativos à organização inicial da sociedade, à prestação de serviços voluntários, à instituição de donativo financeiro ou legado patrimonial de vulto e ao pagamento de mensalidades de contribuição.

Entre seus direitos estão os de participação das atividades sociais e da Assembléia Geral, do voto, da candidatura a cargos dos Conselhos e da Diretoria Executiva, da proposição de novos sócios e de requerer Assembléia Geral extraordinária, desde que atendam a determinações estatutárias.

Entre seus deveres estão os apoios aos objetivos sociais e aos interesses da Sociedade mantenedora, os cumprimentos das obrigações assumidas, o desempenho de cargos e funções diretivas para os quais tenham sido eleitos ou convidados e o comparecimento à Assembléia Geral.

Estatutariamente, constituem órgãos de direção da Sociedade mantenedora a Assembléia Geral de sócios, o Conselho Deliberativo, a Diretoria Executiva e os Conselhos Fiscal e Consultivo.

A Assembléia Geral é o órgão supremo de deliberação, sendo constituída pelos sócios de todas as categorias em gozo dos seus direitos estatutários. Reune-se ordinariamente a cada três anos com o intuito de eleger 1/3 (um terço) dos membros do Conselho Deliberativo, e extraordinariamente em qualquer tempo por convocação do presidente do Conselho Deliberativo, ou do presidente da Diretoria Executiva ou ainda de no mínimo 10%(dez por cento) dos sócios, para tratamento de outros assuntos de interesse da Sociedade.

O Conselho Deliberativo é composto por um número máximo de 210 membros eleitos pela Assembléia Geral em 3 terços com mandatos de 9 anos, sendo cada terço eleito em Assembléia Geral ordinária. Além disto, constitui-se em membros permanentes do Conselho Deliberativo todos os presidentes da Diretoria Executiva aos términos de seus mandatos.

Entre suas atribuições e competências estão a reforma dos estatutos (por maioria absoluta de conselheiros), o requerimento da Assembléia Geral extraordinária, a

inclusão de novos sócios, a apreciação e votação dos orçamentos, a apreciação de balanços e relatórios da Diretoria Executiva, o acolhimento de demissão de diretores eleitos, a assunção da presidência da Diretoria Executiva quando da renúncia de seu presidente e a eleição da Diretoria Executiva.

A Diretoria Executiva, cujo mandato é de 3 anos e coincide com a renovação de um terço de Conselho Deliberativo, é composta por um presidente e 12(doze) vice-presidentes, respectivamente envolvidos com as atividades administrativas, de prática médica, de ensino e pesquisa, de filantropia e economia da saúde, comercial, financeiras e de secretaria. As vice-presidências de prática médica, de ensino e pesquisa, e de filantropia e economia da saúde são obrigatoriamente ocupadas por médicos, segundo determinação estatutária. Além disto, o estatuto também restringe a reeleição dos membros da diretoria executiva a uma única recondução.

Entre suas responsabilidades estão a administração da Sociedade; o cumprimento das determinações estatutárias, do Conselho Deliberativo e da Assembléia Geral; o estímulo às atividades de filantropia, ensino e pesquisa; a organização da administração da Sociedade; a contratação e demissão de pessoal; a autorização da constituição de procuradores; a alocação de recursos de qualquer ordem necessários à operação da organização e a manutenção da informação aos sócios, em caráter permanente, sobre todas as atividades realizadas no âmbito da Sociedade.

Em relação ao presidente da Diretoria Executiva o estatuto estabelece como competências o gerenciamento dos interesses da sociedade, a presidência das reuniões da diretoria, a convocação e instalação da Assembléia Geral, a representação da Sociedade, a prática, em conjunto com o vice-presidente financeiro, de ações que impliquem em obrigações e/ou assunção de direitos para a Sociedade e a designação, no caso de sua ausência temporária, de seu substituto dentre os vice-presidentes eleitos. Além disto, no caso da vacância da presidência

por morte ou impedimento , o estatuto estabelece a substituição do presidente pelo vice-presidente administrativo.

A visão do presidente da Diretoria Executiva – análise do discurso.

A presidência da Diretoria Executiva tem se constituído, desde o início das atividades da organização, na principal instância de exercício de poder institucional. Durante toda a existência da Sociedade o cargo de presidente da diretoria foi exercido por apenas 3(três) pessoas, de formação médica. Após a abertura do hospital, com o aparecimento de necessidades administrativas mais vinculadas a operação diária da organização estabeleceu-se a contratação de um profissional gestor , que se reportava diretamente ao presidente. Os estatutos originais permitiam a recondução dos representantes da Sociedade aos cargos diretivos, que eram e continuam sendo eminentemente voluntários. A decorrência foi a permanência por longos períodos de tempo dos dois primeiros presidentes da Diretoria Executiva.

O atual presidente da diretoria iniciou suas atividades junto à organização, primeiramente como voluntário nos serviços assistenciais gratuitos passando gradativamente a incrementar o atendimento aos pacientes de sua clínica privada no hospital. Em decorrência, foi convidado pelo presidente anterior a fazer parte da Diretoria Executiva, tendo, após um período de 6 anos, sido indicado para sucedê-lo. Ao assumir a presidência entretanto, procurou mudar o contexto estatutário em função de sua interpretação acerca das mudanças que vinham ocorrendo no setor saúde. Em seus dizeres, *“me tornei muito mais capaz e competente para entender o que era o hospital, não só a sua história, mas a sua estrutura, seu funcionamento, seus aspectos positivos e negativos, seus pontos fortes e fracos”*, evidenciavam-se suas preocupações com as dificuldades com que o hospital e a sociedade viriam a se defrontar nos anos seguintes.

Além disto, buscou identificar novas formas de atuação da diretoria executiva que permitissem a renovação dos quadros de diretores e colaboradores da sociedade e

a incorporação de novos processos de governança corporativa que demandaram alterações estatutárias limitadoras do tempo de mandato dos diretores. Em essência, buscou compartilhar experiências de instituições americanas que, ao tempo do princípio de seu mandato, demonstravam preocupações acerca dos papéis de suas estruturas de liderança. Quando coloca *"Nós propusemos e foi aceito 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 essa seja uma decisão correta, que permite uma alternância de poder, não só importante como alternância do assim chamado poder, mas principalmente como renovação"* procura estabelecer novo modelo de gestão em que os princípios de agregação de novos valores e contribuições ao corpo diretor permitissem maior flexibilidade e agilidade à estrutura de governança.

Em sua opinião o estatuto representa o documento legal que estabelece e baliza as regras do jogo de poder institucional, dentro de um princípio democrático de participação dos conselheiros (via Conselho Deliberativo) e de sócios (via Assembléia Geral). Entre as vantagens de sua atual configuração situam-se a expressão das idéias e dos desejos dos fundadores e a possibilidade de inserção de novos colaboradores. A principal desvantagem citada é a obsolescência que caracteriza este documento em virtude do dinamismo dos jogos existentes entre os membros da sociedade.

Das mudanças introduzidas em sua administração, uma das mais importantes se referiu à alteração dos papéis dos demais diretores eleitos. Nas diretorias anteriores, segundo sua opinião, muitos dos representantes desempenhavam papéis eminentemente adjudicatórios das decisões da presidência, e em sua gestão com a criação das vice-presidências, com papéis específicos, tornou-se possível o estabelecimento de programas de trabalho mais efetivos e coerentes com os cenários e demandas vividos pela organização. No entanto, este movimento desencadeia novas relações de poder entre os vice-presidentes e entre estes e os

administradores profissionais que não necessariamente atendem ao interesse institucional ou nos seus dizeres *"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 muito a colaboração entre eles"*, e *"Aí você vê aqueles que são maduros na sua forma de agir, agem dentro de limites de respeito ao trabalho alheio, como você vê aqueles que menos acostumados a essa convivência, extrapolaram a sua maneira de exercitar o poder, buscaram aumentar seu território de influência..."*, e ainda propicia o aparecimento de um comportamento inadequado por parte da administração profissional que cria um mecanismo de referencia direta às vice-presidências eximindo-se de parte de suas responsabilidades

Além disto, durante seu período de gestão, processa-se uma mudança radical no grupo gerencial profissional principal da organização, a partir da substituição do executivo principal, o superintendente. A Diretoria Executiva, a despeito das transformações de sua composição e de papéis, passa a buscar uma nova relação com este grupo de profissionais em que alguns atributos de qualificação e uma nova abordagem relativa aos resultados da atuação destes gestores predominam nos discursos e nas práticas operacionais. O interesse do grupo dirigente, nesta fase, desloca-se, em principio, de um modelo que se baseava nas relações pessoais entre diretores e gestores para outro em que se busca a implementação de mecanismos de monitoramento da produtividade e da assertividade decisória dos profissionais. A preocupação explícita no discurso da presidência se refere aos resultados das ações administrativas e ao papel de gestão estratégica que a diretoria deve assumir em relação ao futuro da organização. Isto pode ser claramente percebido quando se coloca que é necessário separar-se a atividade de gestão de assuntos relacionados à prática operacional daqueles que envolvam questões relativas às melhores escolhas de investimentos, à introdução de novos programas assistenciais e ao redirecionamento mercadológico da organização.

Entretanto, na prática, as mudanças idealizadas pelo presidente apresentaram um ritmo lento e pouco efetivo na sua implementação. Isto, em sua opinião se deveu basicamente à emergência de jogos e associações de resistência entre executivos e vice-presidentes. Os primeiros, pela capacidade de controle que detinham sobre a estrutura da organização buscaram elaborar laços que lhe permitissem a manutenção de suas parcelas de poder institucional basicamente pelo controle do processo de comunicação do conhecimento estratégico. Os segundos, pela busca de projeção e importância no ambiente institucional, estabeleceram um processo de competição interpares que se apoiou em essência no controle de funções administrativas associadas a fatias maiores de alocação de recursos.

Segundo a visão do presidente da diretoria executiva, a principal deficiência associada às distorções de relacionamentos e aos comportamentos inadequados é o deficiente processo de comunicação intra-organizacional que privilegia canais informais e pessoais em detrimento dos formais e oficiais. Entretanto, com a implantação de uma série de ferramentas de comunicação acredita que deva acontecer uma tendência de reversão deste quadro. Além disto, constitui sua proposta para a próxima diretoria, a revisão dos estatutos com o intuito da eliminação da segmentação implantada em sua gestão e a criação de modelos de gerenciamento das atividades dos vice-presidentes a partir de projetos ou assuntos, de forma que, com a conclusão de determinado projeto, ficam livres os vice-presidentes para assumirem novas tarefas e funções junto à diretoria. Ou segundo suas palavras *“Acho que a dificuldade reside no fato de que ainda existe um conceito dentro da Instituição, segundo o qual quem tem a informação tem o poder. Se eu reter a informação, eu aumento meu poder,, eu me torno mais necessário, faço com que as pessoas venham buscar comigo a informação.... Acho que é cultural dentro da Instituição, não só da nossa mas de todas seguindo uma crença segundo a qual quem tem a informação detém o poder”*.

Ainda em sua percepção, a Diretoria Executiva é imbuída de um poder que, no âmbito da Sociedade mantenedora, é legitimado pelo processo eleitoral, tanto da

representação junto ao conselho, quanto à própria diretoria. Este se processa de forma a procurar a manutenção de um equilíbrio entre o conservadorismo e a renovação dos quadros. Em sua opinião, pelo fato do processo eleitoral se estabelecer sobre bases de formação de chapas, torna-se difícil, dado a dimensão do conselho a articulação de mais de uma chapa eleitoral. Acredita que se o modelo migrasse para um voto qualificativo individual e não a chapas a capacidade de renovação do quadro dirigente poderia ser ampliada. Da mesma forma, ao estabelecerem-se limites temporais concretos, abriram-se novas possibilidades de jogos sucessórios antes sufocados pelas lideranças das presidências da diretoria. Além disto, a participação de indivíduos pertencentes aos diversos grupos sociais participantes, entre eles os médicos e as mulheres, podem vir a se constituir em fator de diferenciação e renovação de futuras diretorias, pelas características que envolvem estas populações específicas.

Ao ser questionado sobre uma eventual associação entre estes comportamentos demonstrados pela diretoria e o modelo de atuação médica conhecido, em que existe uma relação de dependência entre o paciente e o profissional e de ascendência entre este e os demais profissionais de saúde responde identificando uma associação entre os traços característicos do exercício da profissão e o modelo de comportamento observado. Isto, em função do papel médico de gerenciador/condicionador da assistência. Entretanto, acredita que, no novo processo de assistência que se desenha, o médico deve buscar uma nova colocação de integrador das equipes multidisciplinares envolvidas com a atenção ao paciente, em última instância, a razão de ser da organização.

Quanto ao perfil necessário ao principal administrador profissional da organização esclarece que não necessariamente esta função deva ser exercida por profissional médico, apesar da superintendência ter sido sempre ocupada por médicos que detinham conhecimentos razoáveis de administração. Entre os atributos e qualificações que julga indispensáveis à função lista a capacidade de liderar democraticamente a organização profissional, a habilidade de negociação e o

conhecimento profundo do mercado de assistência médico-hospitalar. Sua posição é que este profissional deva apresentar competências que se afinem ao projeto/programa proposto pela diretoria executiva e seja hábil na identificação e separação dos papéis que lhe cabem e os da diretoria.

O presidente, quando solicitado a exemplificar uma ação, evento ou política implementada nos últimos 6 meses, solicitou "permissão" para a extensão do prazo para um ano posto que no último semestre, em virtude da sociedade estar vivenciando o processo sucessório da Diretoria Executiva, esta se reservou o direito de não implementar novas medidas que pudessem interferir com a nova diretoria. Em todo caso, em relação ao último ano acredita que as medidas mais importantes para a organização foram a implementação dos modelos de orçamentos operacionais e de investimentos e a elaboração de uma pesquisa de mercado abrangente que permitisse a avaliação da pertinência ou não do hospital estender sua atuação a um outro extrato social.

A visão do superintendente – análise do discurso.

A superintendência geral tem se constituído na instância mais importante de administração da organização, principalmente no que se refere às questões de produção de serviços, relações com o corpo clínico, qualidade da assistência, gestão de recursos necessários à atividade operacional e relações com fontes pagadoras e fornecedores. No início das atividades hospitalares, a gestão se processava basicamente pela participação direta de um grupo de diretores voluntários que se responsabilizavam por cada um destes aspectos. No entanto, com o crescimento da atividade assistencial passou a se tornar consenso entre os membros da diretoria que estas funções demandavam a presença de um profissional especializado em gestão hospitalar que se dedicasse em tempo integral. Com o tempo, a estrutura administrativa sofisticou-se e incorporou um grupo de profissionais especializados nas diversas áreas da administração, mantendo-se o comando e o controle organizacional na pessoa do superintendente.

Na prática, o fato deste profissional dedicar-se exclusivamente às atividades administrativas propiciou a concentração de grande parte do poder em suas mãos, caracterizando um modelo bi-polar de comando organizacional nas primeiras fases da operação do hospital com o poder sendo compartilhado pelo presidente e pelo superintendente como citado pelo presidente quando se refere ao modelo existente nas diretorias anteriores *“O superintendente de então, gozava da total confiança do presidente que me precedeu foi pessoa extremamente importante dentro do desenvolvimento institucional e que teve um papel muito decisivo. Porém, as suas características não estavam de acordo com o projeto que nós apresentamos, com o que pretendíamos para a instituição. Por essa razão foi substituído. As características que tinha eram de comando por pressão, voltado fundamentalmente para o controle e para o domínio total de todas e quaisquer ações.... acreditava que deveria influir fortemente sobre as decisões da diretoria.”*

Com a substituição promovida pela nova diretoria um novo modelo de relacionamento, mais complexo e sofisticado passou a vigorar. Sua implantação coincidiu com uma série de transformações no âmbito da organização que, em essência, decorreram do aumento de importância dos papéis dos vice-presidentes. Estes passaram a interagir mais diretamente com as várias instâncias da gestão profissional e a interferir nas definições de políticas, formas de condução das áreas e mecanismos de atuação dos profissionais contratados. Com isto, o papel do superintendente, que nas gestões anteriores apresentava um alto grau de concentração decisória, passou a se caracterizar pela busca da integração das áreas gerenciais e pelo desenvolvimento de mecanismos formais de interação entre seu corpo gerencial e a diretoria executiva. A superintendência se transformou, com a evolução do processo, na instância de interface mais importante por meio da participação nas reuniões formais da diretoria e na composição de grupos de trabalho especificamente dedicados ao gerenciamento das áreas administrativas em permanente contato com as vice-presidências.

O atual superintendente assumiu o cargo cerca de seis meses depois da posse da nova diretoria, após um período de reorganização da prática administrativa. Na verdade, o profissional entrevistado já havia participado da gestão anterior em função subalterna ao superintendente da época. Tratando-se de médico, com formação em administração hospitalar, submeteu-se a um programa de reavaliação de suas competências e atributos pela diretoria em que os fatores associados à sua habilidade política e de negociação foram fundamentais para a contratação. Em seus dizeres, *"aspectos de liderança, conhecimento administrativo de modo geral, mais específico com relação à saúde e hospital, prestação de serviços na área da saúde, experiência, vamos dizer assim ... experiência demonstrada ou comprovada na área. Acho que basicamente são estes os requisitos"*, os aspectos relacionados à sua experiência anterior foram os que mais pesaram na definição de sua contratação.

Sua opinião acerca da melhor forma de conduzir a administração do hospital pressupõe a habilidade de identificar o contexto global em que a organização se insere dentro de perspectivas internas e externas. Internamente, o conhecimento das habilidades e capacidades técnicas do corpo de colaboradores e do processo de interface existente entre este e os médicos, usuários e demais agentes participantes do processo assistencial coloca-se como elemento básico no gerenciamento da operação e na redução dos conflitos. Externamente, o contato permanente com as fontes financiadoras e com o corpo clínico credenciado assim como o monitoramento das condições de concorrência por parte de outros hospitais tem se constituído em suas principais preocupações no sentido de obter o melhor resultado possível para a atividade da organização.

Por outro lado, com o novo modelo de atuação da Diretoria Executiva, este profissional passou a desempenhar novos papéis relacionados à atividade de governança. A participação do planejamento operacional, da gestão estratégica e da formulação de novas formas de gestão do conhecimento, em conjunto com a Diretoria Executiva, passou a demandar do superintendente o desenvolvimento de

uma nova matriz administrativa em que o trabalho de suporte, de busca e classificação de informações e de assessoria ao trabalho da diretoria e de suas comissões condicionou a estratificação ainda maior da sua gestão. Novas gerências foram criadas e, por decisão da diretoria, as atividades de ensino e pesquisa e de ações sociais passaram a dispor de uma estrutura própria de gerenciamento.

Promoveu-se o reordenamento das funções associadas à gestão com conseqüente redefinição dos limites de autonomia decisória das áreas profissionais, dentro de um princípio que pressupunha a segmentação das decisões estratégicas sob a tutela da diretoria e das tático-operacionais sob responsabilidade da administração profissional. Com isto tornou-se possível a implementação de novas formas de controle da atividade gerencial, como por exemplo a implantação de orçamentos operacionais e de investimentos, de indicadores de qualidade e de produtividade com conseqüente introdução de mecanismos de avaliação da performance gerencial em novos parâmetros.

Com relação aos papéis desempenhados pelos trabalhadores das profissões nucleares, respectivamente médicos e enfermeiras, buscou-se o estabelecimento de uma nova forma de relacionamento que, em essência, procurou preservar os aspectos associados à qualidade, ao respeito às necessidades dos pacientes e ao aumento da capacidade resolutive. De certa forma, dadas às características do corpo clínico do hospital, a enfermagem constituiu elemento fundamental da assistência, responsabilizando-se pelo contato direto e ininterrupto, e desenvolvendo uma visão de atenção focada. Isto levou a uma nova abordagem multidisciplinar da assistência em que o médico passou a se constituir no elemento gerenciador da atividade, detendo capacidade de re-ordenação do processo assistencial, e a enfermeira assumiu sua coordenação se responsabilizando pela busca e alocação de recursos necessários ao desempenho assistencial. Na visão do superintendente o médico passa a ser o "*regente da orquestra*" da assistência e da sua atuação depende a qualidade da "*sinfonia*" ouvida pelo paciente.

Nas relações com estes profissionais a superintendência procurou instituir novos mecanismos de comunicação e estabelecer parcerias com líderes entre as especialidades no sentido de promover mudança na forma de atuação. Basicamente isto se desenvolveu com a constituição de grupos de trabalho dedicados à formulação de protocolos que buscassem padronizar as condutas e abordagens das situações clínicas mais freqüentes, com a implantação da participação médica em comissões de padronização de materiais/medicamentos e com a ausculta destes nas decisões relativas à incorporação de tecnologia médica. Como consequência, a atividade envolvida com o desenvolvimento de novos conhecimentos junto a este grupo também se acentuou, com maior freqüência de reuniões clínico-científicas e com a organização do grupo médico em uma associação destinada a alavancar as negociações de honorários junto aos convênios e fontes pagadoras.

Na visão do superintendente a grande mudança conceitual que o período de gestão da diretoria pode trazer à atividade médica foi consequente à migração do conceito de "propriedade" do paciente que anteriormente se vinculava diretamente ao médico-titular e que passa a ser do hospital e da equipe multi-disciplinar com ganhos para a qualidade da assistência.

Entretanto, questões ainda pendentes acerca dos mecanismos de encaminhamento e referência dos pacientes que procuram diretamente o hospital têm dificultado o avanço da gestão da atividade médica. Normalmente é possível a identificação de dois grupos de pacientes: o encaminhado diretamente por determinado médico, e portanto por ele assistido, e o que demanda espontaneamente a organização. A este, na maioria das vezes, é oferecida a possibilidade de escolha do profissional que deve assisti-lo no hospital, e em consequência, a organização dispõe de poder de negociação em relação aos médicos mais habituais, que se interessam pelo atendimento destes pacientes institucionais. Este fenômeno tem se caracterizado pela emergência freqüente de conflitos entre médicos e a administração. O que se

espera é que com a implantação da associação médica parte destes problemas seja resolvida em seu âmbito.

Ainda segundo o superintendente a organização vive na atualidade uma fase em que novas mudanças se imporão. Sua análise dos cenários existentes no setor saúde pressupõe o aparecimento de dificuldades ainda maiores para os hospitais nos próximos anos. O aumento das restrições financeiras e das pressões por parte das fontes pagadoras deve demandar novas alterações na liderança da organização e no processo assistencial. Neste sentido, sua principal crítica se faz acerca dos mecanismos de comunicação informal ainda existente no ambiente organizacional que criam dificuldades ao trânsito e compartilhamento de informações. Em sua opinião somente com o reforço e valorização sistemática dos canais de comunicação formal será possível a minimização dos jogos de poder existentes entre as várias instâncias. Ou em suas palavras: *"estou absolutamente convencido de que se não existir um mecanismo formal de comunicação entre as diferentes instâncias do hospital, seja de cima para baixo, de baixo para cima, da periferia pro centro, do centro pra 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"*.

Solicitado a exemplificar acerca de uma medida, iniciativa, ou política implementada nos últimos 6 meses, o superintendente relatou a dinâmica decisória ocorrida quando a organização identificou a necessidade de incorporação de novos grupos geradores elétricos que dessem continência à demanda do hospital face à restrição do racionamento ocorrido no segundo semestre de 2001.

Conclusão.

A organização estudada apresenta uma estrutura de governança corporativa caracterizada pela inserção representativa dos vários grupos componentes da estrutura social. Esta representação se faz predominantemente por meio da participação no Conselho Deliberativo. Entretanto, a concentração de poderes na Diretoria Executiva, legitimado por um mecanismo eleitoral em que está implícita a formação de chapas pode propiciar as condições de articulação de jogos e associações entre grupos de interesses específicos. Por exemplo, a necessidade de participação médica nesta diretoria e a capacidade de influência que o corpo médico detêm sobre questões operacionais implicaram na condução, até o momento, de presidentes originários desta categoria profissional, a despeito de inexistir qualquer definição estatutária condicionante deste atributo para o exercício da presidência.

Da mesma forma, as mudanças promovidas pela diretoria atual propiciaram o crescimento da importância da presença dos médicos, no âmbito da governança corporativa. Os traços que caracterizam o exercício da profissão médica, quais sejam a presença de uma cultura individualista e de ascendência desta classe sobre as demais, a busca do reconhecimento social, a competitividade interpares e a dificuldade de acolhimento de posições críticas à suas condutas têm condicionado fortemente o ambiente organizacional, especialmente no que se refere aos mecanismos de intervenção sobre as práticas administrativas.

Por outro lado, a gestão profissional da organização se processa sob um mecanismo básico de delegação "monitorada" do poder, sendo possível a identificação de canais diretos de comunicação entre parte dos representantes da diretoria e os principais membros do corpo gerencial. Isto tem levado o executivo principal ao desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre a administração profissional e a diretoria com os propósitos de promoção de uma maior integração, de redução de conflitos e de minimização de jogos de interesse principalmente com a valorização de mecanismos formais de interação e com a implantação de instâncias colegiadas de validação das decisões.

Com referência ao questionamento proposto na definição do escopo do trabalho de pesquisa podemos inferir que:

Questão 1 - (Existe nos hospitais estudados uma cadeia de comando e direção entre as instâncias superiores e o executivo principal que efetivamente acarrete ações executivas?)

Existe uma cadeia de comando que efetivamente acarreta ações executivas. Entretanto, em virtude do compartilhamento estabelecido pela presidência atual, a presença de comportamentos de interferência direta com a administração vem se mostrando complicada para a gestão em virtude da necessidade de permanente vigilância acerca dos papéis dos grupos de diretores e de gestores. A proposta de introdução de novas competências com conseqüente separação das questões estratégicas e tático-operacionais pode se mostrar de utilidade na redução de práticas inadequadas.

Questão 2 - (O modelo de governança corporativa observado nos hospitais apresenta alguma semelhança estruturada com os disponíveis em outras organizações empresariais que se diferenciam pelo objeto do lucro?)

Existem semelhanças e diferenças. O exercício da função de comando por uma Diretoria Executiva eleita, de certa forma, pode ser comparado aos mecanismos presentes nos Conselhos de Administração das companhias, apresentando a presidência semelhanças com os papéis atribuídos aos presidentes destes conselhos. Da mesma forma, o papel do superintendente assemelha-se ao do "CEO" das corporações.

Contudo, a presença de uma estrutura social eminentemente centrada na participação de atores que buscam o reconhecimento de seus papéis e a valorização do caráter de voluntariado tem se constituído em elemento importante

no condicionamento das diferenças perceptíveis do modelo de governança. A relativa dificuldade com que a diretoria se defronta na definição dos seus papéis, no estabelecimento de objetivos estratégicos e na identificação de qual a melhor forma de condução dos negócios da sociedade é eminentemente vinculada às indefinições acerca dos interesses dos principais grupos participantes e à ausência de representação de usuários na estrutura. Afinal, em instituições sem fins lucrativos, cujo controle se faz pela alocação de sócios de participação voluntária, não é possível o estabelecimento de um paralelo com o “direito do acionista”.

Questão 3 - (A estrutura legal-estatutária que regula a existência das organizações estudadas contempla os papéis dos executivos principais?)

A resposta a esta questão é não. Inexiste definição estatutária, nesta organização em particular, acerca do papel do executivo profissional principal da mesma.

Além destas respostas, foi possível identificar um razoável nível de interferência das profissões nucleares sobre o processo de governança da organização, especialmente a médica que condiciona práticas e comportamentos administrativos e assistenciais. Ou como pode ser depreendido dos discursos do presidente e do superintendente, respectivamente: *“entende-se que a atuação médica é fundamental para a existência e para a sobrevivência do Hospital e, portanto, da entidade como um todo. Portanto, esses médicos atuantes, militantes, constantes no Hospital, devem estar adequadamente representados”* e *“na hora em que se coloca o paciente aqui, ele passa, o hospital e o médico a interagir sobre o produto acabado, que é o paciente tratado. Embutido nisto está essa questão da liderança que o médico exerce na questão deste tratamento, vamos dizer assim, no conjunto, na coordenação desse tratamento. Essa liderança é do médico e é ele o responsável pelo tratamento”*.

ANEXO III

ESTUDO DE CASO - ORGANIZAÇÃO 2.

Histórico da organização e análise de documentos estatutários.

A organização estudada apresenta características singulares acerca do seu processo de constituição que remonta à expansão marítima do Império português dos séculos XV e XVI. Sua história se vincula ao modelo de ocupação das colônias em que se procedia à implantação de um pólo de governo civil, uma base religiosa comandada pelos jesuítas e a construção de unidade de assistência, as santas casas estruturadas à semelhança da existente em Lisboa. A unidade de S. Paulo foi constituída no século XVI sendo que os primeiros registros oficiais de sua presença em território paulista datam de 1592. Entretanto, sua existência deve ser anterior a esta data, pois segundo o atual provedor, existem registros que estabelecem que as velas do funeral de Tibiriçá foram fornecidas pela Irmandade.

Em suas origens, estas instituições se organizavam por iniciativa de nobres ou fidalgos portugueses que procuravam, com isto, a obtenção do beneplácito da corte face às mudanças de estrutura de poder da monarquia portuguesa, em luta com os espanhóis pela hegemonia do mundo conhecido.

Destinava-se ao exercício de atividades assistenciais, não especificamente relacionadas ao atendimento aos enfermos, mas também ao suporte à infância desamparada, às viúvas, aos idosos e inválidos. Estas práticas consubstanciavam-se em um compromisso que estabelecia a assistência a questões corporais e espirituais das populações mais carentes. Este traço persiste até a atualidade e está inserido no compromisso da organização estudada.

Segundo o compromisso, documento que desempenha legalmente as funções estatutárias, a Irmandade tem por objetivo o exercício da caridade e da misericórdia, para o socorro e a assistência aos enfermos, idosos, inválidos e desamparados; assim como para a formação da juventude. Mantém, para a

consecução deste, hospitais, sanatórios, asilos, escolas, creches e outras unidades afins que lhe permitem, sem prejuízo de outras fontes de receita, a manutenção da atividade assistencial pela prestação de serviços remunerados.

A organização mantém em S.Paulo 7(sete) unidades hospitalares e um colégio, tendo sido o principal interesse o estudo da estrutura de liderança existente no hospital central, o de maior porte. Além disto, funcionam em suas instalações um curso de ciências médicas, considerado pela comunidade paulistana como um dos melhores do Estado, e uma faculdade de enfermagem.

Constitui seu quadro social a presença de um número ilimitado de irmãos admitidos sem distinção de qualquer natureza, e que se classificam, segundo critérios de serviços prestados ou contribuições materiais oferecidas, nas seguintes categorias: remidos, benfeitores, beneméritos, protetores e honorários. Sua admissão se processa a partir de sugestão à provedoria por pelo menos 3(três) irmãos, sendo esta responsável pela avaliação das admissões em bases que privilegiam traços de caráter e comportamento.

Entre seus direitos estão a participação na Assembléia Geral, o voto e participação da Mesa Administrativa e da Provedoria, a proposição de inclusão de novos irmãos e o requerimento da Assembléia Geral, garantidos os dispositivos estatutários.

Entre seus deveres estão as participações nas Assembléias Gerais, as freqüências a um mínimo de 50% (cinquenta por cento) das reuniões de instâncias para as quais tenham sido eleitos, a promoção do engrandecimento da Irmandade e o cumprimento das disposições do compromisso. Além disto, lhes são vedadas a utilização do nome da Irmandade e a percepção de remuneração ou vantagem pecuniária em sua relação com esta.

Segundo o compromisso constituem os órgãos de direção da Irmandade a Assembléia Geral, a Mesa Administrativa e a Provedoria.

A Assembléia Geral é o órgão supremo da instituição e reúne os irmãos de todas as categorias para a apreciação de assuntos de interesse da Irmandade e tomar as resoluções que julgar conveniente. Reúne-se ordinariamente anualmente com o propósito de deliberar sobre as contas do exercício findo e a cada 3 anos para proceder à eleição da Mesa Administrativa, inclusive o provedor e vice-provedor. Sua convocação é realizada pelo provedor, podendo também ser realizada por iniciativa de pelo menos 40 irmãos em caráter extraordinário.

Entre suas competências estão a eleição e/ou destituição, em escrutínio secreto, dos membros da Mesa Administrativa, o julgamento de recursos contra atos da mesma, a deliberação sobre reforma ou alteração do compromisso (sendo necessário um mínimo de 70 irmãos para este propósito), a deliberação sobre balanços e contas e a deliberação sobre a dissolução da Irmandade e a destinação de seus bens (sendo necessários pelo menos 500 irmãos para isto).

A Mesa Administrativa é o órgão deliberativo da Irmandade, sendo integrada pelo provedor que a preside, pelo vice-provedor e por mais 48 outros irmãos mesários, eleitos pela Assembléia Geral ordinária com mandato de 3 anos. O compromisso estabelece o impedimento de participação da mesa de irmãos que façam parte do quadro funcional da Irmandade e limita as reeleições para os cargos de provedor e vice-provedor a duas reconduções.

Reune-se ordinariamente a cada 15 dias e estão entre suas competências a deliberação acerca de admissão ou exclusão de irmãos, da aquisição e alienação de ativos, da formulação de convênios e contratos, da aceitação de legados ou doações, da execução orçamentária da Irmandade, da aceitação e juízo sobre indicações de membros da Provedoria e da criação ou supressão de mordomia. Além disto, elaborar ou aprovar regimentos, contratos e o julgamento, em grau de recursos, das sanções aplicadas pela provedoria.

A Provedoria é o órgão executivo da administração da Irmandade e é constituída pelo provedor, pelo vice-provedor, ambos eleitos pela Assembléia Geral, e pelos escrivão, vice-escrivão, tesoureiro, vice-tesoureiro, procurador jurídico, vice-procurador jurídico, mordomos e vice-mordomos (cargos de nível de direção corporativa) escolhidos pela Mesa Administrativa, a partir de proposição do provedor, dentre os irmãos mesários. Sua figura central é o provedor a quem compete representar a Irmandade; constituir e destituir procurador; convocar e presidir as reuniões da Assembléia Geral, da Mesa Administrativa e da Provedoria; superintender os serviços da Irmandade, inclusive com a delegação de poderes; autorizar despesas "ad referendum" da Mesa Administrativa em caráter de urgência; contratar e demitir funcionários e exercer o poder disciplinar sobre estes; propor orçamentos e apresentar à Mesa os relatórios de atividades relativas ao exercício anterior. Ainda em caso de vacância da Provedoria, por motivo de qualquer ordem, o compromisso estabelece a substituição respectivamente pelo vice-provedor e escrivão com convocação de novas eleições para em 60 dias a ocupação definitiva do cargo.

A visão do provedor – análise do discurso.

A Provedoria constitui-se na principal instância de poder no âmbito da Irmandade, fato que pode ser concretamente observado nas determinações existentes no compromisso acerca dos papéis e limites da função. A organização do trabalho da Provedoria, no entanto, é fortemente condicionada pelas restrições por que passa a organização. Estas se efetivam concretamente pela dependência de recursos financeiros originários do Estado, já que cerca de 95% dos atendimentos são realizados para o SUS. Na prática, a organização é caracterizada por muitos elementos condicionantes da função de governança, entre estes a escassez de recursos, a presença de necessidades específicas das áreas acadêmicas e a forte influência cultural dos valores atribuídos à sua vocação original de assistência caritativa. Segundo o provedor, para atuar na Irmandade é preciso exercer em plenitude o conceito de misericórdia, ou associando o termo à sua origem latina, é preciso aprender a *"repartir o coração"*.

Estas condições particulares da organização têm levado a uma crescente dificuldade no acolhimento de novos colaboradores e à participação de suas instâncias diretivas, sinalizados pela relativa estabilidade no número de irmãos participantes, cerca de 800, e pela dificuldade na constituição de chapas à mesa e à função de provedor.

O atual provedor iniciou suas atividades junto à mesa administrativa por volta de 1990, inicialmente como mesário, tendo procurado se preparar para outras funções com o correr dos anos. Trata-se de advogado aposentado, que julgou pertinente dedicar parte de seu tempo, nesta fase da vida, a alguma atividade que retribuísse à Sociedade todos os benefícios que esta lhe proveu durante sua vida profissional. Atuando como mordomo de uma das funções sociais (a de arrecadação de fundos) da Irmandade pode perceber as dificuldades pelas quais a organização passou no início dos anos 90 em que praticamente viu ser reduzida a atividade assistencial ao hospital central e ao colégio. Por esta razão, aceitou o convite do provedor anterior para assumir a vice-provedoria participando efetivamente do esforço de reorganização administrativa pelo qual passou a organização.

Com a preocupação do poder público acerca do papel que a organização desempenhava para a saúde do município de S.Paulo (o hospital central é um dos 4 mais importantes da capital, em termos de atendimento à população carente) tornou-se possível a elaboração de um plano de reestruturação organizacional que levou ao equilíbrio financeiro e à reabertura das unidades fechadas. Neste processo, houve contribuição significativa do trabalho da Mesa Administrativa anterior e do superintendente do hospital central, com a criação de mecanismos de modernização gerencial e com a inserção de novas competências à provedoria. Para isto, com recursos a fundo perdido originários do Banco Mundial, contratou-se consultoria de gestão em saúde que procurou implementar novos conceitos de administração e promover redesenho dos papéis da governança corporativa. O

atual provedor participou ativamente de todo o processo iniciado na gestão anterior, tendo assumido a Provedoria com o falecimento de seu antecessor.

Para que se tornasse possível a obtenção de recursos que saneassem financeiramente a organização foi necessária a reformulação do compromisso original da Irmandade, que passou a incorporar premissas garantidoras de um maior controle social da estrutura de poder corporativo, sem que houvesse, entretanto, mudanças nas características principais de sua vinculação com a assistência e a filantropia. Na visão do provedor, com as mudanças, o compromisso reforçou sua característica histórica de garantia da misericórdia e ganhou nova dimensão como instrumento legal regulador da prática executiva e da assistência sem que para isto fosse necessário alterar a composição das instâncias diretoras. O que de fato aconteceu foi uma mudança de comportamento dos participantes no sentido da busca de um conhecimento maior da organização, de seus papéis e responsabilidades.

A administração profissional, centralizada no superintendente, implantou novas formas de gestão das atividades assistenciais com o desenvolvimento de um modelo de unidades estratégicas de negócios e de gerenciamento por resultados que possibilitou à provedoria novos instrumentos de administração de sua própria atividade. Ferramentas como os orçamentos operacionais e de investimentos, o monitoramento da produção associada à assistência, assim como a participação do corpo docente do curso de medicina na proposição de novos programas permitiram à alta administração o estabelecimento de prioridades e o trabalho de busca de recursos para investimentos em novos equipamentos e instalações que atendessem ao crescimento do hospital central.

Segundo sua opinião, uma das características importantes para o funcionamento da Provedoria é a implementação das mordomias, a partir de representação da Mesa Administrativa. Estas funcionam como diretorias para assuntos específicos da Irmandade e constituem um mecanismo prático de formação e educação dos

irmãos mesários envolvidos mais diretamente com a gestão institucional. Além disto, pelos vínculos que se estabelecem entre estes representantes e os da mesa, o trabalho de controle e validação das ações implementadas se torna mais eficiente e integrado. Cita sua história pessoal no âmbito da Irmandade, em que transitou por várias funções, tendo feito “um curso sobre a Irmandade” o que lhe está sendo de grande valia na fase atual. Ainda em relação a este aspecto, em sua visão a mesa tem desenvolvido um papel eminentemente “legislativo” enquanto que a Provedoria é a responsável pelas ações “executivas” da organização.

Indagado acerca da representação existente nas duas instâncias declara acreditar que, pela relativa falta de interesse da comunidade na participação tem sido difícil a renovação dos quadros de irmãos associados. Entretanto, acerca da participação médica, salienta que um grande número de representantes dos departamentos acadêmicos tem se dedicado às questões corporativas. No momento atual refere uma participação de cerca de 10 profissionais junto à Mesa e 4 diretamente em Mordomias sem que isto traga qualquer interferência direta com a gestão administrativa. No entanto, esta separação de papéis nem sempre ocorreu na história da organização. Houve fases durante a história mais recente (nos últimos 20 anos) em que tanto a mesa quanto a provedoria foram controladas por médicos.

Em sua forma de ver, a separação mais concreta dos papéis da Provedoria e da gestão profissional ocorreu, a partir de iniciativa do provedor anterior (que circunstancialmente era médico) que identificava nas ambigüidades desta relação muitas causas importantes das dificuldades pelas quais a organização passou nos últimos 20 anos. Com a instituição de maior poder à superintendência e a contratação de um profissional administrador médico, oriundo do próprio curso de ciências médicas e detentor de razoável capacidade de liderança junto à área acadêmica, foi possível a realização de um re-alinhamento estratégico da instituição e o encaminhamento de propostas de reorganização que propiciaram a melhoria das condições de operação, inclusive do ponto de vista financeiro.

Quando assumiu o cargo, em decorrência de sua visão acerca das necessidades organizacionais e de sua participação anterior no reordenamento da governança, o provedor procurou manter o superintendente, ampliando inclusive suas funções e poderes com o propósito de implantar uma estrutura departamental que permitisse a avaliação por indicadores objetivos. Com este movimento sinalizou à organização a importância que atribuía à qualidade, ao equilíbrio financeiro e à produção acadêmica socialmente relevante e o hospital criou as condições para uma inserção ainda maior no sistema de saúde do município, passando a desenvolver novas competências e habilidades, como por exemplo criando unidades de transplante e de atendimento de alta complexidade.

Em relação à questão da presença do superintendente e ao perfil que julga necessário ao bom desempenho da gestão administrativa coloca que, dadas às características da Irmandade e as experiências que assistiu no seu tempo de atividade voluntária no ambiente institucional, a atual equação é a melhor possível. Entende que, para administrar um hospital, é necessária uma visão abrangente da área da saúde e das suas relações, característica mais passível de se observar em médicos. Coloca ainda que, em sua visão, o atual superintendente tem se mostrado altamente capacitado e eficiente na administração do hospital, e muito da melhoria das condições gerais da organização se deram em razão do envolvimento e desempenho deste profissional. Relata ainda que, em função de sua liderança junto ao corpo médico, a frequência de situações de "bypass" por parte de coordenadores e médicos mais importantes diminuiu consideravelmente liberando a Provedoria para atuar em questões mais diretamente relacionadas ao controle corporativo e ao levantamento de fundos para a organização.

Indagado acerca de um evento, política ou ação implementado nos últimos 6 meses descreveu o processo estratégico no qual foi envolvido com vistas à obtenção de recursos do Reforsus para a implementação dos novos departamentos de Oftalmologia e de Medicina de Urgência.

A visão do superintendente – análise do discurso.

Segundo o superintendente geral, a organização foi uma das primeiras da cidade a instituir um modelo de profissionalização de sua administração com a implantação da superintendência geral em meados da década de 60. Até aquela época, as funções executivas da gestão eram exercidas diretamente pela Provedoria e pelas mordomias existentes. A presença de uma estrutura departamental centrada nas habilidades e no prestígio dos chefes de clínicas, no entanto, propiciava o desenvolvimento de um modelo autoritário e compartimentalizado em que o processo decisório obrigatoriamente passava pela influência dos titulares das diversas unidades assistenciais.

Com o início do funcionamento do curso de medicina, cuja base prática era exercida nas enfermarias do hospital central, começaram a emergir uma série de conflitos entre os corpos docente e discente e os responsáveis pelas unidades. A consequência foi a revisão da estrutura existente com a assunção do comando e das atividades assistenciais pelo corpo de professores e a criação da superintendência, cuja responsabilidade principal estava associada ao desenvolvimento de condições de funcionamento da atividade acadêmica.

Por esta época, a instituição se caracterizava pela apresentação de um mecanismo de financiamento da assistência eminentemente baseado em doações da comunidade, rendas de aluguéis de imóveis de sua propriedade, subvenções governamentais e contribuições individuais dos irmãos. Por esta razão, a extensão de seu programa assistencial estava fortemente condicionada ao volume de recursos financeiros que conseguia auferir. Com a reformulação ocorrida no sistema de assistência médica à população previdenciária em 1967, entretanto, o hospital passa a ocupar grande parte de sua estrutura com o atendimento desta e a dispor de uma fonte de receita adicional que foi importante para a consolidação do modelo de ensino e assistência que propunha.

Neste contexto, os papéis da administração profissional passaram a ser valorizados e tornou-se possível a implementação de uma série de instrumentos administrativos que centralizavam o controle da gestão na superintendência. Esta, desde sua implantação, era exercida por profissional médico com formação em administração hospitalar e se caracterizava pelo exercício de um complexo equilíbrio de fatores que envolviam o relacionamento com o corpo médico e a Provedoria. Em termos práticos, apesar da razoável parcela de poder decisório de que dispunha, a existência de mecanismos informais de comunicação entre os médicos coordenadores e a Provedoria traziam à prática administrativa a necessidade de um permanente esforço de negociação entre a superintendência e estes agentes, condicionando ações e resultados.

Com a evolução do modelo assistencial do setor da saúde, gradativamente a instituição passou a se defrontar com crises, cuja razão principal era de ordem financeira, e com o dilema de ter que restringir suas atividades pela dificuldade de financiamento. Em decorrência a superintendência foi eliminada nos anos 80 e a Provedoria encampou as funções administrativas regulares.

No início da década de 90 o então provedor propôs a criação de um grupo de trabalho, do qual participaram representantes da Provedoria e da administração, com o propósito de revisar de seu modelo de governança e re-estruturar as funções administrativas. Nesta fase, instituiu-se novamente a profissionalização da administração e indicou-se para a superintendência um médico que chefiava o setor de hemoterapia que havia demonstrado competência na gestão de sua unidade e iniciou-se o trabalho de reestruturação com o propósito de implantar um modelo de gestão baseada em unidades estratégica de negócio. O grupo, contando com uma assessoria exigida por agente financeiro, estabeleceu uma reformulação do compromisso da Irmandade em que se buscou estabelecer mecanismos de governança e controle corporativo que privilegiaram a profissionalização da administração. Sua premissa principal envolvia um modelo de separação de atribuições que garantisse o controle e a responsabilização da administração

profissional e a clara definição dos papéis de representantes da Sociedade por parte dos membros da Mesa Administrativa e da Provedoria. Com isto, a organização conseguiu reverter o quadro de vulnerabilidade que apresentava e introduziu novas práticas que melhoraram sua “performance” operacional e financeira.

Com o afastamento do novo superintendente, por razões pessoais, o então diretor técnico assumiu a superintendência e procurou dar continuidade ao processo de reformulação tendo se mantido à frente da administração nos últimos 9 anos. Por se tratar de profissional formado em uma das primeiras turmas do curso médico e ter sido coordenador da UTI por muitos anos tem conseguido exercer uma forte liderança sobre o corpo clínico e influir decisivamente nas transformações pelas quais a instituição passou no período. Sua carreira administrativa se concentrou basicamente no exercício de funções de gestão em organizações públicas e sua visão acerca da organização é que esta apresenta algumas características semelhantes aos hospitais públicos. Segundo sua visão, é possível a identificação de uma série de atributos que compõem e regulam as relações entre a administração profissional e a provedoria:

- O poder é concentrado na Provedoria e legitimado pela tradição e pelo compromisso. *“É um reinado, na verdade com plenos poderes, Então o mandatário, se você ler o compromisso, todos os poderes e toda ação estão nas mãos do provedor. Todos os outros são delegados dele”*
- A instituição é pública, porém não de propriedade do Estado, e sua estrutura de governança deve representar os interesses da Sociedade. *“. O que são o provedor e a mesa administrativa? São os donos. ... A Sociedade brasileira é a dona da Irmandade. E essas pessoas são os representantes da Sociedade brasileira nesse conjunto de complexidade. Então eles são os grandes fiscais para que a instituição mantenha os seus valores, as suas principais tradições”*
- A separação da estrutura de poder, com conseqüente delegação de autonomia às instâncias profissionais é decorrente da complexidade que caracteriza a instituição. *“Não há dúvida de que a instituição precisa ter uma*

estrutura profissional,..... Mas também não há dúvida que precisa ter esse poder central, este " Board "..... O provedor tem muito claro isto hoje. Que ele precisa de uma estrutura profissional para administrar toda essa complexidade e que não adianta só boa vontade e boas ações da Sociedade."

- A área financeira constitui instância importante de poder pela sua capacidade de condicionar ações e aprovar gastos. *"E tem sempre ao lado, ao poder do provedor, o poder da tesouraria, o tesoureiro é então...pelo compromisso o representante legal da parte financeira".*

- Os princípios seculares de atenção à população carente condicionam aspectos culturais fundamentais às formas de exteriorização de poder institucional. *"O problema da instituição é de compromisso. O compromisso é tratar o mais humilde e o pobre, que hoje é o SUS.Independente do governo. Até porque a instituição é muito mais antiga que o governo"*

Em sua opinião, a melhor forma de conduzir a gestão do hospital pressupõe a integração entre os papéis da alta administração e da administração profissional no sentido de identificar os grupos de interesses envolvidos com as atividades assistenciais e de ensino. Neste sentido, entende que com a implantação das unidades de gestão conseguiu com que questões relacionadas à ocupação da estrutura operacional, ao atendimento da demanda, e à remuneração da assistência disponibilizada passassem a contar com a participação efetiva dos profissionais diretamente envolvidos contribuindo para o equacionamento do equilíbrio financeiro. Entretanto, coloca que seu trabalho é permanentemente afetado pela questão financeira demandando uma vigilância constante sobre os gastos nos quais a organização incorre, como pode se depreender de sua argumentação : *"se eu distrair um dia, a gente gasta mais do recebe. Então desequilibra completamente financeiramente. E quando desequilibra, o problema financeiro atropela todos os outros e mata qualquer planejamento. Não há planejamento que sobreviva."*

Com referência aos mecanismos de interação que o novo modelo propiciou entende que este reforçou o papel da administração profissional e permitiu a liberação

gradativa da alta administração para atuação em questões estratégicas. A confiança depositada na superintendência e o equacionamento dos problemas administrativos cotidianos permitiram o estabelecimento de uma forma de exercício de poder caracterizada pela divisão informal de atribuições e pela concentração das questões técnicas sobre sua função. Isto, em sua análise, acabou por definir uma bipolaridade decisória, sem que isto se constituísse em problema para o relacionamento com a Provedoria. De certa forma, como tanto o provedor quanto o superintendente tem uma visão semelhante acerca da instituição existindo um respeito muito grande pelos papéis de cada pólo de poder e um mecanismo de comunicação permanente acerca dos problemas e necessidades.

Indagado acerca do perfil necessário ao exercício de sua função argumentou que, em decorrência das características muito peculiares da organização, a administração exige a presença de um profissional médico que conheça profundamente todos os fatores envolvidos com a produção e a cultura institucional. A presença de uma estrutura de ensino e formação em saúde implica em permanente interface entre a administração e o corpo docente responsável pela assistência e o gerenciamento de demandas especificamente voltadas à pesquisa que podem comprometer metas financeiras ou interferir com práticas administrativas. Neste sentido, entende que somente com um modelo de comportamento de negociação que, paradoxalmente, é centralizador e autoritário consegue manter a organização atuando dentro de limites que não implicam riscos à sua solvência financeira.

Com relação à importância do papel dos médicos para a instituição entende que, apesar das dificuldades específicas de relacionamento que estes profissionais introduzem no ambiente assistencial, esta é caracterizada pelo potencial de crescimento e agregação. Entretanto reconhece que sua maior dificuldade é a administração da relação com estes profissionais e dos aspectos relacionados à cultura da profissão. Em seus dizeres : *"Eu sempre brinco que o hospital tem 2 problemas. É o lugar mais fácil de se administrar. Ele tem dois problemas ; o*

médico e o doente.... o resto é uma beleza. O principal problema.... que eu não gosto de chamar como problema porque realmente é a solução, é o médico, sem dúvida. Porque é o dirigente mais categorizado, mais habilitado, que é o que impõe idéias, o que muda direcionamentos. Então é um profissional difícil de você trabalhar. Por formação o médico é autoritário, é dono da verdade..."

Sua visão acerca da atividade hospitalar difere dos discursos mais freqüentemente encontrados em outras organizações que tendem a encarar o hospital como negócio. Discorda das proposições de avaliação da atividade segundo princípios econômico-financeiros entendendo que saúde deve ser vista como um investimento social passível de avaliação por outros parâmetros, tais como, o interesse comunitário, a preservação da qualidade de vida e da força de trabalho e a garantia do acesso. Este posicionamento reforça sua crença de que a Sociedade deve constituir mecanismos de definição de seus interesses no setor e instituir formas de controle social da atividade entendendo que o modelo de organização que superintende atende bem a estes propósitos com a inserção de mecanismos de controle corporativo representados pela alta administração da Irmandade.

Solicitado a exemplificar acerca de medida, iniciativa ou política implementada nos últimos 6 meses, o superintendente relatou o processo de discussão que se estabeleceu quando a organização participou da incorporação de novas tecnologias financiada pelo Reforsus e que demandaram uma contra-partida importante de recursos pela Irmandade na reforma do centro cirúrgico e do pronto-socorro.

Conclusão.

A organização apresenta uma composição do quadro social que tem apresentado crescentes dificuldades em sua ampliação. Isto se deve basicamente ao conhecimento das dificuldades financeiras pelas quais passou nos últimos anos e, a despeito dos esforços que a atual administração tem feito para demonstrar as mudanças ocorridas e as melhorias das condições patrimoniais a incorporação de

novos sócios tem sido pequena. Conseqüentemente a estrutura de governança corporativa caracteriza-se pela presença de um pequeno segmento do quadro social efetivamente envolvido com os ideais originais da Irmandade. Esta representação se faz predominantemente por meio da participação na Mesa Administrativa e na Provedoria.

Apesar do processo eleitoral, o que se pode depreender é que o principal mecanismo de legitimação do poder está baseado no acolhimento dos princípios estabelecidos pelo compromisso da Irmandade, que guarda raízes seculares. Não foi possível uma investigação mais detalhada do processo de institucionalização destes princípios pelo próprio tempo de existência da organização.

A concentração de poderes se faz predominantemente sobre a Provedoria, responsável legal e direta pelas ações executivas, e são legitimadas pela Mesa Administrativa por um mecanismo em que está implícita sua participação na indicação de membros que formam as mordomias, instâncias diretivas vinculadas à Provedoria. Inexistem evidências de formação de outros vínculos com a organização que não sejam aqueles ditados pelo interesse filantrópico. A participação médica nestas instâncias diretivas é circunstancial e a capacidade de influência que o corpo médico detém sobre questões de governança é pequena.

Da mesma forma, as mudanças promovidas pelas duas últimas gestões possibilitaram o aumento da importância dos papéis da administração profissional com o estabelecimento de uma separação bem definida dos papéis da Provedoria e da superintendência. Esta última passa a centralizar a atividade gerencial relacionada à operação enquanto que a primeira procura dedicar-se cada vez mais às questões estratégicas e de levantamento de fundos.

O processo de reorganização administrativa, estabelecido a partir de pressão de agentes externos, tem possibilitado uma alteração do ambiente interno com reforço das funções de gestão profissional e com a participação dos médicos na nova

estrutura desenhada. A implantação do modelo de unidades de negócios e/ou de gestão tem permitido o efetivo controle das atividades e o exercício do comando pelo binômio provedor/superintendente de uma forma que minimizou a influência dos traços que caracterizaram o exercício médico na organização, quais sejam o individualismo, a prepotência, a busca do reconhecimento social, a competição e a dificuldade de acolhimento de críticas.

Por outro lado, a gestão profissional da organização se processa sob um mecanismo básico de delegação “compartilhada” do poder, sendo o principal canal de comunicação o que efetivamente existe entre superintendência e Provedoria. Isto tem levado o executivo principal ao desenvolvimento de formas de relacionamento em que os propósitos de promoção da integração, e de monitoramento das dificuldades que se apresentam constituam os principais objetos de atuação comum a ambas as instâncias.

Com referência ao questionamento proposto na definição do escopo do trabalho de pesquisa podemos inferir que:

Questão 1 - (Existe nos hospitais estudados uma cadeia de comando e direção entre as instâncias superiores e o executivo principal que efetivamente acarrete ações executivas?)

Existe uma cadeia de comando que efetivamente acarreta ações executivas. Entretanto, em virtude do modelo de relacionamento estabelecido entre a Provedoria e a superintendência existe o risco da excessiva centralização decisória nos personagens que atualmente ocupam estas posições. Não foi possível a obtenção de evidência de que, apesar do sucesso apresentado pelo modelo nos últimos anos, com a eventual mudança dos atuais responsáveis pelo poder corporativo a organização persista na busca de uma gestão racional e voltada para os interesses dos principais agentes.

Questão 2 - (O modelo de governança corporativa observado nos hospitais apresenta alguma semelhança estruturada com os disponíveis em outras organizações empresariais que se diferenciam pelo objeto do lucro?)

Existem semelhanças e diferenças. O exercício do comando por uma Provedoria eleita, de certa forma, compara-se aos mecanismos presentes nos Conselhos de Administração das companhias, com a provedoria apresentando semelhanças com os papéis dos presidentes dos conselhos. Da mesma forma, o papel do superintendente assemelha-se ao do "CEO" das corporações.

Entretanto, a presença de uma estrutura social que apresenta dificuldades na sua renovação, a valorização do caráter de voluntariado e o respeito às tradições que envolveram a instituição tem se constituído em fator importante na definição do modelo de governança corporativa. A dificuldade com que a estrutura se defronta na definição de objetivos estratégicos e na identificação da melhor forma de condução das atividades é relacionada às dificuldades de captação de recursos e às questões que envolvem o sistema de saúde e os interesses da Sociedade de uma forma geral. Nesta organização em particular, o modelo de organização da liderança apresenta características vinculadas à sua história e aos princípios estabelecidos em seu compromisso em bases eminentemente calcadas na ética judaico-cristã e não é possível o estabelecimento de uma associação direta e simples com os modelos de governança observáveis em organizações lucrativas.

Questão 3 - (A estrutura legal-estatutária que regula a existência das organizações estudadas contempla os papéis dos executivos principais?)

A resposta a esta questão é não. Inexiste definição estatutária, nesta organização em particular, acerca do papel do executivo profissional principal da mesma.

Além destas respostas, foi possível identificar um razoável nível de concentração de poder na superintendência, a despeito da possível interferência das profissões

nucleares sobre o processo de governança da organização. O que se pode inferir é que grande parte do sucesso obtido pela organização nos últimos anos, especialmente no equacionamento das questões financeiras é conseqüente ao trabalho desta liderança.

ANEXO IV

ESTUDO DE CASO - ORGANIZAÇÃO 3.

Histórico da organização e análise de documentos estatutários.

A organização estudada foi constituída em 1925, por iniciativa de uma comunidade de imigrantes, com o propósito de permitir aos seus médicos a atuação em um ambiente em que valores e tradições de sua cultura pudessem se integrar aos existentes na comunidade paulistana. Entendiam que a participação conjunta de quadros médicos japoneses e brasileiros em um mesmo hospital propiciaria condições para um atendimento efetivo das demandas de ambas as comunidades. Seu hospital foi aberto ao público em 1938 porém, com a emergência da Segunda Grande Guerra este é nacionalizado, mudando seu nome original e passando ao controle de um grupo de professores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Permaneceu sob controle da comunidade paulistana até 1989, quando após uma forte crise financeira, autoridades ligadas aos poderes executivo e legislativo do Estado negociaram a retomada do patrimônio da Sociedade mantenedora pela comunidade originalmente instituidora. Durante todo o período em que o controle social esteve fora das mãos da comunidade, permaneceram atuando no hospital médicos e profissionais de ambas as origens, sem que isto tenha significado qualquer eventualidade de conflito, suspensão ou preconceito contra qualquer paciente ou profissional que porventura utilizasse suas instalações.

A partir de 89/90, restabeleceu-se o controle da Sociedade mantenedora com a reforma dos estatutos vigentes e com a criação de uma estrutura paritária de participação em suas instâncias diretoras. A comunidade japonesa, por meio de suas principais associações e lideranças empresariais se comprometeu a promover o saneamento financeiro e a iniciar um programa de modernização do hospital que implicou no investimento de quinze milhões de dólares. Em consequência do acordo político realizado sua estrutura de controle corporativo passou a ser

composta por representantes do novo grupo e modificaram-se as disposições estatutárias no sentido da implantação de um novo modelo de governança.

Constitui a finalidade principal da Sociedade mantenedora a provisão de meios de assistência médico-hospitalar a quantos procurarem seus serviços, sem distinção ou discriminação de qualquer ordem, competindo-lhe, ainda, manter o hospital original, instalar novas unidades, facilitar a formação de profissionais da saúde e destinar pelo menos 15% das receitas oriundas da atividade ao atendimento de pacientes carentes.

Seu corpo social é composto por um número ilimitado de associados, quer sejam pessoa física ou jurídica, classificados segundo os critérios de contribuição financeira de vulto ou participação voluntária, em 5 categorias : efetivos, benfeitores, remidos, honorários e beneméritos. Destas categorias, a de associado honorário caracteriza-se pela distinção de homenagem que a sociedade faz aos seus colaboradores que tenham apresentado dedicação especial e pela ausência do direito de voto. Entre os direitos das demais categorias de associados estão o voto, a proposição de novos associados, a participação das instâncias diretivas e a participação da Assembléia Geral. Entre os deveres estão o pagamento das contribuições sociais, a aceitação dos cargos para os quais tenham sido eleitos ou nomeados, a cooperação com os objetivos institucionais, o comparecimento à Assembléia Geral e o cumprimento das disposições estatutárias.

Por definição estatutária, constituem os órgão de direção da sociedade a Assembléia Geral de associados, a Diretoria Executiva, o Conselho Deliberativo e os Conselhos Médico, Fiscal e Consultivo.

A Assembléia Geral é constituída pelos associados das categorias que tem direito ao voto, em gozo dos seus direitos estatutários. Reune-se ordinariamente a cada ano sob a presidência do presidente da Diretoria Executiva, e extraordinariamente em qualquer tempo por convocação do presidente do Conselho Deliberativo, ou do

presidente da Diretoria Executiva ou ainda de no mínimo 20%(vinte por cento) dos associados, com a indicação de motivos que justifiquem a convocação devendo, nesta hipótese se realizar sob a condição de presença de pelo menos 50% + 1 associados habilitados.

À Assembléia Geral ordinária compete conhecer e deliberar sobre as contas da Diretoria Executiva, eleger e empossar membros dos Conselhos e da Diretoria Executiva. Entretanto, da leitura das disposições estatutárias é possível depreender algumas diferenças importantes quanto ao seu funcionamento em relação às demais organizações estudadas, a saber: suas deliberações somente serão válidas com a presença de no mínimo 10% dos associados, o direito de voto é pessoal e intransferível, sua direção é de estrita responsabilidade do presidente da Diretoria Executiva que tem o poder de negar ou cassar a palavra aos associados segundo o juízo de adequação de seus comportamentos. Por fim há indicação estatutária que define como competência da Assembléia Geral a responsabilidade pelas eleições dos cargos vacantes do Conselho Deliberativo, ao mesmo tempo em que, quando da assunção do controle da Sociedade mantenedora, por parte da comunidade instituidora, estabeleceu-se por processo eleitoral nova composição do Conselho Deliberativo com mandatos vitalícios.

O Conselho Deliberativo é composto por 80 associados eleitos na forma estatutária, tendo sido sua configuração atual definida por eleição ocorrida em 1990 quando foram estabelecidos o caráter de vitaliciedade dos conselheiros eleitos àquela época e a transitoriedade das substituições a ocorrerem em eleições futuras. Segundo informações obtidas junto à presidência da Diretoria Executiva, tal característica foi decorrente do acordo político firmado para a retomada do controle da mantenedora e desde então vários conselheiros já foram substituídos por morte, impedimento ou renúncia.

Entre suas responsabilidades estão as eleições de sua mesa diretora, da Diretoria Executiva e do Conselho Médico. Além disto fixar contribuições sociais, deliberar

sobre propostas da diretoria, inclusive orçamentárias, deliberar sobre contas e relatórios, sobre aquisição ou venda de ativos da sociedade e convocar a Assembléia Geral. Reune-se com periodicidade no mínimo semestral e se responsabiliza também pela validação das indicações efetuadas pela Diretoria Executiva para cargos aos Conselhos Médico e Hospitalar a quem cabe respectivamente lidar com as questões de foro médico e administrativo da assistência.

A Diretoria Executiva, cujo mandato estatutário é de 3 anos, é composta por um presidente, um vice-presidente, um tesoureiro, um secretário e mais 3 diretores. A participação é limitada a associados brasileiros natos ou naturalizados, maiores de 21 anos, sendo permitida uma recondução ao cargo majoritário. Entre suas atribuições estão a administração da Sociedade mantenedora, o cumprimento das disposições estatutárias e da Assembléia Geral, a seleção e contratação do superintendente, inclusive fixando suas responsabilidades e competências, contratação e demissão de pessoal, a elaboração e aplicação dos orçamentos, propor a aquisição e a venda de ativos, a aceitação ou recusa de novos associados e a indicação dos participantes dos Conselhos Médico, Hospitalar e Consultivo.

Em relação ao presidente da Diretoria Executiva o estatuto estabelece como competências o gerenciamento dos interesses da sociedade; a presidência das reuniões da diretoria; a convocação, instalação e presidência da Assembléia Geral; a representação da sociedade; a contratação e/ou demissão do superintendente e a prática, em conjunto com o tesoureiro, de ações que impliquem em obrigações e/ou assunção de direitos para a sociedade. No caso de sua ausência temporária ou definitiva sua substituição se fará pelo vice-presidente.

A visão do presidente da Diretoria Executiva – análise do discurso.

A organização passou por transformações importantes nos últimos 10 anos. Desde a reformulação política e estatutária somente duas pessoas ocuparam o cargo de presidente da Diretoria Executiva, sendo que o atual presidente ocupa a função em

seu segundo mandato. Esta instância tem se constituído na principal fonte de poder corporativo no ambiente organizacional. Segundo as palavras do próprio presidente a Sociedade mantenedora apresenta uma estrutura eminentemente “presidencial” no que se refere ao exercício do comando e ao controle da liderança. Este fato, ainda em sua visão, decorre de um aspecto cultural ligado à comunidade instituidora que envolve o predomínio do modelo de controle e obediência das organizações japonesas.

O atual presidente iniciou suas atividades na organização quando da negociação para a retomada do controle corporativo, tendo participado na gestão anterior como vice-presidente. Por se tratar de economista e professor universitário, exerceu papel importante na reorganização, especialmente no período mais crítico de vulnerabilidade financeira pela qual a sociedade passou. Procurou instituir novas formas de trabalho e de gestão que propiciaram o saneamento financeiro e a abertura do hospital a novos médicos e colaboradores. Com a introdução de novas tecnologias e o reordenamento do processo assistencial o hospital passou a se dedicar a novos segmentos do mercado de assistência supletiva acentuando o grau de complexidade dos procedimentos que eram realizados em sua estrutura.

Em seu entendimento, ao estudar a dinâmica das lideranças de organizações é essencial à compreensão dos contextos de atuação destas bem como a identificação de seus momentos institucionais. Para isto se torna necessário o conhecimento dos cenários em que se inserem, dos fatores de restrição e dos mecanismos de interação existentes no ambiente institucional entre os diversos grupos de interesse, como por exemplo, quando diz que *“As organizações estão sempre em permanente transformação. Há uma interação de diversos grupos, tanto daqueles que teoricamente poderiam comandar uma organização dessa natureza quanto daqueles que nela atuam”*.

Ainda em relação a este aspecto, admite que as organizações apresentam características específicas decorrentes dos comportamentos e das pessoas que as

compõem , sendo necessário, à liderança, a permanente identificação dos interesses e dos jogos envolvidos. Por exemplo, coloca que, no seu hospital, no período em que dele participou, o poder esteve sempre associado aos propósitos e objetivos estratégicos vigentes. Quando a preocupação foi com a ampliação física este se deslocou para os engenheiros, quando foi tecnologia médica, para os médicos, quando a questão financeira se sobrepôs às demais para a tesouraria e assim por diante. Apesar desta colocação entende que, em função das responsabilidades e deveres assumidos por quem efetivamente participa da Diretoria Executiva, as decisões relevantes devam ser de estrita competência desta que , em última instância, norteia sua atuação pelo atendimento ao interesse da sociedade e pelo equilíbrio entre as pretensões dos diversos atores e a manutenção da saúde financeira da organização.

Em relação à atuação de sua Diretoria Executiva, entende que esta tem atuado solidariamente com o propósito de encaminhar soluções administrativas que beneficiem o hospital. É constituída por representantes de ambas as comunidades, sendo o controle dos postos chaves, presidência, vice-presidência e tesouraria , basicamente exercido por representantes do grupo que assumiu o controle corporativo após a mudança de estatuto. Entretanto, uma das suas principais preocupações tem sido a renovação de quadros de associados em função das novas demandas no setor saúde. Em sua opinião, a prática da medicina tem privilegiado o aparecimento da superespecialização com conseqüente redução dos aspectos humanísticos da profissão e o afastamento do grupo médico das questões que envolvem a administração do hospital. Tem buscado apoio às ações da diretoria no trabalho dos conselhos técnicos existentes porém estes tem sido os que apresentam maior dificuldade em sua renovação. Em sua opinião somente com o desenvolvimento de um modelo que traga o profissional médico para o ambiente organizacional será possível a introdução de novas modificações da estrutura de liderança que propicie a abertura de novas possibilidades de atuação.

Em sua opinião o estatuto da Sociedade mantenedora foi desenvolvido com o papel de representar os princípios legais de funcionamento da instituição nesta nova fase e estabelecer as regras do jogo de poder. Seu propósito inicial de preservar a participação de representantes das comunidades que participaram da negociação política entretanto está sendo superado pela evolução que o sistema de saúde tem trazido à organização nos últimos anos. A relativa centralização de funções importantes sob responsabilidade de diretores voluntários tem sido uma das questões que em sua opinião tem contribuído para as "surras" que os hospitais semelhantes ao seu tem levado das fontes pagadoras, mais preparadas para o exercício de funções de controle financeiro e atuária. Sua proposição é reforçar o aspecto da profissionalização da administração, prevista originalmente no estatuto, com vistas a um melhor desempenho dos papéis relacionados à produção e à gestão financeira. No entanto, considera que entre as vantagens atuais de sua configuração situam-se as possibilidades de trabalho integrado entre as várias instâncias de liderança e de reformas a partir de iniciativa da Diretoria Executiva e do Conselho Deliberativo. A principal desvantagem refere-se ao peso que é dado a estas instâncias e que tem contribuído para o desinteresse de participação por parte dos mais jovens.

Das mudanças introduzidas por sua gestão procurou ressaltar a estratificação dos papéis das principais lideranças tendo identificado três elementos que julga os mais importantes na obtenção de bons resultados. A centralização da competência estratégica e da gestão financeira na Diretoria Executiva, a absorção das responsabilidades operacionais pela superintendência e a concentração das questões médicas no Conselho Médico. Com isto acredita que conseguiu diminuir sensivelmente o aparecimento de conflitos no ambiente organizacional e introduzir mecanismos de gestão das relações intra-organizacionais que tem favorecido a melhoria da qualidade e dos resultados.

Com referência aos sistemas de comunicação existentes sua compreensão é que os mecanismos informais sempre se sobrepõem aos formais, a ponto de admitir

que, nas organizações em que trabalhou sempre privilegiou o “humanograma” em detrimento do organograma. No hospital, a vivência das situações cotidianas e o relacionamento que se desenvolve entre as pessoas são fortes condicionadores das alianças que se estabelecem. Neste sentido, entender que muitas vezes são conseguidos melhores resultados com a prática de uma comunicação informal e que o “tecido organizacional” encontra o melhor caminho à sua manutenção tem caracterizado sua gestão, dentro de um modelo que considera muito prevalente em organizações que tenham participação de orientais, basicamente norteadas por uma cultura de valorização do trabalho coletivo.

Questionado acerca dos papéis de seu principal executivo, o superintendente, esclareceu que em sua opinião não há a necessidade de que este profissional detenha formação específica, especialmente médica. Em sua opinião é muito difícil trabalhar com estes profissionais, cuja característica de autonomia e independência em relação à administração pode vir a se constituir em um problema de difícil solução. Em decorrência, justifica que a função deva ser exercida por profissional de administração geral com habilitação específica desenvolvida em experiência em instituição de saúde, com enfoque especial nas áreas comerciais e de finanças, que são, em sua opinião, os “braços” que amparam qualquer tipo de organização. Sua posição é que este profissional deve ser competente para atuar na operação da atividade hospitalar buscando integrar as áreas de suporte a atividade médica, de atenção ao paciente e de relacionamento com fontes pagadoras de forma a permitir os melhores resultados assistenciais e financeiros possíveis. Além disto, que disponha de habilidade política nos seus relacionamentos com as equipes médicas e os diretores e que se afine ao projeto da Diretoria Executiva.

Externou ainda sua preocupação com os aspectos de formação e educação do corpo de associados, especialmente os que têm se apresentado como opções à sucessão do corpo dirigente da organização, e tem procurado promover eventos, simpósios e reuniões de caráter científico no sentido de envolver o corpo clínico mais jovem e o grupo de novos associados nas atividades sociais e científicas do

hospital. Sua visão a este respeito é que somente com a utilização de técnicas de interesse destes grupos conseguirá trazer para o ambiente institucional indivíduos que se predisponham a participar do futuro organizacional e que contribuam significativamente com sua capacidade de criação e empreendimento.

Indagado acerca de uma ação, evento ou política implementada nos últimos 6 meses discorreu sobre o processo de substituição do superintendente, recentemente ocorrido por razões de ajuste às políticas da Diretoria Executiva, quando entendeu pertinente adequar as práticas existentes às visões de longo prazo que não estavam sendo seguidas.

A visão do superintendente – análise do discurso.

A superintendência geral da organização é a instância de controle e administração operacional do hospital e caracteriza-se por ser estabelecida por determinação estatutária. Subordina-se diretamente à presidência da Diretoria Executiva com quem mantém estreito relacionamento atuando em um modelo de gestão em que 3 linhas predominam: a centralização da administração estratégica e financeira a cargo da Diretoria Executiva; a gestão das atividades médicas sob responsabilidade do Conselho Médico e a gestão da operação sob sua responsabilidade.

Com a reestruturação do controle corporativo o hospital procurou implantar um novo modelo de administração profissional que envolveu a criação de 3 superintendências. Até a gestão anterior e o primeiro mandato da atual presidência as atividades de gestão eram divididas entre um superintendente geral, que era médico, uma superintendência médica adjunta e uma superintendência financeira que se encarregavam das atividades operacionais. Entretanto, pela concentração do poder na Diretoria Executiva eram freqüentes os episódios de conflito entre esta e a administração contratada, especialmente quando os interesses do corpo clínico estavam em questão. Neste período, o papel dos Conselhos Médicos e Hospitalar (consultivo) estava relativamente esvaziado, caracterizando-se mais pela obediência aos ditames médicos que por uma participação ativa.

Em consequência de eventos que desequilibraram o fluxo de caixa, com aumento da exposição financeira do hospital no último ano, o presidente retomou o controle da gestão procurando promover uma revisão da estrutura de gestão profissional. Com isto, as superintendências foram centralizadas em uma única, cuja responsabilidade principal passou a ser o gerenciamento operacional da instituição.

A atual superintendente é profissional com formação em administração, tendo atuado em organizações de saúde por longo tempo e foi selecionada a partir de processo anterior de consultoria realizada no âmbito do hospital. Assumiu suas funções há 6 meses e procurou implantar uma estrutura divisional que estratificou a atividade hospitalar em 4 grandes áreas, a saber; enfermagem e processos produtivos, gerenciamento médico, comercial e financeiro, e de informações e sistemas. Além disto, buscou reativar os Conselhos Médico e Hospitalar no sentido de inclui-los no processo de gestão de forma que seus participantes assumissem a administração de conflitos e a definição de políticas para as respectivas áreas. Com isto melhoraram-se os indicadores financeiros e ocorreu um aumento da produção hospitalar.

Em sua opinião, a melhor forma de conduzir a operação do hospital implica no permanente monitoramento da atividade e na inclusão de elementos chaves em cada unidade no processo decisório relativo ao micro-ambiente. Entende que, com o compartilhamento das responsabilidades é possível o envolvimento dos colaboradores das várias áreas no controle de gastos e no atendimento às necessidades dos pacientes e acompanhantes. Neste sentido, procurou identificar líderes locais, especialmente no quadro de enfermagem, que assumissem a responsabilidade pela assistência em um modelo que contempla a administração da escassez de recursos, a qualidade e a integração com o corpo clínico por estas unidades.

Seu relacionamento com a Diretoria Executiva, especialmente com a presidência, têm se caracterizado por uma permanente interface em que o trato das questões operacionais se constitui na principal abordagem. Esta se processa por meio de reuniões praticamente diárias com o presidente em que são discutidos todos os aspectos relacionados à produção e ao comportamento médico e, apesar do fato de que questões financeiras estejam sob estrito controle, não tem enfrentado dificuldades maiores à implantação de propostas que impliquem em desencaixes maiores à instituição. Em sua compreensão, o exercício do comando da organização se realiza com a preponderância do presidente que detém a capacidade de determinar políticas, sugerir práticas operacionais e gerenciar conflitos no ambiente institucional.

Na administração das relações da organização com os profissionais de saúde, especialmente médicos, procurou identificar as principais lideranças e compor um processo de trabalho que implicava na permanente ausculta de suas opiniões e sugestões. O propósito foi o de promover um permanente esforço de conscientização do corpo de colaboradores acerca da importância destes profissionais para o desempenho do hospital, especialmente no que se refere à qualidade da assistência e à “propriedade” do paciente. Segundo sua visão, o principal cliente do hospital, nesta fase, é o médico e o sucesso da organização depende das boas condições que sejam oferecidas à prática médica.

Colocou também que, face às mudanças em curso no setor saúde, a organização deverá passar por novas reformulações de sua administração e da estrutura de governança. Entende que a cultura prevalente na organização apresenta uma série de virtudes que podem contribuir com a obtenção de melhores resultados, como por exemplo, a disciplina e a capacidade de trabalho coletivo. Entretanto, com o aumento das restrições por parte do mercado comprador de serviços, um monitoramento mais estrito da questão de custos dos serviços e das disponibilidades financeiras pode demandar maior agilidade da organização.

Neste sentido, a revisão da estrutura de governança, com maior habilitação da alta administração e com a valorização dos sistemas de comunicação organizacionais, pode propiciar uma melhor condição de gestão, especialmente no que se refere à identificação de novas oportunidades.

Quanto aos mecanismos de comunicação existentes, entende que a valorização da comunicação informal no ambiente institucional tem se constituído em elemento importante para a definição do que seja a organização e da forma como atua. O hospital, segundo sua visão, tem sido favorecido por esta forma de comunicação no sentido do desenvolvimento de uma cultura em que todos são conhecidos de todos e do respeito aos papéis e da importância que cada um tem para a organização.

Indagada acerca de uma ação, evento ou política implementados nos últimos 6 meses informou que o processo de substituição da superintendência constituiu o exemplo mais importante de mudança tendo envolvido toda a Diretoria Executiva.

Conclusão.

A organização estudada apresenta uma estrutura de governança corporativa caracterizada pela forte representação da comunidade que assumiu o controle após a negociação política que restabeleceu o vínculo original. Esta representação se faz predominantemente por meio da participação na Diretoria Executiva e no Conselho Deliberativo. A concentração de poderes na Diretoria Executiva é legitimada pelo acordo implícito entre as duas comunidades e decorre do compromisso de reorganização e saneamento financeiro da Sociedade mantenedora. Entretanto, passados dez anos, a atual liderança da organização tem sentido a necessidade de renovação do quadro associativo e do desenvolvimento de mecanismos que permitam a emergência de novas lideranças. Neste sentido, a implantação de um processo eleitoral em que seja implícita a participação de novos colaboradores e do corpo clínico pode propiciar as condições de articulação entre os grupos de interesse mais importantes.

As mudanças promovidas pela diretoria enfatizaram a questão financeira e comercial do hospital em um contexto de alterações significativas dos cenários que envolvem o mercado de assistência médica. A preocupação com a solvência da organização e com o controle da atuação médica tem, em consequência impactado significativamente sobre a importância da presença destes profissionais, no âmbito da governança corporativa. Esta se procede preferencialmente junto ao Conselho Médico e na interface que se realiza junto à administração profissional que tem procurado privilegiar canais de comunicação entre a organização, seu corpo de colaboradores e o corpo clínico dentro de um princípio em que o médico se constitui no cliente principal da organização com consequente capacidade de condicionar práticas administrativas.

A gestão profissional da organização se processa sob um mecanismo de referenciamento direto ao poder representado pela presidência da Diretoria Executiva, que se constitui, em última instância, na principal esfera de comando organizacional. Os canais de comunicação privilegiam essencialmente os mecanismos informais e, neste sentido é possível a identificação de canais diretos de comunicação entre a diretoria e o corpo gerencial. Isto propicia o desenvolvimento de formas de relacionamento entre a administração profissional e a presidência que assume a responsabilidade final pelos aspectos administrativos, de integração, de redução de conflitos e de administração dos jogos de interesse.

Com referência ao questionamento proposto na definição do escopo do trabalho de pesquisa podemos inferir que:

Questão 1 - (Existe nos hospitais estudados uma cadeia de comando e direção entre as instâncias superiores e o executivo principal que efetivamente acarrete ações executivas?)

Sim. Existe uma cadeia de comando que efetivamente acarreta ações executivas. Entretanto, em virtude do comportamento estabelecido pela presidência atual, o

caráter centralizador existente neste personagem e a implantação de um modelo que segmenta funções e papéis administrativos tendem a aumentar ainda mais a importância da Diretoria Executiva e de sua presidência no modelo observado. A proposta de introdução de mecanismos que favoreçam a renovação dos quadros associativos da sociedade e conseqüentemente de sua liderança pode se constituir em elemento importante no desenvolvimento de um novo modelo de gestão corporativa, especialmente em relação às questões estratégicas.

Questão 2 - (O modelo de governança corporativa observado nos hospitais apresenta alguma semelhança estruturada com os disponíveis em outras organizações empresariais que se diferenciam pelo objeto do lucro?)

Existem semelhanças e diferenças. O exercício da função de comando por uma Diretoria Executiva eleita, de certa forma, pode ser comparado aos mecanismos presentes nos conselhos de administração das companhias, apresentando a presidência semelhanças com os papéis atribuídos aos presidentes destes conselhos. Da mesma forma, o papel do superintendente assemelha-se ao do "CEO" das corporações.

Entretanto, as condições em que se deram as reformas organizacionais e a presença de uma cultura específica tem propiciado a participação de atores diretamente envolvidos com o grupo dirigente e que validam sua participação por um eixo de valores baseados no respeito à hierarquia e à disciplina. conseqüentemente o modelo de governança corporativa é condicionado por este repertório de valores e tem propiciado a manutenção de um quadro associativo com baixo índice de renovação. O esforço da diretoria atual tem sido o de buscar a participação de novos membros com o reconhecimento de seus interesses e a valorização do caráter de voluntariado. Obviamente, neste processo a disposição para negociação de novas formas de atuação e de validação de comportamentos pode vir a constituir em elemento importante para o modelo de governança. A relativa dificuldade com que a diretoria se defronta na definição dos papéis de

liderança corporativa e na identificação das melhores opções de condução dos negócios da sociedade é vinculada às mudanças em curso no setor saúde e às indefinições que os interesses dos grupos participantes apresentam.

Questão 3 - (A estrutura legal-estatutária que regula a existência das organizações estudadas contempla os papéis dos executivos principais?)

A resposta a esta questão é sim. O estatuto estabelece a função de superintendente estratificando suas responsabilidades, limites de autonomia e subordinação funcional a presidência da Diretoria Executiva.

Além destas respostas, foi possível identificar um baixo nível de interferência das profissões nucleares sobre o processo de governança da organização, tendo sido, inclusive, relatada a dificuldade e o “pouco apetite” do corpo clínico com vistas a sua participação na liderança organizacional.

ANEXO V

ESTUDO DE CASO - ORGANIZAÇÃO 4.

Histórico da organização e análise de documentos estatutários.

A organização estudada começou a ser estruturada em 1946, por iniciativa de uma comunidade leiga residente em S.Caetano do Sul, com o propósito de implantar uma unidade de assistência médico-hospitalar que atendesse à demanda da população residente. Até aquela época, a cidade não dispunha de hospital e suas demandas assistenciais, especialmente internações, necessitavam do suporte de organizações da capital. Sua primeira unidade de internação hospitalar foi inaugurada em 1959 em virtude da pequena capacidade de investimento existente na comunidade que para se capitalizar utilizou mecanismos de promoção de eventos e de captação de recursos junto a empresários locais.

Com a implantação do pólo automobilístico na região, a organização passou a dispor de capacidade de suporte a parte da demanda que emergiu na cidade e a se constituir em hospital em que predominavam atendimentos a trabalhadores destas indústrias contando, conseqüentemente, com uma fonte regular de receitas. Nesta fase, se tornou possível a expansão de sua capacidade produtiva com a implantação de novos leitos e a extensão dos programas assistenciais a áreas diagnósticas e ambulatoriais.

Sua estrutura estatutária define como finalidades básicas da organização a manutenção do hospital, clínicas, ambulatórios; prestação de assistência médica hospitalar, inclusive a carentes de recursos; valorização da qualidade assistencial e da pessoa humana; incentivo à pesquisa e educação científica e a instituição de planos de saúde para atendimento no hospital.

Seu quadro social é constituído de sócios estratificados em duas categorias, a saber um quadro temporário e outro permanente. O quadro temporário é composto por 3 subcategorias, respectivamente reais fundadores, fundadores e remidos,

caracterizados pela participação nos eventos iniciais de fundação e implantação do empreendimento devendo, segundo previsão estatutário ser extinto quando do falecimento do último sócio. O quadro permanente é composto por 4 subcategorias, respectivamente honorários, beneméritos, benfeitores e contribuintes, classificados segundo seu tempo de associação, o volume de recursos doados e o recolhimento regular da contribuição social.

O estatuto é pouco claro quanto à definição de direitos e deveres dos associados porém é possível inferir da sua leitura que estes compõem um corpo de pessoas cujo principal mecanismo de relacionamento com a organização se processa na Assembléia Geral.

Constituem suas instâncias de administração a Assembléia Geral dos sócios, o Conselho Deliberativo, a Diretoria Executiva e a Comissão Fiscal.

A Assembléia Geral é o órgão soberano da sociedade e dela participam todos os sócios em gozo dos direitos estatutários, reunindo-se ordinariamente uma vez por ano e extraordinariamente, sempre que convocada pelo presidente da mesa administrativa do Conselho Deliberativo, ou pelo presidente da Diretoria Executiva ou ainda por requerimento de pelo menos 1/3 (um terço) dos sócios contribuintes. Entre suas obrigações estão as análises de relatórios e contas da diretoria, a eleição dos participantes de investidura temporária do Conselho Deliberativo e da Diretoria Executiva. Além disto as eventuais alterações estatutárias propostas devem ser por esta homologada e na hipótese da dissolução da Sociedade mantenedora esta somente se fará, por direito, com a convocação de Assembléia Geral extraordinária especificamente destinada a este fim, à qual devem estar presentes no mínimo 2/3 dos associados.

O Conselho Deliberativo é composto por 60 conselheiros, sendo $\frac{3}{4}$ (três quartos) destes vitalícios e $\frac{1}{4}$ (um quarto) de investidura temporária. A eleição destes últimos é de competência da Assembléia Geral e, à medida que ocorrem vagas no quadro

vitalício estas são ocupadas pelos temporários de maior antiguidade no conselho. O mandato é de 4 (quatro) anos, sendo admitido um número ilimitado de reeleições.

Entre suas atribuições estão a reforma dos estatutos e a aprovação dos regimentos internos do hospital, o requerimento da Assembléia Geral extraordinária, a inclusão de novos sócios, a apreciação de orçamentos, balanços e relatórios da Diretoria Executiva, a homologação dos cargos administrativos profissionais apresentados pela presidência da Diretoria Executiva, o acolhimento de demissão de diretores eleitos, a convocação de eleições para substituição de cargos de direção, a assunção da presidência da Diretoria Executiva quando da renúncia de seu presidente.

A Diretoria Executiva, cujo mandato é de 4 (quatro) anos e coincide com a dos conselheiros de investidura temporária, é composta por 8 (oito) membros, a saber; presidente, vice-presidente, secretário geral, 2 (dois) secretários adjuntos, diretor financeiro, tesoureiro e diretor de relações públicas. Assim como no conselho é admitido um número ilimitado de reeleições.

Entre suas responsabilidades estão a direção dos negócios da sociedade, sua representação, a indicação dos executivos principais, a contratação e demissão de pessoal, a realização de despesas que não impliquem em alteração do patrimônio social, a proposição de reformas estatutárias e a convocação da Assembléia Geral.

Em relação ao presidente da Diretoria Executiva o estatuto define como responsabilidade a gestão direta das atividades, em conjunto com os administradores contratados e a presidência das reuniões da diretoria com o intuito da promoção de maior integração entre os representantes eleitos. Importante salientar que, também por determinação estatutária, a composição da Diretoria Executiva obrigatoriamente deve se fazer por representantes do Conselho Deliberativo, com o conseqüente afastamento dos eleitos das atividades regulares de conselheiros.

O estatuto da entidade estabelece ainda uma série de restrições à participação social, como por exemplo, o condicionamento dos direitos de voto à manutenção da pontualidade das contribuições sociais, a definição de um período de carência mínimo de 2 (dois) anos após a regularização de débitos, o afastamento compulsório de sócios que exerçam atividade político-partidária e a proibição à participação social de funcionários e médicos.

A visão do presidente da Diretoria Executiva – análise do discurso.

A organização apresenta algumas características peculiares no que se refere aos serviços e produtos que disponibiliza. Além da atividade assistencial hospitalar propriamente dita, detêm registro para comercialização de planos de assistência médica empresariais que representam grande parte dos volumes de suas receitas. A existência deste tipo de serviço, entretanto, propiciou o ingresso em seu corpo de associados de um número razoável de representantes de interesses empresariais e o desenvolvimento de jogos e comportamentos que impactam sua estrutura de liderança corporativa.

A presidência da Diretoria Executiva tem se constituído na principal instância de poder da organização e se caracterizado por uma relativa estabilidade na permanência de seu representante. Por exemplo, o atual presidente participa da diretoria desde a fundação da sociedade e tem exercido a presidência pelos últimos 44 anos. Isto se deveu a mudanças por ele introduzidas no estatuto, que até meados dos anos 60 previa apenas duas reconduções e passou a admitir um número ilimitado. Segundo sua visão a estrutura da organização privilegia uma forma presidencialista de exercício do poder, com concentração das responsabilidades sob sua figura. Entretanto, o comando tem se caracterizado pelo compartilhamento da autoridade com os diretores administrativo e clínico, profissionais contratados para a gestão das atividades assistenciais, e pela influência da estrutura gerenciadora do plano de saúde.

Sua rotina de atuação tem implicado, em suas palavras, em “grande sacrifício pessoal” posto que comparece ao hospital praticamente todo o dia para atender a necessidades da administração. Admite, entretanto, que recebeu muito reconhecimento, especialmente das comunidades religiosas e das mais pobres acerca do seu trabalho e que isto contribuiu para sua projeção social na cidade.

Relatou que a instituição foi uma das mais afetadas pela saída de grandes empresas fabris da região, tendo passado por dificuldades financeiras importantes nos últimos 5 anos. Uma das conseqüências foi a necessidade de reorganização da sua estrutura de gestão profissional após um trabalho de consultoria especificamente contratado para este fim. Dentre as mudanças ocorridas cita a substituição da diretoria administrativa (equivalente à superintendência em outras organizações) que deixou de ser ocupada por um médico e passou a ser exercida por administrador hospitalar.

Em sua organização, uma das questões que acredita serem da maior importância, é a da relação com o corpo médico. Durante mais de 20 anos de sua gestão, a diretoria clínica do hospital foi exercida por um amigo pessoal seu que detinha grande capacidade de liderança sobre o corpo clínico. Após o falecimento deste, entretanto, o hospital passou a se defrontar com um crescente número de reclamações trabalhistas e problemas com a assistência. Indagado acerca da sua estrutura médica relatou que estes profissionais sempre exerceram suas atividades livremente, sem vínculo empregatício direto, sendo remunerados pelo hospital e pelo plano de saúde. Relatou ainda que a consultoria contratada recomendou uma definição desta relação e uma mudança que protegesse a organização dos processos porém isto não foi concretizado por pressões médicas junto ao Conselho Deliberativo.

Indagado acerca da participação de médicos ou outros profissionais na estrutura de gestão corporativa informou que isto não é permitido pelo estatuto. Porém informou que muitos médicos associaram familiares seus e estes passaram a fazer parte do

Conselho e da administração. Da mesma forma, quando questionado a respeito do perfil de seu principal executivo entende, que nas circunstâncias atuais não acredita que faça diferença para o hospital se esta função é ocupada por um médico ou não e ressalta que o diretor administrativo foi selecionado pela consultoria para sua aprovação e tem desempenhado satisfatoriamente suas funções.

Uma das suas preocupações mais importantes se refere à permanência de um grupo já idoso no comando da organização. Reconheceu que a atual configuração estatutária predispõe a esta permanência e admitiu que deveria ter buscado uma reformulação da sua estrutura social em outros tempos, quando a organização dispunha de uma maior capacidade financeira e de investimentos. Entretanto informa estar tentando desenvolver em um dos seus filhos o interesse pela administração do hospital, inserindo-o como vice-presidente na última eleição pois pretende se retirar de uma posição mais diretamente envolvida com a operação diária.

Quando solicitado a exemplificar um evento, uma política ou uma ação implementada nos últimos 6 meses descreveu o processo de seleção do novo diretor administrativo promovido pela consultoria, em conjunto com a Diretoria Executiva e as negociações que decorreram da substituição do diretor anterior junto ao Conselho Deliberativo, já que sua secretaria era exercida pela mãe do diretor desligado.

A visão do diretor administrativo – análise do discurso.

A diretoria administrativa da organização é a instância de controle e administração operacional do hospital tendo sido estabelecida por determinação estatutária. Apresenta subordinação direta à presidência da Diretoria Executiva mantendo um relacionamento em que é possível identificar atribuições e papéis claramente definidos. A presidência se encarrega da gestão financeira e do plano de saúde, a diretoria administrativa da parte operacional, de produção e de relações com outras fontes pagadoras, e a diretoria clínica das atividades médicas e das relações com

outros profissionais de saúde. Contudo, em função do tempo de dedicação apresentado pela presidência e pela diretoria clínica, na prática, a gestão do hospital acaba sendo centralizada pela diretoria administrativa que detém poder para definir condutas e ações também nas áreas citadas como de competência destas.

A organização, em função das dificuldades enfrentadas nos últimos anos quando ocorreu uma redução de sua ocupação e faturamento, contratou uma consultoria especializada com o propósito de promover reestruturação de seus processos e de sua gestão que acabou desencadeando a substituição de sua estrutura administrativa profissional. Esta mudança, entretanto, não alterou significativamente a estrutura de governança corporativa com a manutenção do modelo prevalente na Diretoria Executiva e a concentração do poder na presidência.

Segundo o diretor administrativo, o comando da organização se caracteriza pelo desenvolvimento de um relacionamento paternalista entre a figura do presidente e os demais componentes da organização, com amplo acesso de qualquer colaborador e a possibilidade de interferência permanente sobre ações e decisões. Cita como exemplo, a situação que envolveu o desligamento de uma colaboradora religiosa, assalariada pelo hospital, e que necessitou de forte argumentação de sua parte para que se processasse. A cultura predominante, em sua visão, é decorrente do modelo de relacionamento existente entre o presidente e o corpo operacional e dos seus traços de personalidade.

O atual diretor administrativo é um administrador hospitalar que atuou em outros hospitais e que detém importante experiência nas áreas de administração financeira e mercadológica, tendo assumido a função há cerca de 1 ano. Desde que assumiu a gestão procurou readequar a estrutura de produção de forma a reduzir os custos e promover a expansão das opções de atendimento a outros compradores de serviços no sentido de diminuir a vulnerabilidade da organização. No entanto, entende que parte das dificuldades enfrentadas no desempenho de suas funções

estão associadas às dificuldades financeiras e ao comportamento apresentado pelo corpo de diretores, inclusive o presidente, que apresentam uma visão ultrapassada do negócio hospitalar.

Neste sentido tem procurado criar novas condições de formação e desenvolvimento do pessoal envolvido com a administração da entidade por meio da realização de cursos, palestras e eventos e de educação da diretoria com o permanente compartilhamento de informações e discussões estratégicas acerca de seu papel em uma organização de saúde.

Em sua opinião, a melhor forma de conduzir a gestão na organização que administra implica na identificação das oportunidades de inserção de novas técnicas e no envolvimento de lideranças médicas que possibilitem a utilização da estrutura de serviços do hospital. Em decorrência, tem procurado mudar o modelo de corpo clínico existente, com sua abertura a outros profissionais, o que tem suscitado resistências e interferência direta da diretoria clínica junto à alta administração. Entende que, enquanto não se equacionarem questões relacionadas a este traço de comportamento, a organização manterá sua vulnerabilidade.

Identificou, em princípio, três áreas de poder organizacional que deverão ser equacionadas para que a instituição obtenha sucesso novamente: A posição da presidência, a diretoria clínica e a administrativa. Em sua opinião, os mecanismos atualmente prevalentes de favorecimento da comunicação informal deverão passar por reformulação no sentido de eliminar as possibilidades de interferência e “bypass” que tem se constituído na principal causa dos problemas administrativos. Indagado acerca da importância que cada um dos mecanismos deveria assumir (comunicação formal ou informal), entende que há vantagens e desvantagens em cada um deles e o que se assiste é ao desvirtuamento das possibilidades positivas, que a informalidade existente poderia trazer à organização. Entende, no entanto, que este processo é dinâmico e as mudanças demandarão uma alteração de comportamentos e da cultura organizacional.

Questionado acerca de medida, iniciativa ou política implementada nos últimos 6 meses exemplificou com a discussão que envolveu as diretorias com vistas à reforma do regimento interno no sentido da abertura do corpo clínico e que demandou o envolvimento de toda a organização.

Conclusão.

A organização estudada apresenta uma estrutura de governança corporativa caracterizada pela concentração do poder na Diretoria Executiva, em especial na presidência, onde predominam mecanismos políticos de representação do corpo de associados. A participação da comunidade originalmente instituidora está restrita à participação na Assembléia Geral e no processo eleitoral relacionado à substituição da parte não vitalícia do conselho. O Conselho Deliberativo tem se constituído em instância homologatória das ações da Diretoria Executiva sendo seu controle, efetivamente, por esta exercido por mecanismos que, em termos práticos, restringem a possibilidade do aparecimento de novas lideranças, especialmente com o condicionamento dos direitos dos sócios às limitações estatutárias.

A concentração dos poderes da Diretoria Executiva é legitimada por um mecanismo político, interno à organização, em que as relações pessoais entre o presidente e os participantes do conselho assumem importância fundamental. Entretanto, com o envelhecimento do grupo de diretores, tem sido observado um relativo esvaziamento dos quadros de associados e a preocupação com a renovação da liderança corporativa tem emergido num contexto em que as mudanças no setor saúde têm sido o fator mais importante. Neste sentido, a implantação de um processo de renovação do corpo de associados e a reformulação da estrutura legal-estatutária passam a ser pensados como saída estratégica essencial à sobrevivência da organização.

As mudanças executadas até o momento, enfatizaram as questões de administração financeira e de custos do hospital sem que isto representasse

alteração significativa do modelo de comando e de exercício de poder corporativo. A participação médica tem sido encaminhada pela diretoria clínica com um forte componente de contestação dos mecanismos de exercício desta liderança. Isto ocorre em consequência de dispositivo estatutário que estabelece a possibilidade de não aceitação pela alta administração, do representante eleito pela categoria para representar seus interesses. Da mesma forma, a restrição à participação médica na alta administração tem sido responsabilizada pelo baixo nível de adesão destes profissionais às medidas administrativas propostas pela administração profissional.

A gestão profissional da organização ocorre predominantemente sob mecanismos diretos de submissão ao poder da presidência da Diretoria Executiva, que se constitui, em última instância, na principal esfera de comando organizacional. Os canais de comunicação privilegiam os mecanismos informais e propiciam a manutenção do modelo cultural centralizador observado. No entanto a própria Diretoria Executiva tem sentido a necessidade de mudar este tipo de comportamento que tem sido responsabilizado pelo afastamento de novos colaboradores da instituição e reduzido o interesse na participação da alta administração

Com referência ao questionamento proposto na definição do escopo do trabalho de pesquisa podemos inferir que:

Questão 1 - (Existe nos hospitais estudados uma cadeia de comando e direção entre as instâncias superiores e o executivo principal que efetivamente acarrete ações executivas?)

Sim. Existe. Entretanto, em virtude das características pessoais do presidente e da cultura de ascendência deste sobre toda a organização, a implantação de modelos de gestão que impliquem em maior autonomia da área profissional e consequente

responsabilização e cobrança por resultados demandará alterações significativas na estrutura corporativa.

Questão 2 - (O modelo de governança corporativa observado nos hospitais apresenta alguma semelhança estruturada com os disponíveis em outras organizações empresariais que se diferenciam pelo objeto do lucro?)

Existem mais diferenças que semelhanças. O exercício do comando por uma Diretoria Executiva eleita pode se comparar , de certa forma, aos mecanismos presentes nos conselhos de administração das companhias. Contudo a presença de um modelo cultural condicionado pela longa permanência de uma única pessoa na função acabou por desenvolver comportamentos organizacionais perniciosos ao crescimento. A diretoria administrativa tem se esforçado no sentido de promover mudanças nesta cultura e desenvolver novas abordagens das relações de forma a propiciar maior equilíbrio de funções e papéis e a liberação de tempo e energia para o trabalho em questões de real importância para a sobrevivência organizacional.

Questão 3 - (A estrutura legal-estatutária que regula a existência das organizações estudadas contempla os papéis dos executivos principais?)

A resposta a esta questão é sim. O estatuto estabelece as funções dos diretores administrativo e clínico estratificando suas responsabilidades, limites de autonomia e subordinação funcional a presidência da Diretoria Executiva.

Além destas respostas, foi possível identificar um elevado nível de tensão entre a representação médica e a diretoria com possibilidades importantes de interferência sobre o processo de governança da organização.

ANEXO VI

ESTUDO DE CASO – ORGANIZAÇÃO 5.

Histórico da organização e análise de documentos estatutários.

A organização estudada apresenta características especiais que a diferenciam das demais pela sua vinculação a uma outra mantenedora e pelo estabelecimento de um contrato de gestão com o poder público cujo propósito foi de assumir a administração de um hospital por este construído e equipado.

Em consequência, para proceder-se o estudo de sua estrutura de governança, tornaram-se necessários o acesso aos estatutos da organização original e dela própria, além das entrevistas com o presidente da diretoria e o superintendente do hospital.

Cabe ressaltar também que, devido ao aparente sucesso do modelo implantado pela Lei Estadual 846 de 1998, em que se buscou a associação do Estado com organizações sem fins lucrativos para atuação em hospitais recém inaugurados, a entidade mantenedora foi convidada a assumir a gestão de um segundo hospital na área metropolitana.

A instituição original foi fundada em 1964, como entidade de assistência social vinculada à indústria da construção civil do Estado de S.Paulo com o propósito de prestar assistência social, médica ambulatorial, dentária e educacional aos empregados deste setor industrial. Para atingir seus propósitos a entidade se propôs organizar e manter centros de assistência, tanto na capital quanto em outras cidades do Estado; desenvolver atividades culturais, recreacionais, educativas e outras relacionadas aos seus objetivos; cooperar com entidades congêneres; contratar serviços e firmar convênios que atendessem seus propósitos, inclusive com o poder público; conceder bolsas de estudo e manter programas de treinamento na área da saúde e manter farmácia de manipulação de fórmulas a serem utilizadas em seus serviços.

Seu quadro associativo prevê a estratificação dos sócios em 3 categorias: a dos sócios contribuintes representados por empresas e sindicatos relacionados à atividade do setor industrial a que se vincula; a dos sócios efetivos, representados pelos funcionários destas empresas e da entidade e pelos sócios beneméritos, distinguidos pela diretoria com esta titulação em função de relevantes serviços prestados.

Entre os direitos dos sócios contribuintes estão o de inscrever todo seu corpo de funcionários e dependentes junto à entidade; inscrever sócios e diretores de suas empresas desde que garantam a contribuição respectiva à sua remuneração; credenciar representante legal que participe da Assembléia Geral, votar e ser votado para cargos estatutários e representar à diretoria sobre assuntos de interesse da entidade.

Entre seus deveres estão os recolhimentos da parcela de contribuição sociais relativa à folha de pagamento de suas empresas, das contribuições dos sócios e diretores, comparecimento à Assembléia Geral e o exercício das funções administrativas da entidade para as quais tenham sido eleitos. Além disto, cumprir as determinações estatutárias e regulamentares, respeitar o corpo profissional da entidade e contribuir para a eficiência e o seu bom nome. Cabe ainda ressaltar que os associados efetivos e beneméritos somente podem usufruir os serviços prestados pela organização não apresentando habilitação para o exercício de voto ou de interferência junto à administração da entidade.

O financiamento da atividade assistencial desenvolvida pela organização é constituído, basicamente, pela contribuição mensal de um percentual sobre a folha de pagamento das empresas associadas, subvenções e auxílios concedidos, renda sobre bens patrimoniais e as rendas provenientes dos contratos de gestão e convênios firmados com empresas e órgãos governamentais. O estatuto estabelece uma limitação à utilização dos recursos advindos dos poderes públicos em que se

condiciona sua utilização estrita nos municípios onde se originaram as ações e subvenções.

A administração da entidade é constituída pela Assembléia Geral de sócios contribuintes, pela Diretoria Executiva e pelos Conselhos Fiscal e Consultivo.

A Assembléia Geral é o órgão supremo de deliberação, sendo constituída pelos sócios contribuintes em dia com suas contribuições sociais e sua direção é atribuição do presidente da diretoria. Reune-se em caráter ordinário em períodos anuais coincidentes com a prestação de contas da diretoria e extraordinariamente por convocação da diretoria, do conselho fiscal ou de pelo menos 50 sócios contribuintes. Entre suas competências estão a eleição e/ou destituição da diretoria e do conselho fiscal, a apreciação das contas anuais, a suspensão de direitos sociais, a autorização de alienação de bens patrimoniais e a dissolução da entidade. As eleições ocorrem a cada biênio e cada sócio contribuinte tem direito a um voto, que por determinação regimental é secreto.

A Diretoria Executiva é constituída por representantes dos sócios-contribuintes, eleitos a partir da Assembléia Geral para mandato de 2 anos, sendo consentida a recondução sem limitação ao número de vezes e é composta por um presidente, cinco vice-presidentes, dois secretários e dois tesoureiros. Reune-se ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário e suas deliberações devem ser tomadas por maioria de votos com a presença mínima de 3 representantes.

Entre suas responsabilidades estão a administração da entidade, o cumprimento das determinações estatutárias e regimentais, a eleição dos membros do Conselho Consultivo, a convocação da Assembléia Geral, a admissão e demissão de funcionários, a contratação de serviços e convênios, a descentralização da assistência prestada pela entidade, a prestação de contas à Assembléia Geral, a aprovação de regimentos e regulamentos funcionais, a designação do

superintendente geral e do encarregado do depto.jurídico e a decisão em grau de recurso sobre sugestões, queixas e reclamações que venham a ser a ela dirigidas.

Ao seu presidente competem a convocação da Assembléia Geral, a representação da entidade, a celebração de acordos, contratos e convênios, e a gestão financeira da entidade em conjunto com os tesoureiros. Além disto o estatuto estabelece como papel da diretoria a escolha entre os vice-presidentes daquele que sucederá o presidente em caso de ausência, afastamento ou morte.

Ao superintendente o estatuto atribui a competência pela direção geral e a administração dos serviços da entidade.

A entidade subsidiária, implantada pelo contrato de gestão firmado com a Secretaria da Saúde, dispõe de uma estrutura regimental diferente da instituição original em que se buscou atender as especificidades estabelecidas na Lei, para este tipo de associação. Seu estatuto estabelece que a entidade, daqui por diante chamada de entidade-OSS, é filial da organização original e tem por finalidade a operacionalização e a gestão do hospital objeto do contrato.

A entidade-OSS é administrada por um conselho de administração composto por 11 membros entre os quais 6 originários do corpo de associados da entidade original, 4 eleitos por este grupo e um eleito pelo corpo de funcionários do hospital. Seus mandatos são de 4 anos de duração sendo permitida uma única recondução. Entre as restrições estabelecidas estão as proibições do exercício de função remunerada junto ao hospital e de vinculação familiar com autoridades do poder executivo do Estado.

O conselho de administração é o órgão de deliberação superior da entidade-OSS e constituem suas atribuições privativas a aprovação e renovação do contrato de gestão, a aprovação da proposta de orçamentos operacionais e de investimentos, a contratação e a dispensa dos membros da diretoria, a fixação de padrões de

remuneração do quadro funcional e da diretoria, a aprovação do regimento interno, a supervisão do cumprimento de metas e diretrizes definidas pelo contrato de gestão bem como o acompanhamento e aprovação dos demonstrativos financeiros a serem realizados por auditoria externa.

Reúne-se ao menos a cada quadrimestre e o presidente da diretoria da entidade original faz parte do conselho sem direito a voto.

Quanto à estrutura da administração profissional, mencionada no estatuto da entidade-OSS como diretoria, não existem determinações estatutárias acerca de seu modelo de constituição e responsabilidades. Entretanto, o estatuto estabelece sua subordinação e obrigação de prestação de contas ao conselho de administração.

A visão do presidente da Diretoria Executiva – análise do discurso.

Assim como foi necessário o estudo dos documentos estatutários das duas organizações, tornou-se essencial a análise dos papéis executivos exercidos tanto pela diretoria da entidade original quanto do conselho de administração da entidade-OSS. Para isto, procurou-se identificar os papéis de ambas as instâncias e estabelecer seus mecanismos de interação a partir da entrevista com o presidente da diretoria da entidade original.

A Diretoria Executiva, por intermédio de sua presidência, tem se constituído na principal alçada de exercício do poder no âmbito de ambas entidades. Na verdade, o que foi possível observar é que as responsabilidades estabelecidas no contrato de gestão da entidade-OSS são diretamente vinculadas à diretoria da entidade original e o controle da execução dos programas e metas contratados tem sido efetivamente exercido com a representação de sócios-contribuintes naquele conselho. A preocupação com os aspectos legais e de garantia de aporte de recursos para o projeto tem ocupado grande parte da dedicação e do tempo da diretoria, especialmente de seu presidente.

Neste sentido, a presidência instituiu uma rotina de trabalho e acompanhamento orçamentário que buscou criar uma condição de avaliação regular da execução dos programas e dos dispêndios incorridos. Na opinião do presidente, somente com o permanente acompanhamento das atividades e das demandas dos administradores se tornou possível a manutenção das condições de saúde financeira das entidades-OSS associadas à instituição. Esclareceu também que esta é a forma de trabalho que sempre existiu na organização, mesmo durante o período em que não havia os contratos de gestão e julga que a seriedade com que sempre se administrou a entidade original foi um fator importante na sua escolha pela Secretaria da Saúde.

O atual presidente tem exercido sua função, com o apoio de grande parte do grupo de sócios contribuintes, já há cerca de 8 anos e acredita que tem tido sucesso na implementação de ações que atendam aos objetivos para os quais a entidade foi criada. Em sua visão, o suporte à saúde do trabalhador, com qualidade e garantia do adequado atendimento a seus dependentes, tem se constituído em elemento importante no aumento da produtividade do setor. Sua análise qualifica o fator trabalho segundo uma ótica humanística e utilitária, como por exemplo quando diz *"Do ponto de vista qualitativo, um operário com a saúde tratada produz mais. Só que isso sempre foi óbvio. Nós pagamos um estudo ... há alguns anos. que levou 6 meses e chegou à seguinte conclusão: que o custo-benefício das empresas que têm seus funcionários bem tratados é maior do que aquilo que eles investem em saúde. A relação era 1 para 2,6. A relação era maior do que as empresas esperavam. Melhor que isso, impossível. Até do ponto de vista material, é vantagem. O peão não é material de consumo, é um elemento de produção. E devidamente bem tratado, produz mais e melhor"*

Em decorrência desta visão acredita também que na gestão dos contratos a entidade deve nortear seu trabalho pela busca racional e orientada dos recursos disponíveis de forma a melhorar a condição de vida e de produção da população assistida.

Com referência ao modelo de gestão corporativa existente na entidade original argumentou que a entidade que dirige tem se caracterizado pelo estabelecimento de um modelo democrático de relacionamento entre as várias instâncias e, apesar da relativa estabilidade na permanência de representantes dos sócios junto à diretoria, a abertura para renovação esteve sempre presente. Acredita que a baixa taxa de renovação seja devida ao sucesso administrativo obtido pelas gestões executivas e pelo caráter de envolvimento e dedicação pessoal que estão presentes nos empresários do setor. Segundo suas palavras: *“Aqui, ao contrário do que acontece na política geral, onde os políticos sempre dizem” nosso cargo é de sacrifício “, aqui... de fato, é um cargo de sacrifício. E mais ainda, é para quem gosta”*

Da mesma forma, relacionou as vantagens do modelo desenvolvido para a gestão das entidades-OSS, que com a participação e controle de representantes da entidade original conseguiram estabelecer mecanismos democráticos e participativos envolvendo autoridades do setor saúde do município e representação dos funcionários. Entretanto reconheceu que, em última instância, a responsabilidade é integral de sua entidade e de sua diretoria que assumiu como viáveis e válidos a realização dos contratos. Ou em seus dizeres , *“Quem assinou o contrato de gestão de hospitais é o O responsável pela gestão hospitalar é o, representado pelo seu Presidente e também pelo Superintendente”*

Enfatizou ainda que, por se tratar de uma entidade vinculada aos interesses de uma determinada categoria empresarial, historicamente a liderança da entidade foi exercida por engenheiros e empresários da construção civil, tendo sido esta uma das causas da implantação de cláusula estatutária que especifica a obrigatoriedade de contratação de um superintendente geral, que no caso da entidade original tem sido um administrador e no caso das entidades-OSS médicos administradores. Em sua forma de ver o estatuto da entidade original compõe um corpo de conceitos e

valores que atendem perfeitamente as necessidades da organização e se caracteriza pelo estabelecimento de regras claras. Da mesma forma, quando se processaram as formulações estatutárias das entidades-OSS buscou-se a criação de um instrumento que atendesse aos requisitos legais e que fosse objetivo na regulação das atividades da organização hospitalar.

Questionado acerca do processo de escolha do principal executivo do hospital procurou especificar as razões pelas quais julga que esta função deva ser atribuída a um médico com formação específica em administração. Entre estas, identifica o conhecimento da dinâmica de produção hospitalar, a compreensão dos comportamentos e culturas prevalentes no setor e a dificuldade em encontrar administradores não médicos com competência para a gestão de organizações de saúde. Entende ainda que, como em qualquer outra empresa, o papel de sua diretoria deve ser caracterizado por um trabalho permanente de acompanhamento de indicadores muito simples; a execução orçamentária, o controle dos gastos com materiais e com pessoal por exemplo, sem procurar interferir com a gestão da assistência de com as questões técnicas da produção hospitalar .

Apesar deste favorecimento tem identificado algumas tendências e comportamentos na área médica às quais tem uma posição crítica. Citou exemplo das organizações de trabalho médico sob um modelo de empresa de prestação de serviços que podem acabar excluindo do corpo operacional de um hospital profissionais de qualidade e competência técnica pelo fato de se criar uma cultura de privilegio dos associados. No entanto, rendeu-se à argumentação de seu superintendente de que esta tem sido uma das formas mais econômicas e eficientes de garantir o atendimento aos pacientes que demandam suas estruturas assistenciais.

Com relação ao potencial de conflito e de interferência que a presença de uma categoria profissional forte e condicionadora de comportamentos, como a médica,

pode trazer para a alta administração, ressaltou que em sua entidade não tem observado este tipo de problema ou situação. Acredita que a manutenção de canais de comunicação abertos com toda sua estrutura operacional tem sido uma das características da atual diretoria e os casos eventuais em que é procurado para o relato de problemas ou sugestões acerca da melhor forma de atuação dos superintendentes tem sido a estes encaminhados para solução o que, por um lado, valoriza os seus papéis, e por outro elimina o risco de manipulação. Ou em seus dizeres: *“Normalmente o assunto é resolvido dentro do hospital. Não é que nós brecamos qualquer coisa. Nós estamos abertos a qualquer coisa. Se determinado médico quiser fazer qualquer queixa, ele pode vir se queixar. Claro que ninguém vai fazer nada, falando num português bem claro, nas costas de ninguém”*.

Questionado acerca de uma ação, evento ou política implantado nos últimos 6 meses procurou discorrer sobre a experiência de planejamento para a assunção do segundo contrato de gestão com a Secretaria Saúde.

A visão do superintendente – análise do discurso.

Assim como no item anterior é necessário estabelecer uma diferenciação entre os papéis dos superintendentes gerais da entidade original e do hospital. Na primeira, a função é definida estatutariamente e exercida por administrador profissional com vínculos funcionais diretos com a presidência. Na segunda, apesar do estatuto mencionar a presença de uma diretoria profissional, não existem especificações claramente definidas a respeito de suas responsabilidades e atribuições.

Na prática, o superintendente geral da entidade original detém grande parcela de poder no ambiente institucional, assumindo em conjunto com o presidente a responsabilidade pela gestão de todas as funções administrativas, inclusive a financeira. Da mesma forma, a instituição estabeleceu mecanismos formais de gerenciamento que implicam no compartilhamento permanente das atribuições de todos os atores envolvidos com a gestão por meio de reuniões semanais de acompanhamento de programas e de execução orçamentária. Quaisquer questões

ou temas que impactem o controle do desempenho financeiro de ambas as entidades são discutidas e negociadas neste fórum, como pode se depreender de exemplo citado pelo presidente, a respeito da abertura da segunda entidade-OSS: *"o Dr.(superintendente) 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".*

Entretanto, e apesar das limitações estabelecida à sua autonomia, a superintendência do hospital se configura como a principal instância gestora dos processos assistenciais e administrativos e tem se caracterizado pela forte concentração de poder no seu micro-ambiente, condicionando práticas e comportamentos. A alta administração tem claro que a divisão das responsabilidades técnicas e associadas à produção assistencial deve ser atribuição específica dos profissionais contratados para gerir o hospital e isto pode ser percebido no discurso do presidente a respeito das qualificações necessárias e ao processo de gestão quando diz, por exemplo: *"Por isso 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 atual superintendente é o quarto médico a ocupar o cargo na entidade-OSS e tem sido avaliado de maneira informal pela alta administração de forma permanente. Segundo esta, as dificuldades encontradas entre os 3 primeiros não foram decorrência de qualquer comportamento inadequado ou falha de "performance", mas sim das restrições que este mercado de trabalho propicia à instituição com

relativa carência de profissionais habilitados. A entidade tem buscado contratar indivíduos que tenham participado da administração de outros hospitais públicos e eventualmente perde seus funcionários para outras organizações da iniciativa privada por maiores salários. Entretanto, na visão do presidente, o profissional referido tem apresentado um desempenho satisfatório de suas funções e tem se constituído em modelo de organização para toda a instituição.

O superintendente procurou implantar um modelo de gestão, no âmbito de seu hospital, que pressupõe a instalação de formas de compartilhamento dos processos administrativos com suas gerências por meio da criação de um comitê de administração tática onde são discutidos os problemas e necessidades da organização com elevada frequência. Segundo ele, esta foi a forma prática de integrar os diversos serviços existentes no hospital com vistas à melhoria das condições de atendimento e do ambiente de trabalho. Na prática, as questões operacionais e assistenciais passam a ser de competência deste grupo enquanto o superintendente se encarrega das questões estratégicas e do relacionamento com a alta administração da entidade original.

Com referência ao relacionamento com as instâncias mais altas, entende que os mecanismos atualmente existentes têm se mostrado satisfatórios. Basicamente sua interface com as instâncias corporativas se processam nas reuniões periódicas com a administração da entidade original, onde são discutidas questões de ordem financeira e legal, e com a presidência do conselho de administração onde são vistas as questões ligadas à assistência. Refere também que, em virtude da participação neste conselho de um grupo majoritariamente pertencente à entidade original, tem sido possível a percepção de uma linha de autoridade e de prática administrativa coerente e linear. Seus limites de autonomia e responsabilidade são claramente definidos e a centralização da administração financeira na entidade original não tem se configurado em problema para a gestão do hospital como por exemplo quando cita os mecanismos de aprovação de despesas de compras: *“Quem dispara os processos de compra sou eu. Mas quem assina o cheque é*

lá..... 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.”

Sua opinião acerca da melhor forma de conduzir a administração do hospital envolve o conhecimento da realidade de saúde da comunidade e das formas de atuação que propiciem resultados para a população. Neste sentido entende que a estrutura montada pela entidade em torno do projeto de gestão do hospital tem possibilitado a melhoria das condições de saúde das populações dos 4 municípios aos quais atende dentro de um modelo de hierarquização das ações. Para que isto efetivamente se proceda, entretanto, tem enfrentado alguns conflitos no ambiente organizacional, especialmente com médicos, que são resolvidos sob uma perspectiva de centralização da autoridade na superintendência. Por exemplo, cita a implantação do modelo de assistência humanizada ao parto que contou com a resistência de alguns médicos e que tiveram que ser substituídos por esta causa.

Com relação ao relacionamento com estes profissionais entende que sua organização centraliza o poder na gerência médica e em sua figura sem que isto tenha se constituído em um problema efetivo. Esclarece que, por se tratar de um corpo clínico jovem e pelo fato do hospital propiciar uma boa condição de trabalho, poucas vezes tem sido necessário o ajuste dos profissionais médicos à forma de trabalho da instituição. Isto pode ser evidenciado, por exemplo, com sua argumentação acerca do poder da administração sobre o corpo clínico: :
“Claramente o poder hegemônico é da administração. Então, não se discute muito esse tipo de conteúdo, não tem essa conversa. Os médicos são ou assalariados ou contratados através de empresas prestadoras de serviços que não deixam ser uma forma de, basicamente, remuneração pelo trabalho”

Ou ainda quando explicita seu entendimento de que o poder de determinação das melhores práticas e o controle das atividades assistenciais é responsabilidade exclusiva da superintendência, como por exemplo quando descreve situação vivida no seu pronto socorro *"Temos a seguinte regra: todo e qualquer paciente que venha de unidade básica desses 4 municípios, o pessoal liga para o pronto socorro e avisa" estou mandando tal paciente "*, não diz que não tem vaga. E o médico aqui tem que receber. Esta é a regra de ouro da instituição. Uma vez um médico recusou um paciente." disse que estava com paciente instável no PS ". Ora, no PS só existe paciente instável." " Sim, mas não concordo, etc, etc "Então, vemos que não é um problema disciplinar médico. Temos um problema de visão que, ou você muda, ou se desliga. E ele acabou sendo desligado porque não tinha acordo"

Em sua visão, para analisar a efetividade da liderança e da estrutura corporativa da organização se torna necessário também a consideração de mais um elemento importante que é a visão estratégica da Secretaria da Saúde, em relação às necessidades da população assistida pela organização. Entende que o modelo de gestão implantado pelos contratos implica necessariamente no equacionamento de questões relacionadas à disponibilidade de recursos e à efetiva demanda encontrada. Entende que, apesar das eventuais dificuldades de alocação de recursos não tem se defrontado com maiores problemas por parte da alta administração na gestão do hospital. Entretanto, em virtude do estabelecimento contratual de metas, eventuais demandas não contempladas devem passar pelo crivo da Secretaria que nem sempre dispõe de recursos para a instalação de novos programas. Como exemplo, cita o processo de implantação do novo serviço de oftalmologia que demandou um esforço de convencimento relativamente grande junto às autoridades da Secretaria.

Indagado acerca de uma ação, evento ou política implantados nos últimos 6 meses, deu como exemplo o processo de negociação que envolveu a possibilidade de

criação de um serviço de quimioterapia no hospital em que teve suas pretensões negadas pela secretaria.

Conclusão.

A organização estudada apresenta uma estrutura de governança corporativa que se caracteriza pela participação direta da alta administração da entidade original na gestão do hospital. Isto se deve basicamente ao modelo de contrato desenvolvido pela legislação regulamentadora e pelas características específicas de atuação desta diretoria. A representação dos interesses dos associados é contemplada nas atribuições dos sócios contribuintes no âmbito da Assembléia Geral e o processo de acompanhamento de desempenho organizacional é conseqüente à atuação administrativa da diretoria. Diferentemente de outras organizações sem fins lucrativos não existe a presença de um Conselho Deliberativo estabelecendo-se uma ligação direta entre a Assembléia e a diretoria.

A legitimação do poder instituído aos diretores se dá pelo processo eleitoral que tem garantido a manutenção de um modelo de gestão eficiente. Entretanto, a Assembléia dispõe estatutariamente do poder de destituição da diretoria a qualquer tempo, dispondo em conseqüência da capacidade de proceder mudanças na estrutura de governança. Cabe ressaltar que, não há registro de que esta capacidade tenha sido exercida nos últimos 10 anos.

A estrutura de governança desenvolvida para a entidade-OSS buscou atender aos princípios de manutenção do controle e da responsabilidade sob tutela da entidade original e de abrir possibilidades da participação de representantes das comunidades às quais o hospital atende e do corpo funcional. Na prática, devido à maioria representada pela participação dos membros da entidade original e pela sua capacidade de indicação dos representantes da comunidade, esta instância pode acabar por desenvolver papéis de menor importância em relação ao processo de gestão em conseqüência da tendência à centralização observada nas práticas da diretoria da entidade original. Como o próprio superintendente detalhou, *“quem*

legítima o poder do conselho de administração são seus próprios membros, a partir das definições legais e das determinações da diretoria da mantenedora”.

O desenvolvimento do modelo de atuação nestes novos empreendimentos e contratos tem se revelado uma experiência enriquecedora para a alta liderança original e propiciado o desenvolvimento de novos conhecimentos e práticas administrativas na sua esfera. Por exemplo, a partir das mudanças estabelecidas na gestão do hospital, tornou-se possível a criação de um modelo semelhante de administração dos serviços ambulatoriais da entidade original. Da mesma forma, iniciativas de implantação de ferramentas de promoção da qualidade e de controle de desempenho por indicadores específicos permitiram mudanças nas formas de atuação assistencial.

Com relação à participação médica ou de outras profissões de saúde junto à estrutura de governança é possível a inferência que estas se restrinjam aos contatos entre os médicos contratados para as funções superiores e a alta administração. De certa forma, o mecanismo de interação entre a superintendência e o corpo clínico tem se caracterizado pelo respeito e o cumprimento dos contratos de trabalho, sem que isto signifique elemento de desconforto institucional. À rigor, o que se pôde depreender da visita ao hospital é que a centralização das responsabilidades sobre os dois médicos da administração, o superintendente e o gerente médico, tem se caracterizado pelo exercício da transparência e de comportamentos que valorizam, em última instância, as finalidades para as quais o hospital foi implantado.

A gestão profissional da organização se processa sob um mecanismo básico de delegação controlada do poder. O fórum em que ocorrem a comunicação e a discussão da gestão tem sido as reuniões semanais com a diretoria da mantenedora e representantes do Conselho de Administração. Os canais de comunicação entre os representantes da diretoria e os membros do corpo gerencial são diretos e formais. As formas de relacionamento estabelecidas têm propiciado

uma permanente integração, com conseqüente validação das ações executivas da superintendência

Com referência ao questionamento proposto na definição do escopo do trabalho de pesquisa podemos inferir que:

Questão 1 - (Existe nos hospitais estudados uma cadeia de comando e direção entre as instâncias superiores e o executivo principal que efetivamente acarrete ações executivas?)

Sim. Existe esta cadeia de comando. Esta tem se caracterizado pela efetiva participação da presidência da diretoria na administração de todas as questões que envolvam a garantia da assistência e o equilíbrio financeiro. Em relação à administração das atividades operacionais propriamente ditas do hospital a autonomia do gestor profissional é total. O compartilhamento decisório nesta esfera tem contado com a participação de outros níveis gerenciais da organização o que tem propiciado a redução de conflitos e o desenvolvimento de uma cultura de valorização dos colaboradores e dos pacientes atendidos pela organização.

Questão 2 - (O modelo de governança corporativa observado nos hospitais apresenta alguma semelhança estruturada com os disponíveis em outras organizações empresariais que se diferenciam pelo objeto do lucro?)

Existem semelhanças e diferenças. O exercício da função de comando por uma Diretoria Executiva eleita, de certa forma, pode ser comparado aos mecanismos presentes nos conselhos de administração das companhias, apresentando a presidência semelhanças com os papéis atribuídos aos presidentes destes conselhos. Da mesma forma, o papel do superintendente assemelha-se ao do CEO das corporações.

Além disto, o que se pode colocar é que na entidade original os interesses dos associados são contemplados na íntegra com a participação dos sócios contribuintes na Assembléia Geral. Esta detém poder de validar ou não as deliberações, atividades e produção da diretoria, inexistindo evidência de predominância de jogos entre estas instâncias. Da mesma forma, o interesse da comunidade em que se insere a organização hospitalar é defendido pela participação de seus representantes cujos papéis tem se caracterizado por um relacionamento produtivo junto à administração profissional.

Questão 3 - (A estrutura legal-estatutária que regula a existência das organizações estudadas contempla os papéis dos executivos principais?)

A resposta a esta questão é sim. Existe definição estatutária na organização acerca do papel do executivo profissional principal da mesma.

Além disto, foi possível identificar um baixo nível de interferência da profissão médica sobre o processo de governança da organização.

ANEXO VII

ESTUDO DE CASO - ORGANIZAÇÃO 6.

Histórico da organização e análise de documentos estatutários.

A organização estudada foi instituída em 1937 como uma Fundação de direito privado, por iniciativa de um advogado e empresário do setor agro-pecuário em Belo Horizonte que sentiu a necessidade de implantar um hospital como forma de agradecer pelas oportunidades que a Sociedade brasileira lhe havia proporcionado quando de sua imigração da Itália. Para atingir seus propósitos a Fundação construiu e implantou uma unidade hospitalar de grande porte naquela capital cujas finalidades principais, definidas em estatuto são a promoção da saúde através da gestão, manutenção e custeio do hospital com a possibilidade de abertura de novas unidades assistenciais; a promoção do conhecimento médico e da pesquisa científica em suas instalações e o exercício da atividade beneficente.

Constituem, essencialmente, suas fontes de renda aquelas decorrentes da prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, os auxílios e subvenções públicas, as oriundas de campanhas e loterias, as decorrentes da locação de imóveis e bens próprios e das aplicações financeiras de suas reservas e legados.

A Fundação, em sua fase atual, admite a participação em seus quadros de um grupo de colaboradores, chamados membros honorários ou colaboradores beneméritos, caracterizados pela instituição de colaboração financeira ou por ações de apoio aos objetivos considerados relevantes pela instituição. A atribuição destas categorias é de competência exclusiva do Conselho Superior da entidade, um dos órgãos de sua direção. Constituem direitos e deveres deste corpo de colaboradores a participação da organização de promoções em benefício da entidade, o zelo pela fiel consecução dos objetivos da Fundação e o voto e a participação dos Conselhos.

Constituem seus órgãos de administração os Conselhos Superior, Diretor e Fiscal conforme definição estatutária. O Conselho Superior é o órgão supremo de

deliberação da entidade detendo a capacidade de deliberação sobre os assuntos que impliquem na manutenção e destinação de seus recursos, inclusive dos ativos patrimoniais e é composto por 30 integrantes qualificados em dois grupos: o de conselheiros permanentes e o de temporários. O quadro permanente tem origem na garantia estatutária que estabelece que os presidentes e vice-presidentes dos conselhos assumem automaticamente a sua condição de vitaliciedade junto ao conselho, imediatamente após o fim de seus mandatos, desde que não ocorra o interesse na recondução. O quadro temporário é composto de colaboradores indicados pelo quadro permanente de conselheiros, dentre representantes da comunidade mineira que se constituam em elementos de reconhecido valor social e participação comunitária.

Dentre as funções e competência do Conselho Superior estão a aprovação dos regimentos e estatutos da entidade, a escolha de novos colaboradores, a aprovação orçamentária e dos relatórios das atividades, a escolha do Conselho Diretor e Fiscal, a deliberação sobre alienação ou aceitação de bens patrimoniais, a decisão sobre acordos ou empréstimos financeiros que gravem o patrimônio, a decisão sobre a extinção da Fundação e a deliberação sobre investimentos e criação de novas unidades assistenciais. É presidido por um dos conselheiros, indicado por votação dos pares, para mandato de 2 anos, sendo possível um número ilimitado de reconduções. Reúne-se duas vezes por ano, com o propósito de avaliar as ações do Conselho Diretor e validar suas práticas e desempenho.

O Conselho Diretor é o órgão de gestão do hospital e das unidades assistenciais sendo composto por um diretor-presidente, um diretor-administrativo, um financeiro, um de assuntos institucionais e outro de produção científica. Além disto, são eleitos também dois componentes do Conselho Superior para o exercício da suplência do Conselho Diretor que atuam como diretores adjuntos. O mandato destes diretores também é de dois anos, coincidindo com os da presidência do Conselho Superior, sendo facultada a recondução sem limitação do número de vezes. Reúne-se semanalmente, sendo sua convocação de competência do diretor-presidente, do

presidente do Conselho Superior, de maioria simples dos Conselhos Superior ou Fiscal ou absoluta de seus integrantes.

Entre suas competências estão o cumprimento das disposições estatutárias e regimentais; a elaboração e aprovação de orçamentos operacionais e de investimentos; a elaboração do relatório semestral das atividades; a prestação de contas a autoridades do poder público; a celebração de convênios e contratos; a contratação e demissão de pessoal; o credenciamento ou descredenciamento de médicos e outros profissionais da saúde, a gestão executiva da entidade e a convocação extraordinária do Conselho Superior.

Com relação ao seu diretor-presidente, o estatuto estabelece como atribuições a representação legal da fundação, o cumprimento da legislação aplicável e do estatuto; a convocação e a presidência das reuniões do Conselho Diretor, a apresentação dos relatórios de atividades ao Conselho Superior e as ações executivas da entidade que impliquem na movimentação de recursos de qualquer ordem, necessárias à atividade operacional, em conjunto com a diretoria administrativa.

A visão do diretor presidente do Conselho Diretor – análise do discurso.

A função de diretor presidente do Conselho Diretor tem se constituído, desde o princípio do funcionamento da entidade na principal instância de exercício de poder institucional. Durante toda a existência da Fundação o cargo de diretor presidente foi ocupado por apenas 3(três) pessoas, todos advogados. Até 2 anos atrás, todas as ações administrativas relacionadas à sobrevivência institucional e à operação das atividades assistenciais estavam centralizadas neste personagem que exercia um modelo centralizador da autoridade e do poder. Segundo as palavras do presidente em exercício, “*O regime da fundação é eminentemente presidencialista*”. Com o envelhecimento e conseqüente queda da capacidade produtiva do presidente anterior, os participantes do Conselho Superior sentiram a necessidade de promoção de alterações de sua estrutura de governança que

buscassem uma redução do caráter "absolutista" do modelo tendo sido contratado para isto uma consultoria especializada de uma outra fundação da cidade, de renome nacional, que permitisse a rápida evolução da estrutura para um modelo mais participativo e a profissionalização da gestão do hospital. Com isto, ampliaram-se os poderes do Conselho Diretor e criaram-se estruturas de administração profissional, especialmente com a implantação de uma superintendência geral subordinada ao diretor presidente.

O atual diretor presidente do Conselho Diretor iniciou suas atividades junto à organização, a convite do presidente anterior, em função de suas relações políticas (foi deputado federal constituinte) tendo atuado como voluntário no Conselho Superior e se envolvido gradativamente com as atividades diretamente relacionadas à gestão executiva, como diretor ecônomo. Em decorrência, foi convidado pelo presidente anterior a fazer parte do Conselho Diretor, tendo, após o processo de reestruturação da liderança organizacional, sido escolhido para sucedê-lo. Ao assumir a presidência procurou mudar as determinações estatutárias no sentido de adequar este instrumento legal aos princípios discutidos com os demais participantes do Conselho Superior e às necessidades de agilização da estrutura corporativa às mudanças que vinham ocorrendo no setor saúde. Em sua visão, pela manutenção de uma estrutura que se cristalizou sobre a figura pessoal do presidente, a entidade corria o risco de que seu patrimônio e sua imagem ficassem comprometidos pela pouca agilidade demandando, em consequência, alterações. Ou em seus dizeres: *"E na medida em que o presidente fica um pouco mais debilitado, isso acaba fazendo com que as nossas decisões sejam mais discutidas e contestadas. Então com isso, foi necessário.... que se estabelecessem limites para que o exercício da presidência não se tornasse absoluto. Porque Uma coisa é o sr. ter, o sr ser presidente da Fundação com 40, 50 ou 60 anos, ou até mesmo 70. Outra coisa é sr. já começar com 84 anos e ter dificuldade, inclusive, de saúde. Então é o nosso o caso, o que levou à que houvesse essas alterações estatutárias, aprovadas pelo Conselho Superior..... O que significou uma grande, um grande rebuliço, uma grande revolução interna"*

Em sua forma de ver, o estatuto deve representar os valores e a cultura dos instituidores da Fundação de forma a balizar as regras do jogo de poder institucional, dentro de um princípio de participação dos representantes da sociedade que se faz, predominantemente, via Conselho Superior e dos colaboradores de várias áreas que atuam na organização. Entre as vantagens de sua atual configuração situam-se a expressão dos desejos do fundador e a possibilidade de inserção de novas alterações sempre que necessário. A principal desvantagem citada é a manutenção de uma estrutura centralizadora do poder nas figuras dos presidentes de ambos os conselhos. Entretanto, acredita que as mudanças que foram promovidas situaram-se num espectro das possibilidades atuais da organização.

Destas, uma das mais importantes se relacionou à criação de uma estrutura de gestão profissional e que tem permitido o gradativo afastamento da diretoria voluntária das questões operacionais e de assistência do hospital. As diretorias anteriores, segundo sua opinião, desempenhavam papéis eminentemente homologatórios das decisões presidenciais, e em sua gestão com a criação de grupos de trabalho que envolveram os conjuntos da diretoria e da superintendência tornou-se possível o estabelecimento de programas mais efetivos e voltados às demandas organizacionais. Este movimento tem desencadeado novas relações de poder entre os diretores do Conselho Diretor e os administradores profissionais de forma a propiciar um equacionamento das questões operacionais às reais condições financeiras da entidade. Cita como exemplo, a recente criação de uma coordenadoria de finanças e controladoria no âmbito da administração profissional que tem sido responsável pela elaboração de todas as avaliações econômico-financeiras da entidade e pelo contingenciamento do uso dos recursos com maior efetividade e racionalidade.

Com relação aos mecanismos de comunicação existentes no ambiente organizacional detalhou que, em função das características culturais anteriores, em

que os canais de acesso direto à presidência eram privilegiados, ocorre uma predominância da informalidade. Este modelo, segundo sua visão, foi o responsável por uma série de problemas e desacertos que caracterizaram a gestão corporativa até o momento. Por exemplo, citou o desenvolvimento de relações entre médicos e o antigo presidente como elemento condicionante das prioridades de investimentos que caracterizaram a organização até o momento atual. Entretanto, a organização, em virtude das restrições de recursos com que tem se defrontado e que levaram a diretoria a centralizar as atividades de controle financeiro com a criação da controladoria, tem conseguido implantar mecanismos mais racionais de gestão com conseqüente redução destas influências. Na verdade, identificou na própria categoria médica o início do movimento que propiciou a mudança em curso, a partir da participação de alguns líderes da categoria, preocupados com a sobrevivência organizacional.

Segundo seu relato, a instituição representa a principal organização hospitalar sem fins lucrativos da cidade e caracteriza-se por se constituir em campo de estágio e treinamento de uma escola médica de renome. Isto tem permitido a convivência, em seu espaço, de profissionais médicos reconhecidos pelo seu conhecimento e pela capacidade técnica com conseqüente capacidade de interferência sobre o modelo de atuação da organização. A conseqüência deste fato, foi o desenvolvimento de um grande interesse destes profissionais em participar das instâncias de gestão e de liderança corporativa o que tem possibilitado a abertura de novas possibilidades administrativas e assistenciais. A liderança corporativa procurou, em decorrência, envolver este grupo com as questões operacionais de forma a propiciar condições a uma boa prática de ensino e ao desenvolvimento de atividades que permitissem uma melhor remuneração dos seus serviços com conseqüente equacionamento das questões financeiras.

Quanto ao perfil necessário ao principal administrador profissional da organização esclarece que esta função não necessariamente deva ser exercida por médico, e o atual superintendente foi selecionado pela fundação responsável pelas mudanças a

partir de perfil estabelecido pelo Conselho Diretor. Entre os atributos e qualificações que julga indispensáveis à função lista a capacidade de liderar a organização profissional, o conhecimento do mercado de assistência médico-hospitalar e uma forte ênfase em gestão financeira. Além disto, entende que este profissional deva ser competente para administrar as questões relacionadas à cultura das profissões de saúde, especialmente o comportamento médico, e as relações com as formas de controle do poder corporativo. Sua opinião é que este profissional deva ser apto para entender as vontades das instâncias superiores e ajusta-las às reais necessidades da organização que superintende tendo como parâmetro as dificuldades que caracterizam uma estrutura de liderança exercida por voluntários que pouco sabem sobre saúde ou hospitais.

O presidente, quando solicitado a exemplificar uma ação, evento ou política implementada nos últimos 6 meses, discorreu sobre o processo de reforma estatutária pelo que passou a entidade, e que envolveu a criação de um grupo de trabalho especificamente destinado a este fim, com o suporte da assessoria.

A visão do superintendente – análise do discurso.

A superintendência da entidade, tal qual está constituída na fase atual, é responsável pela administração direta da organização e constitui-se em instância recentemente implantada. Até 2 anos atrás, o processo de gestão era de estrita responsabilidade do presidente do Conselho Diretor que centralizava o processo decisório acerca de todas as questões relacionadas à operação e às decisões estratégicas. Com a reestruturação promovida procedeu-se a uma revisão dos poderes do Conselho Diretor e a implantação de um modelo de administração profissional cuja figura central passou a ser o superintendente. Esta, referenciou-se desde o início de suas atividades ao presidente do Conselho Diretor com um modelo de gestão em que as questões relativas às atividades assistenciais, operacionais, comerciais e de relações com o corpo clínico passaram a ser de sua

responsabilidade enquanto que a presidência continuou a se ocupar das questões financeiras e de controladoria.

Em decorrência assistiu-se a uma segmentação das atividades de gestão entre estas duas instâncias que gradativamente tem passado por reformulações mais específicas. Por exemplo, a gestão de recursos humanos, que a princípio estava diretamente vinculada à presidência passa gradativamente a ser de responsabilidade do superintendente, a partir de sua iniciativa de organizar um corpo gerencial que se ocupasse da gestão das áreas específicas. Com isto, foram criadas novas áreas na estrutura gerencial que se ocuparam das funções de administração de recursos humanos, logística, enfermagem, relações com fontes pagadoras e informática e propiciaram a liberação do Conselho Diretor para atividades mais voltadas à administração financeira e estratégica.

O atual superintendente é um engenheiro com pós-graduação em administração mercadológica, que foi selecionado por sua experiência de sucesso na implantação de novos projetos na cidade. Iniciou seu trabalho na organização há cerca de 18 meses e segundo sua informação procurou dedicar-se ao projeto de reorganização em virtude do desafio profissional que para si representava o empreendimento, negando qualquer vínculo ou formação específica em saúde anteriormente. Procurou, entretanto, adquirir conhecimentos relacionados à área e acredita que tenha ainda que desenvolver muitas habilidades para que possa atender adequadamente às demandas estabelecidas por uma organização complexa como a que superintende.

Em sua visão, o sistema de assistência passa por um processo de reformulação que acentua suas incongruências e paradoxos, posto que é muito difícil ajustar os interesses dos grupos envolvidos. Neste sentido, relata que uma das principais dificuldades com as quais tem de lidar se relaciona às limitações de qualificação dos produtos que comercializa, pois saúde não é um bem/produto que permita especificação, e às dificuldades que as fontes pagadoras criam com relação ao

reembolso das despesas assistenciais. Isto pode ser percebido de sua argumentação comparativa com outras atividades como por exemplo quando cita: *“no varejo, o cliente é a maior razão de ser, mas ao mesmo tempo você tem como colocar regras. No serviço médico, para mim, não há como colocar regras. Porque não é um contrato de fins, mas sim de meios. Então, quando no comércio você faz um contrato com um cliente, o que você está fazendo? , é um relacionamento de compra e venda, e desde que as duas partes estejam de acordo, há como se efetivar aquele contrato. Na Medicina, no atendimento à saúde, não funciona dessa forma. No atendimento à saúde o cliente quer alguma coisa, você oferece a sua coisa, só que existe um meio entre o cliente e você: com coisas que interferem, é a vontade do plano de saúde, é a ingerência do Governo e a ética médica, que você tem que respeitar”*

Em consequência, em sua opinião a melhor forma de gerir um hospital pressupõe o desenvolvimento de um mapa de informações que busque integrar o conhecimento das demandas dos usuários, das fontes pagadoras e dos médicos envolvidos com o tratamento, de forma a permitir que aqueles que procurem a organização tenham a possibilidade de receber o que vieram buscar e de ajustar suas expectativas às reais condições de funcionamento da assistência.

Com relação aos papéis desempenhados pelos médicos e às dificuldades de relacionamento que estes profissionais podem estabelecer com a administração entende como natural o volume de problemas que tem tido que administrar. Isto em função da alta concentração de profissionais de renome atuando no ambiente do hospital. Classifica como atributo já incorporado ao ambiente cultural da organização a prática da submissão do interesse institucional ao interesse destes profissionais. Em seus termos, *“o que acontece é que cada médico faz o que quer dentro do hospital, e quando você quer segurar e implantar regras, o médico volta-se contra você. É muito complicado lidar com isso.”* , e desta postura decorrem muitas distorções operacionais.

Ainda em relação a este aspecto, entende que existem 3 prioridades na atuação de seu corpo gerencial, que tem sido responsáveis pelas disfunções do processo de gestão: o atendimento da vontade do paciente, das fontes pagadoras e dos médicos e estas tem sido as situações de maior dificuldade de mudanças. Detalhando este aspecto citou: *"Eu tenho 3 focos de administração mais sérios: um é atender o cliente como ele quer, o segundo é atender o médico como ele deseja e o terceiro é atender o pagador do jeito que ele quer"*

Com relação ao seu relacionamento com as instâncias superiores, acredita que as formas originais de relacionamento e comunicação pressupunham uma menor autonomia de sua parte mas tem conseguido mudar este contexto, a partir de um constante intercâmbio e comunicação com a presidência. Entretanto, a administração financeira da entidade e as conseqüentes ações que decorrem da relativa escassez não têm permitido sua inserção na gestão deste segmento com evidente concentração e controle sob o Conselho Diretor.

Questionado acerca de um evento, ação ou política implantados nos 6 últimos meses, discorreu sobre o programa de elaboração de um plano de investimentos para o próximo ano que contou com a participação do corpo diretivo, da administração profissional e das principais lideranças médicas do hospital.

Conclusão.

A organização estudada apresenta uma estrutura de governança corporativa que se caracteriza pela centralização do comando no Conselho Diretor, em especial em sua presidência. Por se tratar de uma entidade instituída na forma de Fundação, é possível inferir que os traços de personalidade de seu principal instituidor podem ter condicionado suas características de exercício do poder, que apresentam, ainda na atualidade, fortes traços de valorização da centralização decisória. O poder presidencial se constitui no principal fluxo de comando organizacional e a profissionalização não tem alterado significativamente esta dinâmica, o que pôde ser depreendido da argumentação tanto do presidente quanto do superintendente

ao se referirem à administração financeira. A representação da comunidade se faz predominantemente com a indicação de notáveis e outros elementos à participação ao Conselho Superior que, segundo o presidente dispõe de uma capacidade homologatória das decisões do Conselho Diretor. Entretanto, a análise dos documentos estatutários permite a observação da existência de mecanismos de aferição e validação dos atos administrativos por autoridades do Ministério público o que pode vir a se configurar em forma eficiente de controle social da entidade, desde que sejam garantidos os aspectos legais e os interesses da comunidade usuária da unidade hospitalar. A concentração de poderes no Conselho Diretor é legitimada pelo documento estatutário original instituidor da Fundação e pela sua última alteração que preservam, em sua essência, as determinações e obrigações relacionadas aos Conselhos Superior e Diretor e que deixa implícitos a centralização decisória e a responsabilidade do presidente. Quanto à renovação dos quadros de conselheiros o mecanismo de manutenção de vitaliciedade tem contribuído para a manutenção de um corpo de colaboradores já idoso e com baixa taxa de renovação, o que pode ser depreendido da argumentação do presidente quando coloca: *“era um processo de escolha, em que o Presidente, na vacância de algum cargo, de algum lugar, escolhia aquele que viria suceder o que tinha saído. Ou por morte, falecimento, ou qualquer coisa. Normalmente por falecimento. O que significa dizer ao sr. que o Conselho é um conselho que tem uma idade média elevada. O Presidente deste Conselho, que é o decano do Conselho, está com 90 anos...”*

A participação médica na liderança da organização tem se caracterizado pela inserção de novos componentes de pressão por mudanças e contribuíram significativamente com as alterações promovidas pela diretoria atual tendo criado as condições para a implantação de um modelo semiprofissional de administração. É consenso, entretanto, entre os dois personagens principais, que dados os fatores limitantes e as restrições orçamentárias porque passa a entidade, a velocidade com que se profissionaliza a gestão está aquém do desejado pelo grupo médico. No

entanto, o hospital se caracteriza por uma cultura médica forte e influenciadora de opiniões e condutas administrativas.

Com referência ao questionamento proposto na definição do escopo do trabalho de pesquisa podemos inferir que:

Questão 1 - (Existe nos hospitais estudados uma cadeia de comando e direção entre as instâncias superiores e o executivo principal que efetivamente acarrete ações executivas?)

A resposta é sim. Isto se dá predominantemente sobre decisões que envolvam as práticas operacionais e assistenciais, às negociações com fontes pagadoras e ao desempenho de funções tradicionais da administração da organização. Há que se ressaltar, no entanto, a limitação a que está submetida a superintendência em questões que envolvam a alocação de recursos financeiros e à modelagem dos programas de investimentos necessários.

Questão 2 - (O modelo de governança corporativa observado nos hospitais apresenta alguma semelhança estruturada com os disponíveis em outras organizações empresariais que se diferenciam pelo objeto do lucro?)

Existem mais diferenças que semelhanças. O exercício da função de comando por um Conselho Diretor escolhido entre um grupo restrito de colaboradores entretanto, com a presença de um personagem com forte concentração de poder, o presidente, elimina na prática uma potencial comparação com modelos presentes em outras organizações. O papel do superintendente tende a se modelar por atributos existentes nos "CEOs" das corporações.

Questão 3 - (A estrutura legal-estatutária que regula a existência das organizações estudadas contempla os papéis dos executivos principais?)

A resposta a esta questão é não. Inexiste definição estatutária, nesta organização em particular, acerca do papel do executivo profissional principal da mesma.

Além destas respostas, foi possível identificar um razoável grau de interferência da profissão médica sobre o processo de governança da organização, por meio de ações diretas destes profissionais em ambas as instâncias diretivas, seja pela sua participação, seja pela capacidade de influenciar decisões estratégicas, o que pode ser depreendido do discurso do presidente: *“Não se esqueça que eu disse pra você que todo o nosso orçamento de investimentos era feito com base em interesses pessoais do presidente da Fundação. Que, gostando ou não de determinado médico ou de determinada clínica, autorizasse que se fizesse o investimento ou não se fizesse um investimento. Então por exemplo, a situação de precisar comprar uma autoclave, não pode comprar. Outro médico é amigo, ressonância magnética, um tomógrafo, ou o que for, se o médico for amigo, você tem grandes chances de comprar, se você não for amigo a possibilidade de comprar é bem menor”*.

ANEXO VIII

ESTUDO DE CASO – ORGANIZAÇÃO 7.

Histórico da organização e análise de documentos estatutários.

A entidade estudada foi estruturada no final da década de 90, a partir de iniciativa de um grupo de médicos professores do curso de medicina da Universidade Federal de São Paulo e de uma outra fundação de direito privado instituída por um empresário envolvido com atividades filantrópicas com o propósito de organizar uma unidade assistencial dedicada ao atendimento de crianças portadoras de câncer. Para a implantação de sua unidade hospitalar constituiu-se um grupo de trabalho composto por representantes do corpo de médicos e voluntários envolvidos com o suporte assistencial dos pacientes e pelo instituidor titular da fundação investidora com o propósito de proceder aos levantamentos de fundos necessários e a administração da construção e a conseqüente implantação do hospital.

O grupo de voluntários se organizou em uma associação de direito privado, de caráter filantrópico cujos propósitos foram a implantação da unidade assistencial bem como sua administração, e o estabelecimento de um convênio com a escola médica que propiciasse as condições para o desenvolvimento de programas de pesquisa e ensino, em nível de pós-graduação. Constituem as finalidades principais da entidade, definidas em seu estatuto, a promoção da saúde da criança com câncer, a manutenção e custeio do hospital e dos tratamentos de seus pacientes em outras unidades hospitalares; a promoção do conhecimento médico e da pesquisa científica em suas instalações, o patrocínio ao desenvolvimento de novas técnicas terapêuticas, a provisão de assistência psicológica aos pacientes e seus familiares e a promoção de atividades sociais, culturais e educativas que se relacionem ao esclarecimento da população acerca das características das patologias oncológicas na infância.

Constituem suas fontes de renda as decorrentes da prestação de serviços de assistência, os auxílios e subvenções públicas, as oriundas de campanhas e

loterias, as aplicações de seus bens patrimoniais, as aplicações financeiras de suas reservas e os "royalties" percebidos pela produção intelectual desenvolvida em seu ambiente organizacional.

Seu estatuto estabelece, na composição de seu quadro social, a presença de 4 categorias de associados, classificados como eméritos, beneméritos, honorários e contribuintes. Estas categorias são classificadas segundo os critérios de participação anterior na diretoria, distinção por contribuição relevante, benefícios relevantes à existência da entidade e pela contribuição pecuniária regular. Destas categorias, as três primeiras reúnem-se em assembléias específicas, onde são eleitos os membros que representarão o corpo de associados junto ao Conselho de Administração da entidade.

Constituem seus órgãos de administração o Conselho de Administração, a Diretoria e Conselho Fiscal conforme definição estatutária. O Conselho de Administração é o órgão máximo de deliberação da entidade sendo composto por 10 membros com mandato de 4 anos, sendo facultado um número não definido de reconduções. Este grupo elege entre seus membros o presidente e o vice-presidente do conselho, sendo exigido estatutariamente um número mínimo de 7 conselheiros para deliberação sobre as seguintes matérias: eleição e destituição da diretoria, aprovação de alienação de bens imóveis, alterações estatutárias e aprovação de contas da diretoria. Além disto, constituem atribuições deste grupo a garantia do cumprimento das determinações legais e estatutárias, a eleição regular da diretoria, a ocupação dos cargos vagos, a aceitação de doações e legados gravados, a aprovação da alienação de bens, a definição do modelo de gestão organizacional, inclusive com relação à gestão de compras e recursos humanos, e as alterações estatutárias e regimentais.

A Diretoria é o órgão executivo da entidade cabendo-lhe executar as políticas e diretrizes oriundas do Conselho de Administração. É composta por 6 membros, sendo de competência exclusiva do Conselho de Administração a indicação de seu

presidente e vice-presidente. O mandato dos membros da Diretoria é de 4 anos, coincidentes com os da representação do conselho, sendo também admitida a recondução. Atua segundo um modelo de decisões colegiadas reunindo-se regularmente para deliberação, sendo esta tomada por maioria simples.

Entre suas competências privativas estão a direção da entidade, a distribuição entre o corpo de colaboradores das tarefas e responsabilidades pertinentes, o controle dos fluxos financeiros, a elaboração de um plano anual de trabalho, o orçamento e a elaboração dos relatórios de prestação de contas da entidade.

Com relação ao diretor-presidente, o estatuto estabelece como atribuições a representação legal da entidade, a convocação da Diretoria e do Conselho de Administração, a supervisão das atividades regulares da entidade, a formulação do plano de trabalho e da proposta orçamentária, a proposição da demissão de membros da diretoria, a nomeação de procuradores e a contratação do corpo de colaboradores.

A visão do presidente do Conselho de Administração – análise do discurso.

A organização apresenta características muito específicas em sua funcionalidade e que decorrem do mecanismo original de seu estabelecimento. Em decorrência é necessário reportar-se à origem de sua composição e à forma histórica pela qual o atual presidente do conselho de administração se incorporou ao empreendimento para que se tenha uma noção mais clara acerca de seus discursos e dos papéis que tem representado.

A organização, em seus primórdios, foi constituída com o propósito específico de carrear apoio da comunidade para o suporte de familiares de crianças em tratamento oncológico, no âmbito do departamento de pediatria da Escola Paulista de Medicina tendo conseguido com esta atividade ocupar um espaço de mídia que propiciou o reconhecimento do seu trabalho e a obtenção de grande projeção social. Com a evolução de seus programas, alguns empresários e filantropos da

comunidade paulistana perceberam a oportunidade de incrementar os resultados de suas ações com a associação de suas iniciativas ao grupo empreendedor original, procurando desenvolver novos programas que culminassem com a construção de uma unidade assistencial hospitalar destinada ao público-alvo do grupo. O atual presidente do conselho foi um dos principais patrocinadores financeiros desta fase, por meio de uma fundação da qual é o instituidor.

O presidente do Conselho de Administração é um empresário bem sucedido do setor de embalagens, que tem dedicado parte de seu tempo e de seus haveres no desenvolvimento de projetos sociais que disponham de alguma capacidade de renovação das práticas administrativas do terceiro setor. Neste sentido, instituiu uma fundação que é co-proprietária de seus empreendimentos empresariais e que, em consequência conta com um aporte regular de recursos financeiros a serem destinados predominantemente ao suporte de instituições que atuem em saúde, educação e promoção humana. Segundo sua visão de mundo, é possível introduzir uma gestão racional nestas organizações de forma a privilegiar o que chama de uma vocação "humanista" no trato das questões administrativas.

Neste contexto, apesar da presidência do Conselho de Administração se constituir na alçada de maior concentração de poderes na entidade, a prática que este personagem tem desenvolvido no espaço organizacional tem possibilitado a efetiva implantação de um modelo democrático e participativo dos membros da diretoria. Além disto, o presidente do conselho procurou participar efetivamente do processo de gestão implantado junto à diretoria, dela fazendo parte com uma proposta pessoal de não assumir efetivamente qualquer cargo diretivo direto, mas sim em caráter de diretor sem atribuição específica de forma a promover uma integração entre o conselho e a diretoria. Desta forma, instituiu-se uma rotina de trabalho e acompanhamento das ações executivas ordinárias com consequente criação de uma rotina de avaliação regular e validação das ações. Na opinião do presidente, a instituição de canais regulares de troca de informações e de compartilhamento das experiências tem sido responsável pelo sucesso obtido pela entidade até o

momento. Ainda em relação a este intercâmbio, o propósito que deve envolver as atividades dos principais envolvidos com a manutenção da entidade deve ser o de propiciar as condições e a experiência necessárias à manutenção operacional da entidade, mesmo com o distanciamento dos instituidores. Ou como coloca *“Estamos ali para atingir velocidade-cruzeiro, como costume dizer; no dia que o hospital estiver voando com instrumentos e de forma tranqüila, é porque não precisa mais da gente.”*

Em relação ao modelo de gestão corporativa existente na entidade argumentou que esta tem se caracterizado pelo desenvolvimento de um modelo democrático de relacionamento e acredita que isto se deva em grande parte ao tamanho relativamente pequeno da organização e pela dedicação dos envolvidos, que desenvolvem uma convivência em que princípios e valores relacionados à preservação da pessoa humana têm sido os mais prevalentes. Acredita que, no desenvolvimento de qualquer empreendimento deste tipo é preciso identificar a virtude e a predisposição para o serviço voluntário para um perfeito engajamento. Como coloca quando descreve a situação que o levou a definir o apoio ao empreendimento: *“Nós vimos aí, não o câncer, porque já entramos na saúde em várias direções, mas o modelo, que achamos interessante. Havíamos discutido que em modelos poderíamos apoiar o desenvolvimento e que pudessem ser reputados pela sociedade. Quando conheci, era uma casinha alugada para a Escola Paulista de Medicina. Lá tinham dois malucos sonhadores,..... Vimos que eles representavam a sociedade civil, Tinham a universidade com todo seu potencial de conhecimento, técnico e tudo o mais, mas faltava uma perna, a do setor privado. Se somarmos esses três pontos, teremos um modelo interessante de gestão. Investimos um pouco nessa idéia e parece que deu certo.”*

Procurou ainda esclarecer que a gestão da entidade implica no equacionamento de 3 aspectos fundamentais ao sucesso do empreendimento: a gestão técnica, envolvendo a questão médico-científica, a gestão dos recursos financeiros, que envolve o controle da busca e alocação dos recursos e a gestão das relações com a

sociedade que , em última instância, deve envolver um processo de permanente envolvimento da comunidade na definição dos destinos e na sustentação da entidade que não deve depender exclusivamente do aporte de recursos públicos.

Questionado acerca do processo de escolha do principal executivo do hospital colocou que, devido ao desenvolvimento de uma cultura centralizadora pelo presidente anterior da diretoria, procurou desenvolver um modelo de relacionamento com o atual diretor presidente que liberasse e abrisse a organização ao livre trânsito das informações. Entretanto, salienta que ambos fizeram parte do corpo de colaboradores iniciais e que suas contribuições, cada um a seu modo, foram fundamentais para a consolidação da organização. Detalhou que, em sua visão, apesar do atual presidente da diretoria ser um médico com razoável influência na comunidade científica não é essencial que esta função seja desempenhada por profissional de saúde, mas sim por alguém que se disponha a atuar solidária e permanentemente em defesa dos pacientes.

Com relação à importância da profissão médica no ambiente organizacional e aos níveis de influência destes profissionais sobre a administração entende que a cultura médica pode se constituir em elemento dificultador da estabilidade e provocador de comportamentos reativos pela própria característica de inserção desses profissionais. Segundo sua opinião o médico se supõe *"acima do bem e do mal"* e este tipo de visão pode complicar um processo de gestão baseado na confiança e no compartilhamento. Entretanto, admitiu que as questões envolvidas com o relacionamento com estes profissionais têm sido bem administradas pelo diretor presidente e por sua estrutura gerencial de forma a minimizarem-se as situações de desconforto.

Questionado acerca de uma ação, evento ou política implantado nos últimos 6 meses procurou discorrer sobre a experiência que envolveu a participação da entidade em uma promoção de uma cadeia de "fast-foods".

A visão do presidente da Diretoria – análise do discurso.

A presidência da Diretoria é a instância da administração executiva que efetivamente tem se encarregado da gestão organizacional e tem se caracterizado pela centralização decisória sobre assuntos que envolvam a operação da entidade. Desde a inauguração da unidade hospitalar foi exercida por apenas duas pessoas, sendo o atual presidente um médico oncologista que tem se dedicado parcialmente à administração. Pelas próprias características de associação da entidade com uma estrutura universitária relativamente grande, a assistência propiciada em seu ambiente apresenta as virtudes e os problemas mais comuns de um hospital escola. Por exemplo, a prática médica é fortemente condicionada pelo desenvolvimento dos programas de ensino e de pesquisa que ocorrem em suas unidades.

No entanto, o presidente da Diretoria tem conseguido exercer uma liderança eficaz sobre as questões que envolvem a atuação médica e conseguiu desenvolver um acordo formal com as autoridades universitárias que propiciou condições para a instalação de mecanismos de referenciamento e centralização dos casos em que a entidade dispõe de competência técnica. Na prática este acordo contribui de maneira significativa para o equilíbrio financeiro da entidade devido ao fato da universidade destinar parte dos recursos alocados com seu pessoal médico e de suporte para o atendimento aos pacientes internados na unidade hospitalar.

As informações obtidas dão conta de que a manutenção do equilíbrio financeiro da instituição conta com recursos de 3 origens principais: as receitas do SUS, cerca de 60% de suas necessidades, as contribuições de associados e patrocinadores, mais 30% e as receitas eventuais de campanhas e promoções desenvolvidas na comunidade paulistana com o restante. Entretanto, pelo fato da universidade alocar pessoal de sua folha para atuação no ambiente organizacional o controle efetivo dos custos relativos à produção de uma assistência de reconhecida qualidade pode não corresponder à realidade.

O presidente procurou desenvolver uma estrutura de gestão de sua entidade que buscou alocar sob responsabilidade dos outros diretores várias funções administrativas e reduzir ao mínimo necessário a contratação de profissionais especializados. Neste sentido, apenas o corpo de enfermagem, a gestão comercial e de sistemas de informações tem contado com profissionais diretamente contratados. A diretoria se reúne semanalmente e a ênfase principal de sua produção tem se referido à gestão financeira e de busca de recursos de patrocinadores. As atividades dos diretores se caracterizam pelo seu envolvimento voluntário em regime de tempo parcial, com concentração das decisões nas presidências da Diretoria e do Conselho de Administração.

A participação de representantes do Conselho de Administração tem permitido, segundo o presidente da Diretoria, um relacionamento em que estão pressupostos a estratificação de competências e o reconhecimento dos papéis. Na prática, identifica-se um modelo de compartilhamento do poder em 3 eixos: o controle técnico pelo presidente da Diretoria, a responsabilidade financeira pelos diretores financeiros e pelo presidente do conselho e a responsabilidade sobre assuntos sociais e de levantamento de fundos pela responsável pelo corpo de voluntários.

Com relação à administração de conflitos desencadeados pela presença do profissional médico, o presidente da diretoria assumiu que, devido às características de preponderância de que dispõe, e à cultura presente no ambiente universitário não tem se defrontado com problemas para gerir o corpo clínico. Acredita também que, devido ao fato da instituição se inserir em um ambiente de desenvolvimento de conhecimentos, os médicos e residentes a que ela se dedicam apresentam outros interesses que diferem das estruturas normalmente encontradas em outros hospitais e este traço têm facilitado a gestão do corpo clínico.

Assim como o presidente, quando questionado acerca de uma ação, evento ou política implantado nos últimos 6 meses descreveu a experiência de levantamentos

de fundos da qual a entidade participou em uma promoção de uma cadeia de “fast-foods”.

Conclusão.

A organização estudada apresenta uma estrutura de governança corporativa que se caracteriza pela centralização do comando nas presidências do Conselho de Administração e da Diretoria. Suas origens e o caráter de associação com uma outra entidade, que em síntese tem sido responsável pelo programa de investimentos e pelo principal suporte financeiro, propiciaram o desenvolvimento de um modelo de gestão em que se colocam implícitos a dependência institucional. Da mesma forma, existe um potencial de ingerência das autoridades universitárias sobre o modelo decorrente dos vínculos técnicos e acadêmicos existentes. O poder do presidente da Diretoria tem se constituído no principal agente do comando organizacional apesar da relativa divisão ou compartilhamento proposto no documento estatutário. O nível de profissionalização da gestão ainda é incipiente e sofre influência direta do modelo de atuação dos principais personagens envolvidos. Além disto, pelo fato da entidade ter se organizado em tempos mais recentes e pelos propósitos originais de sua criação, a implantação de uma estrutura profissional deve demandar primeiro a consolidação organizacional e a regulação/normalização das atividades assistenciais que disponibiliza.

O Conselho de Administração está organizado de uma forma que cria as condições para o controle efetivo das ações da Diretoria, possuindo, inclusive o poder de sua destituição. Entretanto, pela sua responsabilidade na escolha e indicação dos membros desta e pela participação do presidente como um dos diretores, esta prerrogativa apresenta uma baixa possibilidade de se concretizar na fase atual da organização. A impressão é que, na construção da estrutura legal reguladora das competências e papéis dos principais administradores, procurou-se inserir um mecanismo de controle da organização que procurasse manter o comando sob responsabilidade dos instituidores originais.

A participação médica na liderança da organização, segundo o presidente da Diretoria, tem se caracterizado pela replicação do modelo de comportamento vigente na instituição universitária à qual a entidade se vincula. A liderança médica exercida pelo presidente da Diretoria se manifesta por um modelo de reconhecimento e reverência dos demais participantes médicos do ambiente institucional e não tem se configurado em ponto de conflito ou discórdia entre participantes deste grupo profissional.

Com referência ao questionamento proposto na definição do escopo do trabalho de pesquisa podemos inferir que:

Questão 1 - (Existe nos hospitais estudados uma cadeia de comando e direção entre as instâncias superiores e o executivo principal que efetivamente acarrete ações executivas?)

A resposta é sim. Isto se dá predominantemente sobre decisões que envolvam as práticas operacionais e assistenciais, e em relação aos componentes de pesquisa e ensino. As questões relacionadas à gestão financeira e de alocação de recursos têm sido decididas pela Diretoria em um esquema de atendimento às demandas técnicas tomando em consideração as disponibilidades efetivas. A gestão dos projetos que requeiram investimentos maiores tem se processado no âmbito da Diretoria dentro de um modelo de envolvimento e participação dos grupos interessados e de negociação de prioridades.

Questão 2 - (O modelo de governança corporativa observado nos hospitais apresenta alguma semelhança estruturada com os disponíveis em outras organizações empresariais que se diferenciam pelo objeto do lucro?)

Sim. Existem semelhanças. Na prática o modelo de gestão implantado procura replicar o existente na fundação instituída originalmente pelo presidente do Conselho de Administração que se inspirou em sua experiência empresarial. Ou

como colocado por este personagem quando de sua entrevista: *“Para fazer isso, decidimos fazê-lo de uma forma profissional, separando das empresas a Fundação, que é mais uma empresa, só que de investimento social, é organizada, tem seus profissionais contratados, tem um Conselho, enfim, tem a estrutura que deve ter uma organização com fins públicos, porém, de gestão privada. A gestão é profissional e bem orientada por nós”*

Questão 3 - (A estrutura legal-estatutária que regula a existência das organizações estudadas contempla os papéis dos executivos principais?)

A resposta a esta questão é sim. Entretanto cabe qualificar a definição estatutária. A superintendência da organização é exercida pelo diretor presidente, que em essência se configura como o executivo principal, e em consequência dispõe de suporte estatutário definindo seus papéis e funções. Inexiste, porém, qualquer outra definição acerca de funções ou papéis de um executivo contratado

ANEXO IX

ESTUDO DE CASO - ORGANIZAÇÃO 8.

Histórico da organização e análise de documentos estatutários.

A organização estudada foi constituída em 1894, a partir de experiência de discriminação sofrida por um imigrante evangélico que, para poder receber atendimento médico hospitalar, precisou se converter à religião católica quando de um episódio de febre tifóide, em virtude de até aquela época existir uma única instituição hospitalar na Cidade de S.Paulo. Em consequência, este personagem instituiu legado que propiciou a construção da unidade hospitalar e a organização das comunidades evangélicas da cidade, especialmente de expatriados ingleses, americanos e alemães, para a implantação de uma organização que eliminasse este tipo de constrangimento. Desde o início, constituiu cláusula pétrea dos documentos constituintes da organização a proibição de restrições ao atendimento por qualquer diferença de classe, sexo, ou credo. Posteriormente, com o desenvolvimento de um hospital especificamente vinculado ao grupo de imigrantes alemães, o controle da organização passa a ser exercido predominantemente pela comunidade anglo-americana existente na cidade.

A organização está estruturada nos moldes de uma associação civil sem fins lucrativos. Constituem seus objetivos sociais a manutenção do hospital e a provisão de serviços de assistência médico-hospitalar de qualidade; a proposição de serviços gratuitos à população carente na medida de suas possibilidades, a dispensação de serviços aos seus sócios em condições especiais de financiamento, a cooperação com o ensino e a pesquisa em saúde, a instituição de programas de formação especializada em enfermagem e o exercício de outros atos de assistência social ou beneficência.

Seu corpo de associados é composto por duas categorias de sócios, respectivamente contribuintes e beneméritos, diferenciados pela instituição de contribuição financeira regular ou pelo reconhecimento de contribuições relevantes

ao desenvolvimento da Sociedade mantenedora. A categoria de sócio contribuinte apresenta a peculiaridade de somente admitir sócios pessoas físicas e de limitar o quadro a um mínimo de 40 e um máximo de 70 sócios. Além disto, este grupo é também responsável, por meio de suas comissões de nomeação de sócios e de nomeação da diretoria pelo controle da sua composição e da representação e participação de sócios junto à Diretoria Executiva e Conselho Consultivo.

A instância deliberativa máxima da entidade é sua Assembléia Geral que pode ser instalada em caráter ordinário ao final de cada ano e extraordinário, sempre que convocada pelo diretor presidente, ou 8 diretores ou um mínimo de 25% dos sócios contribuintes em gozo de seus direitos estatutários. À Assembléia Geral ordinária competem o exame das contas da Diretoria Executiva, a eleição da Diretoria Executiva, dos membros do conselho consultivo, da comissão de nomeação de sócios e a ratificação ou o desligamento dos sócios. À Assembléia Geral extraordinária competem as deliberações acerca de mudanças estatutárias, a aprovação da compra ou da venda de bens patrimoniais e a discussão de assuntos propostos pela Diretoria Executiva. Além disso, no caso da proposta de dissolução da sociedade, o estatuto estabelece a necessidade de um quorum mínimo de 2/3 dos associados em duas assembléias para a efetiva consecução deste propósito.

A Diretoria Executiva é composta por um número mínimo de 10 e máximo de 15 diretores residentes no País e estrutura-se da seguinte forma: 1 Presidente, 2 Vice-presidentes, 1 diretor financeiro, 1 diretor de patrimônio, 1 diretor clínico e os demais diretores sem atribuição específica, exigindo-se no entanto que 2 deles tenham necessariamente formação médica. O mandato destes diretores é de 2 anos sendo admitidas 6 reconduções, com exceção do presidente e dos vice-presidentes cujos mandatos admitem uma única recondução. Além disto, o estatuto estabelece um limite de idade de 70 anos ao exercício de funções diretivas e condiciona a admissão dos diretores clínicos eleitos à aceitação destes por parte da Assembléia Geral de sócios contribuintes.

Entre as atribuições da Diretoria Executiva estão a gestão da instituição, a aprovação dos orçamentos operacionais e de bens de capital, a aprovação do plano diretor da entidade, a aprovação de manuais e regulamentos funcionais, a fixação de valores de contribuição dos sócios, a contratação de auditorias, a elaboração de relatórios de atividades mensais e anuais e a aprovação dos nomes de sócios que irão compor as comissões estatutárias. Reúne-se com periodicidade mínima mensal e destas reuniões também participam os superintendentes geral e médico, profissionais contratados para a gestão do hospital e que tem suas atribuições definidas estatutariamente.

Ao diretor presidente competem a representação da sociedade, a convocação e presidência das reuniões da Diretoria Executiva e a Assembléia Geral, o cumprimento das determinações estatutárias e da Assembléia Geral, a coordenação da administração geral da sociedade e a definição e distribuição de tarefas ao corpo operacional da organização.

Quanto ao perfil do superintendente, o estatuto estabelece a necessidade de contratação de um profissional credenciado e tecnicamente habilitado em gestão de sistemas de saúde, a quem a diretoria investirá de plenos poderes para a administração e de quem exigirá a subordinação, cabendo-lhe superintender a organização, representa-la legalmente, instituir a administração profissional da entidade, contratar e demitir funcionários, praticar os atos de administração ordinária, controlar o patrimônio e a gestão financeira e elaborar relatórios periódicos das atividades praticadas no ambiente organizacional. Participa das reuniões regulares da diretoria sem contudo exercer direito de voto nas questões por ela discutidas. Inexiste definição que condicione a necessidade de formação médica para o exercício da função.

Além disto, o estatuto estabelece 9 comissões responsáveis pelo apoio às instâncias administrativas e deliberativas com papéis específicos. São elas:

A comissão de credenciamento, responsável pelo credenciamento de médicos que desejem atuar no corpo clínico da instituição.

A comissão médica, responsável pela assessoria técnica ao diretor clínico.

A comissão de nomeação da diretoria, responsável pela escolha e indicação dos diretores a serem referendados pela assembleia geral.

A comissão de ética médica, responsável pela administração das questões de ordem ética e relativas ao exercício profissional médico no ambiente institucional.

A comissão de nomeação de sócios, responsável pela análise de indicações de substituição de associados ou novas associações.

A comissão de patrimônio, responsável pela assessoria ao diretor de patrimônio em relação às expansões físicas e novas incorporações tecnológicas.

A comissão de remuneração, responsável pela política salarial e assessoria à superintendência quanto aos assuntos de recursos humanos.

A comissão de auditoria responsável pelo acompanhamento e orientação de auditorias e empresas contratadas para este fim.

E a comissão de filantropia, responsável pelo controle das atividades assistenciais filantrópicas efetuadas no âmbito da organização.

O estatuto estabelece ainda a configuração de um Conselho Consultivo, cujos membros são indicados pela diretoria e referendados pela Assembleia Geral e que se responsabilizam pela discussão e aconselhamento acerca de assuntos estratégicos da instituição, sem que se configure qualquer relação de autoridade e controle sobre a diretoria, que não as definidas pela assembleia.

Cabe ainda ressaltar que, por determinação estatutária, a participação de médicos junto ao corpo de associados é restrita ao limite de 10% do total de sócios contribuintes.

A visão do presidente da Diretoria Executiva – análise do discurso.

A presidência da diretoria constitui-se na principal instância de poder institucional. Durante um período de tempo relativamente grande da existência da organização, a diretoria, em especial sua presidência, foi controlada por um grupo familiar de origem em uma das comunidades instituidoras, em que predominavam profissionais médicos. Nesta fase, que perdurou até o início dos anos 60, o controle da organização, bem como dos mecanismos de manutenção do poder corporativo, esteve sob guarda de representantes deste grupo e se caracterizava pelo voluntariado e não remuneração da atividade administrativa.

Com o crescimento da organização, entretanto, passaram a ocorrer em seu ambiente pressões acentuadas para que se procedesse a profissionalização da gestão e o desenvolvimento de um modelo de liderança corporativa que atendesse às demandas das comunidades instituidoras e às transformações que o mercado de saúde impunha ao hospital. Em consequência, criaram-se as condições para a profissionalização da administração e para a formatação de novos papéis que foram assumidos pela diretoria. Esta passou a dispor de um maior poder decisório e de um sistema de participação social que, em princípio, estratificou a participação do corpo de sócios contribuintes em 3 grupos compostos por representação mais ou menos igualitária das comunidades britânica, americana e paulistana, respectivamente.

Da mesma forma, instituíram-se nos estatutos mecanismos de controle do tempo de permanência dos principais cargos diretivos, restrição à participação de profissionais médicos que pudessem ter outros interesses que não os institucionais e limitação da idade de participação na diretoria de forma a procurar garantir a rotatividade nas principais funções e a abertura à participação de novos representantes das comunidades.

O atual presidente da diretoria é um advogado americano, radicado no Brasil há mais de 35 anos, e que tem desenvolvido atividades voluntárias em uma série de organizações sem fins lucrativos, e que por esta razão foi convidado a participar da

estrutura social da entidade e posteriormente de sua diretoria. Sua atividade voluntária decorre, segundo sua avaliação, de um modelo de formação cultural muito prevalente em famílias americanas, em que ocorre uma sensível valorização social por este tipo de envolvimento. Em seus dizeres, *"Eu sempre dedicava uma parte de meu tempo às atividades voluntárias. Faz parte da cultura americana isso e meu pai era uma pessoa muito ligada com estas atividades. Era uma profissão que não existia aqui, a de levantar fundos, de um conselheiro para "fund-raising"*, procurou evidenciar as razões que o levaram a aceitar os desafios de participar de uma organização hospitalar que aplicava parte de seus recursos à assistência gratuita.

Em seu entendimento, no entanto, a administração de uma organização do porte da entidade que preside não deveria ser exercida sobre bases de diretoria voluntária pois existe um conflito inerente aos interesses das pessoas envolvidas, que irão privilegiar suas atividades particulares em detrimento da organização, sempre que se defrontarem com o dilema de garantir sua renda ou seus direitos. Sua opinião é que se devesse promover uma reforma na legislação reguladora das entidades filantrópicas que permitisse a remuneração dos profissionais envolvidos com a administração permitindo, com isso, a busca das melhores competências gestoras. Apesar desta posição, entende as dificuldades que tal postura enfrenta nos escalões do poder público envolvidos com o esforço arrecadatário.

Quando assumiu a presidência procurou implantar um modelo de gestão que permitisse a estratificação das funções dos demais diretores e a criação de instâncias de interface permanente com a administração profissional por meio da participação desta no planejamento e na gestão estratégica da organização. Isto ocorreu, basicamente, com a criação de grupos executivos de trabalho dedicados às questões operacionais, de ampliação da capacidade de atendimento e de gestão financeira da entidade. Neste sentido buscou apoiar uma maior autonomia decisória sob a superintendência e gerências, com um modelo em que ocorreram delegações de poderes e responsabilização por resultados dentro de uma perspectiva de

permanente negociação, ou em seus dizeres: *"Existe limites de alçada e normalmente têm a ver com o poder de decisão do superintendente e se são compromissos por parte do hospital. Esses limites são formais. Na medida do possível, o objetivo deles é de não colocar nas mãos de uma pessoa só essas decisões, e ao mesmo tempo, não amarrar o executivo. Ele precisa ter uma certa liberdade de agir, mas com certos limites, normalmente estabelecidos pelo dinheiro"*

. Da mesma forma, entende que este executivo deva ser avaliado por uma série de atributos que permitam o monitoramento de suas capacidades em termos de incremento da produção, de relacionamento com os profissionais médicos e de resultados financeiros.

Ainda em relação às funções desempenhadas por este profissional, em sua visão, em função das características especiais de uma organização hospitalar, entende que é aconselhável que a superintendência geral deva ser exercida por um profissional médico, com habilitações adicionais nas funções administrativas. Em decorrência desta opinião, quando assumiu a presidência, promoveu a substituição do superintendente com a contratação de um médico que já havia participado como superintendente do corpo clínico em gestão anterior, e tem conseguido estabelecer um padrão de relacionamento bastante efetivo com este profissional. Isto pode ser claramente identificado em seu discurso quando exemplifica a situação de substituição da superintendência: *"Quem exerce essa operação no hospital deve ser médico. O hospital antes 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 decisões não tem condições de ter uma decisão muito 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 Dr. 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"*.

Uma das razões que julgou importantes nesta definição se vincula aos papéis que os demais profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, representam para a organização dos serviços hospitalares. Em sua opinião, a manutenção de uma organização já centenária se vinculou basicamente à criação de uma condição de assistência que garantisse uma boa prática por parte destas profissões. Na verdade, este princípio sempre esteve presente na operação do hospital, tanto que, em sua fase inicial a organização foi a responsável pela introdução de um modelo de assistência de enfermagem que copiava a forma de atuação de instituições inglesas e americanas, com a constituição de um corpo de enfermagem centrado no desenvolvimento de habilidades e competências técnicas. Isto se processou com a implantação de um modelo de formação de quadros em que ocorreram participações de muitas enfermeiras daqueles países em um regime que centralizava a assistência na figura da profissional de nível superior. Ou nos seus dizeres *"Há um reconhecimento por parte da diretoria, sem dúvida nenhuma, da importância que o médico tem para o hospital, evidentemente, e a enfermeira também. Os enfermeiros são essenciais. Essa é 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 relação à participação social em sua instituição entende que existe uma cultura que privilegia a presença de empresários e membros das comunidades originais mas isto tem apresentado mudanças com o correr dos anos, especialmente em decorrência do fato do hospital constituir um modelo de atuação que não faz distinção entre as pessoas que o procuram. O mecanismo principal de controle de admissão de novos associados procura identificar novos colaboradores que apresentem disposição para a atividade voluntária e que se predisponham a um permanente intercâmbio com a instituição. Em sua opinião, as definições de papéis e poderes estabelecidos pelo documento estatutário tem permitido, via trabalho das comissões de nomeação de sócios, a identificação de colaboradores que efetivamente se envolvem com a Sociedade mantenedora.

Da mesma forma, a existência de um modelo em que representantes do corpo social participam do processo de escolha dos potenciais diretores tem se constituído em mecanismo que concentra neste grupo a capacidade de controle social da diretoria. As atividades da comissão de nomeação da diretoria restringem-se à avaliação das condições de sucessão desta e tem encontrado respaldo na Assembléia Geral que tem validado suas sugestões. Importante salientar que, por definição estatutária, os associados que fazem parte destas comissões, são impedidos de participar de outras instâncias administrativas da entidade.

Com relação aos papéis desempenhados pelos médicos e suas relações com as lideranças corporativas da organização admitiu que durante muito tempo houve razoável interferência destes profissionais, especialmente em função da organização deste grupo sob um modelo de associação, que em alguns momentos, chegou a representar um poder paralelo muito grande no ambiente institucional. No entanto, com a implantação de um novo conceito de administração que procurou centralizar a gestão em um profissional médico oriundo do próprio corpo clínico e com as limitações estatutariamente estabelecidas, estas relações têm apresentado mudanças significativas, abrindo, inclusive, possibilidades de inserção de maiores controles e revisões contratuais que beneficiaram a organização.

Ao ser questionado acerca de uma ação, evento ou política implementados nos últimos 6 meses citou o processo de criação dos serviços de apoio ao paciente, o *"client-care"*, que resultou em uma melhoria sensível das relações com estes e com as fontes pagadoras.

A visão do superintendente – análise do discurso.

A organização iniciou o processo de profissionalização de sua administração em meados dos anos 60/70 com a reformulação de sua estrutura de governança corporativa. Até aquela época, o poder decisório principal se concentrava na Diretoria Executiva que era controlada por um grupo familiar envolvido há muitos

anos com a instituição. Com a reforma estatutária e a criação de mecanismos que limitaram o tempo de participação dos diretores indicados evidenciou-se a necessidade de instituírem-se mecanismos profissionais de gestão com conseqüente desenvolvimento de um modelo que dividia atribuições entre o presidente da diretoria e o superintendente.

A participação no corpo associativo de um grande número de executivos vinculados a empresas multinacionais privilegiou, nesta fase, a implantação de um modelo de gestão baseado na competência administrativa tradicional com concentração das habilidades nos aspectos de gestão financeira e de produção dos serviços, o que propiciou a ocupação da superintendência por executivos selecionados a partir de uma experiência empresarial prévia. Até o final da década de 90, esta função foi predominantemente ocupada por administradores que apresentavam algum vínculo anterior com empresas de propriedade ou de participação de alguns dos sócios-contribuintes.

Entretanto, em virtude das mudanças ocorridas no mercado comprador de serviços e das organizações responsáveis pelos planos de saúde na década passada, a instituição assistiu ao crescimento da importância dos seus médicos que passaram a se organizar sob uma estrutura associativa, cujo propósito inicial foi o de facilitação das relações com estes convênios e fontes pagadoras. Com o tempo, esta associação passou a assumir uma importância crescente no ambiente organizacional criando condições de interferir e influir com parte importante das decisões estratégicas e corporativas. A administração profissional passou então a reformular sua relação com estes profissionais, basicamente com a criação de uma estrutura administrativa médica que gerenciasse as demandas e arbitrasse os conflitos que emergiram.

Com a ascensão à liderança da nova diretoria e do novo presidente, um novo modelo de relacionamento entretanto passa a se fazer necessário, sendo que os principais elementos condicionadores destas alterações foram as mudanças de

cenário e do mercado de assistência médica. Pressões por reduções maiores dos custos dos serviços e por maior qualidade da assistência estiveram nas raízes destas mudanças.

Com isto, a organização procedeu ao redesenho de seu processo de gestão e buscou reorganizar a prática administrativa em novos moldes com a busca de um profissional que, além de concentrar uma capacidade administrativa e de gestão empresarial, dispusesse de uma capacidade técnica médica que possibilitasse o reordenamento dos papéis dos vários atores envolvidos.

O atual superintendente é um médico que já participou de várias atividades administrativas na organização e que foi escolhido pela diretoria pela liderança que exercia junto ao corpo clínico. Desde que assumiu suas novas funções procurou instituir uma nova forma de gestão que incluiu o desenvolvimento de funções específicas em nível de superintendências adjuntas que se ocuparam das áreas médicas, de controladoria e finanças, de suprimentos e logística, de informações e sistemas e comercial. Seu propósito foi o da criação de uma estrutura de suporte operacional que permitisse o gerenciamento efetivo das funções de suporte à atividade assistencial e a conseqüente liberação dos profissionais de saúde, especialmente o corpo de enfermagem, para dedicação aos pacientes e aos médicos que atuam na organização.

Neste sentido, procurou criar um programa de atenção baseado no gerenciamento das necessidades dos pacientes, o *"client-care"*, cuja essência foi o desenvolvimento de uma nova função de responsabilidade da enfermagem que se ocupa de todas as questões que envolvam a internação e o posterior encaminhamento dos pacientes. Isto propiciou a integração da atuação do corpo organizacional dentro de um modelo matricial, que no entanto, centraliza o acompanhamento da evolução dos casos e das disponibilidades dos recursos na figura da *"case-manager"*, uma enfermeira que se dedica à resolução de todos os

problemas que envolvam a presença do paciente no ambiente de internação, quaisquer que sejam suas origens.

Em sua visão, para que se procedessem estas mudanças, foram necessárias a quebra de vários paradigmas institucionais, especialmente no que se refere à validação do processo de comunicação intra-organizacional. Segundo seu relato, o hospital sempre se caracterizou pela busca de um atendimento humanizado e pelo estabelecimento de um relacionamento cordial e envolvente. Entretanto, com a alocação de competências administrativas sob o corpo de enfermagem o que se assistiu com o correr dos anos foi a cristalização das relações entre estes profissionais e o corpo clínico. Com a implantação do novo modelo, desenvolveram-se novas formas de comunicação e de relacionamento que gradativamente foram liberando as enfermeiras para suas funções assistenciais e de cuidados, com a possibilidade de desenvolvimento de novas competências e habilidades. Em seus dizeres; *"Sempre tivemos um problema que não é só peculiar de uma instituição como a nossa: o problema de comunicação. Então, primeiro, quebraram-se alguns paradigmas aqui dentro, que era uma coisa muito forte. A administração, digo, a profissionalizada, estava longe da administração médica técnica e estava longe da Diretoria, do Conselho Administrativo. E esse modelo de gestão, como falei, teve como primeiro posicionamento quebrar isso"*

Um outro processo que propiciou condições para a mudança organizacional foi o que se referiu à busca por um sistema de qualidade que se adaptasse às reais condições de operação e à cultura organizacional. O hospital passou a buscar a acreditação por uma entidade internacional, e neste processo a administração procurou levar em consideração as condições de implantação de um modelo de gestão da qualidade que possibilitasse adaptações e a consideração das realidades administrativas e operacionais internas. Seu discurso a este respeito se referencia à preservação da capacidade operacional e ao envolvimento essencial do corpo clínico, sem o que o modelo poderá carecer de validade. *"A idéia foi entrar com a Joint Commission já com os padrões "tropicalizados", para que a gente tivesse um*

norteador, que se possa inicializar. Não vamos correr atrás de selo, e o processo tem que ser na nossa velocidade, na nossa cultura. Vamos começar um processo permanente e irreversível de qualidade”

Sua opinião acerca da melhor forma de administrar o hospital implica na identificação dos potenciais de desenvolvimento internos à organização, muito mais que o gerenciamento das restrições externas. Neste sentido tem procurado estabelecer padrões que resgatem os valores pessoais e a auto-estima dos colaboradores com conseqüente envolvimento destes nos processos administrativos e assistenciais. Isto se faz, a princípio com uma revolução das práticas de enfermagem que, em última instância, é a profissão que detém a maior responsabilidade pelas atividades desenvolvidas no hospital. Em sua forma de ver, o sucesso que vem obtendo em melhorar indicadores de ocupação, de qualidade ou de resultados financeiros é diretamente dependente da mudança de posicionamento deste corpo profissional, ou em seus dizeres: *“A primeira área a ser reestruturada foi a nossa enfermagem, porque assim cobrimos um buraco. Eu já tinha sido superintendente médico aqui, há 11 anos atrás. Depois montei a estrutura da administração na área técnica, na superintendência médica, gerência médica, depois saí por 3 anos, voltei para a diretoria clínica, e numa vacância, pediram que eu cobrisse a superintendência médica. Foi nesse momento que eu achei que o hospital precisava alavancar sua estrutura de pessoas, começando pela enfermagem. O que fiz na enfermagem foram os pontos principais: primeiro, que a enfermagem ganhasse a força que tinha antigamente, que foi sempre um diferencial, não só do ponto de vista técnico, mas do ponto de vista de auto-estima; segundo, de valorização, que sentisse a importância da enfermagem numa instituição de saúde; terceiro ponto, que se visse a própria enfermagem, que se conhecesse o hospital como um negócio, onde pelos dois pontos iniciais, agilizasse e trabalhasse com resultados. Então, foi essa a primeira estrutura em que se mexeu. Você sabe, que mexendo com a estrutura da enfermagem, se escancara o hospital.”*

A despeito desta posição, e até pelo próprio envolvimento que este grupo profissional passou a assumir no desempenho assistencial, buscou introduzir ferramentas administrativas junto às unidades operacionais que permitissem ao pessoal envolvido diretamente com a assistência um permanente contacto com os problemas desencadeados pelos convênios e pelos próprios pacientes de forma a equacionar a resolução e introduzir mecanismos que permitissem a eliminação de conflitos com estes agentes.

Por outro lado, com o novo modelo de atuação da diretoria, o superintendente passou a desempenhar novas funções estratégicas. Estas se dão com a criação de fóruns de participação conjunta com grupos executivos de diretores que se encarregaram de funções de gerência financeira, de planejamento operacional, de gestão estratégica e da inserção da organização em novos mercados. Sua visão acerca destes novos relacionamentos traz implícita a identificação de um novo papel de intercâmbio de informações e de desenvolvimento de novos cenários com a participação da diretoria no processo de planejar e repensar a instituição. *“Nesse replanejamento estratégico, a gente faz realmente questão que participem o Conselho Administrativo, a Diretoria, a administração profissionalizada, e lideranças médicas, como foi feito há dois anos atrás. A gente elege um objetivo estratégico, revê missão, visão, valores e desenvolvemos os objetivos e os plano de ação”.*

Com relação aos papéis desempenhados pelos médicos e suas respectivas relações com a organização relatou que a cultura da organização em relação a este aspecto sempre foi fortemente condicionada pela presença de uma associação médica muito forte e ativa. No entanto, admite que com as mudanças que vem sendo introduzidas com o novo modelo de gestão e a centralização da gestão médica em sua área e na superintendência médica tem conseguido estabelecer novos padrões de atuação que tem beneficiado a organização, especialmente com a reformulação de contratos existentes há longo tempo e a implantação de mecanismos de estímulo às parcerias com lideranças nas especialidades. A questão principal que o tem preocupado no momento é a que se refere ao desenho

de um modelo que permita a manutenção dos pacientes institucionais no âmbito da assistência propiciada pela organização , com a eliminação dos riscos de desvios para outras instituições.

Questionado acerca de um evento, ação ou política desenvolvidos nos últimos 6 meses, discorreu acerca do processo de criação de uma nova rede de informações vinculadas diretamente ao sistema de informática existente no hospital e que permitirá o livre acesso dos médicos a partir de “sites” remotos aos dados de seus pacientes.

Conclusão.

A organização estudada apresenta uma estrutura de governança corporativa caracterizada pelo controle social da entidade por um grupo restrito de associados que detêm a capacidade de escolha de sua representação. Participam deste grupo representantes de 3 grupos comunitários diferentes, respectivamente as comunidades britânica, americana e paulistana. A sociedade dispõe de mecanismos estatutários que possibilitam o controle da renovação destes quadros a partir da atuação de uma comissão de proposição de novos sócios. A instância deliberativa máxima é a Assembleia Geral de sócios contribuintes que detêm o poder de definição da composição da Diretoria Executiva e da recondução de membros escolhidos por uma outra comissão de nomeação, também sob seu controle. O poder da diretoria apresenta uma forte concentração de especificações na presidência e esta tem se caracterizado pela elevada frequência de participação de uma das comunidades instituidoras originais, a despeito do fato da estrutura estatutária definir mecanismos de renovação e alteração da composição. A legitimação deste poder se dá com a chancela e validação das ações da diretoria e da presidência pela Assembleia Geral.

A participação médica das estruturas de governança corporativa está restrita às atividades diretamente relacionadas à prática clínica e à participação em grupos de trabalhos que demandem conhecimentos técnicos. No entanto a existência de uma

associação com grande capacidade de influenciar comportamentos neste grupo propiciou condições para que a atual diretoria propusesse mecanismos de controle e comando vinculando o corpo clínico à administração profissional da entidade.

A gestão profissional da organização se processa sob um mecanismo básico de delegação do poder, com estratificação de limites claramente definidos de autonomia e responsabilidades. Esta tem sido a principal responsável pela agilidade e o desempenho operacional da organização já que a imensa maioria das decisões e dos assuntos a serem resolvidos não demanda a presença permanente de diretores ou do presidente da Diretoria Executiva. Entretanto, alguns assuntos que envolvam grandes movimentações patrimoniais ou impliquem em mudanças conceituais da organização continuam sendo de competência estrita da diretoria e do corpo de associados, via Assembleia Geral.

Com referência ao questionamento proposto na definição do escopo do trabalho de pesquisa podemos inferir que:

Questão 1 - (Existe nos hospitais estudados uma cadeia de comando e direção entre as instâncias superiores e o executivo principal que efetivamente acarrete ações executivas?)

Existe uma cadeia de comando que efetivamente acarreta ações executivas. Esta concentra opções e formas de atuação sobre a figura do superintendente que detém poder efetivo de gestão e comando sobre praticamente todo o ambiente operacional. Os mecanismos de controle e compartilhamento implantados pela diretoria, via criação de grupos de trabalho executivo, tem se mostrado efetivos no desenvolvimento de modelos e programas que impactem a capacidade produtiva da organização..

Questão 2 - (O modelo de governança corporativa observado nos hospitais apresenta alguma semelhança estruturada com os disponíveis em outras organizações empresariais que se diferenciam pelo objeto do lucro?)

Existem semelhanças e diferenças. O exercício da função de comando por uma Diretoria Executiva escolhida e referendada, de certa forma, pode ser comparado aos mecanismos presentes nos conselhos de administração das companhias, apresentando a presidência semelhanças com os papéis atribuídos aos presidentes destes conselhos. Da mesma forma, o papel do superintendente assemelha-se ao do "CEO" das corporações. A representação das comunidades envolvidas com a associação assemelha-se por sua vez aos grupos de acionistas das grandes corporações, sendo o papel das comissões de nomeações de novos associados e de nomeação da diretoria o de defender os interesses destes grupos comunitários face aos demais presentes no ambiente organizacional.

Questão 3 - (A estrutura legal-estatutária que regula a existência das organizações estudadas contempla os papéis dos executivos principais?)

A resposta a esta questão é sim. O estatuto define clara e inequivocamente a existência de uma administração profissional com suas respectivas competências e responsabilidades.

Além disto, foi possível a percepção de uma tendência de mudanças na organização que tem valorizado o papel da superintendência e desenvolvido novas atribuições para esta instância, com conseqüente redução do potencial de interferência da alta administração sobre as questões mais relacionadas à atividade operacional.

ANEXO X

ESTUDO DE CASO - ORGANIZAÇÃO 9.

Histórico da organização e análise de documentos estatutários.

A organização estudada foi constituída em 1921, de maneira similar a outras instituições de saúde da cidade de S.Paulo, por iniciativa de uma comunidade de imigrantes que sentia a necessidade de instituir uma unidade hospitalar capacitada ao atendimento de seus componentes e ao exercício de uma atividade assistencial gratuita.

O imóvel originalmente destinado à instalação do hospital demorou cerca de 20 anos para sua conclusão e foi ocupado durante os 20 anos seguintes por uma escola militar tendo sido devolvido à comunidade instituidora após este período. Efetivamente a Sociedade mantenedora somente conseguiu iniciar as atividades propostas originalmente em 1965 com a abertura das unidades assistenciais.

Devido a sua localização e à crescente participação de profissionais médicos vinculados à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a organização passou a ser reconhecida como uma das melhores da capital e, nas duas décadas que se seguiram, evoluiu com um gradativo crescimento de seu patrimônio com a introdução de técnicas assistenciais pioneiras e incorporação de tecnologias em saúde que a colocaram entre uma das principais do mercado de assistência médico-hospitalar.

Constituem seus objetivos, conforme definição estatutária, a promoção de obras de assistência social e a instalação e funcionamento do hospital destinado ao tratamento de doentes de todos os níveis econômicos e sociais, sem distinção de nacionalidade, raça, cor ou credo, obrigando-se inclusive a manter parte de seus leitos e serviços ao atendimento público e gratuito de pessoas carentes.

Seu quadro social é constituído de sócios, sem distinção de número, distribuídos nas categorias seguintes:

Fundadores, caracterizados pela participação na reunião que instituiu a Sociedade mantenedora em 1921.

Honorários, caracterizado pelo exercício de atos de relevância social e pela participação em cargos diretivos pelo mínimo de 5 mandatos.

Beneméritos, caracterizados pela instituição de contribuições financeiras ou patrimoniais de vulto, e

Contribuintes, caracterizados pelo pagamento das contribuições sociais regulares da sociedade mantenedora.

O estatuto não estabelece quais são os direitos desses sócios, mas permite a inferência de que entre estes estão as participações das instâncias diretivas, respeitados o tempo mínimo de 8 anos de associação e a característica de determinação de que algumas destas devam ser exercidas exclusivamente por associados do sexo feminino.

Entre seus deveres estão a obediência às determinações estatutárias e aos órgãos diretivos, o pagamento das contribuições sociais, o comparecimento às Assembléias Gerais convocadas, a participação dos serviços para os quais tenham sido designados pela diretoria e o zelo pela preservação do bom nome da entidade e pela consecução de seus objetivos.

Estatutariamente, constituem órgãos de direção da sociedade a Assembléia Geral de sócios, o Conselho Deliberativo, a Diretoria Executiva e os Conselhos Fiscal, Consultivo e Médico.

A Assembléia Geral é o órgão diretivo soberano da Sociedade mantenedora e pode ser convocada ordinária e extraordinariamente. A forma ordinária da Assembléia Geral reúne-se a cada 4 anos, por convocação da presidente do Conselho Deliberativo e tem o propósito único de eleição dos membros daquele conselho. A

forma extraordinária pode ser convocada a qualquer tempo com os propósitos exclusivos de decidir sobre a destituição do Conselho Deliberativo ou da Diretoria Executiva, desde que por razões plenamente justificáveis, ou para decidir sobre proposta de dissolução ou extinção da sociedade. Neste caso, a deliberação somente será válida com a aprovação de, no mínimo, 80% dos sócios da entidade.

O Conselho Deliberativo é formado por 61 sócias, dele também fazendo parte as sócias membros da Diretoria Executiva. O mandato é de 4 anos com a possibilidade de reconduções. Constitui requisito mínimo à participação na associação há pelo menos 8 anos. O Conselho Deliberativo reúne-se regularmente uma vez ao ano com o propósito de deliberar acerca do relatório geral da diretoria, do plano de contas da instituição e de outros assuntos de interesse da sociedade. Além disso, pode se reunir extraordinariamente, a qualquer tempo, para deliberar sobre alterações do estatuto, ou dissolução da diretoria, caso em que demanda a participação mínima de 80% das conselheiras.

A Diretoria Executiva é responsável pela administração regular da sociedade e se compõem de 20 membros, todos do sexo feminino, que ocupam as seguintes funções: Presidente, 3 vice-presidentes, 3 diretoras secretárias, 2 diretoras tesoureiras, 1 diretora de patrimônio, 2 diretoras de sede, 2 diretoras sociais e de eventos, 1 diretora de relações públicas e divulgação, 3 diretoras superintendentes e 1 diretora de voluntárias. O mandato da diretoria é de 3 anos sendo a eleição processada sob escrutínio secreto e priorizando, em caso de empate a posse das sócias mais idosas. Além disto, o estatuto abre a possibilidade da reeleição por um número ilimitado de vezes .

A Diretoria Executiva reúne-se semanalmente e entre suas responsabilidades estão a administração da sociedade, a nomeação de assessorias e comissões técnicas, a nomeação dos membros dos Conselhos Consultivo e Médico, o acompanhamento do movimento e da administração do hospital, o seguimento das obras e investimentos, a aprovação dos regimentos e manuais, a nomeação do

administrador profissional do hospital e sua eventual substituição, a aprovação do diretor clínico, a aprovação da admissão de novos sócios e a determinação de limites pecuniários a serem movimentados no âmbito da sociedade.

Em relação à presidente da Diretoria Executiva, o estatuto estabelece como atribuições a representação da sociedade, a autorização em conjunto com a tesouraria para a incorrência de gastos e despesas, a assinatura de contratos e/ou obrigações e a delegação por documento hábil de atribuições que sejam essenciais ao funcionamento do hospital. Além disto, a presidente utiliza-se de uma estrutura de comissões de assessoria que detêm participação efetiva na execução de programas e atividades relacionadas às operações, ao controle financeiro e ao programa de ampliação patrimonial da entidade.

A visão do presidente do Conselho Médico – análise do discurso.

A instituição apresenta características peculiares acerca do exercício do poder e de suas ferramentas, entre elas o comando. Para um entendimento adequado acerca das razões pelas quais estes fluxos apresentam-se com as características atuais é necessária a compreensão da evolução histórica das principais funções de liderança corporativa e dos contextos em que elas se instalaram. Na verdade, a organização estruturou suas linhas de autoridade dentro de um regime informal de compartilhamento do poder entre a presidente da Diretoria Executiva e o diretor clínico por um longo tempo.

Segundo o presidente do Conselho Médico, as necessidades de sobrevivência da instituição em suas fases iniciais e o enfoque dado aos papéis dos médicos no contexto de atuação do hospital privilegiaram a ocupação da diretoria clínica por um professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de reconhecida competência técnica em sua especialidade e que representou durante muitos anos a autoridade máxima da instituição. Este personagem se caracterizava pela grande capacidade de liderança, de certa forma carismática, em relação ao corpo médico e pelo exercício de um referencial de valores e princípios que favoreceram o

desenvolvimento de uma cultura forte e um ambiente que procurava preservar as relações entre as pessoas e a valorização da importância médica. Este profissional ocupou a diretoria clínica por cerca de 36 anos e assumia um papel central em todas as definições ou decisões que a organização buscava tomar. Este fato é observável, por exemplo, no discurso do atual presidente do conselho quando se refere àqueles tempos: *“Então, tinha a Sociedade Beneficente de Senhoras, 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. Por que era assim? Porque era uma instituição pequena, e as coisas foram acontecendo de uma forma muito peculiar. Desde o início, o corpo clínico era de professores de medicina da USP, o grosso, que era onde ele tinha sua atividade acadêmica. Então, esse grupo era um grupo seletivo e de um alto grau de exigência, e com isso, havia uma demanda para coisas de qualidade”*.

Neste período, a atuação da instituição se caracterizava, em termos de liderança corporativa, pelo convívio harmônico entre a responsável pela presidência da Diretoria Executiva e pelo diretor clínico, o que propiciou condições para o crescimento gradual das atividades assistenciais e pela identificação do hospital por parte da comunidade paulistana como um dos principais centros médicos da cidade. Isto se deveu em grande parte às habilidades pessoais do diretor clínico que dispunha de uma grande capacidade de antecipação das necessidades organizacionais e uma predisposição à resolução negociada dos conflitos que emergiam. Segundo o atual presidente do Conselho Médico, as opções decisórias e o foco dado à assistência até então eram decorrências destas habilidades, ou como se pode depreender de sua exposição a respeito do antigo diretor : *“era um indivíduo que ouvia bem as pessoas e tinha uma grande sensibilidade para identificar pessoas competentes. Com isso, o hospital foi crescendo em torno das características de seus médicos. O principal cliente do hospital era o médico. Os*

médicos se sentiam muito valorizados, exigiam muito do hospital e o hospital dava o retorno necessário. Então essa foi a combinação para nossa excelência: o estilo de desenvolvimento e crescimento do hospital."

Entretanto, com o crescimento da organização emergiram novas demandas e necessidades de reordenamento das funções antes exercidas exclusivamente pelos dois principais agentes. Em consequência, criou-se uma estrutura de administração profissional, na pessoa de um superintendente geral que se responsabilizava pelas questões administrativas e operacionais e a presidência desenvolveu novas formas de gerenciar atividades específicas com a criação de uma comissão de finanças e uma outra responsável pelo patrimônio e obras da instituição. Estas contavam com a participação de representantes da comunidade com vínculos específicos às atividades às quais se destinavam, sendo compostas respectivamente por empresários do setor financeiro e da construção e acabaram por se constituir em novas instâncias de poder na organização pela sua capacidade de condicionar práticas administrativas e influir em decisões estratégicas. Na prática, apesar da atuação de um administrador profissional com bastante conhecimento do mercado de assistência médico-hospitalar, a coexistência de várias comissões e a manutenção da concentração de poder no binômio presidente da diretoria-diretor clínico propiciou condições para o desenvolvimento de um modelo de intercâmbio informal e intermitente entre o administrador profissional e estas áreas. Isto pode ser percebido no discurso do Presidente do Conselho quando exemplifica as situações de criação da superintendência e de duas comissões: *"Com o tempo, apareceu o 3º poder, que é o poder administrativo, que precisava se hipertrofiar, mas na verdade havia um certo conflito de funcionamento entre os três. Não era um conflito pessoal, mas mais de modus operandi"* e *"Então a presidente da Diretoria Executiva criou.., sempre pensando nela governando o hospital, quer dizer, as senhoras governando o hospital....criou uma comissão de finanças com empresários que ela acreditava serem os melhores pra situação, criou uma comissão de obras com pessoas que ela achava de sua confiança., e essas duas são as comissões fortes que começaram a participar do poder como um todo"*.

Com o passamento do diretor clínico há cerca de um ano, tornou-se necessária a revisão das estruturas de governança corporativa da instituição, já que não existiam lideranças que se equivalesssem à por ele exercida. Esta revisão, atualmente em curso, apresenta diferenças substanciais de interpretação acerca de seus sentidos e das novas competências por parte do presidente do Conselho Médico e do superintendente respectivamente.

A presidente da diretoria executiva passou a centralizar sob sua responsabilidade o processo de transição para a nova estrutura criando um conselho composto por um grupo de 9 médicos indicados pela diretoria para mandatos de 6 anos, com renovação obrigatória de 1/3 a cada dois. Este elege um presidente para mandato de 3 anos sendo admitida uma recondução. Seu propósito era o de desenvolver uma estrutura que gerenciasse a relação com a categoria médica e se envolvesse com as questões técnicas da administração cotidiana de forma a substituir um dos papéis anteriormente ligados ao diretor clínico. Por outro lado, as questões diretamente relacionadas à operação do hospital e à gestão de sua estrutura administrativa passariam a ser de responsabilidade exclusiva do superintendente que para isso deveria habilitar seu corpo gerencial com instrumentos administrativos. Isto pode ser claramente depreendido da interpretação que o presidente do Conselho Médico faz acerca da estrutura funcional vigente: *“tivemos que criar uma situação onde as 3 funções do antigo diretor clínico ficassem um pouco mais individualizadas, mas em áreas diferentes. Uma é dirigir o hospital como um todo, outra de diretor geral e outra cuidar do corpo clínico como se fosse o diretor eleito”*.

Nesse contexto de transformação, os papéis relacionados ao presidente do Conselho Médico passam por um processo de definição e novos encaminhamentos. O atual presidente desta instância é um médico, professor universitário, que tem se dedicado à organização já há um bom tempo e que demonstra entendimento acerca das condições em que as mudanças vêm ocorrendo. Sua visão estratégica

acerca da organização pressupõe a compreensão de que, quaisquer que sejam as condições dos ambientes internos e externos, a fase atual demanda alterações da estrutura de governança corporativa que preparem a entidade para um mercado altamente competitivo e ágil. Neste sentido, tem tentado encaminhar propostas de criação de novos fóruns em que estas questões sejam discutidas com a participação de todos os atores envolvidos. Em síntese, tem procurado desenvolver uma habilidade de negociação que contemple o atendimento das necessidades da organização e o respeito a sua cultura. Isto pode ser identificado em sua argumentação acerca da estrutura de liderança e do modelo cultural vigente: *“Existem definições importantes a se tomar que não dependem só de médicos.... estamos num momento de transição, onde estamos passando de um modelo de governança de “uma loja para o de um shopping”, onde todos vão precisar conhecer seus limites e atribuições”. e “A gente aprendeu que esta instituição tem uma característica diferente de todas as outras. É um lugar muito caloroso. As pessoas se respeitam, se sente calor humano no dia-a-dia”*.

Em sua opinião, os mecanismos de legitimação das decisões e do poder organizacional necessariamente passam pela negociação e pela administração dos fatores envolvidos com os interesses e o desempenho das pessoas que atuam na organização. Entende que muitas práticas e atividades existentes nas comissões, e mesmo na administração profissional buscam a legitimação por meio de mecanismos complexos de interação entre os atores. Admitiu, entretanto, que apesar do favorecimento de uma estrutura relacional baseada na informalidade e no conhecimento entre os atores, a instituição deve buscar desenvolver um modelo mais ordenado e formal, a despeito deste modelo poder significar a perda de parte do caráter “caloroso” da organização. Admite, no entanto, que existem ainda sérias resistências a serem vencidas, especialmente junto às senhoras que fazem parte da Diretoria Executiva, cuja preocupação principal, nesta fase, se refere à descentralização e divisão do poder decisório. Citou exemplo de situação em que usou de artifício para introduzir a discussão sobre governança na instituição. *“não posso fazer isso por intermédio do conselho ou da diretoria. Logo estou criando não*

um conselho, mas um grupo de trabalho. Tenho que achar alguma coisa eufêmica por que quando toquei neste assunto com a presidente da diretoria há 6 meses atrás ela entrou em pânico!”.

Ainda com relação à questão da legitimação entende que o estatuto da entidade constitui em essência o instrumento legal de legitimação das instâncias decisórias, mas não consegue representar com clareza todas as situações e envolvimento que decorrem da permanente atuação das pessoas e grupos influentes na sociedade. Entende que os papéis das diretoras deveriam se concentrar mais na atividade social e de definição dos interesses da sociedade e que os demais atores, inclusive o Conselho Médico, deveriam ser indicados e controlados pela diretoria de senhoras que se constituíam numa instância de poder similar ao conselho de acionistas de uma empresa. Ou nos seus dizeres: *“O grande conflito, na verdade, é fazer a Sociedade Beneficente de Senhoras entender que elas não são o hospital e o hospital não são elas. Elas não são as donas, são como “acionistas” guardiãs das propostas do hospital”.*

Sua visão acerca do modelo que melhor atenderia às necessidades da organização em termos de liderança e governança corporativa implica na definição de controles e concentração do poder sob tutela das diretoras, especialmente a presidente da diretoria, com a indicação de um presidente executivo médico a quem toda a estrutura administrativa profissional se subordinaria. Esta posição difere da assumida pelo superintendente, e ambos esclareceram que a divergência de suas opiniões não tem configurado problemas imediatos na gestão da organização. Entretanto, o presidente do Conselho Médico admite que esta equação representa um equilíbrio momentâneo para a estrutura de governança que deverá migrar futuramente para uma outra plataforma. Ressaltou ainda que ambas as opiniões são de conhecimento mútuo e que tem procurado interagir com o superintendente de uma maneira próativa e de complementariedade das ações procurando se dedicar mais às questões estratégicas e relacionadas ao corpo clínico deixando ao

superintendente os assuntos ligados às atividades operacionais e as decisões táticas.

Com relação aos papéis dos médicos na liderança da organização argumenta que tem procurado estabelecer um modelo que delegue o máximo possível de competências e atribuições aos demais participantes do Conselho Médico e do grupo de trabalho que estuda a reorganização do corpo clínico procurando interferir o mínimo possível com as políticas e decisões implementadas pela administração profissional. Neste sentido, tem encaminhado a resolução dos principais problemas da área à gerência responsável pelas atividades médicas e técnicas estimulando a ocupação dos espaços institucionais pelo gerente médico, um profissional especificamente contratado com este propósito.

Quanto ao perfil necessário ao principal executivo profissional da organização esclarece que não necessariamente esta função deva ser exercida por médico, apesar da superintendência ter sido sempre ocupada pelo atual ocupante, um médico que detém muitos conhecimentos sobre administração e mercados de saúde. Entende que esta função deva se assessorar de especialistas nas diversas áreas da administração de forma a propiciar à entidade uma gestão de melhor qualidade e resultados. Entre as qualificações que julga indispensáveis à função, lista a capacidade de reconhecer as mudanças que vêm ocorrendo neste mercado, a habilidade de negociação e promoção do trabalho técnico que sempre caracterizou o hospital.

Indagado acerca de um evento, política ou ação implementada nos últimos 6 meses apresentou o trabalho de formatação e discussão que tem envolvido o grupo que constituiu e que tem se dedicado às questões estratégicas da organização.

A visão do superintendente – análise do discurso.

A organização apresenta algumas características peculiares quanto ao funcionamento de sua administração profissional decorrentes da forma de sua

implantação. Como visto na abordagem proposta pelo presidente do Conselho Médico, a história da liderança corporativa e da sua estruturação na entidade evidencia 3 fases distintas: a primeira com a concentração de atribuições e responsabilidades sob as figuras da presidente da diretoria e do diretor clínico; a segunda em que se implanta um núcleo de administração profissional com a superintendência e a terceira que se caracteriza pela revisão dos papéis e a conseqüente transição do modelo de governança.

A prevalência de mecanismos de validação e instituição dos comportamentos que se baseavam num modelo de valorização da informalidade e das relações pessoais propiciou o desenvolvimento de uma cultura organizacional centrada na negociação e na emergência de alternativas que buscavam preservar as posições dos diversos atores e de seus interesses. A organização, em conseqüência, utilizava-se freqüentemente de um mecanismo de administração do tempo para a elaboração de suas decisões e para a busca de legitimidade. Como dito por ambos representantes, um das formas mais importantes era a da utilização do “decurso de prazo” para o equacionamento de questões que envolviam o comando da organizacional. Ou como pode ser depreendido do discurso do superintendente acerca de definições que estavam sendo postuladas pelo presidente do Conselho Médico: *“Na visão dele, a proposta era de reformular a estrutura administrativa,..... Na minha visão, a proposta era diferente. Agora, informalmente, isso convive, e não está escrito em lugar nenhum. E aliás, tive até uma discussão com ele há algum tempo porque ele queria formalizar essa proposta dele e eu falei que para o hospital, ele ia ficar se desgastando, perdendo tempo, discutindo uma questão que não ia conseguir formalizar porque mexe numa porção de estruturas que estão aí e estão funcionando. Disse de fato, para que colocar no papel uma coisa que está funcionando? Se todo mundo te respeita como líder, não precisa pôr no papel.”*

Para efeitos práticos, a superintendência tem se caracterizado na principal instância decisória da organização. Isto se deve, basicamente, ao controle da atividade operacional e à disponibilidade de tempo que o profissional responsável pela função

tem possibilitado. Em termos gerais, desde as gestões anteriores, a organização procurou concentrar todas as atividades gerenciais e processos decisórios relativos à operação na superintendência o que levou ao aumento da importância de seu trabalho e à crescente capacidade desta instância em definir comportamentos e compor negociações que se relacionavam diretamente à atividade assistencial. Isto se deveu, basicamente, ao relativo distanciamento que as lideranças corporativas apresentavam em relação às questões do dia a dia. Isto pode ser percebido com clareza do discurso do superintendente quando coloca : *“Na prática, tudo que acontece no hospital se reporta a mim, quer eu queira, quer eu não queira. Porque “quer eu não queira”? Porque na realidade, não tem outra instância. O presidente do conselho está aqui o dia todo, mas está operando pacientes, etc. E tem todo o detalhe, o equipamento, a contratação, o preço, a conversa com convênio, a área da enfermagem, o diagnóstico, óbvio, tudo isso acaba canalizando em mim”*.

O atual superintendente tem exercido sua função na organização há um longo período de tempo. Sua escolha para o cargo contou com a participação ativa do antigo diretor clínico da sociedade, que avalizou seu nome e conseguiu convencer a presidente da Diretoria Executiva do imperativo de iniciar um processo de profissionalização administrativa da entidade. Isto se deveu, em sua opinião, às necessidades de transformações nas formas tradicionais de administração da organização que passava por um crescimento acentuado e pela migração de suas principais fontes de remuneração para convênios e organizações de seguro-saúde. Gradativamente procurou desenvolver uma estrutura de suporte administrativo que atendesse às necessidades da organização e propiciasse mecanismos de controle pelas lideranças de forma a tornar a atividade destas menos dependentes, propiciando maior liberação dos seus tempos para outras funções. Com este processo criou as condições para que se instalassem na organização novas formas de atuação e administração dos sistemas de suporte, liberando com isto o corpo funcional assistencial para uma maior dedicação ao atendimento dos pacientes e dos médicos. Por exemplo, criou um novo conceito de gerenciamento da assistência que partiu de uma nova definição dos sistemas de logística do hospital

que passaram a se responsabilizar por todas as atividades de controle do custeio do atendimento. Sua visão é que a instituição conseguiu com este modelo implantar “pontos de venda” dos serviços controlados pela área de logística de forma que toda a dispensação de insumos, disponibilização de recursos técnicos e gerenciamento dos fatores de restrição ao atendimento puderam ser controlados de maneira mais eficiente pela organização. Em sua explanação é possível perceber o quanto este sistema tem conseguido promover uma visão de “negócio” da atividade: *“De certa forma, a gente se organizou para gerenciar tudo isso e poder avaliar de que forma o hospital está vendendo e participar do resultado. Então, pega-se na minha estrutura basicamente a área gerencial..... tenho aqui dentro toda a gestão dos pontos de venda dessas coisas. O que é o ponto de venda disso aqui? Isso é o que classicamente ficava por conta da chamada escrituraria de enfermagem, aquela pessoa que ficava no andar meio que como secretária, que pedia exame, requisitava material, e a gente modificou tudo isso dentro da estrutura numa área que a gente chama de ponto de venda e que, da lógica de atender enfermagem, passou para ter a lógica do controle de movimentação do paciente dentro do hospital. Ela tem o terminal dela, o escritório, vamos dizer assim, e ali é onde estou vendendo diária, quando requisito material, estou vendendo material que será incluído na conta, o medicamento, o pedido de exame, todo esse contato comercial, vamos dizer, do hospital com o cliente se dá nessa área”..*

Além disto, por se tratar de um profissional com formação médica e administrativa este profissional acabou por desenvolver uma competência de interação permanente com os representantes do corpo clínico em que muitas definições de novos programas assistenciais se realizaram por sua iniciativa, como por exemplo, a criação de um serviço de pronto atendimento que conseguiu mudar o perfil dos pacientes internados no hospital, que antes eram predominantemente eletivos e encaminhados pelos principais médicos e passou a contar um grande contingente de atendimentos considerados institucionais. Este fato, entretanto, tem se constituído em elemento de conflito com o corpo clínico em função do

condicionamento que o hospital impõe aos médicos quanto aos preços de seus serviços no atendimento destes pacientes.

Com relação aos processos de interação entre médicos e hospital sua visão é que estes devam contar com a efetiva participação e gerenciamento do Conselho Médico, em especial de seu presidente. Neste sentido tem procurado desenvolver mecanismos que envolvam este grupo e tem estabelecido relações de consideração às posições defendidas pelo presidente do Conselho Médico e de respeito aos seus papéis e atuação. Em seus dizeres: *“eu tenho tacitamente isso combinado com ele para não ter conflito, – eu o respeito, vamos dizer, tudo aquilo que eu faço, que eu acho que envolve uma decisão maior, politicamente, eu converso com ele, dentro do possível, e ele me respeita. Na visão dele, a proposta é de que a diretoria deveria nomear um presidente médico ao qual eu me subordinaria. Na minha visão, a proposta é de que a administração deve ser independente e subordinada diretamente à diretoria de senhoras. Agora, informalmente, isso convive, e não está escrito em lugar nenhum”*.

Sua visão acerca da melhor forma de gerir a organização que superintende pressupõe o conhecimento das diversas áreas de poder institucional bem como dos mecanismos de validação deste poder. Reconheceu que no ambiente da organização a principal autoridade é a da presidente da Diretoria Executiva, que detém uma grande capacidade de articulação política e de reconhecimento das competências de seus colaboradores. Em consequência destas características pessoais a presidente procurou desenvolver uma integração entre vários grupos de associados de sua confiança por meio da atuação nas comissões. Destas as duas mais importantes tem sido as comissões de finanças e de obras, e têm procurado pautar o seu trabalho de gestão com a busca da chancela destas comissões além da Diretoria Executiva. Somente no que se relaciona às questões médicas é que tem sentido a necessidade de interação com outras áreas da liderança organizacional, no caso o presidente do Conselho Médico.

A análise das transformações por que passa a organização, segundo o entendimento do superintendente, demandará a identificação dos fatores de restrições com que se defrontará nos próximos anos e o equacionamento das questões de liderança corporativa. Sua opinião a respeito da estrutura que propicia o melhor desempenho da organização é que devem ser considerados os fatores culturais vigentes e preservados os mecanismos que têm possibilitado o reconhecimento do hospital como um dos melhores do país. Neste sentido, a administração dos mecanismos de exercício de comando das várias comissões e instâncias envolvidas na operação e a busca de uma discussão que traga a racionalidade aos processos de interação entre os diversos atores envolvidos com a organização poderão contribuir, em sua opinião, com a manutenção da atual posição que esta ocupa no mercado de saúde.

Questionado acerca de uma medida, ação ou política implementada nos últimos 6 meses, citou o trabalho conjunto com a presidência do Conselho Médico na formação de um novo conceito de governança corporativa para a organização.

Conclusão.

A organização estudada apresenta uma estrutura de governança corporativa caracterizada pela concentração de poderes na Diretoria Executiva, em especial na presidência. Em termos práticos, a organização estabeleceu um modelo de atuação de suas lideranças em que ocorre uma compartimentação das responsabilidades diretivas entre a Diretoria Executiva, as principais comissões, o Conselho Médico e a superintendência. O equilíbrio entre estes grupos é apoiado por uma cultura que privilegia mecanismos informais de comunicação e interação.

A superintendência, pela sua disponibilidade e envolvimento com as questões operacionais acaba por concentrar uma grande parcela do comando organizacional. Isto se concretiza com o encaminhamento a esta instância da maior parcela de assuntos em que estejam envolvidas decisões relacionadas a políticas corporativas e ações executivas. No entanto, o superintendente tem se utilizado do expediente

de buscar validação das suas ações junto às demais instâncias por meio de um mecanismo de comunicação informal permanente de todos os assuntos que a estas se relacionem.

A organização passa por uma transição decorrente da ausência de um dos pilares de sua liderança inicial, e tem procurado compor um modelo em que os atores envolvidos têm colocado suas idéias acerca das melhores formas de condução do processo. Entretanto, o arbitramento desta transição passa necessariamente por definições a serem tomadas pela diretoria de senhoras, em especial pela presidente, que detém o poder efetivo de consolidar o modelo e propor as novas formas de relacionamento com conseqüente validação do mesmo.

A gestão profissional da organização se processa sob um mecanismo de delegação de poder e ocupação de espaços, cujos fatores condicionantes se relacionam à importância dos médicos para a organização, às características de personalidade e formas de atuação das principais lideranças e as efetivas necessidades operacionais que se impõem na gestão do processo assistencial. Os canais informais e o mecanismo de preservação dos papéis dos envolvidos com a organização propiciam o desenvolvimento de um ambiente cultural hábil no gerenciamento de conflitos e dos interesses dos grupos.

Com referência ao questionamento proposto na definição do escopo do trabalho de pesquisa podemos inferir que:

Questão 1 - (Existe nos hospitais estudados uma cadeia de comando e direção entre as instâncias superiores e o executivo principal que efetivamente acarrete ações executivas?)

Sim. Existe. Entretanto, as atribuições de cada núcleo de liderança não apresentam uma configuração formal e estrita. A conseqüência é a necessidade de um permanente intercâmbio entre os diversos grupos envolvidos com a governança no

sentido de atender às necessidades da administração profissional e da participação dos grupos assistenciais.

Questão 2 - (O modelo de governança corporativa observado nos hospitais apresenta alguma semelhança estruturada com os disponíveis em outras organizações empresariais que se diferenciam pelo objeto do lucro?)

Não existem semelhanças. O comando é permanentemente negociado e compartilhado entre as várias instâncias em um regime que procura preservar os padrões culturais da organização. A presidente da diretoria exerce um comando em que estão implícitos o respeito à sua importância histórica para a organização e sua ascendência moral sobre os demais participantes do processo de liderança. O presidente do Conselho Médico exerce uma liderança que se caracteriza pelo referenciamento do corpo clínico às suas funções e o papel do superintendente assemelha-se ao do "CEO" das corporações.

Questão 3 - (A estrutura legal-estatutária que regula a existência das organizações estudadas contempla os papéis dos executivos principais?)

A resposta a esta questão é não. Inexiste definição estatutária na organização acerca do papel do executivo profissional principal da mesma.

ANEXO XI

ESTUDO DE CASO 10

Histórico da organização e análise de documentos estatutários.

A organização estudada foi constituída em 1958, por iniciativa de uma ordem religiosa que, em virtude de necessidades de assistência à sua congregação, adquiriu uma grande área na periferia de S.Paulo, destinada à construção de uma casa de repouso e amparo às irmãs mais idosas. Entretanto, com o crescimento populacional verificado na região, e em função do atendimento de uma das vocações da ordem, organizou-se na comunidade movimento para a construção de uma unidade hospitalar que foi aberta ao público em 1961.

Constitui o escopo de sua atuação a prestação de assistência integral à saúde da população por meio de serviços hospitalares, ambulatoriais e de outras estruturas assistenciais; a promoção do ensino e da educação em saúde nos seus vários graus, o desenvolvimento de programas comunitários de promoção da saúde da população em que se insere e a manutenção de farmácia de manipulação de fórmulas magistrais para atendimento de suas finalidades.

Estruturou-se nos moldes de uma associação civil sem fins lucrativos, de caráter assistencial, hospitalar, educacional e beneficente, ligada à irmandade instituidora pelos seus deveres e funções e às demais entidades da mesma pelo exercício dos deveres religiosos, pelo voto de obediência à ordem e pela integração de suas lideranças sob o comando das instâncias superiores conventuais.

Seu corpo associativo é composto pela associação das irmãs religiosas professoras admitidas na ordem e se caracteriza pela exclusão de associadas que deixarem a vida religiosa ou forem desta removida por decisões superiores. Constituem seus direitos a participação da Assembléia Geral, o voto, a candidatura a qualquer cargo diretivo da associação e a participação de suas atividades. Constituem seus deveres o cumprimento das disposições estatutárias e a contribuição com seu

trabalho e dedicação à consecução das finalidades sociais sem direito a vantagem pecuniária de qualquer ordem, inclusive salários e remunerações.

A Assembléia Geral é o órgão máximo e supremo de governo da associação, sendo composta pelas associadas em gozo de seus direitos. Reune-se ordinariamente duas vezes ao ano e extraordinariamente sempre que convocada, sendo a diretora presidente a responsável pela convocação em ambas as formas de reunião. Entre suas competências estão o cumprimento das disposições estatutárias, a eleição da diretora presidente e da vice-presidente, a posse da diretoria eleita e/ou nomeada, a aprovação de contas, a autorização à diretoria sobre decisões que gravem o patrimônio social e a autorização de movimentações financeiras.

Sua Diretoria Estatutária é constituída pelas diretoras presidente e vice-presidente, eleitas pela Assembléia Geral e pelas diretoras superintendente, secretária e tesoureira nomeadas pela presidente. Seu mandato é de 3 anos sendo permitida a reeleição. Entre suas competências estão o cumprimento do estatuto, a administração da associação e o cumprimento das determinações da Assembléia Geral, sendo vedados a percepção de remuneração ou compensação financeira por suas diretoras.

Além disto os estatutos prevêm a criação dos Conselhos consultivo e fiscal, cujas presidências também são eleitas pela Assembléia Geral e que tem papéis de assessoria da diretoria, respectivamente em relação aos assuntos operacionais e financeiros.

Entre suas principais fontes de receitas estão as decorrentes da prestação de serviços médicos, as mensalidades dos alunos matriculados regularmente nos cursos que oferece, os auxílios e subvenções públicas. Constituí ainda seu patrimônio o hospital e sua planta de equipamentos, as escolas e demais organizações vinculadas.

Quanto à dissolução da associação o estatuto estabelece a obrigatoriedade de deliberação de um mínimo de 2/3 das associadas, reunidas em Assembléia Geral extraordinária, especificamente convocada para este fim, sendo seus ativos, neste caso, destinados à organização semelhante.

A organização dispõe de filiais ou outras entidades associadas, dedicadas à assistência médico-hospitalar e à educação em outras regiões do Brasil.

A visão da presidente da Diretoria Estatutária – análise do discurso.

A presidência da Diretoria Estatutária constitui-se na principal instância de poder institucional, e tem sido exercida em um regime de atuação caracterizado pela permanente interface desta função com as demais autoridades da ordem religiosa.

Nas fases iniciais de atuação da organização, quando a consolidação da operação e o crescimento decorrente da demanda da população foram os elementos principais, a função de diretora presidente foi exercida por uma religiosa com formação médica que implantou os principais programas e atividades assistenciais. Entretanto, com o aumento da complexidade do atendimento, e o incremento populacional na região, a organização passou a re-estruturar seus sistemas de liderança com o intuito de prover maior agilidade e resolutividade aos processos administrativos.

Com isto, criou-se uma diretoria executiva, vinculada à Diretoria Estatutária composta por todas as diretoras estatutárias, por uma diretoria médica e uma diretoria técnica de enfermagem, que passou a atuar de forma colegiada na administração do hospital. Este movimento institucional ocorreu em função da necessidade de instituir novos mecanismos de controle da organização pela ordem mantenedora e situou-se num contexto de transformações semelhantes ocorridas em outras organizações da ordem, de forma a tornar disponíveis às instâncias de administração mecanismos de controle das atividades e validação das ações executadas no âmbito de todas as suas organizações sociais.

O modelo desenvolvido seguiu premissas de planejamento originadas nas instâncias superiores da ordem e pressupunha a participação de todas as irmãs envolvidas com a assistência na sua definição e elaboração de programas de atendimento às comunidades. Internamente, os eventos de planejamento são chamados de “capítulos” disciplinares, onde os princípios definidores de comportamentos são estabelecidos pelos níveis superiores e as formas de atuação pelas participantes. Estas reuniões ocorrem a cada 3(três) anos e tem representado as oportunidades de re-ordenamento das estruturas de liderança da organização, posto que, em função de suas determinações são processadas as mudanças necessárias nas Diretorias Estatutária e executiva.

Com este novo modelo, a necessidade da manutenção de uma personalidade médica na presidência da organização foi substituída pela definição de uma autoridade diretamente vinculada à ordem, e o papel de gerenciamento médico passou a ser de competência exclusiva da diretoria executiva, com conseqüente representação de uma irmã médica.

A atual presidente da Diretoria Estatutária assumiu a função em 1999, logo após a realização de “capítulo” que definiu o planejamento de ações que seriam implantadas no triênio 99/02, tendo procurado implantar um programa de trabalho que privilegiasse a ocupação plena da capacidade assistencial da organização e o desenvolvimento de novas parcerias com o poder público com vistas à extensão das ações da organização à outros extratos sociais e comunidades. Em decorrência, a mantenedora conseguiu implementar acordos em que o hospital passou a assumir a função de líder do distrito sanitário em que se insere, e a desenvolver novos programas assistenciais de alta complexidade. Por exemplo, mediante acordo de operação com a Secretaria da Saúde do Estado de S.Paulo, a mantenedora passou a se responsabilizar pela operação de dois novos hospitais públicos, o de Itaquera e o de Itaquaquecetuba, e a centralizar as ações do

programa de saúde da família da região, com conseqüente ampliação do leque de serviços.

Entretanto, na visão da presidente da diretoria, as ações envolvidas com a atuação da organização demandam um permanente acompanhamento da aplicação dos princípios que norteiam a instituição, tendo em vista a complexidade e a presença de um grande número de empregados e colaboradores. Reconheceu que, a manutenção do equilíbrio entre os interesses institucionais e os da coletividade passam necessariamente pela administração de aspectos políticos que envolvem as administrações municipal e estadual, principais fontes de financiamento da organização. Em seus dizeres, é preciso estabelecer um paralelo entre os poderes públicos e a "santíssima trindade" com *"governo federal (Pai Eterno), estadual (Jesus Cristo, que sofreu e morreu para dar a salvação. E o Estado é o que mais se sacrifica, tendo que dar vida para que todos possam se harmonizar e manter as rédeas, também) e municipal (Espírito Santo: papel de integração e união pela força do amor e do trabalho)"*.

Em sua opinião o principal mecanismo de validação e legitimação do poder institucional se encontra na obediência a Deus e aos votos estabelecidos e o estatuto representa apenas um documento legal que define as responsabilidades das associadas e os destinos temporais da organização. Na prática, os mecanismos de participação existentes nos "capítulos" e na Assembléia Geral tem possibilitado a vantagem da expressão das ideias das associadas e o fortalecimento do trabalho pelo compartilhamento das decisões e a conseqüente obediência posterior de todo o corpo associativo.

Com o crescimento da organização, a comunidade instituidora encontrou na criação de uma diretoria executiva um canal que possibilitou o atendimento das questões materiais da organização, sem prejuízo das necessidades espirituais de suas associadas. Esta estrutura de administração, a despeito da manutenção de seu caráter não remuneratório, conseguiu instituir mecanismos de atuação que

consolidaram práticas seguras e propiciaram a integração dos diversos serviços e agentes por meio de comissões de trabalho. Suas principais coordenações são exercidas pelas diretoras superintendente e médica e tem se caracterizado por um constante esforço pelo atendimento das necessidades da população assistida e pela busca e manutenção de uma situação financeira de equilíbrio.

Questionada acerca do perfil de sua principal função executiva, a superintendência, detalhou que não julga necessário que esta função seja exercida por profissional de saúde já que, na diretoria executiva, contempla-se uma função especificamente dedicada a estes assuntos. Entretanto, a atual superintendente tem exercido a função já há longo tempo e apresenta formação específica em farmácia, além de habilitação em administração, e tem se constituído em “esteio” da organização.

Questionada acerca de política, ação, ou evento de que a organização tenha participado nos últimos 6 meses descreveu as negociações para a assunção da 2ª OSS por parte da mantenedora.

A visão do superintendente – análise do discurso.

O cargo de diretora-superintendente está estabelecido em dois níveis da estrutura de governança corporativa, respectivamente Diretoria Estatutária e diretoria executiva e tem se constituído na instância administrativa mais importante da organização, principalmente no que se refere às questões de produção de serviços, relações com o quadro de enfermagem, qualidade da assistência, provisão de recursos necessários e relações com fontes pagadoras, poder público e fornecedores. Em conjunto com a diretora-médica tem sido responsável por todos os aspectos que se relacionam á atividade assistencial que se procede pelas organizações hospitalares e pelos programas ambulatoriais. Além disso, pela disponibilidade e dedicação integral à organização, a personagem que ocupa esta diretoria tem se caracterizado, na prática, por uma prática centralizadora do processo decisório e concentradora do poder organizacional, a despeito da criação

de estruturas e comissões que procuram compartilhar muitas das funções administrativas.

A atual superintendente vem exercendo a função nos últimos 15 anos e tem sido reconduzida pela diretoria executiva em função de sua reconhecida capacidade administrativa. Trata-se de uma irmã com formação em farmácia e administração que detem grande experiência na administração do hospital, construída na vivência das situações cotidianas da organização. Além disto, representa com eficiência e “obediência” os ditames da entidade mantenedora.

Nos últimos anos, com as mudanças ocorridas nos sistemas públicos de saúde no Estado, tem conseguido a inserção da organização que superintende em várias iniciativas e projetos, em consequência da seriedade e dos valores com os quais tem trabalhado.

Sua opinião acerca da melhor forma de conduzir a administração do hospital pressupõe a identificação de quais as necessidades da população a ser atendida e o real dimensionamento das condições de atuação da organização. Dentre os princípios com os quais tem trabalhado qualificou como os de maior importância a vontade de servir e a disposição para atuar em um ambiente de dificuldades buscando retirar de sua posição de fé “as forças necessárias ao cumprimento de sua missão”. Em suas palavras, esta força vem de um compromisso cristão com os menos favorecidos. Além disto identifica na organização uma vocação que atende às perspectivas de uma ação social construtiva e elevadora do ser humano, e que é contemplada com o envolvimento e a atuação de médicos, funcionários, fornecedores e colaboradores do hospital.

No entanto, a diretora superintendente ressaltou a importância que as questões financeiras tem representado para a administração do hospital. Isto se deve, basicamente, a alta concentração de atendimentos que a organização presta ao SUS e as relativas dificuldades de transferência destes recursos por parte dos

agentes públicos. Apesar disto, tem conseguido manter a organização em equilíbrio a partir de dois tipos de iniciativas: a permanente negociação com as autoridades da área e o trabalho de disciplina dos gastos gerados pelos grupos médicos pelo compartilhamento de informações acerca das condições financeiras. Isto pode ser identificado em seus discursos a respeito: *“É muito difícil harmonizar, porque às vezes não temos recursos para atender os médicos e estes poderem atender os doentes. Temos sempre que estar mostrando que não é chantagem que resolve o problema. Conversamos com o médico-chefe do setor e ele vai harmonizar, vai aceitar o que podemos oferecer.”*

Com relação aos papéis e comportamentos das profissões nucleares, a médica e a de enfermagem, a diretora-superintendente entende que estas se constituem na “espinha-dorsal” do atendimento executado pela organização, e tem sido administrado com responsabilidade e competência pela diretoria médica. No entanto, dado à situação da existência de programas de formação profissional na instituição, inclusive com residência médica, a relação entre os dois grupos tem sido uma das que apresentam maior frequência de conflitos e situações que demandam sua interferência. Em sua visão, a relação destes profissionais deve se assemelhar à existente em “casamentos” equilibrados em que a maturidade das relações entre os “cônjuges” (o médico e a enfermeira) é responsável pelo perfeito atendimento das necessidades dos “filhos” (os pacientes).

Com relação aos próximos anos e a inserção que seu hospital deverá ter no sistema local de saúde, sua compreensão é que devem ocorrer algumas transformações fundamentais no modelo assistencial que irão privilegiar a implantação de uma assistência hierarquizada na região, cabendo à organização o papel de liderança no processo. Neste sentido, o atendimento de situações mais complexas e de maior sofisticação tecnológica parecem ser o caminho natural do hospital. Citou, exemplificando, as negociações em curso com autoridades da Secretaria Municipal de Saúde que transformam o hospital no centro de referência

terciário da região e no líder do distrito sanitário que se estabelecerá com a nova equipe de gestão municipal.

Questionada acerca de uma ação, política ou evento implementado nos últimos 6 meses descreveu o processo de planejamento executado quando da decisão de assumir a gestão da 2ª OSS pela mantenedora, na qual tanto a diretoria estatutária quanto a executiva estiveram envolvidas.

Conclusão.

A organização estudada apresenta uma estrutura de governança corporativa caracterizada por um modelo de controle que replica a cultura da organização religiosa instituidora. A representação do corpo associativo está condicionada à manutenção da condição de membro da ordem e à obediência aos seus princípios. Não existe a possibilidade de participação fora deste contexto. O comando da organização se estrutura em dois níveis, as Diretorias Estatutária e executiva, com a participação de parte das representantes em ambos. A concentração de poderes na Diretoria Estatutária é legitimada por um mecanismo que envolve o planejamento estratégico da instituidora, com todas as suas associadas definindo conjuntamente quais as ações e interesses deverão ser privilegiados nos 3 anos seguintes. Por sua vez, esta valida e legitima as ações da diretoria executiva que tem como personagens principais as diretoras superintendente e médica.

Em decorrência das mudanças que vem ocorrendo nos cenários externos, especialmente com o desenvolvimento de novos programas oficiais de assistência, a organização tem passado por uma transformação em sua plataforma de atuação, com o gradativo crescimento de importância de outras instâncias internas. A diretoria executiva encontrou na formação de comissões permanentes e na implementação de práticas colegiadas de atuação das demais lideranças mecanismos competentes de compartilhamento do processo decisório e de envolvimento do corpo de colaboradores. Entretanto, o comando organizacional vem sendo exercido de forma centralizadora pelas duas diretorias citadas. Entre os

valores que justificam este modelo estão princípios de fidelidade à organização instituidora e a crença que as soluções dos problemas que eventualmente emergem contam com a participação divina em suas soluções.

A gestão da organização não é profissionalizada e se processa sob um mecanismo básico de compartilhamento do poder pelas duas principais diretorias da área executiva, com a assunção pela superintendente e pela diretora médica de papéis complementares. Entretanto é possível a identificação de mecanismos diretos de comunicação entre parte dos representantes da diretoria e os principais membros do corpo médico, e a consequência foi a criação de canais formais de regulação deste processo com a criação das diversas comissões.

Com referência ao questionamento proposto na definição do escopo do trabalho de pesquisa podemos inferir que:

Questão 1 - (Existe nos hospitais estudados uma cadeia de comando e direção entre as instâncias superiores e o executivo principal que efetivamente acarrete ações executivas?)

Existe uma cadeia de comando que efetivamente acarreta ações executivas. Esta se efetiva com a participação permanente de representantes da Diretoria Estatutária no âmbito da diretoria executiva, com acumulação de papéis.

Questão 2 - (O modelo de governança corporativa observado nos hospitais apresenta alguma semelhança estruturada com os disponíveis em outras organizações empresariais que se diferenciam pelo objeto do lucro?)

Não existem semelhanças. O comando é exercido por uma diretoria que apesar de eleita pelas associadas tem sua composição definida, à priori, pelas instâncias superiores da ordem religiosa à qual todas as associadas devem obediência irrestrita. De certa forma, o comando da organização pode ser mais facilmente

comparado aos existentes nas instituições militares que aos modelos existentes em empresas e outras organizações.

Questão 3 - (A estrutura legal-estatutária que regula a existência das organizações estudadas contempla os papéis dos executivos principais?)

A resposta a esta questão é sim. O estatuto define os papéis de todos os representantes da diretoria e estabelece claramente as atribuições da superintendência. Entretanto, não estabelece a figura da diretoria executiva e conseqüentemente das demais comissões por esta estabelecidas.

Além disto, foi possível identificar que as possibilidades de interferência das profissões nucleares sobre o processo de governança da organização, estão fortemente condicionadas pela escassez de recursos financeiros e pelo padrão de cultura imprimido pela organização religiosa instituidora.

ANEXO XII

ESTUDO DE CASO 11

Histórico da organização e análise de documentos estatutários.

A organização estudada foi constituída em 1942, por iniciativa da elite econômica e política da capital do Estado de Mato Grosso, com o propósito de implantar uma unidade hospitalar que propiciasse condições adequadas de atendimento à maternidade e à infância da cidade, que até aquela época não contava com uma estrutura adequada de atendimento. Participaram, além disto, do movimento de fundação um grupo de médicos e empresários que enxergavam a possibilidade de estenderem à população carente uma nova opção assistencial.

A organização manteve-se durante cerca de meio século como a mais importante da cidade, constituindo-se na principal planta de atuação da classe médica que imigrava dos grandes centros formadores. Porém com o desenvolvimento de uma estrutura universitária no estado e com as mudanças ocorridas no sistema local de saúde, passou a se defrontar com crises cíclicas que desembocaram em uma situação de insolvência na final dos anos 90. Nesta fase, em consequência da abertura de uma segunda escola médica por uma universidade privada, a instituição passou por uma reformulação de sua atuação, com o desenvolvimento de um contrato de comodato com a nova faculdade de medicina, com o propósito de utilização de sua estrutura como campo de habilitação dos alunos.

Este contrato de comodato estabeleceu um novo modelo de governança , com a comodatária assumindo integralmente os passivos da instituição , com o compromisso de devolve-los à mantenedora, após 30 anos completamente livre de ônus e recebendo, em contrapartida total liberdade para a promoção das adaptações necessárias ao funcionamento de seus cursos em saúde, e autonomia para a gestão da entidade. Basicamente isto se procedeu com o controle de 4 das 7 vagas do Conselho Deliberativo, com a indicação de um de seus professores para o exercício da diretoria clínica e com o controle da Diretoria Executiva.

Segundo o estatuto, constituem as finalidades da entidade a prestação de serviços de assistência hospitalar, o desenvolvimento de atividades de ensino na área da saúde, e de parcerias, convênios ou contratos com terceiros para a utilização de suas instalações como campo de estágio e formação técnica.

Seu quadro social é composto de sócios em duas categorias, a de beneméritos e a de efetivos, diferenciados segundo sua capacidade de contribuição financeira ou de prestação de serviços relevantes à instituição. Seus direitos e deveres estabelecidos são os da participação da Assembléia Geral, do voto e da candidatura aos cargos diretivos que não os de indicação da comodatária, a convocação extraordinária da Assembléia Geral, o da proposição de novos associados, o cumprimento das determinações estatutárias e das instâncias diretoras da entidade e o cumprimento das determinações do contrato de comodato vigente até 2030.

Constituem seus órgãos de direção a Assembléia Geral de sócios, os Conselhos Deliberativo e Fiscal e a Diretoria Executiva.

A Assembléia Geral se reúne ordinariamente uma vez por ano, e extraordinariamente sempre que convocada pelo presidente do Conselho Deliberativo, ou pelo diretor geral ou ainda por solicitação de pelo menos 50% dos sócios em gozo de seus direitos estatutários. Entre suas competências estão a eleição de 3 dos sete membros do Conselho Deliberativo, e 1 dos 3 membros do Conselho Fiscal, devendo as vagas remanescentes ser indicadas pela comodatária, conforme aprovação de Assembléia Geral em que se definiram as características contratuais do comodato, a aprovação dos relatórios e contas da entidade, propor e/ou aprovar os planos de ação anuais, alterar o estatuto desde que não interferindo com as cláusulas contratuais do comodato, autorizar a Diretoria Executiva a dispor ou negociar bens patrimoniais e decidir pela extinção da sociedade.

O Conselho Deliberativo é composto por 7 membros, dos quais 4 indicados pela comodatária e 3 eleitos pela Assembléia Geral para um mandato de 5 anos, admitindo-se duas reconduções. Reúne-se sob convocação de seu presidente, do diretor geral ou de pelo menos 20 sócios em gozo dos direitos estatutários, neste último caso somente por motivo justo e pertinente. Sua presidência é definida pelo comodato como de indicação exclusiva da instituição comodatária e sua escolha deve ocorrer no máximo até 30 dias após a posse dos novos conselheiros eleitos.

Entre suas competências estão as aprovações dos relatórios da Diretoria Executiva, a deliberação sobre despesas extraordinárias, a nomeação e contração dos diretores geral e administrativo da Diretoria Executiva bem como suas demissões, aprovar os regulamentos do hospital, referendar o diretor clínico eleito, autorizar a realização de alienação de bens e ativos, contratar auditores externos e servir de instância de recurso das ações da Diretoria Executiva. Ao seu presidente competem a administração do corpo social e das atividades do conselho assim como a supervisão das ações da Diretoria Executiva. Este é indicado pelo grupo de conselheiros oriundos da mantenedora e tem seu mandato coincidindo com os dos demais membros do conselho podendo ser reconduzido por duas vezes.

A Diretoria Executiva é composta por um diretor geral e um administrativo contratados pelo Conselho Deliberativo e um diretor clínico eleito entre os médicos que fazem parte do corpo docente do curso médico da universidade. Suas atribuições são a administração da entidade, zelar pelo cumprimento do estatuto, regimentos e regulamentos; admitir e propor a exclusão de sócios; contratar serviços de auditoria e assessoria, constituir comissões permanentes ou temporárias e coordenar as atividades de secretaria e administração financeira da entidade. Ao diretor geral competem as representações da Sociedade mantenedora, a superintendência de todas as funções administrativas, a participação das reuniões do Conselho Deliberativo, sua convocação quando assuntos de relevância justificarem, a coordenação das atividades dos demais diretores e comissões, a apresentação de balancetes mensais para a análise do

conselho, a contratação e demissão de pessoal, a formalização de convênios e contratos e o assessoramento da estrutura de ensino existente na organização no sentido de prover recursos necessários ao seu bom desempenho.

A visão do presidente do Conselho Deliberativo – análise do discurso.

Na fase atual, em que a entidade se caracteriza pela convivência permanente com uma estrutura de ensino superior vinculada a uma de suas principais fontes de financiamento, a presidência do Conselho Deliberativo tem se constituído na principal instância de poder e de governança corporativa. A presidência do conselho é exercida por um médico que também se dedica às funções administrativas da universidade ocupando sua Pró-reitoria administrativa.

Nas fases anteriores da organização o Conselho Deliberativo e sua presidência eram ocupados por representantes da comunidade instituidora e do corpo clínico do hospital em um regime de que se caracterizava pelo controle da Diretoria Executiva da sociedade por estes grupos. Isto se processava por meio de mecanismos de influência política e associações familiares entre os membros do corpo social e os médicos encarregados da direção da instituição. Entretanto, desde a assunção pela universidade da gestão da unidade hospitalar, nova dinâmica se estabeleceu com a concentração do poder decisório nas mãos do presidente do conselho e a implantação de novos modelos de gestão e o crescente referenciamento das questões técnicas ao corpo de professores.

Contratou-se uma assessoria especializada em administração hospitalar que, em conjunto com os sistemas administrativos da universidade, propôs e implantou novos processos e fluxos assistenciais que gradativamente foram retirando da esfera do corpo clínico assistencial e do grupo político que sempre dominou a instituição suas capacidades de ingerência sobre questões estratégicas e operacionais do hospital.

Com este processo, fortaleceram-se os laços com o poder corporativo da universidade e gradativamente a presidência do conselho e a Diretoria Executiva tiveram seus papéis fortalecidos e validados. Isto ocorreu, basicamente, em virtude do grande volume de recursos financeiros que foram aportados pela comodatária destinados ao saneamento da instituição. Somente para se ter idéia deste montante a universidade investiu cerca de doze milhões de reais em seu primeiro ano de administração e precisou manter um programa de alocação mensal de cerca de 60% dos recursos operacionais do hospital nesta fase com o intuito de manter um padrão assistencial de qualidade compatível com suas propostas educativas, financiar as despesas correntes e promover reformas estruturais que permitissem o suporte às atividades de ensino.

O atual presidente é um médico formado pela Universidade Federal de São Paulo, que já vinha atuando na administração de educação em saúde há longo tempo e que procurou desenvolver uma nova prática administrativa na organização centrada na administração financeira, na promoção de uma estrutura de ensino compatível com os padrões e perfis de profissionais a serem treinados e no gerenciamento de projetos que atendessem às necessidades acadêmicas e assistenciais. Em seu discurso acerca da estrutura mais adequada para um hospital universitário detalhou princípios de atuação que pressupõem o permanente envolvimento do corpo médico docente com a instituição, como, por exemplo: *“Meu sonho é um hospital universitário diferente dos que a gente encontra no Brasil e, praticamente na maioria dos países. Sonho com um hospital em que o profissional que é professor, e que é médico também, se envolva cada vez mais com o hospital em que ele está. Então, para isso temos desenvolvido e tentado trazer esse profissional para atuar em toda a sua amplitude dentro do hospital, trazendo, inclusive sua vida de profissional liberal para dentro do hospital. Procuramos condições de dar consultórios, de montar sua estrutura de atendimento por aqui, e inclusive, internar seus pacientes aqui. A médio e longo prazo, o que gostaríamos é de ter esse nosso professor também como médico e como profissional liberal aqui dentro, para que ele pudesse estar em tempo integral dentro”*.

Sua opinião acerca dos documentos legais que validam a relação existente entre a instituição e a universidade é que estes demandaram razoável esforço e trabalho jurídico no sentido de preservar os valores e o conceito da sociedade e os interesses da comodatária de forma a manter o papel social da instituição ao mesmo tempo em que se incorporaram novas atribuições no campo da educação médica. Neste sentido entende que o estatuto deve representar o documento legal de balizamento das regras dos jogos de poder institucional e conseqüentemente a defesa dos interesses da universidade demandaram mudanças estatutárias que garantissem sua participação e supremacia na direção. Entre as vantagens de sua atual configuração situam-se a garantia da participação dos colaboradores que tradicionalmente se ocupavam da entidade e a manutenção da possibilidade de inserção de novos colaboradores. A principal desvantagem citada é a permanente preocupação que as autoridades universitárias devem ter com a permanência de comportamentos não adequados aos novos tempos e a utilização do instrumento estatutário por parte de associados descontentes com a nova situação.

Durante seu período de gestão, a presidência do conselho procurou implementar uma mudança radical no grupo gerencial profissional principal da organização, com a substituição de toda a Diretoria Executiva. Esta passa a deter uma importância de maior relevância na gestão dos processos financeiros da instituição e a concentrar grande parcela do poder decisório da organização. Neste sentido, com a reformulação de vários documentos de uso interno, tais como regimentos e manuais de procedimentos administrativos, aparelha-se a administração profissional para assumir o efetivo controle de todas as funções de gestão. A Diretoria Executiva, a despeito das transformações de sua composição e de papéis, passa a buscar novos mecanismos de interação com os diversos grupos profissionais atuantes e a desenvolver programas e projetos que privilegiaram a atuação dos profissionais da universidade em diversas áreas além da médica. Assim ocorre a ocupação de espaços de produção pelos diretores dos cursos de enfermagem, fisioterapia e farmácia com a introdução gradativa de uma nova abordagem e uma nova cultura

organizacional. Entretanto, isto não se procedeu sem traumas posto que muitos dos profissionais que atuavam na organização nas diversas áreas carregavam de longo tempo comportamentos e formas de atuação não mais compatíveis com os modelos em implantação o que caracterizou um certo movimento de resistência à mudança. De qualquer forma, diante da vulnerabilidade patrimonial a que esteve exposta a entidade, a implantação da reforma organizacional mostrou-se como a única possibilidade de sucesso e manutenção da organização.

Segundo o presidente do conselho, o perfil mais adequado ao principal executivo da organização é dependente das situações de risco à que esta esteja exposta e consequentemente à seleção de habilidades e competências que façam face aos cenários em que a organização esteja imersa. Não necessariamente este profissional deve ser oriundo da área da saúde, mas apresentar condições e habilidade de compreensão dos contextos gerais com os quais sua organização esteja lidando. Por exemplo, citou que quando da escolha do novo diretor geral do hospital, buscou identificar um profissional que dispusesse de uma razoável capacidade de negociação e habilidade política. Ou em seus dizeres, *“O perfil que procuramos para o diretor geral foi devido à própria situação da universidade, entrando num hospital que tinha características completamente diferentes do que a universidade precisaria chegar a ter, e foi o de uma pessoa, primeiro, conciliadora, alguém que tivesse uma alta capacidade de conciliar, organizar os diversos grupos que estão dentro do hospital, alguém que tivesse um jogo de cintura muito grande frente aos múltiplos problemas que estaria enfrentando, e alguém que tivesse uma capacidade de negociação de dívida, que é o grande problema do hospital, que tivesse essa capacidade e disponibilidade de poder negociar, trabalhar com os vários problemas que o hospital enfrenta. Seria uma pessoa que tivesse experiência de recuperação de empresas, digamos”*.

Quanto aos principais problemas de relacionamento que tem enfrentado no ambiente institucional com os médicos e professores procurou detalhar que o hospital concentra dois “defeitos” importantes do ponto de vista de comportamento

de seus principais atores quais sejam a convivência num mesmo profissional da centralização de egos, tanto do médico, quanto do professor. Na verdade admitiu que, em muitas situações, devido ao reconhecimento social que ambos usufruem é muito complicado o relacionamento com estes profissionais. E quando um mesmo indivíduo concentra as duas atribuições seu ego é potencializado e torna-se ainda mais difícil a administração de suas demandas e comportamentos. Entretanto, admitiu que com a implantação de uma estrutura departamental que valorizou a competência e a titulação dos envolvidos ambas as organizações têm conseguido implementar seus programas e atuar de uma forma a defender os interesses de qualidade do ensino e de promoção de melhoria da assistência aos pacientes.

Questionado acerca de um evento, ação ou política implantado nos últimos 6 meses citou os trabalhos de desenvolvimento dos programas de internato e residência médica que contaram com a participação de toda estrutura administrativa acadêmica e da organização hospitalar.

A visão do diretor geral – análise do discurso.

A diretoria geral tem se constituído na instância que concentra a maior parte das responsabilidades e decisões administrativas da organização e estruturou-se, no contexto da relação contratual de comodato em um modelo em que estão implícitas suas vinculações diretas à presidência do conselho e à reitoria da universidade. Na prática, todo o comando da organização no que se refere às questões operacionais da assistência, financeiras, de planejamento, de gestão de recursos humanos e de logística tem sido exercido pelo diretor geral que detem inclusive, poderes para interferir diretamente com a atividade acadêmica se necessário. Isto decorreu da condição anterior de insolvência da instituição e da necessidade da comodatária aportar um volume de recursos muito maior que o previsto inicialmente para o saneamento financeiro.

A universidade, com a implantação dos seus programas de ensino dos cursos de saúde no âmbito do hospital, passou a se constituir na principal fonte de receita da

instituição e sentiu a necessidade de instituir um modelo gerencial que propiciasse um maior controle de todas as atividades e consequentes gastos que a unidade hospitalar demandava. Em consequência, procurou estabelecer um reordenamento da estrutura administrativa com a profissionalização da gestão sob o comando da Diretoria Executiva que permitisse um controle mais estrito.

O diretor geral é um economista e empresário, ligado por laços familiares ao reitor, que atuou em diversos segmentos produtivos e desenvolveu uma competência administrativa voltada para a reestruturação e o saneamento financeiro das organizações nas quais trabalhou. Procurou, desde o início de suas atividades, imprimir um modelo de atuação que se caracterizou pela redução do grau de exposição financeira, pela abertura de novas opções de atendimento que propiciassem aumento da receita assistencial e pelo enquadramento das estruturas de recursos humanos e de suprimentos de forma a reduzir os custos do hospital com estas funções. Por exemplo, estimulou a entrada do corpo docente dos cursos de medicina e enfermagem na organização com consequente melhoria do processo assistencial e redução de despesas nestas áreas. Da mesma forma, procedeu, com a participação dos coordenadores do curso de farmácia e bioquímica, a uma revisão e padronização dos medicamentos e materiais utilizados pelo hospital de forma a disciplinar o uso destes insumos e reduzir o custo com sua aquisição.

Com o apoio de uma nova diretoria clínica, eleita a partir do grupo de professores do curso médico, instituiu um novo modelo de relacionamento com o corpo clínico que passou a concentrar nas coordenações dos vários departamentos criados a administração do relacionamento com os demais profissionais médicos. Criou-se uma estrutura de gerenciamento médico que se caracterizou pela abertura do hospital a todos os profissionais interessados da cidade, em um regime de credenciamento que dispunha de razoável grau de exigências, e disponibilizou-se aos professores que representavam as lideranças da categoria as condições para que estes, além da atividade docente, exercessem suas atividades privadas no âmbito do hospital. Com isto, a instituição que dependia exclusivamente do

reembolso do Sistema Único de Saúde para seu sustento financeiro passou a contar com a utilização de parte de sua estrutura destinada ao atendimento de pacientes particulares e de planos de saúde com conseqüente aumento de suas receitas.

Da mesma forma, estabeleceram-se com os gestores públicos de saúde da cidade novos convênios e contratos que procuraram ampliar a ocupação dos serviços ambulatoriais e desenvolver uma plataforma operacional de maior complexidade assistencial.

Entretanto, os vícios de relações contratuais existentes anteriormente na organização tem demandado um crescente aporte de recursos na sua resolução. A instituição, até o início do ano 2000 era caracterizada pela presença de contratos de terceirização de várias de suas funções de atenção médica e pela prática do “não recolhimento de tributos e encargos sociais”, e conseqüentemente a resolução da questão técnica passou pela necessidade de um aporte duas vezes maior de recursos do que o previsto para seu enquadramento. Isto tem sido responsável pela demora, segundo o diretor geral, no equacionamento da questão do corpo clínico e na implantação de práticas operacionais mais racionais e efetivas.

Segundo sua visão, o modelo ideal de atuação da Diretoria Executiva deve incluir o desenho de um processo de permanente interface com a administração da universidade no sentido de uma estrita monitoração do desempenho do hospital e da participação permanente do processo de governança. Por exemplo, sua participação do planejamento operacional, da gestão estratégica e da formulação de novas formas de gestão do conhecimento, em conjunto com a reitoria e diretorias dos cursos de saúde, pode vir a demandar o desenvolvimento de novas formas de atuação administrativa em que o trabalho de suporte, de busca de informações e de assessoria ao trabalho da administração universitária condicione novas necessidades e reformas estruturais do hospital e de sua dinâmica operacional. Por exemplo, citou a implantação de uma estrutura de gestão da área comercial do

hospital que demandou recursos e conhecimentos das áreas do ensino de administração para se organizarem.

Em sua percepção acerca dos papéis desempenhados pelos trabalhadores das profissões nucleares de saúde, médicos e enfermeiras, tem sentido que a área se caracteriza por uma matriz cultural muito diversa das observadas em outras organizações com uma evidente concentração de responsabilidades e de atributos de difícil gerenciamento. Citou por exemplo, sua ignorância acerca das melhores formas e indicações assistenciais o que tem feito com, muitas vezes, tenha que se submeter à “pressões e chantagens” no sentido de disponibilizar recursos que nem sempre estão acessíveis de imediato, sob a argumentação dos profissionais de que “as responsabilidades pelo êxito ou fracasso” da assistência são de sua responsabilidade. No entanto, tem procurado com a criação de comissões técnicas transferir parte destas responsabilidades aos coordenadores dos departamentos com os quais mantem um relacionamento mais estável e racional. Com relação ao processo de comunicação existente na organização reconheceu que existe um grau acentuado de informalidade propiciadora da formação de jogos de interesse, e tem atuado no sentido de privilegiar as diretorias clínica e administrativa no equacionamento dos problemas e na gestão das questões operacionais e com isto tem percebido uma queda na interferência que as profissões nucleares promovem junto às instâncias superiores.

Entende que o modelo de comando implantado com a assunção do hospital pela universidade passa necessariamente pelo compartilhamento das decisões necessárias com a pró-reitoria administrativa que acumula a presidência do Conselho Deliberativo. Neste sentido, devido ao fato da permanente presença do presidente do conselho no hospital tem conseguido uma velocidade maior na resolução de questões estratégicas e de aporte financeiro e isto tem possibilitado o adequado controle dos principais problemas com os quais se defronta. Entretanto, em sua opinião, a universidade deve rever seu planejamento para a área, com conseqüente redução das necessidades de investimentos em função do potencial

risco que uma organização tão deficitária quanto o hospital pode impor a toda a estrutura empresarial.

Em sua opinião, a melhor forma de conduzir a administração do hospital pressupõe o conhecimento do contexto de saúde da cidade e a identificação de quais sejam os papéis da organização para o sistema de saúde municipal com o reconhecimento de suas habilidades internas e das restrições externas. Internamente, a identificação das habilidades e capacidades técnicas do corpo operacional e dos processos de comunicação existentes entre médicos, professores, alunos e usuários participantes do processo assistencial coloca-se como elemento básico no condicionamento da gestão e na redução dos conflitos. Externamente, o contato permanente com as autoridades sanitárias e com o corpo clínico credenciado pode propiciar informações que auxiliam no planejamento da assistência e na definição de quais necessidades assistenciais da comunidade devem ser priorizadas pela instituição que impliquem em maior impacto sobre a promoção da saúde coletiva e no processo de educação desenvolvido pela universidade.

Questionado acerca de uma política ação ou evento desenvolvido nos últimos 6 meses discorreu sobre o processo de planejamento que envolveu as estruturas de direção da organização e da universidade no sentido da implantação dos programas de residência e internato médicos cujo propósito foi a busca do reconhecimento dos cursos da área da saúde pelo MEC.

Conclusão.

A organização estudada apresenta uma estrutura de governança corporativa caracterizada pelo condicionamento dos controles por uma outra organização que, em suma, é responsável pela manutenção financeira. Em decorrência, as práticas administrativas e toda a estrutura de comando organizacional são efetivamente exercidas pelo grupo representante da universidade associada e a representação dos demais grupos sociais está restrita pelo contrato de comodato. A principal

instância de poder na organização é constituída pelo Conselho Deliberativo, em especial pelo seu presidente. A Diretoria Executiva, que é remunerada para exercer as funções práticas e cotidianas da administração tem sido a responsável pela implantação dos modelos de gestão que centralizam a autoridade no presidente do Conselho Deliberativo e no diretor geral. Na verdade , a organização teve que trabalhar um dilema concreto acerca de sua sobrevivência tendo conseguido ajustar a estrutura para o suporte a um modelo de atenção hospitalar universitária com todos os atributos inerentes a este tipo de instituição.

As mudanças promovidas pela diretoria enfatizaram premissas e processos de gestão que permitissem a gradativa eliminação dos problemas de ordem financeira e o incremento da importância dos quadros docentes no ambiente organizacional. O sentido proposto foi de busca de uma mudança de cultura que privilegiasse a formação de quadros técnicos na área de saúde com perfis compatíveis com as demandas locais.

A gestão profissional da organização se processa sob um mecanismo de compartilhamento permanente do poder entre a presidência do conselho, a Diretoria Executiva e as autoridades universitárias, sendo possível a identificação de canais diretos de comunicação entre estas partes. Isto tem levado o executivo principal ao desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre a administração profissional, o conselho e a reitoria com vistas a uma maior integração, atendimento das necessidades dos alunos e de redução de conflitos por meio de canais permanentes de comunicação tanto formais quanto informais.

Com referência ao questionamento proposto na definição do escopo do trabalho de pesquisa podemos inferir que:

Questão 1 - (Existe nos hospitais estudados uma cadeia de comando e direção entre as instâncias superiores e o executivo principal que efetivamente acarrete ações executivas?)

Existe uma cadeia de comando que efetivamente acarreta ações executivas. Esta se processa com a inserção de canais de autoridade entre a principal mantenedora e as instâncias responsáveis pela administração estratégica e executiva da instituição.

Questão 2 - (O modelo de governança corporativa observado nos hospitais apresenta alguma semelhança estruturada com os disponíveis em outras organizações empresariais que se diferenciam pelo objeto do lucro?)

Existem mais diferenças que semelhanças. O comando exercido por uma Diretoria Executiva nomeada, em princípio, difere dos modelos existentes em organizações de outras áreas. O diretor geral, entretanto, exerce um papel que se assemelha ao do "CEO" das corporações.

Entretanto, é importante salientar as questões relacionadas à importância que a organização representa para a saúde da comunidade, com evidente concentração de mecanismos de interação entre as esferas de poder público no setor, a presença do interesse acadêmico e o permanente pareamento dos interesses institucionais aos presentes no ambiente externo.

Questão 3 - (A estrutura legal-estatutária que regula a existência das organizações estudadas contempla os papéis dos executivos principais?)

A resposta a esta questão é sim. O estatuto estabelece claramente os papéis e atribuições do executivo profissional principal da mesma.

Além disto, foi possível a identificação de um profundo processo de transformação organizacional em virtude dos novos papéis que a instituição passou a assumir no espaço comunitário em que se insere.