



FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

15-A

**ANÁLISE DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS EM HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

MARISA NAOE MAKIYAMA

São Paulo
2002

AFJ

ANÁLISE DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS EM HOSPITAIS FILANTRÓPICOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Banca Examinadora:

Prof. Orientador Dr. Luiz Carlos Merege

Prof^a. Dra. Ana Maria Malik

Prof. Dr. Francisco Bernardini Tancredi

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

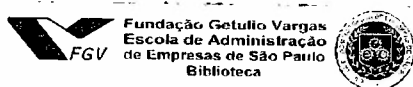
MARISA NAOE MAKIYAMA

**ANÁLISE DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS EM HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da
FGV/EAESP

Área de Concentração: Administração Hospitalar e de
sistemas de saúde como requisito para obtenção de
título de mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Merege



884/2002



1200200884

São Paulo
2002

ADS

MAKIYAMA, Marisa Naoe. Análise do sistema de captação de recursos em hospitais filantrópicos do município de São Paulo. São Paulo: EAESP/FGV, 2002. 156p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).

Resumo: Analisa o sistema de captação de recursos em hospitais filantrópicos do município de São Paulo.

Palavras-Chaves: Captação de recursos - Caridade – Doações - Filantropia – Financiamento do Sistema de Saúde - *Fund-Raising* – Organizações Não Governamentais – Organizações Sem Fins Lucrativos

Aos meus pais

Sueo e Toshiko,
que com muita determinação me ensinaram a aprender.

Aos meus irmãos

Tamotsu, Kasumi, Ignês, Edson, Pedro, Francisco e Humberto,
que tomaram rumos distintos sem esquecer a família,
cuja união se fortalece com a diversidade,
incentivando-me a superar meus próprios limites.

Este projeto foi parcialmente financiado pela CAPES – Coordenadoria de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior

Agradecimentos

Ao Prof. Merege que aceitou a "missão" de me orientar e disciplinar.

À Profª. Ana Maria Malik por estar sempre presente nos momentos críticos e pela admirável capacidade de apontar soluções.

À Profª. Maria Lúcia Lebrão pela compreensão e apoio recebidos.

À Pupi com quem iniciei este empreendimento pessoal e cuja amizade tem estimulado a busca pelo conhecimento e pela justiça social.

Ao Nelson Frenk com quem pude descobrir o fund-raising e o terceiro setor.

Ao Alberto Kanamura por apoiar e incentivar os trabalhos acadêmicos da área de saúde.

Ao PROAHS/FGV – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde da Fundação Getúlio Vargas - que me apoiou durante todos estes anos de relacionamento.

Ao CETS – Centro de Estudos do Terceiro Setor – pelo apoio.

Aos responsáveis pelos hospitais entrevistados que abriram suas portas para me receber e forneceram tantas informações.

Ao meu sobrinho Alberto Hideo Morisawa que garantiu a operacionalidade do sistema de informática.

À Leila que sempre está pronta para ajudar.

Aos amigos e colegas que me ajudaram a concretizar este trabalho.

E principalmente ao Márcio que acompanhou todo o desenvolvimento deste estudo, motivo pelo qual foi privado de minha companhia por infindáveis horas para se submeter à grande prova de tolerar uma mestranda. Sua paciência, carinho e dedicação foram cruciais para que eu pudesse finalizar este trabalho.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	O TERCEIRO SETOR NO BRASIL	19
1.2	A CAPTAÇÃO DE RECURSOS	25
2	OBJETIVOS.....	28
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
3.1	O CONCEITO	32
3.1.1	A MISSÃO	33
3.1.2	O ESTATUTO.....	35
3.1.3	AS QUALIFICAÇÕES.....	36
3.1.4	AS ISENÇÕES FISCAIS PARA O TERCEIRO SETOR.....	48
3.2	O HOSPITAL FILANTRÓPICO.....	49
3.3	A CAPTAÇÃO DE RECURSOS	51
3.3.1	OS RECURSOS NECESSÁRIOS.....	52
3.3.2	OS MEIOS UTILIZADOS.....	57
3.3.3	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	76
3.4	O COMITÊ DE DESENVOLVIMENTO	78
3.5	A ÉTICA DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS.....	80
4	PESQUISA.....	83
4.1	METODOLOGIA.....	84
4.1.1	Revisão bibliográfica.....	85
4.1.2	Questionário	86
4.2	RESULTADOS.....	92
4.2.1	IDENTIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS	93
4.2.2	PERFIL ORGANIZACIONAL.....	99
4.2.3	PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS	106
5	CONCLUSÕES.....	128
5.1	A FILANTROPIA DOS HOSPITAIS BENEFICENTES	130
5.2	O PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS.....	135
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
7	ANEXOS.....	150

LISTA DE QUADROS

	DESCRIÇÃO	pág.
Quadro 1	Classificação das instituições segundo finalidade	20
Quadro 2	Representatividade das doações segundo país	26
Quadro 3	Finalidade das empresas sem fins lucrativos	27
Quadro 4	Distribuição das Entidades Benéficas de Assistência Social com Isenção da Contribuição Previdenciária no município de São Paulo segundo categoria, 2001	47
Quadro 5	Hospitais filantrópicos do município de São Paulo segundo existência de qualificações por Ministério e missão.	94
Quadro 6	Distribuição dos 19 hospitais entrevistados segundo concessão de certificado e/ou reconhecimento de filantropia pelos Ministérios da Saúde, Justiça e Previdência e Assistência Social, 2001	96

LISTA DE TABELAS

	DESCRIÇÃO	pág.
Tabela 1	Distribuição de recursos segundo a área de atuação das organizações.	27
Tabela 2	Doações segundo dados da Receita Federal.	67
Tabela 3	Distribuição do número de hospitais do município de São Paulo segundo natureza jurídica, 1998.	87
Tabela 4	Distribuição de leitos hospitalares existentes no município de São Paulo segundo natureza jurídica, 1998.	100

LISTA DE GRÁFICOS

	DESCRIÇÃO	pág.
Gráfico 1	Distribuição das entidades com título de utilidade pública no município de São Paulo segundo categoria, 2001.	38
Gráfico 2	Distribuição das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público no Município de São Paulo segundo categoria, 2001.	43
Gráfico 3	Distribuição dos recursos no terceiro setor, 1995.	56
Gráfico 4	Origem dos recursos das organizações sem fins lucrativos com atuação na área de saúde, 1995.	57
Gráfico 5	Distribuição dos hospitais filantrópicos segundo data de fundação, 2001.	98
Gráfico 6	Distribuição dos leitos hospitalares segundo especialização, 2001.	101
Gráfico 7	Distribuição de hospitais segundo especialização, 2001.	102
Gráfico 8	Distribuição de hospitais segundo o percentual de gratuidade em atendimentos realizados, 2001.	104
Gráfico 9	Origem dos recursos em 13 hospitais filantrópicos do município de São Paulo, 2001.	108
Gráfico 10	Fonte de recursos referente ao exercício de 2000 de 13 hospitais filantrópicos do município de São Paulo.	110
Gráfico 11	Patrimônio de 13 hospitais sem fins lucrativos do município de São Paulo em 31 de dezembro de 2000 (em milhares de reais).	112
Gráfico 12	Hospitais com convênio SUS, em percentagem, 2001.	114
Gráfico 13	Hospitais que realizam captação de recursos, em porcentagem, 2001.	115

LISTA DE GRÁFICOS (cont.)

Gráfico 14	Valor recebido em doação por 13 hospitais filantrópicos do município de São Paulo, 2001.	117
Gráfico 15	Meios utilizados para captação de recursos pelos hospitais filantrópicos, 2001.	121
Gráfico 16	Meios utilizados para prestar contas aos doadores.	125
Gráfico 17	Meios de fidelização utilizados pelos hospitais filantrópicos.	126

LISTA DE SITES UTILIZADOS

ASSUNTO	SITE
• Associação Brasileira de Captadores de Recursos - ABCR	www.abcr.com.br
• Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais	www.abong.org.br
• Bireme	www.bireme.br
• Centro de Educação Comunitária para o Terceiro Setor – SENAC/SP	www.sp.senac.br/cct
• Centro de Voluntariado de São Paulo	www.voluntariado.org.br
• Conselho Nacional de Saúde	www.conselho.saude.gov.br
• Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FUNDATA	www.fundata.org.br
• Grupo de Institutos, Fundações e Empresas - GIFE	www.gife.org.br
• Guia da Filantropia	www.filantropia.org.br/area_saude.htm
• Instituto Academia de Desenvolvimento Social	www.academiasocial.org.br
• Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas - IBASEnet	www.ibase.org.br
• Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social	www.ethos.org.br
• Instituto Fontes – práticas sustentáveis de gestão	www.fonte.org.br
• Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA	www.ipea.gov.br/associal
• Instituto de Estudos da Religião - ISER	www.iser.org.br
• Ministério da Justiça	www.mj.gov.br

LISTA DE SITES UTILIZADOS (cont.)

• Ministério da Previdência e Assistência Social - Dados cadastrais de entidades filantrópicas isentas da contribuição previdenciária	www.mpas.gov.br/05_01. htm
• Ministério da Saúde/DATASUS	www.datasus.gov.br
• National Society of Fund Raising Executives	www.nsfre.org
• Rede Brasileira de Assistência e Filantropia - REBRAF	www.terceirosetor.org.br
• Rede de Informações para o Terceiro Setor	www.rits.org.br
• Revista Integração	www.fgvsp.br/revista
• The Chronicle of Philanthropy	www.philanthropy.com
• The Foundation Center	www.fdncenter.org
• The International Fund Raising Group	www.ifrg.org.uk/about.html

LEGISLAÇÃO UTILIZADA

1. Constituição Federal de 1988
2. Lei de Introdução ao Código Civil Brasileiro
3. Código Civil Brasileiro – Cap. II – Das Pessoas Jurídicas.
4. Lei nº 91 de 28/8/1935 - Dispõe sobre a declaração de utilidade pública.
5. Lei nº 5.869 de 11/01/1973 - Código de Processo Civil – Cap. X – Da Organização e da Fiscalização das Fundações.
6. Lei nº 6.015 de 31/12/1973 – Título III - Do Registro Civil das Pessoas Jurídicas.
7. Lei nº 7.347 de 24/07/1975 – Ação Civil Pública
8. Lei nº 5.172 de 25/10/1966 – Código Tributário Nacional – art. 9º ao art. 14º.
9. Lei nº 4.320/64 – Institui normas gerais de direito financeiro – art. 16º e art. 17º.
10. Lei nº 8.742 de 7/12/1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências
11. Lei nº 9.429 de 26/12/1996 - Dispõe sobre prorrogação do prazo para renovação de Certificado de Entidades de Fins Filantrópicos e de recadastramento junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS e anulação de atos emanados do Instituto Nacional de Seguro Social - INSS contra instituições que gozavam de isenção da contribuição social, pela não apresentação do pedido de renovação do certificado em tempo hábil.
12. Lei nº 11.271 de 8/11/1995 - Cria o Conselho Estadual de Assistência Social - CEAS e dá outras providências.
13. Decreto nº 19.930 de 1/8/1996 - Aprova o regulamento do Fundo Estadual de Assistência Social - FEAS
14. Decreto nº 50.517 de 2/5/1961 - Regulamenta a Lei nº 91 de 28/8/1935.
15. Decreto nº 60.931 de 4/7/1967 - Modifica o Decreto n. 50.517, de 2/5/1961.
16. Lei nº 6.639 de 8/5/1979 - Introduz alteração na Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935.

LEGISLAÇÃO UTILIZADA (cont.)

17. Decreto-Lei nº 41 de 18/11/1966 - Dispõe sobre a dissolução de sociedades civis de fins assistenciais.
18. Medida Provisória nº 1.602 de 14/11/1997 - Altera a legislação tributária federal e dá outras providências.
19. Lei nº 9.604 de 5/2/1998 - Dispõe sobre a prestação de contas de aplicação de recursos a que se refere a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências.
20. Decreto nº 2.173 de 5/3/1997 – Seção II – Da Isenção de Contribuintes.
21. Portaria nº 1.285 de 19/12/1995 - Regulamenta a emissão de autorização para realização de sorteios por entidades filantrópicas.
22. Lei nº 9.532 de 10/12/1997 - Altera a legislação tributária federal, e dá outras providências.
23. Portaria nº 35 de 26/12/1997 - Aprova Norma Operacional Básica que disciplina o processo de descentralização político-administrativa das três esferas de governo no campo da política de assistência social.
24. Portaria nº 4.385 de 10/3/1998 – Regulamenta a Lei nº 9.604 de 5/2/1998.
25. Decreto nº 2.536 de 6/4/98 - Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7/12/1993, e dá outras providências.
26. Lei nº 9.608 de 18/2/1998 - Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências.
27. Medida Provisória nº 1.648-6, de 24/3/1998 - Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

1 INTRODUÇÃO

Em 1995, um hospital público do município de São Paulo contratou uma consultoria para realizar um estudo de viabilidade cujo objetivo era avaliar a imagem que a instituição tinha sob a perspectiva de grandes empresários do Estado de São Paulo e a possibilidade de captar recursos para seu desenvolvimento e crescimento (MAKIYAMA & FRENK, 1997). Após meses de trabalho de planejamento e organização, vinte e sete empresários foram entrevistados e o resultado encontrado foi o de que a meta financeira definida pela instituição - de captar o montante de 67 milhões de reais - era passível de ser atingida e o hospital poderia concluir suas reformas e criar um comitê de desenvolvimento para obtenção de receita dentro de um cronograma de trabalho e de captação preestabelecidos. Baseado nos resultados otimistas apresentados por este estudo e na participação das empresas nas atividades de cunho social, surge o questionamento sobre a incipiência da aplicação do *Fund-Raising*, principalmente para o segmento de saúde.

Os potenciais doadores concluíram que a campanha poderia ser bem sucedida, mas o processo não teve continuidade por motivos intrínsecos à instituição e, embora o estudo tenha gerado algumas iniciativas isoladas, não foi possível comprovar a efetividade do *fund-raising* neste hospital.

A tradução do termo *Fund-Raising* é captação de recursos e é uma estrutura utilizada pelas instituições filantrópicas para desenvolver um programa estratégico para obtenção de recursos. O aumento da necessidade de desenvolvimento social, cultural e cívico, concomitante ao aumento da concorrência pelas crescentes doações provenientes das empresas privadas ao longo destes últimos trinta anos foram os fatores determinantes para o desenvolvimento de técnicas e habilidades de captação de recursos.

Se o Fund-Raising é um instrumento tão efetivo na experiência norte-americana e um estudo de viabilidade em hospital público brasileiro aponta a possibilidade de sucesso, qual a razão do seu desconhecimento e a sua não utilização pelo setor de saúde que freqüentemente aparece na mídia, justamente pela sua falta de recursos?

Esta questão foi a base para o desenvolvimento deste trabalho cujo objetivo é identificar e analisar as evidências de sua existência nas entidades de saúde sem fins lucrativos do município de São Paulo.

Foram levantadas as informações referentes à estrutura organizacional do hospital, à composição de seu financiamento, ao tipo de captação de recursos adotado e ao envolvimento e à qualificação de recursos humanos envolvidos para o seu desenvolvimento.

1.1 O TERCEIRO SETOR NO BRASIL

O terceiro setor congrega vários grupos que se organizaram e receberam denominações listadas por FERNANDES (1997) como: instituições sem fins lucrativos, significando que os benefícios financeiros não podem ser distribuídos entre os diretores e associados; organizações voluntárias, com

sentido complementar ao anterior, denota a criação de uma organização como fruto de um puro ato de vontade dos fundadores; caridades, expressão de origem inglesa que recorda a religião medieval enfatizando a doação; filantropia, mais comum na literatura anglo-saxã como contraponto moderno à caridade; mecenato, lembra a Renascença e o prestígio oriundo das doações às artes e ciências; e organizações não governamentais – as ONGs – expressão proveniente da Europa continental, onde organizações internacionais do sistema de representação das Nações Unidas desenvolviam e buscavam projetos em âmbito não-governamental pelo mundo, disseminando as ONGs; e sociedade civil caracterizada pela promoção de interesses coletivos, diferentemente da lógica de mercado. A combinação de termos de diferentes locais e épocas cria uma rede complexa e instável de oposições e complementaridades que, incorporadas ao conceito de cidadania, compõem o terceiro setor.

O termo “terceiro setor” pressupõe a existência do primeiro e do segundo setor e FERNANDES (1994) também define através de quatro combinações derivadas da conjunção entre o “público” e o “privado”, como pode ser observado no Quadro 1, onde distinguem-se os agentes e a finalidade para o qual foram criados, conceituando o terceiro setor como *“um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços públicos”*.

Quadro 1. Classificação das instituições segundo finalidade.

AGENTE	FINALIDADE	SETOR
Privado	Privado	1º setor: mercado
Público	Público	2º setor: Estado
Privado	Público	3º setor: filantropia
Público	Privado	(corrupção)

FONTE: adaptado de FERNANDES (1992).

Para SALAMON (1992, p. 6-7), o setor não lucrativo pode ser sistematizado e definido como um conjunto de organizações que agrupam seis características simultaneamente:

1. estrutura formal: embora existam muitos agrupamentos de pessoas que se reúnem informalmente para discutir e propor mudanças sociais, existem leis que identificam as entidades sem fins lucrativos e permitem a viabilização de contratos e isenções fiscais que por sua vez oficializam a responsabilidade financeira do compromisso institucional;
2. privado: são instituições fundamentalmente privadas em sua estrutura básica e, portanto, não fazem parte do aparato governamental, apesar de poderem receber subvenções importantes;
3. não distribuição de “lucros”: os resultados financeiros positivos conhecido como lucro é próprio das entidades privadas, mas no caso de organizações filantrópicas, este “lucro” é denominado superávit, que por sua vez deve ser totalmente investido na própria instituição e não deve ser distribuído entre seus dirigentes;
4. autogovernado: devem ter seus próprios procedimentos internos de gestão e não serem controlado por outra instituição;
5. envolvimento de voluntários: envolvem um elevado grau de participação voluntária, tanto na área operacional quanto na gerencial; e
6. finalidade pública: criados com o propósito público de contribuir para o bem-estar social.

Para a Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, o Terceiro Setor ainda não tem um conceito preciso por ser muito abrangente e difuso, que agrupa uma ampla variedade de instituições da sociedade civil constituídas com objetivos e estratégias distintas. O ponto comum de convergência nas instituições que o compõe é o fato de serem sem fins lucrativos, por não terem como objetivo as leis mercantis, mas por se caracterizarem pela promoção de interesses

coletivos, nos quais estão incluídas a defesa da qualidade de vida e a ampliação da democracia e da cidadania.

Conceituada inicialmente pelos economistas nos Estados Unidos, a Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo reconhece que a teoria do Terceiro Setor surge pela incapacidade do Estado em atuar como regulador do pacto social e pela necessidade de uma ação social eficaz, capaz de enfrentar os crescentes problemas sociais junto aos setores da sociedade que mais sofrem pelo modelo de concentração do capital e da renda.

Sob o ponto de vista de COELHO (2000), o termo "terceiro setor" *"expressa uma alternativa para as desvantagens tanto do mercado, associadas à maximização do lucro, quanto do governo, com sua burocracia inoperante. Combina a flexibilidade e a eficiência do mercado com a equidade e a previsibilidade da burocracia pública"*.

À medida que cresce o número de instituições do Terceiro Setor, também aumenta a sua amplitude de atuação, abrangendo áreas menos favorecidas pelos setores público e privado. Assim como o terceiro setor ganhou visibilidade nos anos 80 através das ONGs, tornam-se mais evidentes as demais entidades voltadas à filantropia, que desenvolvem atividades nas áreas de saúde, educação e bem-estar social, além de organizações voltadas à defesa dos direitos de grupos bem definidos como mulheres, negros índios ou de proteção do meio ambiente, promoção do esporte, da cultura e do lazer.

A dimensão da atuação do Terceiro Setor não se limita apenas ao crescimento numérico de instituições, pois engloba uma rede de atividades e atores através da qual os cidadãos exprimem sua solidariedade através da doação de tempo, trabalho e talento em forma de ajuda voluntária. Recentemente, também integra a filantropia empresarial pela qual a empresa se compromete com

a melhoria das condições sociais da comunidade e estabelece sua responsabilidade social.

A Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, procurando definir sua postura frente ao terceiro setor, afirma que a provisoriedade do seu conceito não se deve ao fato de ser uma novidade, mas por ser uma proposta experimental, uma tentativa de trabalho conjunto que converge instituições de diversas áreas em prol da equidade e da justiça social, de uma nova proposta de relacionamento do Estado com a sociedade civil acrescentando que, para o Banco Mundial:

“o Terceiro Setor, tendo à frente as ONGs (...). Na sua avaliação (do Banco Mundial), estas instituições sem fins lucrativos estão mais enraizadas na sociedade e chegam a ter uma capilaridade que o Estado não pode ter (...) apresentam resultados muito mais significativos que a ação do Estado. São, portanto, ideais para substituírem ou complementarem a ação dos órgãos públicos na área social. Neste sentido, a expectativa quanto ao seu papel é de ser tornarem “neogovernamentais”, isto é, entidades terceirizadas, braços executores de políticas públicas definidas a partir do Estado.”

No Brasil, os registros sobre este “mundo filantrópico” são imprecisos. As pesquisas com o Cadastro Geral do Contribuinte (CGC) da Fundação Grupo Esquel Brasil apontam de 140 a 330 mil entidades enquanto os trabalhos de LANDIM & BERES, citado por ASHOKA (2001), estimam cerca de 250 mil entidades sem fins lucrativos cujo movimento financeiro equivale a 1,5% do PIB brasileiro e espera-se que no futuro aumente para 5% do PIB, com percentuais semelhantes à média de outros países apontados na pesquisa de SALOMON (1996).

Apesar da inexatidão de informações referentes ao terceiro setor, SANT’ANA (1998) apresenta indicadores que, embora também imprecisos, são estimativas de sua representatividade no país, como por exemplo, um faturamento

provável de cerca de 30 bilhões de dólares americanos ao ano (aproximadamente 4% do Produto Interno Bruto – PIB - brasileiro) e emprego para quase 1,7 milhão de pessoas, principalmente nas áreas metropolitanas das regiões Sul e Sudeste do país.

ASHOKA (2001) afirma existirem dois fatores explicativos para a expansão do terceiro setor. O primeiro *“é o engajamento crescente do setor privado nas questões sociais”* acrescentando que:

“A partir da década de 1990, empresas brasileiras e multinacionais iniciaram um processo de atuação na área social. A princípio, as empresas buscaram parcerias com as organizações da sociedade civil para, juntas, atuarem com maior eficiência e melhorar os resultados sociais. À medida que as empresas foram ganhando experiência e contato com a realidade social do país e com os projetos sociais, passaram a constituir suas próprias fundações empresariais, além de continuarem a atuar em parcerias”.

O segundo fator seria o conceito da sustentabilidade como base para encerrar a dependência que as organizações sem fins lucrativos tinham de uma ou outra fonte de recursos, governamental ou internacional.

A necessidade de se manter em funcionamento gerou a busca pela diversificação das fontes de financiamento e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de projetos de geração de receita, à profissionalização de recursos humanos e voluntariado, à atração de sócios membros da organização, ao estabelecimento de estratégias de comunicação, à avaliação de resultados e ao desenvolvimento de estrutura gerencial eficiente.

De acordo com SALAMON (1998):

“Os gestores de organizações do Terceiro Setor terão de dar mais atenção ao treinamento e à assistência técnica, e aqueles que contribuem com essas organizações terão de ir

além da filantropia apenas para sentir-se bem consigo mesmo e do financiamento de projetos de curto prazo, para o suporte institucional de longo prazo. O Terceiro Setor claramente atingiu a maturidade no cenário global, mas agora deve encontrar formas de fortalecer sua capacidade institucional e contribuir mais significativamente para a solução de problemas maiores – sem perder sua base popular e capacidade de mudança”.

Para que isso possa ser viabilizado, SALAMON também acrescenta que é necessário o relacionamento que as instituições sem fins lucrativos terão junto ao governo, principalmente de propiciar suportes legais e financeiros para garantir independência e autonomia suficientes para se manterem.

1.2 A CAPTAÇÃO DE RECURSOS

Nos EUA, onde as organizações não lucrativas têm um papel relevante na provisão do bem estar social, a viabilização dos recursos necessários para a operacionalização das instituições sem fins lucrativos é decorrente da atual existência de uma complexa estrutura de captação de recursos profissionalizada, o *Fund Raising*, que neste estudo será referido simplesmente por Captação de Recursos.

As associações norte-americanas de captação de recursos contam com aproximadamente 23 mil membros associados, que se reúnem periodicamente para aprimoramento e desenvolvimento de novas formas de trabalho. A National Society of Fund Raising Executives, principal sociedade de captadores de recursos dos EUA, recebem cerca de mil novos sócios por ano. Um dos fatores para este aumento é que grande parte das organizações filantrópicas daquele país tem em sua estrutura operacional, o *Fund-Raising* (NSFRE, 1999) que representa aproximadamente 19% da receita, isto é, US\$ 346 bilhões, o

equivalente a 6,3% do PIB dos EUA (SALAMON, 1996), conforme apresentado no Quadro 2, enquanto no Brasil, segundo VASSALO (2000), existem cerca de 60 captadores de recursos, membros da Associação Brasileira de Captadores de Recursos (ABCR) trabalhando para angariar fundos para universidades, ONGs, hospitais e entidades ambientais.

No Quadro 2, SALAMON (1996) apresenta as informações de um estudo comparativo desenvolvido em sete países. Por falta de registros, alguns países não puderam ser incluídos na análise, mas o Brasil foi acrescentado conforme os dados fornecidos por SANT'ANA (1998), embora não haja um detalhamento sobre a origem dos recursos do terceiro setor.

Quadro 2. Representatividade das doações recebidas pelo terceiro setor e os gastos realizados na saúde segundo país, em dólares americanos.

PAÍS	INVESTIMENTO SOCIAL (% do PIB)	GASTOS NO 3º SETOR		RECURSOS DO 3º SETOR PROVENIENTES DE DOAÇÕES (%)
		em milhões	% do PIB	
Hungria	16.2	395	1.2	19.7
EUA	12.5	346.355	6.3	18.5
Inglaterra	20.4	46.997	4.8	12.0
França	28.6	39.895	3.3	7.1
Itália	23.3	21.800	2.0	4.1
Alemanha	23.4	53.862	3.6	3.9
Japão	12.2	95.080	3.2	1.3
Brasil	5	30.000	4.0	?

Fonte: Adaptado de SALAMON & ANHEIER, 1996 e SANT'ANA in: MEREGE (coord.) & BARBOSA, 1998.

De todas as áreas do setor de serviços sem fins lucrativos, o setor saúde é o que absorve mais recursos nos EUA e Brasil. MEREGE & BARBOSA (1998) apontam que, enquanto no Brasil estima-se que 60 a 70% das entidades sem fins lucrativos tenham sua finalidade baseada em serviços de assistência social, saúde e educação (Quadro 3), nos Estados Unidos o setor saúde ficou com

60% de toda receita das entidades não lucrativas (Tabela 1) segundo (SALAMON & ABRAMSON, 1982). Isto reflete o papel substancial que as organizações sem fins lucrativos desempenham nesta área.

Quadro 3. Finalidade das organizações sem fins lucrativos no Brasil.

GRUPO	% DAS ENTIDADES
Assistência Social, Saúde e Educação	60 a 70
Corporativas (sindicatos, federações)	10 a 15
Associações de Moradores	15 a 25
Confessionais, cultura, esporte, lazer	5 a 10
Outras (Organizações Não Governamentais)	10 a 15

Fonte: SANT'ANA. In MEREGE & BARBOSA, 1998.

Tabela 1. Distribuição de recursos segundo a área de atuação das organizações.

Área de atividade das organizações	Recursos (em bilhões de dólares)	% do total
Saúde	70,0	60,1%
Educação/pesquisa	25,2	21,6%
Serviços Sociais	13,2	11,3%
Desenvolvimento comunitário c	5,4	4,6%
Arte/Cultura	2,6	2,2%
TOTAL	116,4	100,0%

FONTE: SALAMON, L. M & ABRAMSON, A. J.. *The Federal Budget and the Nonprofit Sector* (Washington, D.C.: The Urban Institute Press, 1982), p. 15. in: COELHO (2000).

2 OBJETIVOS

É fato que a filantropia existe, assim como a captação de recursos para sua operacionalização. A cada ano que passa, mais informações são divulgadas na mídia acerca deste tema. De acordo com FUCHS (2002), as inserções sobre temas sociais na mídia aumentaram de uma média mensal de 299,25 matérias para 318,67 como resultado da relação pró-ativa das entidades com a mídia, mesmo assim ainda é comum encontrar pessoas que sequer têm idéia da existência do terceiro setor.

Termos como caridade, doação, esmola são bastante conhecidos pela população onde se dá o quanto pode e nenhuma contrapartida é solicitada em troca, já a palavra filantropia, quando é amplamente divulgada pela mídia, geralmente apresenta um conteúdo associado a casos ilícitos e, felizmente, a casos pontuais e isolados.

O objetivo deste estudo é analisar a filantropia dos hospitais sem fins lucrativos denominados filantrópicos e identificar o potencial de implantação e desenvolvimento do processo de profissionalização da captação de recursos a partir dos resultados encontrados na pesquisa.

Com a identificação do potencial para criação de uma estrutura de captação de fundos, pretende-se levantar três aspectos. Primeiro, se há a preocupação em encontrar alternativas para viabilizar a operacionalização do

hospital; segundo, se a receita bruta garante a auto-sustentabilidade institucional perante os dirigentes; terceiro, se há captação de recursos institucionalizada.

Os hospitais filantrópicos que apresentarem estrutura de captação de recursos foram questionados em relação a quem coordena a captação de recursos, quais os meios adotados e como é feita a manutenção de todo o processo.

Embora o estudo que desencadeou este trabalho tenha se desenvolvido em um hospital público, esta pesquisa enfoca somente os hospitais filantrópicos, para avaliar o perfil institucional em relação à captação de recursos nas entidades regidas pelas regulamentações de um único município.

Não é objetivo deste trabalho comparar hospitais de natureza jurídica diferentes, motivo pelo qual foram excluídos os hospitais públicos que apresentem fundações de apoio, mesmo que estas organizações sejam classificadas como filantrópicas. Tampouco se pretende padronizar um modelo de captação para as entidades, mas fomentar novos estudos acerca da filantropia na saúde, na busca de alternativas viáveis de obtenção de recursos para promover a sua auto-sustentabilidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O CONCEITO

As sociedades modernas, quaisquer que sejam as suas políticas, acreditam na necessidade de proteger os indivíduos contra os infortúnios econômicos, a velhice, a incapacitação ao trabalho e principalmente para assegurar os direitos humanos básicos e, a partir da conscientização das necessidades humanas, surgiram movimentos sociais e organizações com o propósito de garantir ou até mesmo assumir parte do papel social atribuído ao governo.

Para a prática da filantropia, GREENFIELD (1994) propõe duas questões fundamentais para ser definida pela instituição para que se inicie o processo de captação de recursos:

1. Por que existimos?
2. Para que é o dinheiro?

Uma organização sem fins lucrativos é identificada pelos seus valores e sua visão do que fez, do que faz atualmente e do que planeja fazer, para estabelecimento de sua missão.

3.1.1 A MISSÃO

A missão é o que ASHOKA (2001) define como uma síntese da linha de atuação social da instituição. Para The Fund Raising School, conforme apresentado no Seminário "Princípios e Técnicas de Captação de Recursos", a missão é uma declaração filosófica das necessidades, problemas humanos e sociais atendidos pela organização, ou seja, é o que determina a razão da existência da entidade, é o item que melhor descreve a causa ou a crença que une um conjunto de indivíduos para tentar solucionar problemas sociais específicos através da remoção dos obstáculos.

Segundo HUDSON (1995):

"As pessoas que trabalham nas organizações do terceiro setor geralmente são motivadas por um desejo profundo de ajudar a mudar a sociedade. [...] As igrejas cristãs usam a palavra "missão" para descrever seu trabalho; as instituições de caridade muitas vezes falam de "nossa missão" e aqueles que trabalham em hospital sabem que sua missão é a de curar doentes".

A determinação objetiva da missão explicita a capacidade que a organização tem em resolver problemas contra os quais quer combater, mostra a habilidade para ajustar seu foco de atuação e, principalmente, a sua versatilidade em buscar soluções em resposta às flutuações do mercado e/ou da sociedade.

Uma entidade com missão pressupõe que, em algum momento de sua história, a sua causa foi questionada ou confirmada, passando por uma avaliação ou reavaliação. O fato de existir uma missão escrita e divulgada colabora na orientação dos objetivos organizacionais e no alinhamento dos participantes da equipe. A missão é um item fundamental para o desenvolvimento

do caso institucional que, por sua vez é a expressão da causa onde são expostos todos os motivos pelos quais uma pessoa ou entidade é mobilizada a participar de um movimento para alcançar os seus objetivos.

Mas, BRINCKERHOFF (1994) vai além da simples necessidade de se definir uma missão. Sua proposta implica no desenvolvimento do “*gerenciamento baseado na missão*”, no qual a missão seria o instrumento gerencial e de *marketing*, o motivador e o guia para as ações da instituição com base em três princípios filosóficos:

- **Instituição sem fins lucrativos também é um negócio:** diferentemente das organizações com finalidade lucrativa que buscam lucros, o objetivo das entidades sem fins lucrativos é o cumprimento de sua missão e as técnicas utilizadas pelas lucrativas também são aplicáveis no terceiro setor e, portanto, é necessário conceber uma visão estratégica, negociar e assumir um posicionamento forte;
- **Ninguém dá dinheiro:** embora tecnicamente haja um ato de doar, o que realmente ocorre é o convencimento de um “doador” a remunerar os serviços prestados pela instituição a alguém que não tem condições de pagar, deixando claro que o dinheiro recebido seria transformado em serviços por quem possa provê-los efetivamente; e
- **Sem fins lucrativos não significa sem “lucros”:** entendendo “lucro” como superávit financeiro, pois uma organização sem lucros seria aquela que perde dinheiro. Algumas entidades sem fins lucrativos presumem que elas não deveriam ter superávit por considerar ilegal ou imoral, mas este superávit é essencial para financiar a capacitação técnica, permitir o crescimento institucional, o recrutamento e a manutenção de bons profissionais.

A obtenção de recursos se faz através da apresentação do caso e, principalmente, pela capacidade de sensibilização de potenciais doadores. Para isso, é necessário ser bem elaborado e muito bem compreendido entre os

representantes da organização frente aos potenciais doadores para poder persuadi-los a financiar um projeto social.

3.1.2 O ESTATUTO

As instituições sem fins lucrativos devem, segundo o Código Civil, ser registradas em cartório como pessoa jurídica de direito privado e devem obedecer a dois tipos de normas, à lei e ao regulamento que ela própria criou, ou seja, seu estatuto.

O estatuto é o registro de existência da entidade, onde se encontram definidas a identidade e as atribuições da instituição. O estatuto tem importância uma vez que legitima a entidade e lhe propicia a qualidade de agente de direito, e, conseqüentemente, o poder de solicitar as qualificações governamentais para usufruir seus benefícios posteriormente, na sua ausência. MARTINS (2000a) afirma que, além de não ter direitos face a terceiros, os deveres são mantidos e da forma mais severa e negativa, pois, no Brasil, as sociedades informais "*induzem à responsabilidade integral, solidária, subsidiária e ilimitada de seus membros*" e que, portanto, o não registro implica na não distinção entre os bens e as obrigações entre a instituição e os sócios.

Embora haja liberdade de determinar o conteúdo de um estatuto, existem regras mínimas exigidas para seu registro, sendo elas:

1. Dizer quem representa a organização para o exterior, e para a sociedade em geral (art. 17, Código Civil ou C.C.);
2. Escolher a denominação com a qual se fará identificar (art. 19º C.C.);
3. Estabelecer seus fins (art. 19 C.C e art. 120 da lei 6015/73);
4. Indicar seu fundo social quando houver (art. 120 da lei 6015/73);

5. Dizer onde será a sede (art. 19 C.C e art. 120 da lei 6015/73);
6. Estabelecer qual a duração da sociedade (art. 120 da lei 6015/73);
7. Indicar qual o modo pelo qual se administra a entidade e de que forma se fará representar (art. 120 da lei 6015/73);
8. Pré-determinar se o estatuto é reformável no tocante à administração (art. 120 da lei 6015/73);
9. Dizer se os sócios/associados são ou não responsáveis subsidiariamente pela organização (art. 120 da lei 6015/73);
10. Falar das condições de extinção da organização e, neste caso, para quem seus bens serão destinados (art. 120 da lei 6.015/73).

Estes são os itens mínimos que devem constar em um estatuto, mas dependendo das qualificações que queiram obter, as instituições devem registrar mais informações, como a constituição de um Conselho Fiscal no caso de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

3.1.3 AS QUALIFICAÇÕES

Pela legislação brasileira, as organizações sem fins lucrativos podem ser constituídas sob uma das seguintes formas: fundações públicas e privadas; associações ou sociedades civis; cooperativas ou cooperativas sociais (ASHOKA, 2001. p. 22). As qualificações são obtidas em função dos títulos e certificações que estas organizações podem requerer junto a determinados órgãos do poder público, desde que observados os requisitos legais.

Para MARTINS (2001), há três (3) funções tradicionais dos títulos e certificados para o Terceiro Setor:

- a) Comprovar sua condição de entidade reconhecida pelo poder público como útil à coletividade;
- b) Obter vantagens de natureza fiscal;
- c) Participar de fóruns ou conselhos de órgãos públicos.

Portanto, a certificação significa o reconhecimento do poder público da benemerência da entidade que a possui, concedendo-lhe a certeza do gozo das imunidades tributárias dos artigos 150º (inciso VI, alínea "c") e 195º (§ 7º) da Constituição de 1988, em especial das contribuições previdenciárias além de se reconhecer como participante ativo do sistema de seguridade social (ref. Constituição Federal, art. 194º).

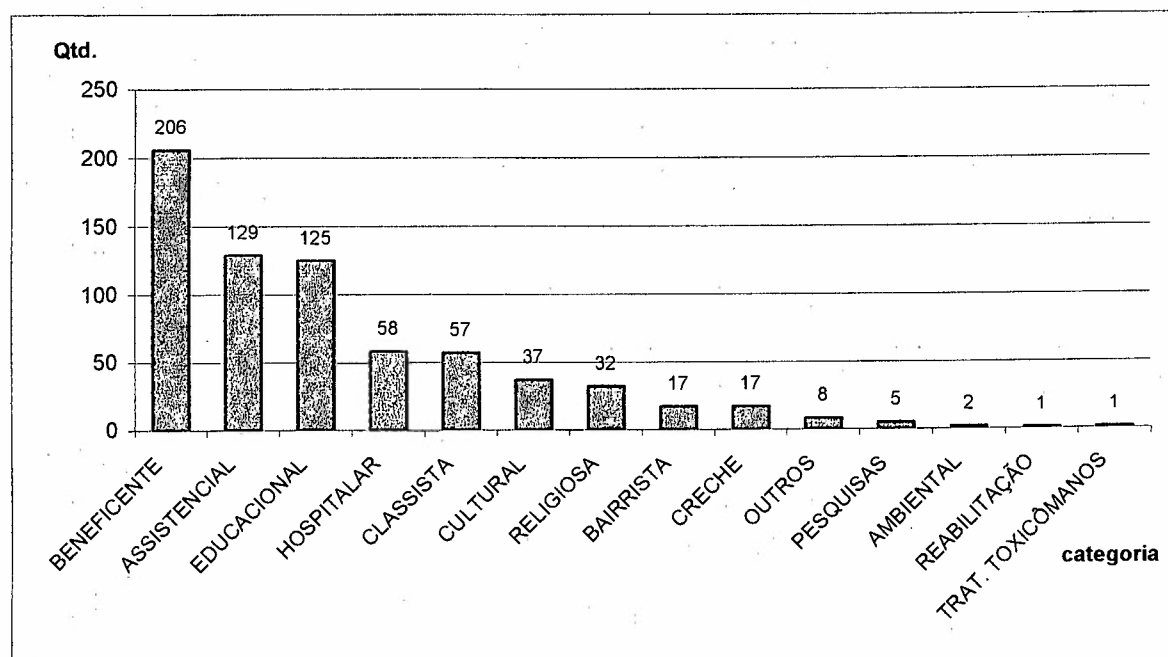
3.1.3.10 TÍTULO DE UTILIDADE PÚBLICA

O título de Utilidade Pública foi criado através da Lei nº 91 de 28 de agosto de 1935. Trata-se de um reconhecimento público de sociedades civis, sociedades e fundações constituídas no país, cuja finalidade única é de servir desinteressadamente à coletividade. A concessão deste título é estritamente honorífica e nenhum favor do estado decorre dele, exceto a garantia de uso exclusivo, pela instituição, de emblemas, flâmulas, bandeiras ou distintivos próprios devidamente registrados no Ministério da Justiça (MJ) e da menção do título concedido. Todas as entidades portadoras do título devem, obrigatoriamente, apresentar anualmente a relação circunstanciada dos serviços que houver prestado à coletividade sob pena de cassação, caso não seja apresentada por três anos consecutivos. Este título pode ser concedido pelas três esferas de poder: federal, estadual, municipal ou distrito federal, mas para a obtenção do título de utilidade pública federal, é necessário que também haja outro título, seja da instância municipal ou do distrito federal, seja estadual.

No caso específico das Santas Casas, foi aprovado o Decreto de 30/12/92 que declara de utilidade pública as Santas Casas de Misericórdia, desde que cumpram as exigências fiscais contidas no Decreto.

Segundo a SECRETARIA NACIONAL DE JUSTIÇA do MJ, somente no município de São Paulo existem 695 entidades reconhecidas com título de utilidade pública que se dividem em 14 categorias conforme apresentado no gráfico 1, sendo elas: beneficente (29,6%); assistencial (18,6%); educacional (18,0%); hospitalar (8,3%); classista (8,2%); cultural (5,3%); religiosa (4,6%); bairrista (2,4%); creche (2,4%); outros (%); pesquisas (0,7%); ambiental (0,3%); reabilitação (0,1%) e tratamento de toxicômanos (0,1%).

Gráfico 1. Distribuição das entidades com título de utilidade pública no município de São Paulo segundo categoria, 2001.



FONTE: Adaptado dos dados obtidos do site do MJ em 30/12/2001.

Conforme informações fornecidas pelo MJ, cada instituição é classificada em uma categoria de acordo com o fornecimento de informações definidas e enviadas pelas próprias entidades que solicitam o reconhecimento de utilidade pública. As entidades que têm benemerência em muitas áreas de atuação, podem ser qualificadas em qualquer uma das categorias, pois a classificação ou qualificação não acrescenta nenhum benefício à instituição, sendo apenas uma forma de preencher um campo dentro do cadastro sistêmico. A atualização do banco de dados é feita no momento da entrada de dados no sistema que automaticamente atualiza os dados disponíveis na Internet e o mesmo ocorre no caso de alterações de registros. A obrigatoriedade de publicar as demonstrações financeiras em mídia impressa não existe a não ser que haja alguma subvenção da União à instituição. Não havendo subvenção do Estado, cabe a cada instituição a decisão de publicar ou não os balanços patrimoniais e o detalhamento das operações financeiras.

E subvenção social, segundo CAMARGO *et al* (2001), “*é a suplementação de recursos da União a empresas, sociedades de economia mista e entidades privadas sem fins lucrativos que objetivam a prestação de serviços nas áreas da assistência social, médica e educacional*”.

3.1.3.2 ORGANIZAÇÃO SOCIAL (OS)

Criadas através da Medida Provisória nº 1.591/97, as Organizações Sociais (OS) surgiram como alternativa para agilizar a gestão de serviços públicos de saúde com a transferência da gestão de hospitais públicos para a iniciativa privada sem fins lucrativos constituída como OS.

De acordo com a Lei 9.637 de 15/5/98, as entidades filantrópicas podem se qualificar como “organizações sociais”.

Estas entidades também devem cumprir todas as exigências legais para habilitar a celebração de contratos de gestão com o Estado e são obrigadas a destinar todo o excedente financeiro em suas atividades estatutárias, nos âmbitos da pesquisa, do ensino e da assistência em saúde.

As alterações necessárias no estatuto para a entidade se tornar uma OS implica na participação do Estado e da comunidade no Conselho de Administração, sendo que na composição de seu colegiado administrativo deve haver representantes do poder público (de 20% a 40%) e representantes da sociedade civil (de 20% a 30%) que devem totalizar mais de 50% dos votos e os relatórios de execução dos contratos de gestão devem ser publicados no Diário Oficial da União, assim como regras impessoais para compras e remuneração de pessoal, controle externo periódico de resultados por comissão de especialistas e responsabilização de dirigentes pela aplicação dos recursos recebidos.

A concretização da parceria entre Estado e Instituição Filantrópica é feita através do instrumento de “contrato de gestão” e dessa forma, os hospitais públicos, através de uma entidade filantrópica, podem efetuar o gerenciamento de materiais e equipamentos dispensando o modelo de licitações e concorrências públicas.

O governo do Estado de São Paulo já adota este modelo de gestão, mantendo convênio com OS.

3.1.3.3 ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO (OSCIP)

Aprovada em 1999, a Lei das Organizações Sociais da Sociedade Civil de Interesse Público é uma qualificação concedida pelo MJ, que define o seu objetivo da seguinte maneira:

“A Lei 9790/99 foi elaborada com o principal objetivo de fortalecer o Terceiro Setor, que constitui hoje uma orientação estratégica em virtude da sua capacidade de gerar projetos, assumir responsabilidades, empreender iniciativas e mobilizar pessoas e recursos necessários ao desenvolvimento social do País. Nele estão incluídas organizações que se dedicam à prestação de serviços nas áreas de saúde, educação e assistência social, à defesa dos direitos de grupos específicos da população, ao trabalho voluntário, à proteção ao meio ambiente, à concessão de microcrédito, dentre outras”.

Resumidamente, as principais diferenças entre esta Lei com as demais vigentes são:

1. Maior agilidade no processo de qualificação, que é automática, uma vez entregues todos os documentos e cumpridas as exigências pela requerente e caso o pedido seja negado, a instituição pode fazer as alterações indicadas na justificativa de indeferimento e reapresentar o pedido imediatamente, não precisando esperar o período definido legalmente pelas demais legislações;
2. Reconhecimento nacional de organizações cujas áreas de atuação social não eram contempladas legalmente, como no caso de defesa de direitos, proteção do meio ambiente e modelos alternativos de crédito, define as organizações que não podem se qualificar, o que inclui os planos de saúde, os fundos de pensão e escolas e hospitais privados não gratuitos e permite a remuneração de seus dirigentes, embora não seja obrigatório;

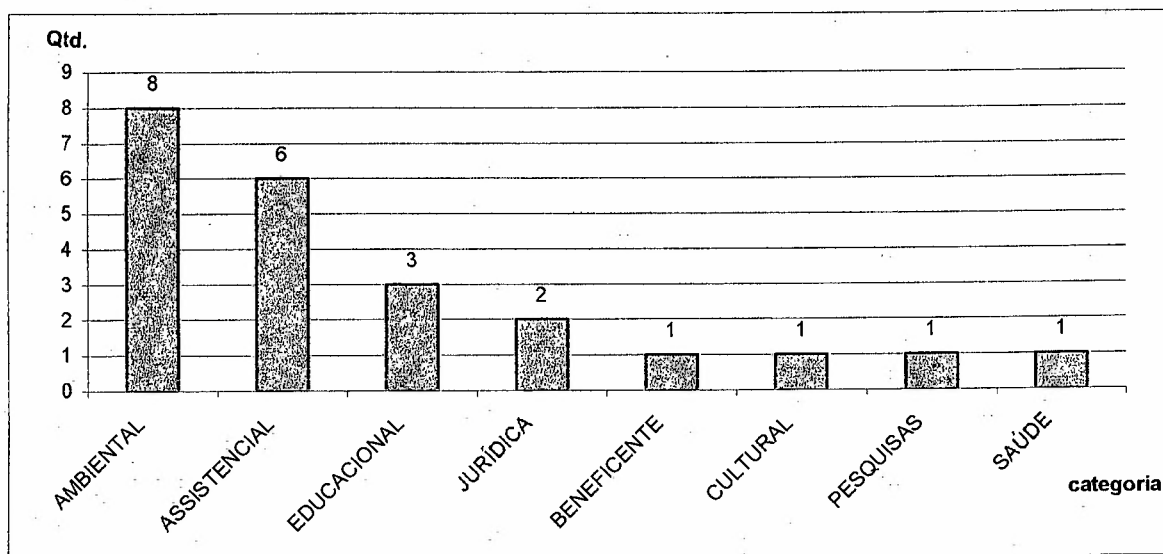
3. Maior controle público e social por acesso a recursos públicos para realização de projetos através da celebração do Termo de Parceria, tornando-se flexível a aplicação de recursos como por exemplo, a legitimação de despesas realizadas entre a data de término do Termo de Parceria e a sua renovação, também tornam legítimos os adiantamentos feitos pela OSCIP em casos de atrasos nos repasses de recursos, além de incentivar a escolha de parceiros por meio de concurso de projetos; e
4. Desenvolvimento de gestão estratégica através de mecanismos de planejamento, avaliação e controle dos projetos que envolvem recursos públicos, cuja ênfase é feita no alcance de resultados e não mais na forma de aplicação dos recursos. No caso indevido de recursos há punições que incluem a indisponibilidade e o seqüestro dos bens dos responsáveis, não se limitando apenas na devolução e na multa da instituição. Para a avaliação do desempenho global do projeto em relação à população-alvo é prevista uma Comissão de Avaliação composta por representantes do órgão estatal parceiro, do Conselho de Política Pública e da OSCIP. Acima de R\$ 600 mil há a obrigatoriedade de se contratar uma auditoria independente. Quanto ao controle social e transparência, as OSCIPs são proibidas de participar de campanhas de interesse político-partidário ou eleitoral; independentemente da origem dos recursos (públicos ou privados), qualquer cidadão pode requerer judicial ou administrativamente a perda da qualificação desde que amparado por evidências de erro ou fraude; são obrigadas a criar um Conselho Fiscal como primeira instância de controle interno; há a obrigatoriedade de publicar o relatório de atividades e as demonstrações financeiras; e são livres os acessos às informações referentes às OSCIPs junto ao MJ. A prestação de contas é feita através de relatório da execução do projeto do Termo de Parceria, contendo a comparação entre as metas e seus respectivos resultados; demonstrativo da receita e da despesa realizadas; extrato da execução física e financeira publicados.

Embora tenham finalidade pública, para as OSCIPs, ainda não foi criada nenhuma vantagem fiscal específica, o que pode vir a acontecer dependendo do processo de mudanças das legislações regidas nas relações entre o setor público e o Terceiro Setor.

Uma OSCIP não pode acumular as qualificações de Utilidade Pública Federal e/ou Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social e, portanto, deve optar por uma delas conforme a Lei das OSCIPs.

Atualmente, somente no município de São Paulo, já existem 23 entidades reconhecidas pelo MJ, distribuídas em 8 categorias conforme apresentado no gráfico 2, sendo elas: ambiental (34,8%); assistencial (26,1%); educacional (13,0%); jurídica (8,7%); beneficente (4,3%); cultural (4,3%); pesquisas (4,3%) e saúde (4,3%).

Gráfico 2. Distribuição das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público no Município de São Paulo segundo categoria, 2001.



FONTE: Adaptado dos dados obtidos do site do MJ, em 31/12/2001.

3.1.3.40 CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS)

O certificado de entidade beneficente de assistência social é um título que, conforme o Decreto 2536/98, reconhece as entidades beneficentes de assistência social como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e que atue no sentido de: proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice; amparar crianças e adolescentes carentes; promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência; promover, gratuitamente, assistência educacional ou de saúde e promover a integração no mercado de trabalho. Conforme determinado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de nº 8742/93, é concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

Para obtenção deste título as entidades precisam demonstrar que nos três (3) anos anteriores à solicitação:

1. Estão legalmente constituídas no País e em efetivo funcionamento;
2. Estão previamente inscritas no Conselho Municipal de Assistência Social do município de sua sede ou no Conselho Estadual de Assistência Social;
3. Estão previamente registradas no CNAS;
4. Aplicam suas rendas, seus recursos e eventual resultado operacional integralmente no território nacional e na manutenção e no desenvolvimento dos objetivos institucionais;
5. Aplicam as subvenções e doações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas;
6. Aplicam anualmente, em gratuidade, pelo menos vinte por cento da receita bruta proveniente da venda de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeiras, de

locação de bens, de venda de bens não integrantes do ativo imobilizado e de doações particulares, cujo montante nunca será inferior à isenção de contribuições sociais usufruída;

7. Não distribuem resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, sob nenhuma forma ou pretexto;
8. Não permitem que seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores, benfeitores ou equivalente recebam remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos;
9. Destinam em seus atos constitutivos, em caso de dissolução ou extinção, o eventual patrimônio remanescente a entidades congêneres registradas no CNAS ou a entidade pública;
10. Não constituem patrimônio de indivíduo ou de sociedade sem caráter beneficente de assistência social.

Também são exigidas destas entidades, além do plano de trabalho aprovado, as seguintes demonstrações financeiras e contábeis dos três (3) anos anteriores:

1. Balanço patrimonial;
2. Demonstração do resultado do exercício;
3. Demonstração de mutação do patrimônio;
4. Demonstração das origens e aplicações de recursos;
5. Notas explicativas.

As notas explicativas devem evidenciar o resumo das principais práticas contábeis e os critérios de apuração do total das receitas, das despesas, das gratuidades, das doações, das subvenções e das aplicações de recursos, bem como da mensuração dos gastos e despesas relacionados à atividade.

assistencial e demonstradas as contribuições previdenciárias devidas, como se a entidade não gozasse de isenção. Caso haja necessidade, o CNAS pode solicitar ao INSS que faça a verificação nas contas da entidade para emitir ou não o certificado, o que não é freqüente e, uma vez concedido o certificado, a instituição deve solicitar a isenção da contribuição previdenciária ao INSS.

As informações exigidas demonstram a saúde financeira da instituição e o seu detalhamento tende a refletir a transparência das atividades da empresa. Embora o MPAS exija as documentações relativas às demonstrações financeiras das entidades filantrópicas, não existe a obrigatoriedade destas informações serem publicadas ou divulgadas na mídia impressa, a não ser que haja subvenção do Estado.

Para avaliar as solicitações oriundas de todo o Brasil, fazem parte do CNAS 18 membros dos quais 9 são representantes do governo (sete federais, um estadual e um municipal) e nove da sociedade civil (geralmente da classe do setor filantrópico). Atualmente, este conselho é responsável pela decisão de conceder o direito à isenção de imposto e contribuições governamentais, renúncia fiscal estimada atualmente em pelo menos R\$ 2,2 bilhões por ano da Previdência Social, pois não há cálculos do valor não arrecadado pela Receita Federal (DANGELO, 2001).

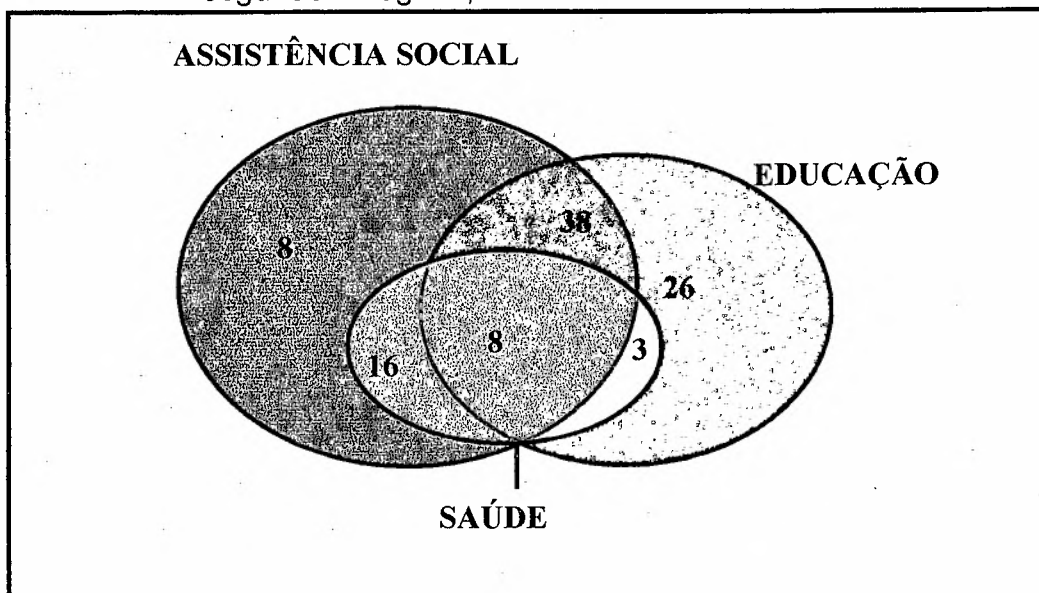
Aos hospitais filantrópicos, além das obrigatoriedades impostas às entidades sem fins lucrativos, cabe a Lei nº 9.732/98 que introduz novas condições, ou seja, a isenção total passa a ser concedida somente às instituições que prestassem mais de 60% de seus atendimentos ao SUS ou, no caso de percentual menor, a isenção era proporcional ao atendimento prestado. Entretanto, uma ação da Confederação Nacional de Saúde e da Confederação Nacional de Estabelecimentos de Ensino concedeu liminar suspendendo seus efeitos que, em seguida, foi referendada pelo Superior Tribunal Federal no ano de 2000. A partir deste momento, todos os hospitais filantrópicos mantêm a condição

de gozo da isenção total sem a obrigatoriedade de prestar serviços ao SUS contanto que destine 20% de sua receita bruta em serviços gratuitos, o que lhes garante a imunidade tributária junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Somente no município de São Paulo existem 300 entidades beneficentes de assistência social reconhecidas pelo MPAS, distribuídas em três categorias, conforme apresentado no quadro 4 sendo elas: assistência social (66,0%); educação (8,7%); saúde (3,7%); assistência social e educação (12,7%); assistência social e saúde (5,3%); educação e saúde (1,0%) e assistência social, educação e saúde (2,6%).

De acordo com esse levantamento, podem ser identificadas 27 entidades de saúde certificadas pelo CNAS, embora não sejam necessariamente compostas por instituições hospitalares.

Quadro 4. Distribuição das Entidades Beneficentes de Assistência Social com Isenção da Contribuição Previdenciária no município de São Paulo segundo categoria, 2001.



FONTE: Adaptado do *site* do Ministério da Previdência e Assistência Social, 2001.

3.1.4 AS ISENÇÕES FISCAIS PARA O TERCEIRO SETOR

As qualificações das instituições filantrópicas propiciam isenções fiscais às entidades sem fins lucrativos e, de acordo com a natureza de sua área de atuação, os benefícios fiscais podem determinar sua vantagem competitiva em relação às organizações privadas com fins lucrativos.

Segundo SZAZI (2001), abaixo são listados os tributos que atualmente podem ser isentados totalmente ou parcialmente.

Tributos Federais:

1. Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ);
2. Imposto sobre Propriedade Rural (ITR);
3. Contribuição para o financiamento da Seguridade Social (Cofins);
4. Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL);
5. Contribuição Previdenciária (INSS), no caso específico dos hospitais beneficentes, uma vez munidos da certificação de filantropia, o Ministério da Saúde não desconta a cota patronal ao efetuar o pagamento. No caso de prestação de serviços a outros contratantes (convênios com medicinas de grupo, seguradoras, cooperativas médicas e/ou planos de administração) os hospitais não precisam pagar a cota patronal; Contribuição para o Programa de Integração Social (PIS);
6. Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF);
7. Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), aos produtos destinados exclusivamente para uso próprio ou para distribuição gratuita;
8. Imposto de Importação;

9. Imposto de Exportação.

Tributos Estaduais:

1. Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de transporte interestadual e intermunicipal e comunicação (ICMS) para os casos de produtos fabricados ou serviços pelas entidades filantrópicas;
2. Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), em São Paulo a imunidade é assegurada pelo art. 8º da Lei nº 6606/89, disciplinado pela Portaria CAT Nº 39/96;
3. Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis por ato *causa mortis* e doação (ITCD) por força da Constituição.

Tributos Municipais:

1. Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), mas não inclui as taxas de conservação de vias e logradouros públicos, de limpeza pública, de combate a sinistros, de iluminação urbana e afins;
2. Impostos sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS);
3. Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis por ato inter vivos (ITBI).

3.2 O HOSPITAL FILANTRÓPICO

A palavra hospital deriva do latim *hospitium* cujo significado é lugar onde se hospedam pessoas. Atualmente, trata-se de uma organização complexa que, conforme TEIXEIRA (1983), *"incorpora o avanço constante dos conhecimentos, de aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais desta tecnologia representados pelas instalações e equipamentos"* cuja finalidade é a assistência ao doente, o ensino e a pesquisa.

Conforme a definição do Ministério da Saúde (1985), hospital é um:
“estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação, a determinada clientela, ou de não internação, no caso de ambulatório e outros serviços”.

TEIXEIRA salienta que:

“os primeiros hospitais foram criados como locais de isolamento onde a caridade se exercia como um dos aspectos do cristianismo. [...] Constituíam o último recursos que a caridade oferecia para o paciente pobre. A tecnologia médica era suficiente apenas para minorar o sofrimento. Os pacientes com maiores recursos econômicos tratavam-se a domicílio e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar”.

Segundo LIMA GONÇALVES (1983), no Brasil, por determinação do rei D. João VI, todos deveriam obedecer aos regulamentos e às disposições da “Santa Casa de Misericórdia” de Lisboa e assim surge o primeiro hospital brasileiro, a Santa Casa de Misericórdia de Santos em 1538, cuja marca se proliferou como herança portuguesa e como início da filantropia no país.

Para o Ministério da Saúde (1985) o hospital filantrópico é o:

“hospital privado, que reserva à população carente, serviços gratuitos, respeitando a legislação em vigor. Não remunera os membros de sua diretoria, nem de seus órgãos consultivos, e os resultados financeiros reverterem exclusivamente a manutenção da instituição”.

No caso de hospitais filantrópicos, igualmente a qualquer outra instituição filantrópica, além dos requisitos específicos para funcionamento de um hospital, também devem cumprir as exigências determinadas pelo Ministério Público para obter a qualificação de Utilidade Pública Federal e assim pleitear outras certificações.

3.3 A CAPTAÇÃO DE RECURSOS

Embora na terminologia norte-americana *fund-raising* signifique captação de recursos, que, por sua vez, tem conotação mais ampla que o simples recebimento de doações, este termo pressupõe o abandono da característica passiva e caritativa da instituição para um modelo pró-ativo, de diversificação das fontes de financiamento através do desenvolvimento de um plano estratégico de captação de recursos.

Segundo SCHNEITER (1985), para obter êxito na captação de recursos, é necessário adquirir conhecimento sobre os fatores que motivam as pessoas a dar e na prática são listadas em oito razões básicas:

1. **Crença religiosa:** algumas pessoas doam por aprenderem em suas religiões a fazê-lo e por buscarem a recompensa espiritual e temporal que é prometida aos obedientes;
2. **Culpa:** pode ser um simples sentimento de culpa que, justificada ou não, é um motivo para grande quantidade de doações;
3. **Reconhecimento:** os homens anseiam pela imortalidade, como pode ser observado em diversos prêmios com nomes de pessoas famosas ou de áreas físicas. Os poucos que doam anonimamente geralmente evitam exposições públicas para não serem "vítimas" de outros captadores de recursos;

4. **Autopreservação e medo:** como tentativa de se salvar de tudo que possa ameaçar a vida do doador;
5. **Benefício fiscal:** devido às deduções, exclusões e isenções fiscais a quem doa;
6. **Obrigação:** por senso de obrigação ou por sentimento de débito com alguém ou com alguma instituição;
7. **Orgulho e auto-respeito:** pela necessidade de se sentir bem, construindo uma imagem positiva a outras pessoas como uma pessoa de sensibilidade, abnegação e compaixão;
8. **Pressão:** apesar de não ser controlável, a pressão é um recurso que poderia ser utilizado como vantagem para obtenção de doações, pois sua recusa é muito difícil quando solicitado em uma comunidade onde todos se conhecem ou quando se trata de figura pública.

A identificação dos motivos pode nortear os meios adotados para captação de recursos para manutenção das atividades de uma instituição.

3.3.1 OS RECURSOS NECESSÁRIOS

Embora a captação de recursos se concentre basicamente na obtenção de fundos, neste tópico são abordadas as principais fontes de recursos necessárias para as organizações sem fins lucrativos funcionarem: recursos humanos, materiais e financeiros.

a) RECURSOS HUMANOS

O terceiro setor é uma área onde as atividades se baseiam primordialmente na prestação de serviços e, em menor grau, na produção de

insumos e, por isso, continua a ter alto potencial de oferecer empregos às pessoas como também de receber ajuda dos voluntários. No caso de hospitais, segundo os índices econômico-financeiros do BOLETIM DE INDICADORES PROAHSA, o custo hospitalar com recursos humanos para o ano de 2000 representou 60,4% do orçamento, além dos honorários que corresponderam a 13,7%.

MERGE (2001), com base nos dados do Instituto de Estudos da Religião levantados para a Pesquisa comparativa Johns Hopkins, coordenado por SALAMON, afirma que *“o crescimento da população ocupada na economia brasileira apresentou um crescimento de cerca de 20%, no Terceiro Setor esse crescimento foi mais que o dobro ou cerca de 44%”*. Com relação às áreas de atuação, acrescenta que a saúde, em 1995, representava o segundo maior contingente com cerca de 184 mil pessoas, ou seja, 16,4% do pessoal ocupado com remuneração, enquanto que, em primeiro lugar, ficavam a educação e pesquisa com cerca de 381 mil pessoas (34% do total empregado em organizações sem fins lucrativos).

De acordo com RIFKIN, a automatização teve um ritmo de crescimento grande o suficiente para aumentar a massa de desempregados em todo o mundo. De forma simplista, as obrigações trabalhistas e a pressão de sindicatos são fatores determinantes para a substituição de pessoas por máquinas em todas as áreas de trabalho. Com a redução da oferta de emprego, o número de pessoas marginalizadas cresce e, paralelamente, crescem os índices de criminalidade do país. A maioria das instituições sem fins lucrativos é composta por grandes prestadoras de serviços, mas todas dependem do elemento humano, direta ou indiretamente. As atividades desenvolvidas por estas organizações tendem a depender de um grande número de pessoas para executá-las e a alocação de funcionários é um dos mais crescentes problemas sociais, o que poderia amenizar o quadro de desemprego (apontado por RIFKIN).

Além dos funcionários contratados pelas organizações filantrópicas, estas instituições geralmente disponibilizam em seu quadro uma equipe de voluntários.

De acordo com FONSECA (2001):

“o povo brasileiro é solidário por natureza. Atende muito prontamente a todo apelo, mas não tem a disciplina e a organização necessárias para incorporar atitudes e valores que contribuam para criação de uma nova postura frente às questões sociais”.

Apesar do aumento do número de instituições filantrópicas, não é o voluntariado que deverá resolver os problemas gerados pelo desemprego, afinal o voluntário não tem atividade remunerada, ele simplesmente assume o compromisso de ser voluntário fora de seu horário de trabalho.

O voluntário é um indivíduo que ajuda a desenvolver as atividades institucionais, mas não substitui o funcionário. Como afirma COELHO (2000), o voluntário pode ser um foco de problemas em relação ao controle de qualidade de procedimentos e de rotinas das organizações e pela transposição da cultura de trabalho, inclusive como casos de indivíduos que, após trabalharem um certo período de tempo como voluntários, acionam a justiça trabalhista contra a entidade, com a alegação de não ter recebido os salários devidos. O número de causas trabalhistas é grande e já ocasionou o fechamento de várias entidades, motivo pelo qual instituições como a Cáritas - um órgão ligado à Igreja Católica - orientam as entidades que assessoram, a não trabalharem com voluntários.

Para amenizar este problema, o Legislativo elaborou a Lei 9.608/98, sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, que legitima o papel do voluntário, regulamentando sua atuação da seguinte forma:

1. o trabalho não é remunerado e não há contrapartida de qualquer espécie ao trabalho realizado;
2. o voluntário é pessoa física;
3. o serviço é prestado à entidade pública de qualquer natureza ou instituição privada sem fins lucrativos;
4. há termo escrito de adesão, dele devendo constar o objeto e as condições do trabalho a ser prestado.

b) RECURSOS MATERIAIS

Nesta categoria entram os bens duráveis e não duráveis. As instituições não dependem somente de dinheiro ou de pessoas para funcionar. Na verdade, o dinheiro é uma fonte de obtenção de recursos materiais e de contratação de pessoas para desenvolver as atividades da organização.

Os itens que prevalecem neste item são, basicamente, gêneros alimentícios e vestuário. Segundo pesquisa de LANDIM & SCALON, talvez a doação deste tipo de bens é feita para dar mais segurança ao doador a respeito do destino apropriado do que se doou e por causa de campanhas de grande visibilidade, como foi o caso dos movimentos Ação Cidadania Contra a Miséria e pela Vida e Campanha Contra a Fome liderada por Herbert de Souza, o Betinho. Campanha que, segundo o Diário da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, envolveu ONGs, fundações, empresas públicas e privadas, sindicatos, associações e aproximadamente 30 milhões de cidadãos. Como fruto desta mobilização, foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e a politização do quesito fome e miséria.

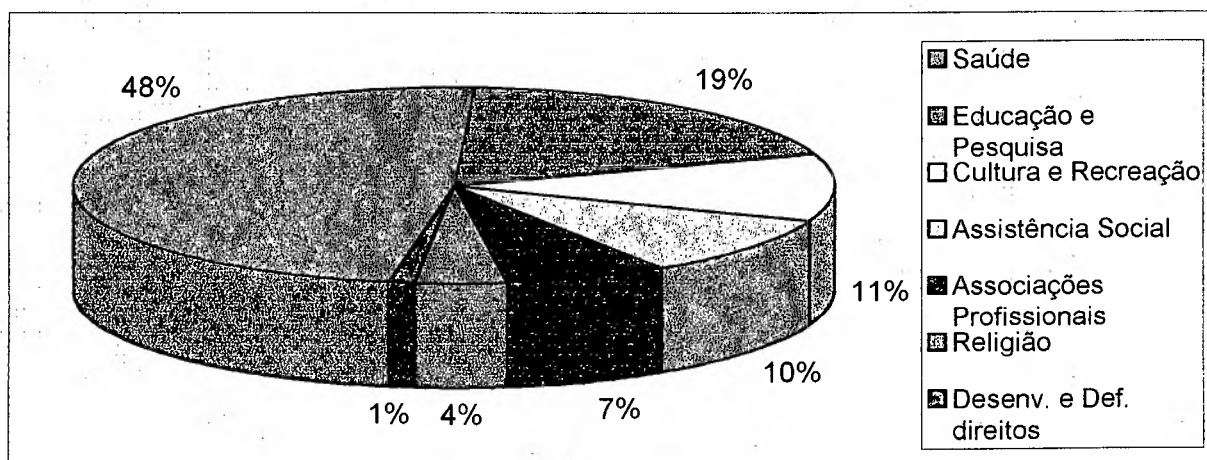
No caso de empresas, as doações podem envolver produtos desenvolvidos em suas fábricas ou estabelecimentos.

c) RECURSOS FINANCEIROS

Embora os recursos financeiros sejam os meios necessários para manutenção de recursos humanos e materiais de consumo de uma instituição (daí serem denominados custeio da organização), a obtenção deste tipo de recurso é fundamental para proporcionar autonomia administrativa à instituição, para viabilizar o investimento em melhoria da estrutura física, na aquisição de recursos materiais e no aperfeiçoamento de atividades que visem o alcance dos objetivos da entidade.

CRUZ (2001) apresenta os dados do Instituto dos Estudos da Religião (ISER) em que se verifica que a saúde é a principal beneficiada na distribuição de recursos no terceiro setor representando 48% do valor total conforme mostra o gráfico 3, seguida por Educação e Pesquisa (19%), Cultura e Recreação (11%), Assistência Social (10%), Associações Profissionais (7%), Religião (4%) e Desenvolvimento e Defesa dos Direitos (1%).

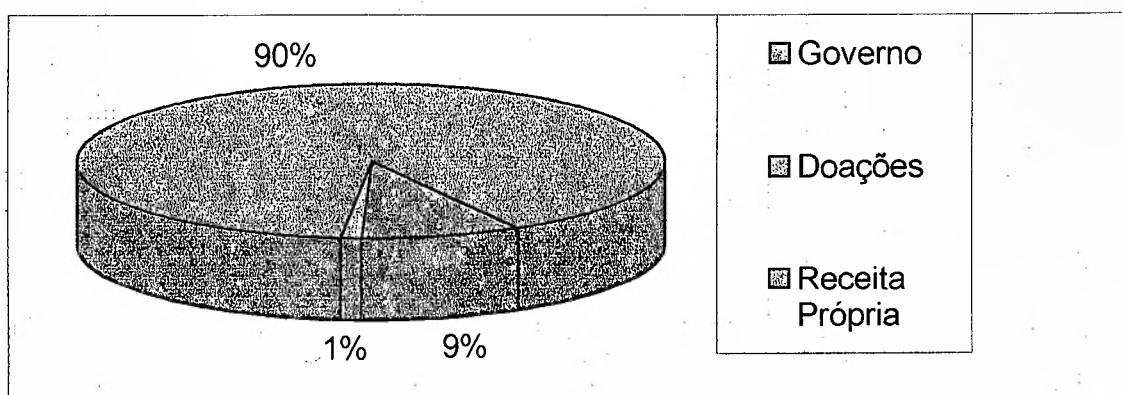
Gráfico 3. Distribuição dos recursos no terceiro setor, 1995.



Fonte: ISER/John Hopkins University, 1995 citado por CRUZ. C. *Perfil da Captação de Recursos no Brasil*. In: SEMINÁRIO PRINCÍPIOS E TÉCNICAS DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS. 1, 2001, São Paulo. Apostila da Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas, 2001, p. 44.

Segundo os mesmos levantamentos realizados pelo Instituto de Estudos da Religião - ISER - e John Hopkins University (1995), citado por CRUZ, a origem dos recursos para as organizações privadas de saúde sem fins lucrativos foi a seguinte (gráfico 4): 90% de geração de renda através da prestação de serviços, 9% do governo e 1% de doações privadas através de empresas e indivíduos.

Gráfico 4. Origem dos recursos das organizações sem fins lucrativos com atuação na área de saúde, 1995.



Fonte: ISER/JHU, 1995 citado por CRUZ. C. *Perfil da Captação de Recursos no Brasil*. In: SEMINÁRIO PRINCÍPIOS E TÉCNICAS DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS. 1, 2001, São Paulo. Apostila da Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas, 2001, p. 44.

3.3.2 OS MEIOS UTILIZADOS

Para obter este recurso, os hospitais utilizam as seguintes formas de captação: remuneração pela prestação de serviços, desenvolvimento de projetos financiados por empresas parceiras ou por centros de pesquisas e recebimento de doações planejadas ou não.

a) Prestação de Serviços

No caso específico da saúde, como pode ser observado no Gráfico 4, a principal origem de recursos é a prestação de serviços, seja através do reembolso referente aos atendimentos realizados aos pacientes do Sistema Único de Saúde, seja através de convênios ou até mesmo por atendimentos particulares com desembolso direto do paciente.

As entidades beneficentes certificadas pelo CNAS podem firmar convênios com o sistema público e, dessa forma, os hospitais filantrópicos podem firmar contratos com o SUS e ser remunerados pelo atendimento realizado e, como não são instituições públicas, podem atender livremente aos convênios de planos de saúde e aos pacientes particulares.

Apesar da suposta liberdade de escolha de seus usuários, atualmente, segundo o Decreto 2.356/98, as instituições hospitalares são obrigadas a destinar 60% da sua capacidade instalada para atendimento do Sistema Único de Saúde enquanto as demais entidades sem fins lucrativos devem comprovar a utilização de 20% de sua receita bruta em gratuidade para ter o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social e usufruir as isenções fiscais previstas em lei.

b) Projetos

O desenvolvimento de projetos é um meio de captação de recursos que tem sido utilizado cada vez mais para obter apoio financeiro das empresas. Mais que um simples documento ou relatório, os projetos surgem como uma grande ferramenta gerencial que inclui, não somente o objetivo que se quer alcançar, mas trata-se fundamentalmente de um plano de negócio.

Na Conferência Nacional 2001 – Empresas e Responsabilidade Social, citado na CARTA DE EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA – SENAC (2001b), chegou-se à conclusão de que a demanda por eficiência técnica, típica do setor privado, também é necessária ao planejamento de projetos sociais e a *“avaliação do retorno das ações deve acompanhar todos os momentos do ciclo de ação social empresarial, como forma de assegurar a transparência na divulgação de dados”*.

O projeto ou plano de negócio (ASHOKA, 2001, p. 23-31), originado nos Estados Unidos para atrair fundos particulares, é um *“instrumental de análise, estruturação e apresentação da viabilidade e atratividade dos negócios de empresas, sejam elas consolidadas ou novas”*.

De acordo com KISIL (2001) as propostas de uma instituição são apoiadas financeira ou fisicamente por outras instituições ou indivíduos, cujo potencial como fonte de financiamento deve ser avaliado antes do encaminhamento de qualquer proposta, partindo-se da premissa de que, quem aposta em uma idéia é parceiro desta idéia. Em uma parceria, o financiador tem interesse especial no alcance dos objetivos e no impacto social e não é somente um “doador de esmolas”.

A partir do conhecimento das fontes de recursos, é possível aumentar as possibilidades de se obter os recursos necessários para a execução do projeto, desde que sua elaboração seja suficiente para sensibilizar o futuro parceiro. Segundo KISIL, as propostas que apresentam o projeto devem conter sete itens fundamentais para a análise dos financiadores, sendo eles:

1. a missão e os objetivos do projeto para verificar a compatibilidade com o perfil da empresa ou indivíduo;

2. os antecedentes institucionais para avaliar a consistência e organização da instituição solicitante; os princípios de trabalho e sua contribuição à comunidade e sua continuidade;
3. os procedimentos de trabalho incluindo o cronograma de trabalho, sua metodologia, objetividade, avaliação de resultados e expansão;
4. a equipe do projeto para identificar a qualificação dos envolvidos e o dimensionamento de pessoal; e
5. o orçamento para apresentar a contrapartida da instituição solicitante e a previsão de desembolso do financiador; e a sustentabilidade para manutenção do projeto.

O detalhamento de todas estas informações mostra a profissionalização de quem solicita os recursos, além da objetividade de identificar exatamente o tipo de apoio que a instituição necessita, seja através de empréstimo, doações, apoio local ou externo.

Para o caso específico de desenvolvimento de pesquisas, existem órgãos de financiamento específicos que analisam os projetos e chegam a cobrir todas as despesas necessárias, inclusive com a possibilidade de incorporar todos os bens duráveis adquiridos através da experiência ao patrimônio institucional. Exemplos de financiamento pela FAPESP ou REFORSUS são freqüentemente observados em instituições hospitalares, principalmente nos serviços relacionados ao SUS. Apesar de não serem restritos a instituições filantrópicas, são órgãos que podem viabilizar recursos, desde que a justificativa do projeto atenda às exigências de cada órgão financiador.

Mas, para CAMARGO *et alli* a participação de empresas na prática de doações e em trabalhos voluntários seria explicada através de quatro modelos:

- Modelo neoclássico ou de produtividade: cujo objetivo seria ganhar mais dinheiro, considerando que as doações empresariais gerariam mais lucros através da melhora da imagem pública;
- Modelo político: com o intuito de melhorar a imagem de o governo, as instituições investem em ações sociais em razão de o governo não possuir capacidade para atender a todos os necessitados;
- Modelo ético ou altruísta: baseia-se no conceito da responsabilidade social das empresas onde atuam em parceria com as entidades que atuam diretamente nos problemas sociais sem necessariamente visar um retorno lucrativo; e
- Modelo das partes envolvidas (*stakeholders*): para manutenção das boas relações entre os interessados pela organização envolvendo consumidores, fornecedores, comunidade, ambiente, acionistas, e proprietários, onde o desempenho social da empresa está relacionado às necessidades de cada agente envolvido.

Segundo o perfil da empresa que investe em projetos sociais na comunidade, um estudo realizado para o SENAC (2000), que avaliou o perfil de 100 empresas de médio e grande porte com atuação no estado de São Paulo, foram encontrados como principais resultados:

- As áreas que mais recebem investimento das empresas são educação e saúde, com 17,1% e 15,4%, respectivamente;
- As formas mais comuns utilizadas para o investimento social foram a doação de produtos e a cessão de equipamentos, ressaltando que 14% das empresas criaram seu próprio projeto para repassar os recursos diretamente aos beneficiários;
- 55% das empresas investiram até 500 mil dólares;

- A divulgação das ações se volta principalmente ao público interno da empresa ou para a comunidade local;
- As parcerias em projetos sociais são realizadas principalmente com instituições sociais (24%) enquanto os hospitais ficaram em quinto lugar com 9,2%;
- Os critérios mais importantes adotados para escolha das instituições foram: idoneidade comprovada (28,4%), defesa de uma causa que a empresa considere mais adequada aos seus propósitos (21,9%), clareza da missão (15,7%), atuação circunscrita à região de interesse da empresa (10,3%), auto-sustentabilidade das ações (6,1%), volume ou tipo de recursos solicitados (4,6%), nível de organização interna dos parceiros (4,2%), recomendação ou indicação de terceiros (3,4%), procura espontânea (3,0%) e tempo de atuação da instituição parceira (1,9%) indicando a valorização de comportamentos como transparência, eficácia, capacidade de gestão e boa imagem pública para selecionar seus parceiros;
- 78% das empresas avaliam os projetos sociais em relação a: resultados concretos na forma de soluções para problemas sociais enfrentados (26,5%), número de beneficiários envolvidos (18,7%), boa relação custo-benefício (11,4%), satisfação do usuário mediante pesquisa (11,0%), auto-sustentabilidade das ações (10,6%), citação e reconhecimento público (6,9%), visibilidade das ações mediante divulgação na imprensa (6,5%), número de funcionários envolvidos em trabalho voluntário (4,8%) e número de parceiros sociais envolvidos (3,2%); e
- Os motivos alegados pelos quais outras empresas investem pouco em projetos sociais foram: cenário econômico instável (20,2%), falta de cultura de filantropia empresarial (19,4%), falta de consciência de cidadania empresarial (19,1%), falta de incentivos fiscais, como os que beneficiam a Cultura (17,9%), falta de confiança na capacidade de gestão e na transparência das instituições sociais (10,8%), falta de política

interna nas empresas (6,7%), falta de projetos sociais de boa qualidade encaminhados pela comunidade (5,6%).

Estes dados mostram o perfil das parcerias mantidas entre as empresas pesquisadas atuantes no estado de São Paulo e as entidades filantrópicas, nas quais as empresas apontam os requisitos considerados importantes e falhos nas instituições filantrópicas e que exigem adequações. O estudo também indica a necessidade de identificar os interesses da empresa e o objetivo da entidade para se estabelecer uma parceria.

Além das empresas, outro financiador ou parceiro que deve ser lembrado é a *grantmaker*. As *grantmakers* também são instituições privadas e sem fins lucrativos, conhecidas como organizações doadoras e que financiam projetos sociais.

Em pesquisa realizada por FALCONER & VILELA (2001), os quais entrevistam 31 *grantmakers* brasileiras, verificou-se que:

- do montante de 220 milhões de reais gasto no ano de 1999, a maioria foi destinada a doações para instituições sem fins lucrativos (54,7%), seguida de financiamento a projetos operados pela própria *grantmaker* (26,8%), custos administrativos (15,5%), outros (3,2%) e empréstimos (menos de 0,1%);
- as solicitações aprovadas foram aquelas encaminhadas por instituições filantrópicas **não** relacionadas ao empresariado;
- o tipo de instituição escolhida como parceira foram as ONGs (97%) seguidas da administração pública (61%) e em terceiro as associações comunitárias e populares (48%);
- a população-alvo beneficiada por projetos próprios abrangeram, em primeiro lugar, os jovens (87%) seguidos de crianças (81%), comunidade ou população em geral (45%), outras organizações (23%), portadores de

doenças físicas e mentais (23%), trabalhador urbano e/ou pequeno empreendedor (19%), mulheres (19%), terceira idade (19%), negros (16%), trabalhador rural e/ou pequeno agricultor (16%) e outros (13%); e

- os indicadores de postura das organizações diante da sociedade, denominados no estudo como indicadores de transparência, são divulgações de informação sobre financiamento a solicitantes de recursos. As publicações disponíveis foram: relatórios de atividades (81%), demonstrações financeiras auditadas (74%) e diretrizes e guia para solicitações de recursos (32%).

A identificação de empresas ou *grantmakers* e o conhecimento sobre suas áreas prioritárias de atuação constituem bons norteadores para a busca de parceiros para viabilizar os projetos sociais que estejam em consonância com os objetivos institucionais e, assim como os *grantmakers* – que recebem recursos internacionais – as organizações filantrópicas também podem pleitear recursos diretamente aos órgãos estrangeiros.

c) Doações

Definido pelo Código Civil brasileiro, citado por MARMITT (1994), a doação é “o contrato em que uma pessoa, por liberalidade, transfere do seu patrimônio bens ou vantagens para o de outra, que os aceita” e, portanto, as gorjetas, gratificações, presentes de aniversário, de núpcias ou de Natal, mesmo que seja de elevado valor, não são consideradas doações, mas sim dádivas, presentes ou simplesmente esmolas. Apesar da definição legal, este estudo utilizará o termo doação como qualquer valor recebido pela instituição que não tenha vínculo definido a algum projeto ou atividade programada.

Segundo MIXER, a operacionalização para a captação de recursos apresenta três dimensões críticas, sendo elas: a primeira é o processo

comportamental que determinam as influências e as motivações que induzem indivíduos e empresas a se tornarem doadoras; a segunda refere-se à liderança, estratégia e à direção organizacional necessária para obter recursos financeiros; e a terceira implica no crescimento e mudanças que as organizações enfrentam com o resultado do sucesso da captação de recursos e das incertezas econômicas e sociais.

No Brasil, segundo uma pesquisa realizada por LANDIM & SCALON em 1998, das 1200 famílias entrevistadas, verificou-se que 50% das pessoas com mais de 18 anos doam dinheiro ou bens para instituições e destas, 21% doam dinheiro, enquanto 29%, apenas bens. Estas doações foram feitas especificamente para instituições e pelo mesmo estudo, cerca de 30% da população adulta brasileira doa apenas para pessoas e diretamente a elas, o que aumenta para 80% a porcentagem da população que faz algum tipo de doação, seja para pessoa como para instituições. Isto significa que quatro entre cinco indivíduos adultos doaram em algum momento.

Da pesquisa realizada por LANDIM & SCALON, foram listados os principais resultados encontrados que mostram o perfil das doações realizadas:

- A maioria das doações até R\$ 100,00 representa 65,6% dos doadores enquanto que 4,1% dos doadores, denominados grandes doadores, embora considerada minoria, acumulou o equivalente a 56% do montante doado no país;
- Os bens se concentram principalmente em gêneros alimentícios e vestuário;
- As instituições que receberam maior montante de doações foram as instituições religiosas e as de assistência social, representando respectivamente 50,6% e 46,6% do dinheiro enquanto que, se se considerar a frequência de doações invertem-se as posições (36% para instituições religiosas e

50,8% para a assistência social). A saúde fica em terceiro lugar no que se refere ao montante e na frequência das doações, sendo 1,6% e 3,4%, respectivamente, seguido das áreas de educação (0,8% e 3,4%), defesa de direitos (0,2% e 0,5%) e desenvolvimento comunitário (0,2% e 1,3%);

- O valor médio doado para cada área foi de: R\$ 76,62 para Assistência Social; R\$ 197,95 para Instituições Religiosas; R\$ 38,00 para Saúde e R\$ 45,00 para Educação;
- Os homens fazem mais doações a instituições enquanto as mulheres concentram suas doações na figura de pessoas e menos em instituições;
- Quanto maior a idade, maior o número de doadores de dinheiro para instituições. A idade não faz diferença na doação de bens;
- Quanto maior a escolaridade, maior a propensão de doar, tanto dinheiro como bens;
- Quanto maior a renda, maior a probabilidade de o indivíduo fazer alguma doação tanto para instituições como para pessoas.

De acordo com uma pesquisa de LANDIM & SCALON, 22,6% dos adultos brasileiros doam seu tempo a alguma entidade ou pessoa física. Isto representa cerca de 74 horas anuais ou 6 horas mensais e são as instituições religiosas e de assistência social que mais mobilizam os voluntários: 58,7% e 16,7% respectivamente, isto é, totalizam 74% dos voluntários. O restante se distribui em pequenas proporções nas áreas de saúde (6,5%), educação (8,9%), defesa de direitos e ação comunitária (7,9%) e outras (1,3%). As atividades executadas por estes voluntários (53%) envolvem principalmente a prestação de serviços de limpeza e de infra-estrutura, 15% em levantamento de recursos e 14% em atividades religiosas. Também foi levantado que pessoas que se prestam a ser voluntários tendem a fazer doações e vice-versa.

Para confrontar estes dados, o Imposto de Renda, citado no *site* "Seja um Voluntário", afirma que a média de doações e contribuições é de 23 reais por ano, para os cinco milhões de brasileiros que pagam Imposto de Renda.

Já a pesquisa realizada pela Fundação Grupo Esquel em 1995 sobre a filantropia privada no Brasil, citada por COELHO (2000, p. 185), cujo objetivo era dimensionar o montante de doações e doadores segundo a Receita Federal (Tabela 2), mostra o aumento do número de doadores seguido pelo aumento do valor doado, ressaltando que apenas 8,3% daqueles que declararam imposto de renda em 1992 são doadores.

Tabela 2. Doações segundo dados da Receita Federal.

Variáveis	1969/70	1979/80	1992
Doações (em US\$ milhões)	51,9	22,9	130,9
Doadores (mil)	(nd)	111,2	461,3
Doação per capita (em US\$)	(nd)	199,6	276,29

FONTE: Fundação Grupo Esquel. *Filantropia privada segundo o IRPF: onde estamos?* Brasil, 1995. In: COELHO (2000. p. 185)

Em países como Estados Unidos e França existe legislação que incentiva as doações individuais através do abatimento no imposto de renda para as doações do indivíduo para determinados tipos de instituições sem fins lucrativos. No Brasil havia o incentivo até 1997, quando foi suprimido e a ausência de conflitos quanto a esta supressão sugere a sua pouca importância na motivação de doações individuais para as entidades.

Uma forma de avaliar o significado material das doações individuais defendida por LANDIM & SCALON é a mensuração do seu peso pelo lado de quem recebe, isto é, das organizações nas quais esse dinheiro é fonte de financiamento.

As doações diferem de outras fontes de financiamento de várias formas, principalmente por não exigirem o ressarcimento contratual da devolução

do bem doado, como no caso de empréstimos de instituições financeiras. SMITH *et alli* diz ser justificável que os doadores queiram alguma forma de retorno como troca de sua benemerência. O retorno não é imediato, pois a doação é revertida em serviços prestados à comunidade e ao próprio desenvolvimento da instituição. E é o patrimônio contábil que representa o total de investimentos da comunidade no hospital.

No estudo de SMITH realizado nos hospitais da Califórnia, foi verificado que as doações podem ser uma resposta às necessidades diárias ou necessidades específicas do hospital, seja através da criação de novos serviços como também para a manutenção das atividades já existentes ou resposta aos esforços de captação de recursos associados a um fundo de desenvolvimento para formação de capital. Muitas das doações são originárias de heranças, refletindo que a decisão de doar vem de muitos anos antes do ato propriamente dito. O mercado de doações é caracterizado pela falta de informações por parte dos doadores em obter um retorno fixo e também por parte das instituições sobre a preferência dos doadores.

A maioria das organizações de saúde tem grande variedade de atividades que podem interessar aos doadores, mas não são amplamente divulgadas para manter o sigilo do paciente. Os próprios doadores têm interesses diversos e a captação de recursos implica em gastos para o processamento das informações disponíveis para aumentar a receita.

O reconhecimento das doações como fonte de financiamento influencia no comportamento das instituições sem fins lucrativos que, por sua vez, respondem com a ampliação de serviços gratuitos, ensino, pesquisa e outros serviços. Esta é uma relação diferente das organizações lucrativas, onde os investidores são relativamente indiferentes ao produto oferecido pela empresa, desde que os valores de suas ações sejam maximizados. Já as instituições filantrópicas se sobressaem pela amplitude de sua missão e cujo retorno não está

relacionado a dinheiro, isto é, as pessoas continuam a ver o hospital como um local onde elas possam investir seus fundos para atingir um propósito social.

Na pesquisa realizada por OSTROWER (1997) através de entrevistas com as 88 pessoas mais ricas de Nova Iorque verificou que, no caso da saúde, 91% das doações foram efetivadas quando o próprio doador ou algum conhecido próximo tinha um relacionamento direto com a instituição. Os principais relacionamentos encontrados foram: utilizar os serviços da instituição (50%); ser membro da administração (22,7%); ter amigo envolvido ou interessado (13,6%); existir familiar envolvido ou interessado (9,1%); haver contato comercial envolvido ou interessado (9,1%); contatar funcionário (4,6%); e em memória a alguém (4,6%). A soma dos percentuais não totaliza 100% por haver mais de um motivo por doador. Outro fato levantado por OSTROWER é a associação entre filantropia e privilégios, na qual a atividade filantrópica simboliza o sucesso e a influência pessoal do doador, e os privilégios mantêm, geralmente, o ato de doar por um longo prazo.

Por outro lado, nos anos 70, as empresas norte-americanas mudam sua atuação frente às instituições filantrópicas, migrando do modelo de doações a fundo perdido para o modelo de envolvimento na gestão e na cobrança de resultados destas instituições. (VASSALO, 1998). O principal motivo para esta mudança foi a percepção de que sua aproximação com a comunidade através do investimento social, não só promove o bem-estar social, como também gera um ganho de imagem para a empresa fortalecendo sua marca.

d) Campanhas

SMITH *et alli* afirma que os administradores devem saber que o sucesso dos esforços em captação de doações depende de campanhas de longo prazo e mantendo os doadores cientes das atividades do hospital. As campanhas

de captação em larga escala funcionam basicamente para a criação de um novo serviço e dificilmente têm sucesso para projetos de manutenção.

De acordo com KELLEY (1995) e NORIEGA & MURRAY (1997) existem basicamente dois tipos de campanhas:

- a) Campanha anual: serve para obter fundos para financiar despesas ordinárias que podem ser o principal meio de arrecadação de fundos para uma instituição, além de formar uma boa base de doadores do qual podem surgir nomes que podem ser convidadas para outros eventos; e
- b) Campanha capital ou patrimonial: utilizada para angariar fundos para projetos especiais, como a construção de um edifício ou quaisquer outros projetos cujos resultados possam ser incorporados ao patrimônio institucional. Como geralmente envolve somas vultosas para a concretização do projeto, NORIEGA & MURRAY sugerem a realização de estudos de viabilidade, ou estudo de mercado, para obter a resposta da comunidade às pretensões da instituição.

Para qualquer tipo de campanha que seja realizada, KELLEY apresenta seis itens para o seu planejamento:

- 1. Meta: determinação do montante necessário;
- 2. Prazo: definição do período de duração da campanha;
- 3. Fontes: identificação dos potenciais doadores;
- 4. Lista de prospecção: desenvolvimento de lista de potenciais doadores, do valor que cada um poderia doar, quem solicitará e quando, partindo do fato de que nos países desenvolvidos 20% dos doadores são responsáveis por 80% dos donativos e estes devem ser obtidos antes de anunciar a campanha publicamente;
- 5. Tarefas: distribuição de trabalho a todos os membros para arrecadar fundos individuais através de amigos, parentes e outros. Os voluntários

também devem ser incluídos, pois sua sinceridade impressiona mais do que o interesse de alguém cujo salário seja proveniente das doações; e

6. Impressos: elaboração de material de apresentação da instituição com todos os dados que possam impressionar e transmitir confiança a um potencial doador, além dos objetivos da campanha, a meta a ser alcançada e a proposta a cada doador.

Mas uma campanha não depende somente do planejamento. A execução depende da efetivação do plano planejado anteriormente e, principalmente, das pessoas envolvidas para obter as doações.

As campanhas geralmente são regulares, isto é, ocorrem periodicamente e, portanto, é necessário que haja continuidade no relacionamento com os doadores - a qual pode ser realizada através de cartas de agradecimento, mesmo que a resposta tenha sido negativa - que a organização facilite o ato de doar enviando envelopes resposta, lembretes periódicos ou desconto mensal automático no cartão de crédito, e que o grupo de captação se reúna também periodicamente para gerir a campanha.

As campanhas promocionais são grandes veículos de informações e de captação de recursos, pois, geralmente estão associadas a um momento de reflexão sobre a área com a qual a instituição trabalha. São eventos ou momentos críticos capazes de sensibilizar uma grande massa populacional e mobilizá-las a doar como no caso do ataque terrorista ao World Trade Center ocorrido em onze de setembro de 2001 que, de acordo com The Chronicle of Philanthropy, em 4 meses conseguiu angariar mais de 425 milhões de dólares em doações.

e) Mala direta

ROSSO (1991) afirma ser a mala direta um dos primeiros e mais conhecido meio utilizado no processo de captação de recursos, embora outros meios mais sofisticados também sejam utilizados e mais divulgados atualmente.

A mala direta é uma ferramenta desaprovada por muitos captadores por apresentar poucos resultados, custo relativamente alto e por requerer profissionais habilitados no gerenciamento de programas de relacionamento, os quais são pouco disponíveis no mercado de trabalho. Porém, é um meio que tem lugar no contexto de uma estratégia financeira de captação.

Para desenvolver um programa de captação por mala direta, é preciso fazer uma prospecção para encontrar e listar novos contribuintes. Provavelmente, seja a parte mais onerosa do processo, pois requer o envio de material para centenas ou milhares de pessoas que não demonstraram qualquer interesse na instituição através de algum compromisso financeiro. As pessoas que devem ser encontradas são aquelas com interesse na causa, mas que nunca doaram a uma instituição em particular. Geralmente, são as pessoas que concordam com a missão e os valores organizacionais, mas em nenhum momento foram requisitadas pela própria instituição a colaborar financeiramente.

Segundo ROSSO, as respostas positivas de aproximadamente 1% a 2% de uma chamada "lista fria", com nomes de pessoas que nunca doaram para a organização, são consideradas bem sucedidas, pois estes novos doadores, embora possam não ter compensado os custos de captação, são novos contribuintes para a instituição. Na verdade, o objetivo da solicitação por mala direta é captar contribuintes regulares e não simplesmente obter respostas positivas para um único momento de doação.

Mas a efetividade da mala direta é justamente a segunda parte do processo, isto é, a renovação da solicitação e/ou aumento de doações. ROSSO a define como Desenvolvimento de Doadores, quando é possível criar uma lista própria da organização composta por contribuintes ativos, amigos, clientes e assim por diante, para serem alvo de uma estratégia institucional de encorajar os contribuintes a continuarem suas doações e aumentar o valor para fortalecer a base de contribuição.

f) *Telemarketing*

Atualmente, o *telemarketing* é uma ferramenta muito disseminada e divulgada para obter recursos. Geralmente, é realizada por empresas terceirizadas que recebem uma comissão sobre o montante recebido. STEUER, citado no artigo para a Carta de Educação Comunitária do SENAC, relata que existem escritórios que realizam este tipo de trabalho, que cobram até 70% do que é arrecadado.

É uma atividade que invade a residência da população, muitas vezes em horários impróprios e por isso, nem sempre é bem recebido pelos doadores ou potenciais doadores.

g) Internet

A internet é o mais recente veículo em uso pelos captadores de recursos pela facilidade de atingir uma população diferenciada. Mais que um meio de obtenção de recursos, a internet também é capaz de criar uma rede para obtenção de amigos e futuros parceiros para a causa da instituição.

No Brasil este meio ainda é pouco explorado. Há casos pontuais de *sites* com o "clique e doe", isto é, através de um clique em um *banner* é possível

fazer uma doação sem gastar, porque a doação propriamente dita é patrocinada por empresas que doam bens ou dinheiro, desde que seja indicada por um internauta.

h) Considerações sobre a captação de recursos

Conforme afirma ROSSO (2001), *"a captação de recursos não é fácil. Ainda não foi inventada uma fórmula mágica que converta um desejo ardente, ou até mesmo desesperado, em resultados instantâneos"* e acrescenta:

"As organizações sem fins lucrativos bem sucedidas estão interessadas nas técnicas de marketing e na preparação de planos de marketing inteligentes, assim como qualquer empresa comercial. A organização sem fins lucrativos – ou com fins sociais – deve ser analisada criticamente para estimar o valor daquilo que ela faz, para examinar sua missão e determinar se a sua exposição é interpretada corretamente, através de objetivos mensuráveis e de programas significativos, e, além disso, para avaliar seu impacto geral no mercado".

O autor afirma que o processo de captação de recursos não pode ser uma ação impulsiva ou improvisada desencadeada por uma crise e para isso sugere uma seqüência metodológica denominada "ciclo" de captação de recursos composta sumariamente por quatorze itens:

1. **preparação da exposição do caso:** definição do caso para poder apresentá-lo facilmente a qualquer indivíduo ou grupo que tenha a possibilidade de apoiar financeiramente;
2. **definição dos objetivos:** exposição da missão e do problema social, assim como a maneira de solucioná-lo através de programas eficientes;

3. **preparação da exposição das necessidades:** tradução dos planos de programas em necessidades econômicas anuais e para o desenvolvimento do capital;
4. **análise das necessidades do mercado:** exame das atitudes do mercado e verificação da viabilidade de respostas positivas em relação ao caso, às necessidades e às metas;
5. **participação dos voluntários:** participação de pessoas que defendem certas causas e que arrecadam dinheiro no desenvolvimento de recursos econômicos para alcançar resultados significativos;
6. **validação das necessidades:** atuação de voluntários como doadores e captadores de doadores também implica no acesso à análise das necessidades indicando se realmente são refletidas no programa para validá-las junto aos demais doadores;
7. **avaliação do mercado de doadores:** conhecimento da capacidade de doações viáveis nos diferentes segmentos de mercados suscetíveis a doar (pessoas físicas, empresas, fundações, associações e governo);
8. **seleção dos métodos e técnicas para a captação de recursos:** avaliação de cada metodologia para garantir resultados mais positivos;
9. **identificação das potenciais fontes de doações:** busca detalhada da seleção de mercado, consiste na procura de candidatos "ideais" para doar;
10. **preparo do plano de captação de recursos:** revisão de todos os itens anteriores;
11. **preparo do plano de comunicação:** baseado no convencimento, na tentativa de estabelecer "laços com o outro", em envolver as pessoas na missão, na causa, nas vitórias e nas necessidades da organização;

12. **ampliação do grupo de voluntários:** recrutamento de voluntários para solicitar doações;
13. **solicitação de doação:** a técnica mais inteligente é chamar pessoalmente o doador potencial para explicar o motivo pelo qual compensa apoiar a causa e porque os membros cooperam com recursos próprios para assegurar a continuidade do programa; e
14. **renovação da doação:** estabelecimento de vínculo com o doador para promover a causa.

ROSSO acredita que *“a captação de recursos é um processo complexo de envolver as pessoas para que participem de uma causa que corresponde às necessidades humanas”*, que compensa apoiar através das doações e, com elas, *“a organização cria uma base de apoio que constitui o núcleo de sua força e garante seu desenvolvimento futuro”*.

3.3.3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Várias são as formas de angariar recursos e cada “modalidade” implica em custos que nem sempre viabilizam a utilização de uma ou mais técnicas de captação.

Para avaliar apropriadamente o desempenho de cada método, BURLINGAME (1997, p. 165 – 177) propõe nove critérios que podem ser aplicados a todo programa de captação de recursos e demonstram a sua efetividade, eficiência, produtividade e rentabilidade:

1. Participantes: número de pessoas a quem se dirigiu as solicitações e que responderam com doações;

2. Valor recebido: montante bruto recebido em doações;
3. Gastos: custos da captação de recursos;
4. Percentual de participação: número de participantes dividido pelo número de solicitações realizadas, reflete o grau de planejamento em termos de seleção do público mais receptivo a doar;
5. Valor médio da doação: o valor doado indica o grau de motivação do doador, o nível de aceitação do método, a atratividade do projeto e se o valor solicitado foi bem escolhido;
6. Receita líquida: é o montante disponível aos propósitos institucionais depois de descontados os gastos, avalia a eficiência do método;
7. Custo médio por doação: indica o progresso do programa, pois mensura se os atuais doadores podem doar mais, aumentando o valor das doações e conseqüentemente, reduzindo o custo médio da doação;
8. Custo da captação de recursos: análise do custo-benefício comparando as técnicas utilizadas aos parâmetros de eficiência e produtividade de eventos anteriores ou mesmo de estudos já realizados por outras entidades;
9. Retorno: avalia o retorno do investimento realizado, isto é, o montante obtido através do dinheiro investido.

Após três anos de uso é possível definir parâmetros para cada tipo de solicitação, o que tende a melhorar a compreensão sobre os resultados obtidos para orientar a aplicação dos recursos existentes com o objetivo de otimizar o retorno e, conseqüentemente, estimar o desempenho de campanhas futuras.

3.4 O COMITÊ DE DESENVOLVIMENTO

O termo Comitê de Desenvolvimento é normalmente utilizado para a área de captação de recursos e arrecadação de fundos, mas também são empregados os termos: Departamento de Desenvolvimento, Área de Desenvolvimento e derivados como as funções de desenvolvimento, plano de desenvolvimento, diretor de desenvolvimento, funcionários de desenvolvimento etc.

De acordo com The Fund Raising School, apresentado no Seminário "Princípios e Técnicas de Captação de Recursos", o Comitê de Desenvolvimento é nomeado pelo conselho diretor e é o responsável primário pela supervisão da captação de recursos e dos programas de criação de grupos de apoio da organização.

A composição do comitê inclui membros do conselho diretor, membros da comunidade não pertencentes à diretoria e todos os presidentes de subcomitês, cujo período de gestão deve ser previamente definido. Em geral não se recomenda a permanência do mesmo membro por mais de quatro anos consecutivos.

As responsabilidades propostas para o comitê são:

1. Desenvolver uma política para que o conselho diretor realize doações e participe na captação de recursos;
2. Trabalhar com o diretor de desenvolvimento para criar um plano anual de captação de recursos para a organização, incluindo programas como a campanha anual, eventos especiais, campanhas para atrair doadores e campanha de grandes doações;

3. Participar da implementação do plano de captação de recursos e supervisionar o trabalho dos subcomitês responsáveis pela implementação de cada programa;
4. Avaliar a eficiência das diferentes formas de captação de recursos e do plano como um todo;
5. Iniciar o planejamento da campanha capital e dos programas de doações planejadas;
6. Proporcionar liderança e motivação para o conselho diretor e para a comunidade para que realizem doações pessoais e participem na captação de recursos. Aproveitar os contatos pessoais para obter fundos quando necessário;
7. Trabalhar com o diretor de desenvolvimento para identificar e avaliar os potenciais candidatos a grandes doações. Participar no cultivo de doadores e solicitar pessoalmente doações quando apropriado;
8. Desenvolver formas para incrementar a participação dos membros do conselho diretor e outros voluntários nos programas de captação de recursos da organização. Conscientizar o comitê de postulação da necessidade de contar com membros especialista na captação de recursos;
9. Garantir que a organização mantenha as normas de uma campanha de captação de recursos realmente filantrópica e ética.

Um grande desafio para as instituições filantrópicas é a sua auto-sustentabilidade. As formas pelas quais pode ser alcançada foram abordadas anteriormente e cabe ao Comitê de Desenvolvimento o controle das atividades de captação da instituição e principalmente de viabilizar o que KIHLESTEDT & SCHWARTZ (1997) denomina de Campanha Capital para agregar recursos para compor o patrimônio institucional através do enfoque nas grandes doações e, talvez, constituir um Fundo Patrimonial capaz de gerar recursos para manter a entidade.

3.5 A ÉTICA DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS

No Brasil, existem cerca de 250.000 instituições sem fins lucrativos e todas apresentam necessidades de recursos para sua auto-sustentação. À medida que aumenta a quantidade dessas organizações, também surge a obrigatoriedade de procurar novas fontes de recursos para evitar a dependência financeira de origem única.

Frente à maior competitividade do "mercado" filantrópico em obter recursos através de agentes financiadores, os meios adotados para a captação de recursos nem sempre são lícitos ou éticos.

Segundo FOGAL (2001), a base da captação de recursos depende do propósito moral da organização, que define sua missão onde explicita um valor desejado para o bem público e:

"Assim como se analisam os aspectos éticos do valor de uma organização em relação a sua comunidade, há considerações ética importantes relacionada à captação de fundos para organizações que querem obter dinheiro para apoiar esse bem público".

Há dois pontos cruciais para a avaliação ética do terceiro setor. O primeiro é, como FOGAL aponta, a ética dos valores concebidos pela instituição que motivam pessoas a se juntarem à causa através da dedicação de tempo, talento e recursos. O segundo, mas teoricamente dependente do primeiro, seria a própria captação de recursos, pois atualmente se restringe minimamente ao cumprimento de normas legais e contábeis sem considerar a causa da necessidade de recursos e nem o desejo do doador de contribuir.

Existem várias técnicas de captação de recursos e todas elas são somente ferramentas que podem ser bem ou mal utilizadas de acordo com quem

as manuseia. Por este motivo a Associação Brasileira de Captadores de Recursos – ABCR desenvolveu um código que declara os valores e princípios éticos da prática de captação de recursos, composto sumariamente por oito itens:

1. respeito e defesa da legislação nas instituições;
2. exercício do trabalho remunerado com valor pré-estipulado sem aceitar comissionamento;
3. sigilo das informações sobre doadores, cuja propriedade é da organização para a qual trabalha;
4. esforço para que, na medida do possível, haja o apropriado controle e uso dos recursos, transparência em sua administração e publicação de sua utilização, preferencialmente por entidade especializada (auditores ou escritórios de contabilidade);
5. captação de recursos para projetos que tenham qualidade para motivar doações;
6. garantia, na medida do possível, de que os doadores recebam informação e conselho ético sobre o valor e as implicações fiscais de seus donativos potenciais;
7. divulgação de todos os conflitos de interesse, pois a notificação não exclui nem implica em desonestidade ética;
e
8. respeito e divulgação do “Estatuto dos Direitos do Doador” (anexo 4).

Conforme afirma a Carta de Educação Comunitária do SENAC (2001b), embora não seja reconhecida como profissão, a captação de recursos é uma atividade cada vez mais necessária pelo Terceiro Setor para otimizar a capacidade da instituição de angariar fundos e buscar novas fontes de recursos. O captador seria um indivíduo com um conhecimento técnico específico capaz de

adequar as técnicas e princípios de captação existentes à necessidade da organização.

4 PESQUISA

4.1 METODOLOGIA

Conforme o objetivo apresentado, será analisado o sistema de captação de recursos de hospitais sem fins lucrativos denominados hospitais filantrópicos. A partir dos resultados obtidos, pretende-se verificar se existe compatibilidade metodológica entre estes hospitais para o planejamento de seu financiamento e refletir sobre a profissionalização do processo de captação de recursos.

O desenvolvimento deste trabalho seguiu a metodologia da pesquisa científica (SEVERINO, 1996). Após a definição do tema-problema foram realizadas a revisão bibliográfica, a elaboração e aplicação do questionário em um universo pré-estabelecido, a tabulação dos dados e a redação do trabalho.

Para complementar as fontes de informações foram obtidos dados através de cursos e eventos nacionais referentes ao tema, além de pesquisas via Internet de *sites* específicos do terceiro setor e dos bancos de dados oficiais dos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Justiça para confronto dos dados gerados pela Secretaria Estadual de Saúde. No caso das demonstrações contábeis foi utilizada a mídia impressa: Diário Oficial do Estado de São Paulo, Folha de São Paulo e O Estado de São Paulo.

A análise será feita segundo o critério de sucesso, ou seja, a técnica que apresentar o maior retorno em relação ao valor definido para captação.

Os responsáveis pelas campanhas dos hospitais estudados foram entrevistados seguindo um questionário elaborado de acordo com a metodologia de captação de recursos dos EUA para tentar identificar possíveis similaridades de metodologias. A opção pelo modelo norte-americano se deve ao fato de ser o país com a maior produção literária sobre o assunto.

A legislação brasileira é diferente da encontrada nos demais países, por isso foram levantados os incentivos governamentais ou não governamentais, assim como os possíveis fatores que possam influenciar na captação de recursos e as vantagens oferecidas pela instituição para sua viabilização.

4.1.1 Revisão bibliográfica

A captação de recursos é um tema pouco descrito na literatura nacional quando comparado à internacional, principalmente à norte-americana, cujas referências a esta atividade são mais antigas e mais desenvolvidas.

Os recursos bibliográficos foram centralizados principalmente nos levantamentos feitos via Internet através das informações contidas nos bancos de dados existentes na biblioteca da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, onde se concentrou a maior parte da literatura disponível sobre o tema, na biblioteca do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e na BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde).

Para a busca de referências foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: Captação de Recursos, Doações; Organizações Não Governamentais; Organizações Sem Fins Lucrativos; Terceiro Setor; *Fund-Raising*; Filantropia.

A literatura brasileira sobre o terceiro setor e organizações sem fins lucrativos é modesta, sobretudo na captação de recursos no segmento da saúde.

4.1.2 Questionário

O questionário foi o instrumento escolhido para avaliar os hospitais selecionados e sua elaboração se baseou no estudo prévio das instituições filantrópicas.

a) Universo estudado

Considerando a maior concentração de hospitais em grandes centros urbanos, foram escolhidos os hospitais filantrópicos reconhecidos como entidades sem fins lucrativos, independente do seu tamanho ou de sua especialização.

Para analisar a captação de recursos das instituições de saúde sem fins lucrativos foram selecionados os hospitais filantrópicos e o universo se restringiu ao município de São Paulo para evitar qualquer interferência na atuação dos dirigentes dos serviços analisados devido à existência de benefícios específicos oferecidos pela legislação municipal.

Paralelamente à elaboração do instrumento de pesquisa foi iniciado o processo de determinação da amostra. Com base no banco de dados do Centro

de Informações de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, obteve-se o Cadastro Geral dos Hospitais de São Paulo atualizado em 1998 (CIS, 1998). De todos os 956 hospitais do estado de São Paulo foram identificados todos aqueles situados no município de São Paulo, ou seja, 170 instituições hospitalares.

Os hospitais do município são apresentados no banco de dados segundo a subdivisão da natureza jurídica: federais, estaduais, municipais, universitários com e sem pesquisa, filantrópicos, privados com fim lucrativo, conveniados, contratados e próprios. Para definir as organizações a serem analisadas, estas categorias foram reagrupadas em públicas (incluem as federais, estaduais e municipais); filantrópicas (sem isenção, filantrópicas isentas de tributos e contribuições sociais ou filantrópicas isentas de impostos de renda e contribuição sobre o lucro líquido); não filantrópicas (incluem as privadas com fins lucrativos, conveniadas, contratadas e próprias) e universitárias (com ou sem pesquisa) conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição do número de hospitais do município de São Paulo segundo natureza jurídica, 1998.

DESCRIÇÃO	TOTAL DE HOSPITAIS	% NO MUNICÍPIO
Não Filantrópico	95	55,88%
Público	40	23,53%
Filantrópico	26	15,29%
Universitário	9	5,29%
TOTAL	170	100,00%

[Fonte: CIS, Secretaria de Estado da Saúde/São Paulo, 1998.]

Embora tivessem a classificação universitária, seis também se enquadram na categoria filantrópica, mas dois se referem a fundações de caráter privado com finalidade pública criadas no intuito de cobrar os serviços prestados

por hospitais públicos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Por não configurarem uma unidade hospitalar, estas organizações foram excluídas do estudo.

Com esta adequação somam-se no total quatro hospitais filantrópicos que, quando comparadas à lista de entidades de Utilidade Pública Federal disponibilizada no *site* do Ministério da Justiça confirmaram-se vinte instituições em ambos os cadastros. Devido à divergência quantitativa encontrada no total de hospitais elencados, a confirmação e definição final dos hospitais selecionados para este estudo se deram através do *site* do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que também disponibiliza os dados das organizações e que detém a responsabilidade de certificar as entidades filantrópicas. A partir da lista do MPAS foram identificadas 41 instituições de diversas frentes de atuação certificadas no município de São Paulo das quais 17 são hospitais.

Conforme PORTELA *et alli* (2000), os hospitais com registro ou certificado concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social do MPAS (CNAS/MPAS) são referidos como **filantrópicos** propriamente ditos e todos os demais, mesmo não sendo certificados pelo CNAS, mas classificados como filantrópicos pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), (incluindo aqueles sem isenção (60); os filantrópicos isentos de tributos e contribuições sociais (61) ou filantrópicos isentos de impostos de renda e contribuição sobre o lucro líquido (63); os universitários com ou sem pesquisa isentos de tributos e contribuições sociais (91) ou de imposto de renda e contribuição sobre o lucro líquido (93)) e as santas casas também classificados como universitárias são referidas como **potencialmente filantrópicos**.

Para análise deste estudo foram considerados todos os hospitais filantrópicos e potencialmente filantrópicos segundo a classificação do CIS/SES e também foram inclusos os hospitais que, embora classificados como contratados

ou universitários pelo CIS/SES, são filantrópicos por portarem o certificado de entidade sem fins lucrativos. Desta forma, a amostra final se constituiu por 32 hospitais.

b) Elaboração do questionário

O questionário (anexo 2) foi estruturado em três segmentos sendo: primeiro, a apresentação da instituição com dados que identifiquem seu caráter filantrópico e permitam o confronto com os dados do SIH/SUS, Ministério da Justiça e CNAS/MPAS; segundo, a sua estrutura organizacional e financeira; finalmente o terceiro, o detalhamento do seu processo de captação de recursos, principalmente da receita proveniente de atividades não ligadas diretamente à prestação de serviços, mesmo que seja para o SUS.

A composição do questionário foi baseada na legislação existente sobre organizações sem fins lucrativos complementada pelos itens identificados na literatura norte-americana de *fund-raising*.

Tanto a primeira como a segunda parte do questionário tratam de questões objetivas, são dados da instituição que não permitem a subjetividade da opinião dos entrevistados, enquanto que na terceira parte, inicialmente são abordadas as questões para a constatação da existência ou ausência de captação de recursos. Em caso positivo seguem-se três questões abertas para identificar como é feita, se há prestação de contas sobre o que se recebe e se está estruturada alguma forma de fidelização dos parceiros ou doadores.

c) Aplicação do questionário

Uma vez finalizada a elaboração do questionário, foi realizado um pré-teste em um hospital filantrópico do interior do Estado de São Paulo para avaliar a clareza e confirmar o seu conteúdo. Após a revisão do questionário, seguiu-se a aplicação do mesmo.

Para completar o questionário, optou-se pela entrevista com o administrador de cada hospital em seu próprio local de trabalho.

A opção pela entrevista se deve principalmente pela necessidade de comprovação da existência de uma instituição hospitalar.

As questões relacionadas à captação de recursos eram abertas e, apesar da maior divulgação da atuação e profissionalização do Terceiro Setor, este ainda é um campo pouco disseminado nas organizações de saúde e portanto, todas as informações foram obtidas através de uma pessoa, que aplicou realizou as entrevistas.

A escolha pelo administrador se deve ao fato deste ser o profissional que teoricamente deveria ter o melhor conhecimento sobre as atividades do hospital e caberia a este profissional a disponibilização das informações organizacionais e financeiras. No caso da impossibilidade do administrador ser entrevistado, outro profissional que pudesse fornecer as informações necessárias era indicado pelo hospital.

Todos os dados para identificação do entrevistado ocorreram através de contatos telefônicos e correio eletrônico.

Através da lista telefônica do município, foram obtidos os números telefônicos de todos os hospitais, sendo que o primeiro contato sempre se dirigiu à

diretoria administrativa e, após a apresentação e a explicação do objetivo da entrevista, foram enviados a carta de apresentação e o questionário a ser aplicado na data da entrevista. O envio se efetuou através de fac-símile e/ou via correio eletrônico, conforme a acessibilidade da instituição. O procedimento de envio antecipado visava uma melhor apresentação da pesquisa e a agilização do fornecimento dos dados.

Para manter o contato com os hospitais, previu-se o prazo máximo de uma semana após o primeiro contato para agendar a data da entrevista e, após este período, o máximo de três tentativas negativas de agendamento para caracterizar a recusa da instituição em ser entrevistada.

d) Considerações sobre o agendamento de entrevistas

O questionário é uma forma bastante rica de obtenção de informações. Com a premissa de que as entidades filantrópicas deveriam demonstrar total transparência administrativa, esperava-se que todas fossem receptivas ao estudo.

Quando não há a recomendação prévia por uma autoridade conhecida da área de saúde ou por algum conhecido que faça parte da organização, em todos os contatos há um profissional fundamental para a viabilização das entrevistas. Trata-se da secretária que geralmente precisa ser convencida da importância do trabalho para agilizar o processo. Em todos os casos, observou-se que o fato de não se conseguir falar com o administrador até a segunda tentativa, gerava o não agendamento da entrevista.

Apesar da dificuldade de agendamento, todos os administradores entrevistados responderam prontamente às questões. A mesma prontidão porém,

não pode ser observada em todos os casos para o fornecimento dos materiais solicitados no questionário, isto é, o organograma e o balanço patrimonial.

A maioria dos dirigentes já havia respondido o questionário no dia da entrevista e, portanto o contato se restringiu à confirmação dos dados. Estes foram os dirigentes que mais apresentaram interesse sobre o assunto e disponibilizaram-se a prestar maiores informações sobre a instituição, inclusive foram os que cederam muito mais documentos que os solicitados, incluindo o estatuto, folderes institucionais, relatório de atividades entre outros. Àqueles que forneceram todos os dados foi acordado o envio de uma cópia do trabalho final.

4.2 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com as respostas obtidas através do questionário.

Conforme a estrutura adotada no questionário, os resultados também seguirão o mesmo formato, isto é, a primeira parte refere-se à identificação dos hospitais filantrópicos. A segunda parte apresenta o perfil organizacional destes hospitais e a terceira parte aborda a existência ou não do processo de captação de recursos assim como a forma de seu desenvolvimento nas instituições.

4.2.1 IDENTIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

Do total de 32 hospitais do município de São Paulo e selecionados para o estudo, foram entrevistados 19 dirigentes, o que representa 59% da amostra. Para apresentar os dados, os hospitais foram identificados pelas letras do alfabeto, de A a S.

Os hospitais têm características bastante heterogêneas em relação ao tempo de existência, ao porte, a especialização ou não, inclusive quanto às qualificações que detêm (Quadro 5) e principalmente na composição da receita financeira, conforme apresentado a seguir.

Quadro 5. Hospitais filantrópicos do município de São Paulo segundo existência de qualificações por Ministério e missão.

HOSPITAL	TÍTULO DE UTILIDADE PÚBLICA	SUS	CEBAS	MISSÃO
A	SIM	SIM	SIM	NÃO
B	SIM	SIM	SIM	SIM
C	SIM	SIM	SIM	NÃO
D	SIM	NÃO	SIM	SIM
E	SIM	SIM	SIM	NÃO
F	SIM	SIM	NÃO	NÃO
G	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
H	SIM	SIM	SIM	SIM
I	SIM	NÃO	NÃO	SIM
J	SIM	SIM	SIM	SIM
K	SIM	SIM	SIM	NÃO
L	SIM	SIM	NÃO	NÃO
M	SIM	SIM	SIM	NÃO
N	SIM	SIM	SIM	SIM
O	SIM	SIM	NÃO	SIM
P	SIM	SIM	SIM	SIM
Q	SIM	SIM	SIM	SIM
R	SIM	SIM	SIM	SIM
S	SIM	SIM	SIM	SIM

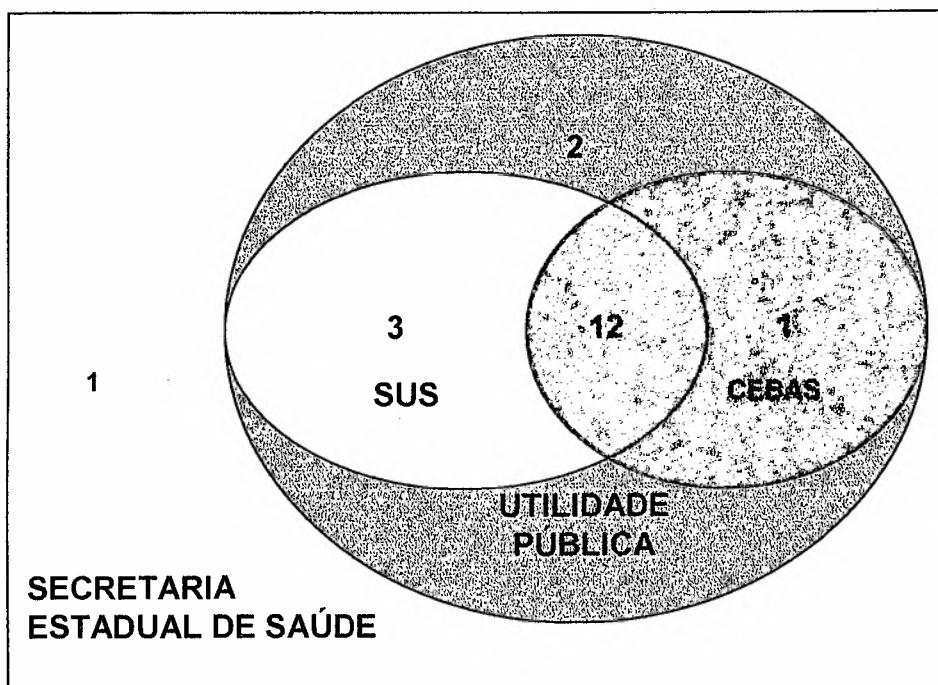
FONTE: Dados de pesquisa, 2001.

a) Qualificações

Pelas entrevistas realizadas, todos foram unânimes em afirmar que o hospital se caracterizava como entidade filantrópica pela sua constituição firmada na forma de estatuto.

Como pode ser observado no Quadro 6, com exceção de um hospital que não apresentava qualquer título, seja de utilidade pública, certificado de entidade beneficente de assistência social ou pelo SUS do Ministério da Saúde, todos os demais 18 hospitais (94,7%) tinham pelo menos o reconhecimento de utilidade pública federal. Destes, dois (10,6%) apresentavam somente o título de utilidade pública, quinze (78,9%) com cadastro de filantropia no Ministério da Saúde (SUS), treze (68,4%) com o certificado de entidade beneficente do CNAS (CEBAS) e doze hospitais (63,2%) que acumulavam todos os três títulos (SUS, CEBAS e Utilidade Pública).

Quadro 6. Distribuição dos 19 hospitais entrevistados segundo concessão de certificado e/ou reconhecimento de filantropia pelos Ministérios da Saúde, Justiça e Previdência e Assistência Social, 2001.



FONTE: Elaborado segundo dados disponíveis nos *sites* dos Ministérios da Saúde, da Justiça e da Previdência Social.

b) Missão das instituições

Todas as instituições têm um motivo pelo qual foram criadas e, embora os hospitais tenham uma função bem estabelecida de prestar assistência médica a doentes internados em fase de diagnóstico, tratamento ou até mesmo para minimização do sofrimento, a definição da missão determina a abrangência da atuação de cada unidade hospitalar sob a perspectiva daqueles que a criaram.

Os hospitais presentes neste estudo foram todos selecionados por serem filantrópicos. Este item foi questionado para verificar se a organização tem

clareza de seu objetivo ou, se em algum momento houve a preocupação de se estabelecer internamente, a razão da existência da instituição.

Para levantar este dado foi questionado se a instituição tem uma missão definida, descrita e divulgada a todos os que trabalham na instituição. Foram obtidos os seguintes resultados: onze hospitais (57,9%) têm uma missão bem definida, enquanto oito (42,1%) não tinham, sendo que um afirmava ter embora não pudesse comprovar. Neste último caso, a “missão” se restringia à função hospitalar de amparar o paciente durante uma fase que requer cuidados e que, por ser considerada óbvia pela administração, não havia a preocupação em elaborá-la e divulgá-la pela instituição.

c) Ano de fundação das Instituições

O ano de fundação das entidades pode ser considerado um indicador das necessidades sociais da época de sua instalação, pois a construção e a viabilização operacional de uma unidade hospitalar são investimentos de alto custo.

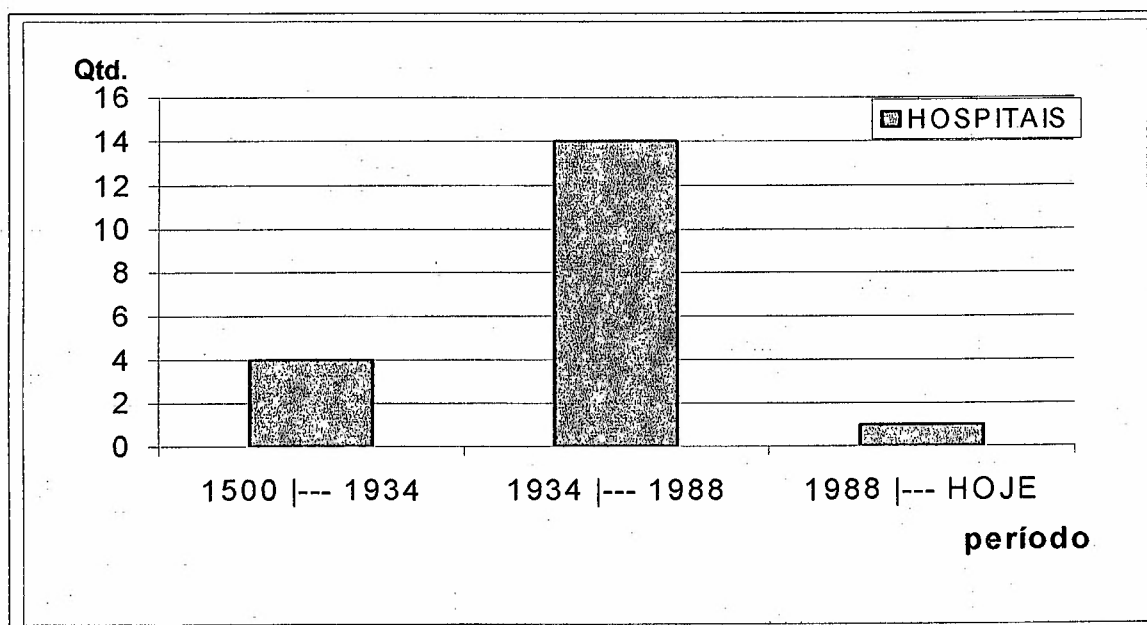
A idade dos hospitais reflete as condições sociais de um determinado período e os estímulos governamentais que proporcionaram sua criação. Para confirmar a veracidade desta relação, os hospitais foram classificados com base nos anos de publicação de leis relativas à filantropia, de grande relevância para a saúde apresentado a seguir:

- hospitais criados até 1934, ano da Constituição Federal que define o princípio da subsidiariedade ao setor sem fins lucrativos;
- de 1934 a 1988; período entre a criação e alteração da Constituição com a regulamentação da isenção fiscal às entidades filantrópicas; e

- a partir de 1988, ano da criação do Sistema Único de Saúde com a terceira reformulação da Constituição Federal.

Desta forma, como mostra o gráfico 5, o surgimento dos hospitais filantrópicos se concentra principalmente durante o período de 1934 a 1988, com quatorze hospitais fundados (73,7% dos hospitais entrevistados). Este período também coincide com uma fase de grande crescimento econômico do país. Após 1988 há significativa redução na construção de hospitais filantrópicos, a economia nacional começa a declinar. Nesta fase começa a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) que universaliza a assistência médica a todos os cidadãos brasileiros.

Gráfico 5. Distribuição dos hospitais filantrópicos segundo data de fundação, 2001.



FONTE: Pesquisa com 19 hospitais filantrópicos do município de São Paulo, 2001.

4.2.2 PERFIL ORGANIZACIONAL

Neste tópico serão apresentadas as principais características físicas e organizacionais dos hospitais entrevistados abordando itens relacionados ao: porte hospitalar, tipo de atividade, percentual de gratuidade e a existência de entidade mantenedora.

a) Porte Hospitalar

Considerando que o papel social dos hospitais está intrinsecamente associado à sua capacidade de internação, mais que o número total de entidades cadastradas, a disponibilização de leitos gratuitos aos cidadãos brasileiros é fundamental. Para viabilizar um direito determinado pela Constituição, o Sistema Único de Saúde (SUS), através das secretarias municipais e/ou estaduais de saúde, contratam hospitais através de convênios para prover leitos que não incorram em custos diretos ao cidadão.

A Tabela 4 mostra a distribuição de leitos segundo a natureza jurídica para avaliar a representatividade de cada modalidade hospitalar na rede de saúde do município dispostas em ordem decrescente de participação no SUS. Segundo a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, há 22.278 leitos contratados para o município de São Paulo, dos quais 8.570 (38,47%) são públicos, 5.985 (26,87%) são universitários, 4.694 (21,07%) são não filantrópicos e 3.029 (13,60%) são filantrópicos. Como pode ser observado, dois terços dos leitos existentes no município de São Paulo são contratados pelo SUS.

De acordo com a definição do Ministério da Saúde (1985) o porte hospitalar se divide em: pequeno, até 50 leitos; médio, de 51 a 150 leitos; grande,

de 151 a 300 leitos e extra, com mais de 300 leitos. A importância desta classificação define a complexidade gerencial dos hospitais, pois os leitos funcionantes de um hospital são a base fundamental para a determinação de seu custo e conseqüentemente para o levantamento da necessidade de recursos para mantê-los em funcionamento.

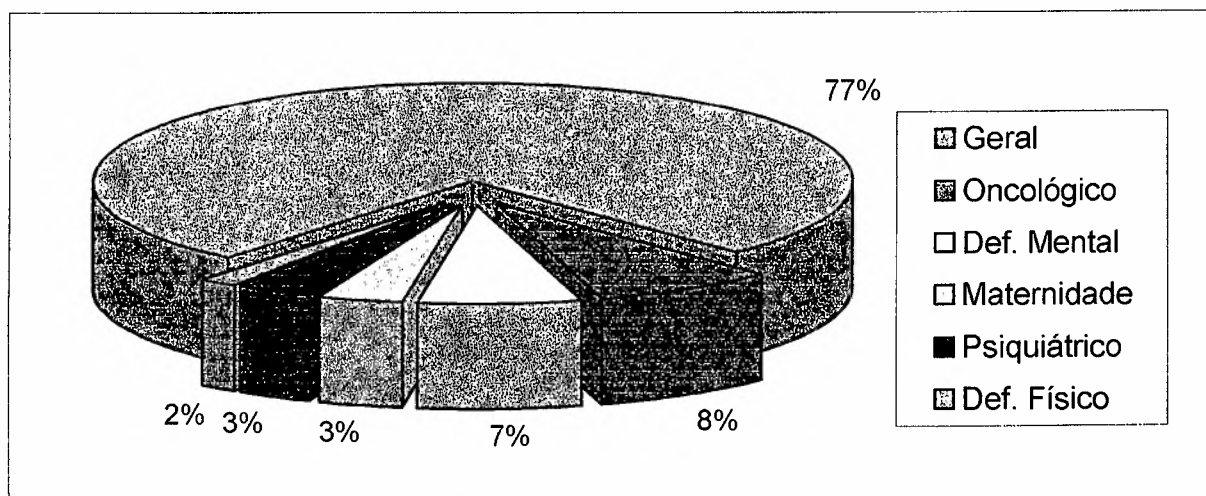
Tabela 4. Distribuição de leitos hospitalares existentes no município de São Paulo segundo natureza jurídica, 1998.

LEITOS HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO				
DESCRIÇÃO	CONTRATADOS PELO SUS	% NO MUNICÍPIO	EXISTENTES	% NO MUNICÍPIO
Público	8.570	38,47%	8.907	26,58%
Universitário	5.985	26,87%	6.239	18,62%
Não Filantrópico	4.694	21,07%	12.816	38,25%
Filantrópico	3.029	13,60%	5.546	16,55%
TOTAL	22.278	100,00%	33.508	100,00%
Porcentagem	66,49%	-	100,00%	-

Fonte: CIS, Secretaria de Saúde do Estado/São Paulo, 1998.

A distribuição de leitos nos hospitais pesquisados foi: 3.328 (76,6% do total de leitos) em hospital geral, 343 (7,9%) oncológicos, 300 (6,9%) para deficientes mentais, 150 (3,5%) de maternidade, 144 (3,3%) psiquiátricos e 78 (1,8%) para deficientes físicos, perfazendo o total de 4.343 (100%) leitos operacionais (Gráfico 6), que por sua vez representa 78,3% dos leitos existentes no município de São Paulo.

Gráfico 6. Distribuição dos leitos hospitalares segundo especialização, 2001.



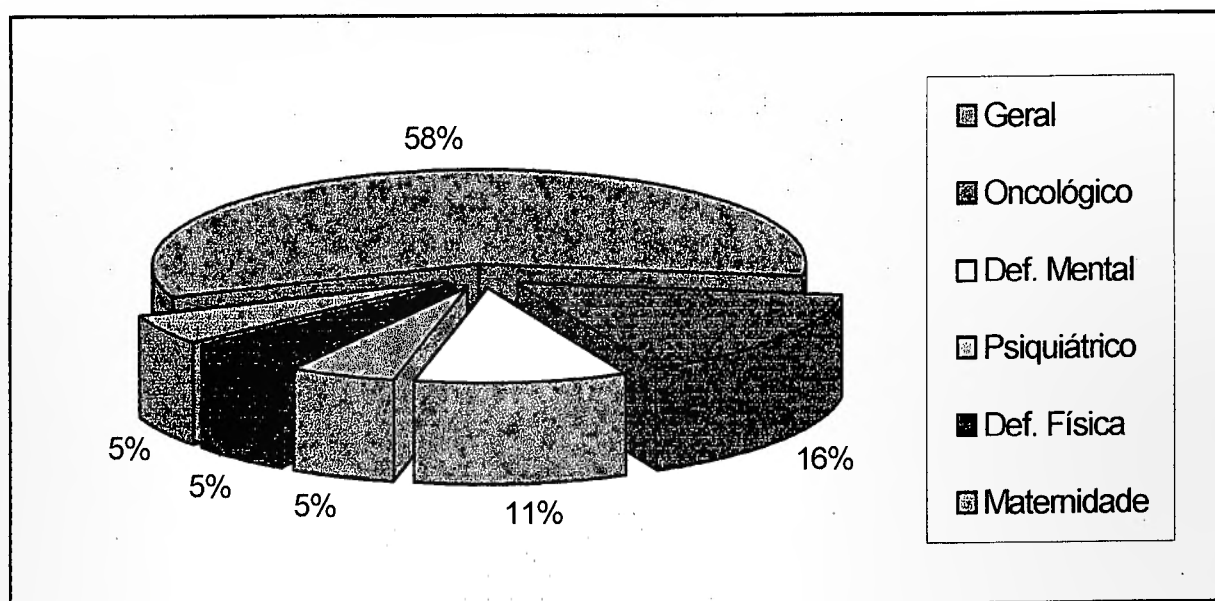
Fonte: Pesquisa com 19 hospitais filantrópicos do município de São Paulo, 2001.

b) Tipo de hospital

Os hospitais podem ser classificados como gerais, quando apresentam as quatro especialidades básicas, incluindo Clínica Médica, Cirurgia, Obstetrícia e Pediatria. Todos os demais que determinam uma especialidade aos seus pacientes são denominados Hospitais Especializados.

Na pesquisa, nos 19 hospitais verificou-se a seguinte distribuição (Gráfico 7): 11 (58%) gerais, 3 (16%) oncológicos, 2 (11%) para deficientes mentais, 1 (5%) psiquiátrico, 1 (5%) maternidade e 1 (5%) para deficiente físico.

Gráfico 7. Distribuição de hospitais segundo especialização, 2001.



FONTE: Pesquisa com 19 hospitais filantrópicos do município de São Paulo, 2001.

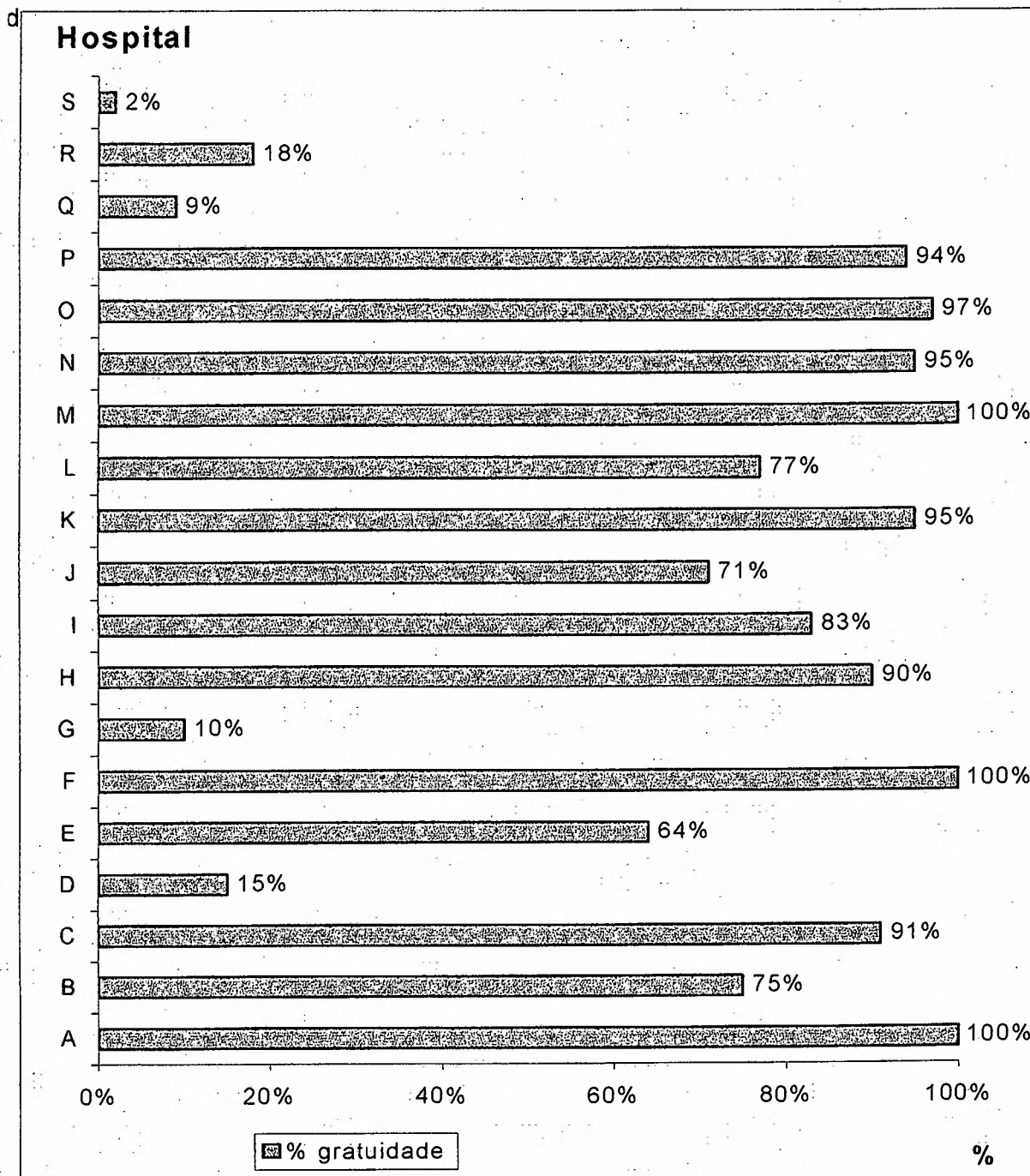
d) Gratuidade

Como requisito básico para ser uma entidade sem fins lucrativos, toda instituição filantrópica deve destinar 20% de sua receita bruta em forma de gratuidade. Embora esta determinação abranja as organizações certificadas pela CNAS, no caso específico da saúde o percentual se eleva para 60%, e não se limita à receita, pois são 60% da capacidade total instalada da instituição destinados ao atendimento gratuito, seja através de convênio com o SUS ou não.

Quanto aos hospitais pesquisados, o item gratuidade foi dividido em três segmentos conforme o percentual de gratuidade informado (gráfico 8) e foram obtidos os seguintes resultados: 5 (26,3%) hospitais com até 19% de gratuidade, nenhum hospital com 20% a 59% e 14 (73,7%) hospitais com mais de 60%.

O número de hospitais que cumpriam as novas exigências do Ministério da Saúde foi alto, isto é, 14 hospitais (74% dos entrevistados). Apesar deste número ser aparentemente alto, não é possível afirmar que seja a maioria dos hospitais filantrópicos devido ao viés da amostra, pois 13 hospitais não entraram no estudo por recusar a entrevista.

Gráfico 8. Distribuição de 19 hospitais segundo o percentual de gratuidade em atendimentos realizados, 2001.



Fonte: Dados de pesquisa, 2001.

e) Instituição de Apoio

As instituições de apoio são importantes para determinação da abrangência da entidade. Como o Ministério da Justiça somente classifica as instituições pelas suas atividades majoritárias, uma entidade de assistência social de abrangência estadual ou nacional que tenha entre seus componentes um hospital, significa que os atendimentos gratuitos podem ser diluídos por toda organização ou por um dos segmentos que a compõe. Não existe qualquer impedimento para que uma instituição possa ter diversas áreas de atuação e principalmente de se subordinar ao controle de órgãos competentes, a não ser que houvesse um efetivo controle local pela instância municipal.

O fato de a instituição mantenedora ter maior abrangência que o hospital pode justificar os baixos percentuais de gratuidade encontrados. De todos os hospitais visitados, seis (31,6%) têm uma entidade mantenedora cujos balanços patrimoniais englobam todas as unidades que a compõem e, com exceção das instituições que publicam seus balanços no Diário Oficial do Estado de São Paulo ou em jornais de grande circulação, nenhuma dessas entidades forneceu o seu respectivo balanço patrimonial e/ou demonstração de despesa e receita realizada.

f) Considerações sobre os dados encontrados

Apesar da amostra ser composta somente por hospitais, verificou-se que a estrutura organizacional apresenta muita heterogeneidade. O conceito de hospital implica na necessidade de internação, na qual o paciente permanece em observação por mais de 24 horas, mas isto não significa que os hospitais sejam compostos somente por alas de internação. Atualmente a complexidade das instituições hospitalares é maior, pois tendem a concentrar praticamente todas as modalidades de tratamento em um mesmo local e, portanto a maioria dos

hospitais se tornou grandes centros de serviços de saúde. Não é mais possível realizar uma comparação simplista entre eles, é preciso identificar as unidades existentes e compatibilizar as atividades executadas para então poder efetuar qualquer comparação.

Os hospitais especializados são exemplos da alta complexidade assistencial. É perceptível a necessidade de grande variedade de recursos para a atenção de enfermidades tão específicas, como é o caso das entidades voltadas a deficientes mentais, deficientes físicos, pacientes oncológicos e psiquiátricos, quanto mais aos hospitais gerais que se destinam a atender todo tipo de doença, desde sua promoção, diagnóstico, tratamento até a reabilitação.

No caso dos hospitais pesquisados, foi verificado que alguns hospitais representavam somente um segmento da entidade mantenedora e cabe a esta entidade maior, o cumprimento de todas as exigências feitas pelo CNAS para poder usufruir as benesses fiscais.

4.2.3 PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS

Neste tópico foi verificada a existência ou não de um programa de captação de recursos. As questões se restringiram à sua identificação, detalhando as modalidades de captação utilizadas e a sistemática adotada para o desenvolvimento e a fidelização dos doadores.

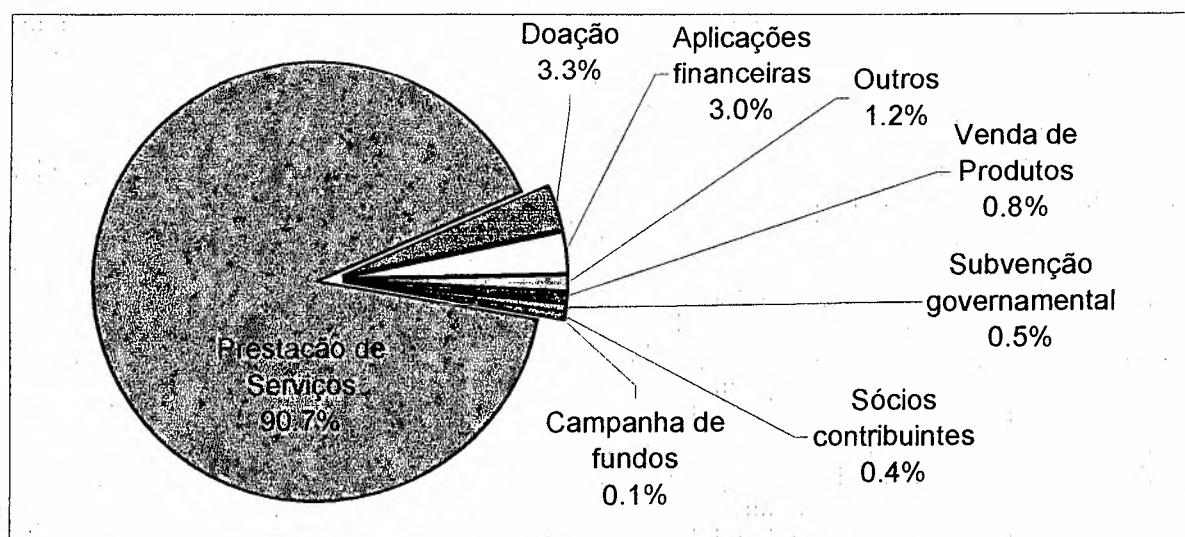
Para avaliar a representatividade da captação realizada foram analisados os dados existentes nos balanços patrimoniais e nas demonstrações de despesas e receitas referentes ao exercício do ano de 2000. Doze hospitais forneceram os documentos contábeis e, embora também fossem requisitados

posteriormente, sete instituições não disponibilizaram os balanços. Com o objetivo de analisar a captação de recursos nos hospitais filantrópicos, também foram procurados os relatórios contábeis das entidades filantrópicas inicialmente listadas para este estudo, mas que recusaram a entrevista. A busca envolveu o Diário Oficial do Estado e os principais jornais de circulação no estado de São Paulo. Com isso foi encontrado o demonstrativo de somente um hospital e este foi denominado Hospital T. Desta forma, o estudo contábil apresenta os resultados de 13 hospitais filantrópicos.

Embora a receita seja importante, a captação diversificada de recursos é uma alternativa para evitar a dependência por uma única fonte de financiamento, e principalmente para viabilizar a manutenção operacional das organizações. Por esse motivo também foi levantado o resultado do exercício através das mesmas demonstrações contábeis. Observou-se que as treze instituições foram responsáveis pela receita bruta de 1,14 bilhão de reais. Destas, três apresentaram déficit durante o ano de 2001 (no total de 12,8 milhões de reais - hospitais A, K e P - enquanto dez tiveram superávit equivalente ao montante de 102,16 milhões de reais. Todos os valores apresentados não foram corrigidos por utilizar o exercício de apenas um ano.

Dos 13 relatórios financeiros verificou-se que a composição da receita bruta foi (Gráfico 9): 90,8% de prestação de serviços, 3,3% de doações, 3,0% de aplicações financeiras, 0,8% da venda de produtos, 0,5% de subvenção governamental, 0,4% de sócios contribuintes, 0,1% de campanha de fundos e 1,2% de outras receitas. Estes dados demonstram a grande capacidade que as instituições hospitalares têm em gerar recursos e a baixa dependência de doações e/ou de subvenções governamentais.

Gráfico 9. Origem dos recursos em 13 hospitais filantrópicos do município de São Paulo, 2001.



Fonte: Balanços patrimoniais de pesquisa, 2001.

A composição da receita bruta destes treze hospitais apresentam grandes diferenças, motivo pelo qual também foi adotado o modelo proposto por SALAMON & ANHEIER para compará-las, dividindo as fontes de receita em três grandes segmentos:

1. Receita própria: são os valores recebidos através da venda de serviços ou produtos diretamente ao consumidor ou a outra instituição conveniada, seja pública ou privada;
2. Governo: é a receita proveniente de subvenções do setor público; e
3. Doações: composta por doações individuais, de corporações, fundações e legados recebidos diretamente de indivíduos ou através da captação de recursos.

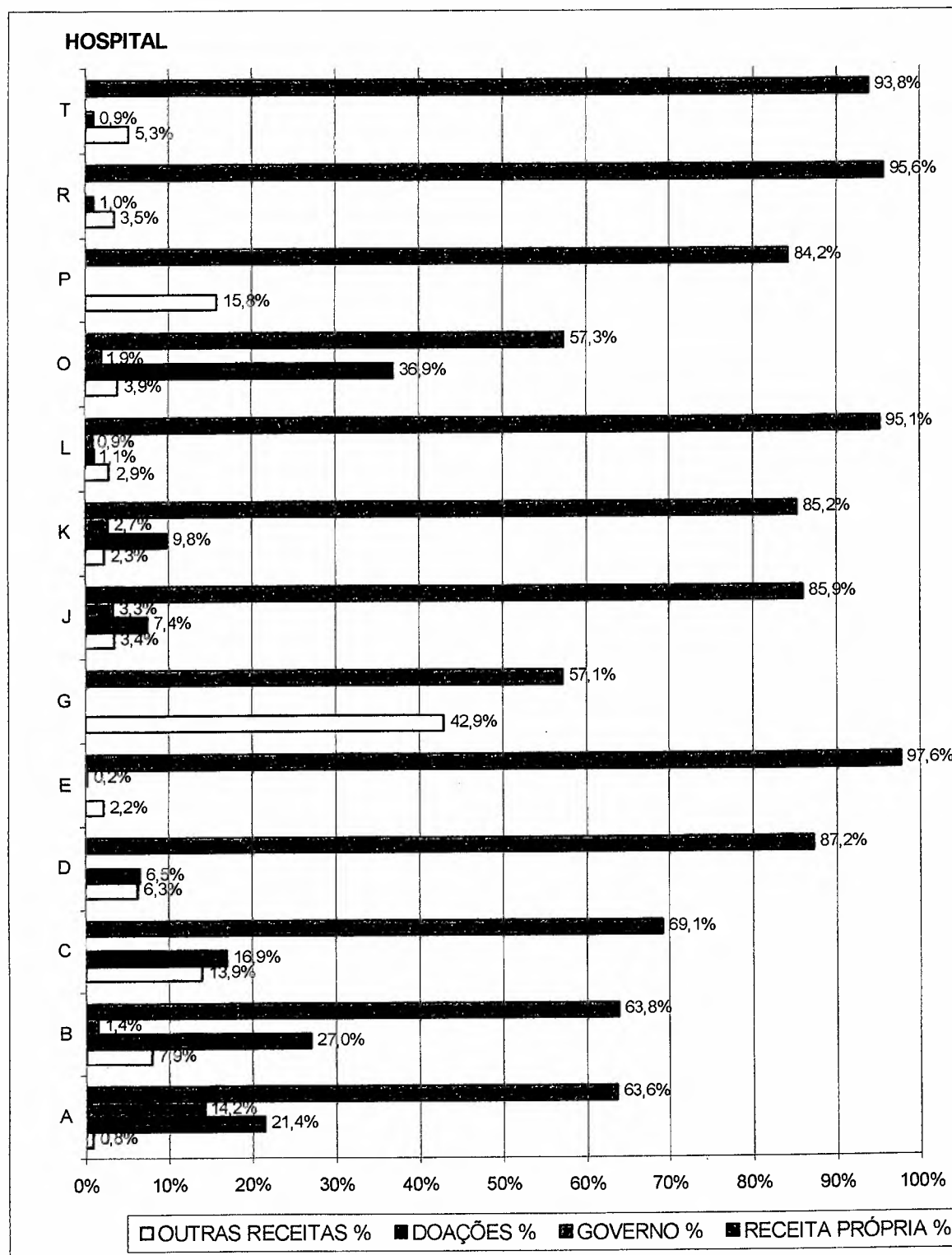
Além destes itens foi acrescentado para este estudo (Gráfico 10), o item Outras Receitas, por ser um recurso originado da receita própria e do

instituição. Este item engloba as aplicações financeiras, as receitas de aluguéis, a venda de imobilizado e outras receitas não especificadas pelas entidades filantrópicas.

A avaliação percentual da receita mostra a composição da mesma, mas como foi referido anteriormente, os hospitais deste estudo são bastante heterogêneos e as características individuais são importantes para determinar o grau de dependência de cada uma em relação às fontes de financiamento.

O Gráfico 10 mostra que todos os 13 hospitais têm grande capacidade de gerar receita própria, pois todos têm mais de 50% de sua receita constituída da venda de serviços prestados e destes, quatro (21%) atingem níveis superiores a 90%. Cabe salientar que nenhum dos hospitais teve a soma da receita governamental, doações e outras receitas superior aos recursos oriundos da receita própria. Em somente um caso, hospital A, a receita governamental tem representação importante, com 14,2% da receita total. No hospital O, as doações apresentam alto percentual da receita, isto é, 36,9% da receita em comparação aos demais enquanto o hospital G se destaca pela representatividade das outras receitas, com 42,9%.

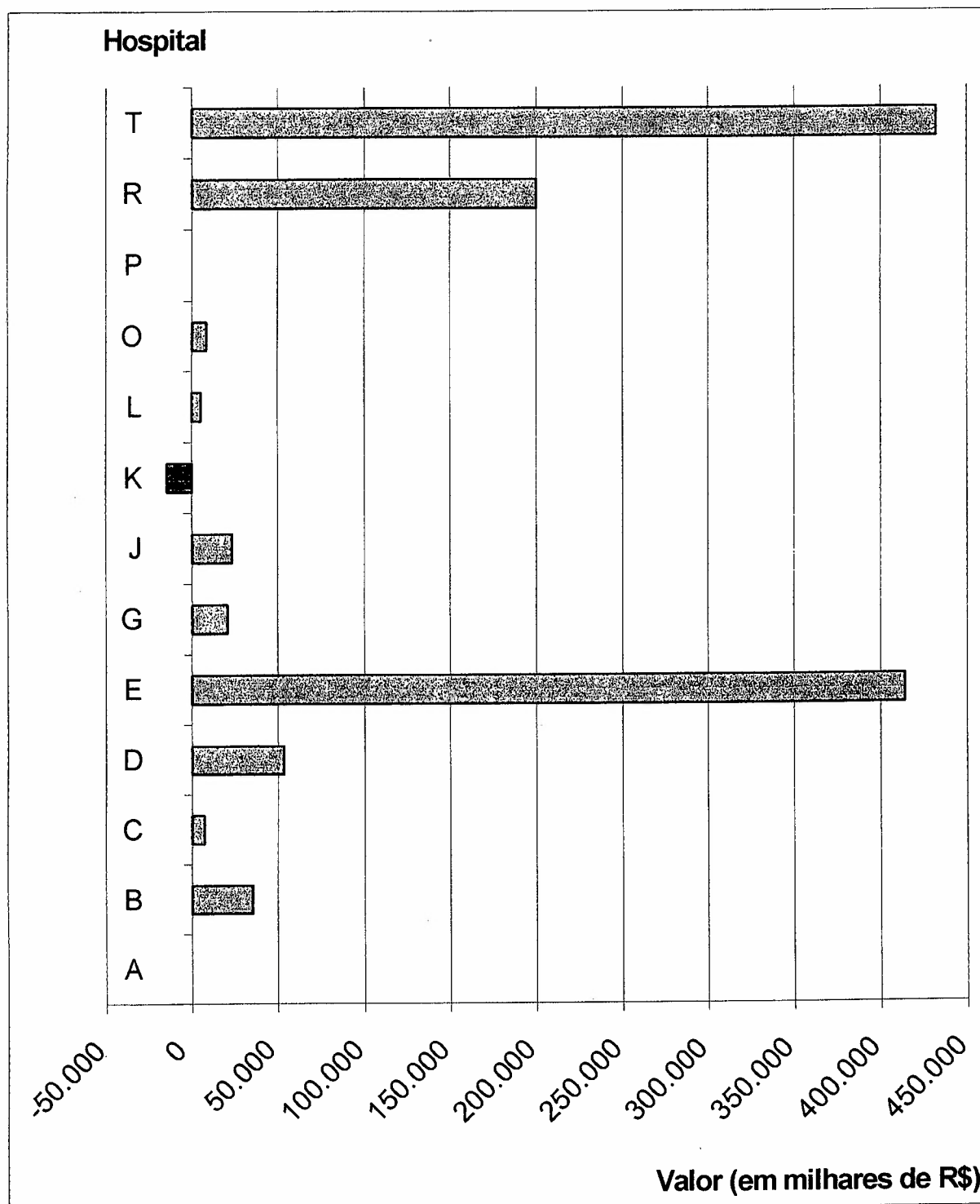
Gráfico 10. Fonte de recursos referente ao exercício de 2000 de 13 hospitais filantrópicos do município de São Paulo.



FONTE: Dados de pesquisa, 2001.

Neste levantamento foram apontadas três instituições deficitárias que, se mantiverem resultados semelhantes nos próximos anos, tenderão ao encerramento de suas atividades. No caso das entidades A e P, os déficits foram amortizados através da utilização dos recursos acumulados durante os anos anteriores e, portanto ao final do exercício de 2000 seus respectivos patrimônios reduzem-se a valores inferiores a 250.000 reais, enquanto a instituição K que já se encontrava deficitária, tem sua situação financeira agravada conforme demonstrado no Gráfico 11. Em contrapartida, três hospitais (E, R e T) se destacam dos demais pelo elevado patrimônio acumulado, sendo que dois (E e T) ultrapassam a cifra de 400 milhões de reais.

Gráfico 11. Patrimônio de 13 hospitais sem fins lucrativos do município de São Paulo em 31 de dezembro de 2000 (em milhares de reais).



FONTE: Dados de pesquisa, 2001.

A seguir serão apresentados os dados obtidos seguindo a classificação de SALAMON & ANHEIER, isto é, receita própria, governo e doações.

a) Receita própria

Como pode ser observado no gráfico 9, os hospitais apresentam receitas compostas fundamentalmente pela receita própria, correspondendo a 91,5% da receita bruta (90,7% da prestação de serviços e 0,8% da venda de produtos). Ressalta-se que a venda de produtos não é uma atividade específica de hospitais, mas algumas das entidades participantes do estudo fabricam produtos para pacientes e insumos atípicos para a área de saúde como, por exemplo, materiais gráficos, refeições para venda e outros.

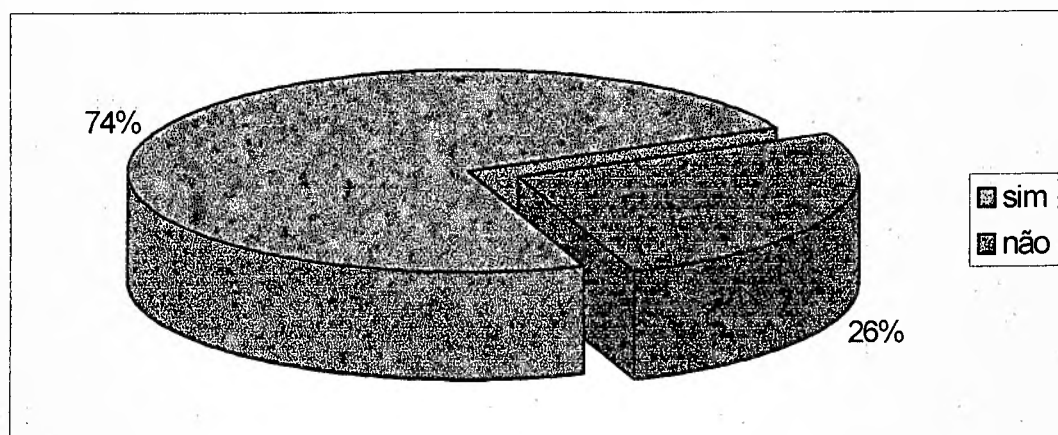
Considerando a finalidade pública dos hospitais filantrópicos, seria esperado que todos tivessem convênio com o Estado para prover leitos à população doente. Os hospitais conveniados podem emitir a fatura de cobrança dos procedimentos realizados ao governo do Estado, configurando a remuneração por serviços prestados pela entidade, além da possibilidade de manter convênios com outras empresas de assistência suplementar à saúde (medicina de grupo, cooperativa médica, seguradora, administradora de planos ou autogestão) ou até mesmo através da cobrança direta ao cliente.

Neste item verificou-se que, dos 19 hospitais, quatorze têm convênios com o SUS, o que representa 74% da amostra conforme mostra o gráfico 12.

Durante as entrevistas, todos os administradores informaram que a principal fonte de receita é gerada através da prestação de serviços (confirmada através do Gráfico 10) e destes, seis afirmaram não ter um programa de captação

de recursos. A explicação fornecida foi que sua implantação não seria uma prioridade, pois a receita de doações gerada até o momento da entrevista era considerada irrisória.

Gráfico 12. Hospitais com convênio SUS, em percentagem, 2001.



Fonte: Pesquisa com 19 hospitais filantrópicos do município de São Paulo, 2001.

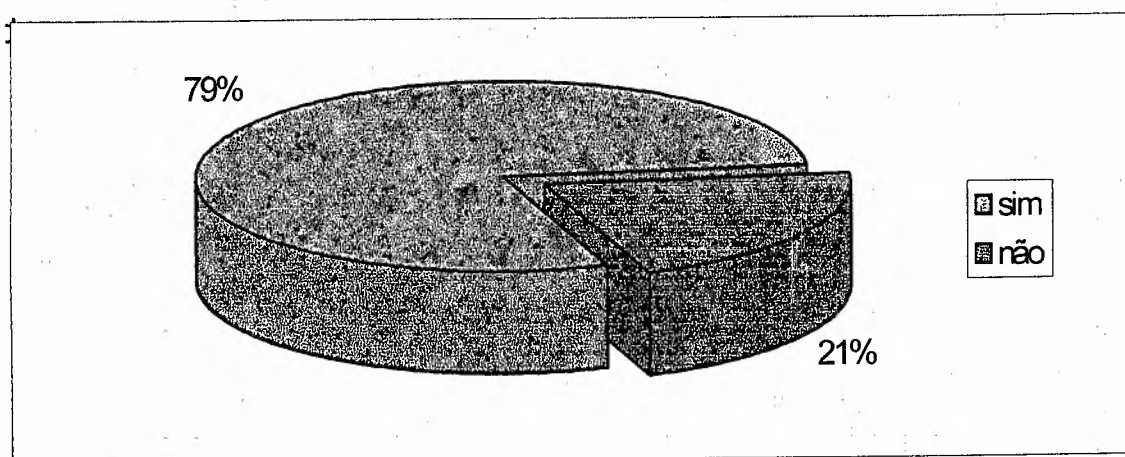
b) Doações

Para avaliar este quesito, foi questionado se havia qualquer outra forma de recebimento de recursos não provenientes da prestação de serviços. Mesmo que o montante obtido fosse considerado insignificante pelo administrador, o simples fato de haver outras formas de obtenção de recursos foi considerado positivo como resposta. Assim, o número total de hospitais com captação de recursos foi 15, isto é, 79% das respostas positivas, conforme mostra o gráfico 13.

Ao questionar se o programa de captação de recursos era oficializado, dos 19 hospitais entrevistados, somente os hospitais B e C afirmaram ter o programa e puderam comprovar através do organograma. Já os hospitais A e O haviam terceirizado esta atividade e os hospitais J, N e R informaram que a captação existia e fazia parte das atividades das voluntárias ou que existia, mas

não constava no organograma devido a sua não atualização. A partir destas informações é encontrado o total de sete, ou seja, 37% das instituições entrevistadas apresentaram uma forma estruturada de captação de recursos. No caso dos hospitais D, E e Q foi referido que os próprios membros da diretoria obtinham doações, mas como não havia mensuração destas informações ou qualquer registro, estes dados não foram considerados neste estudo.

Gráfico 13. Hospitais que realizam captação de recursos, em porcentagem, 2001.



Fonte: Pesquisa com 19 hospitais filantrópicos do município de São Paulo, 2001.

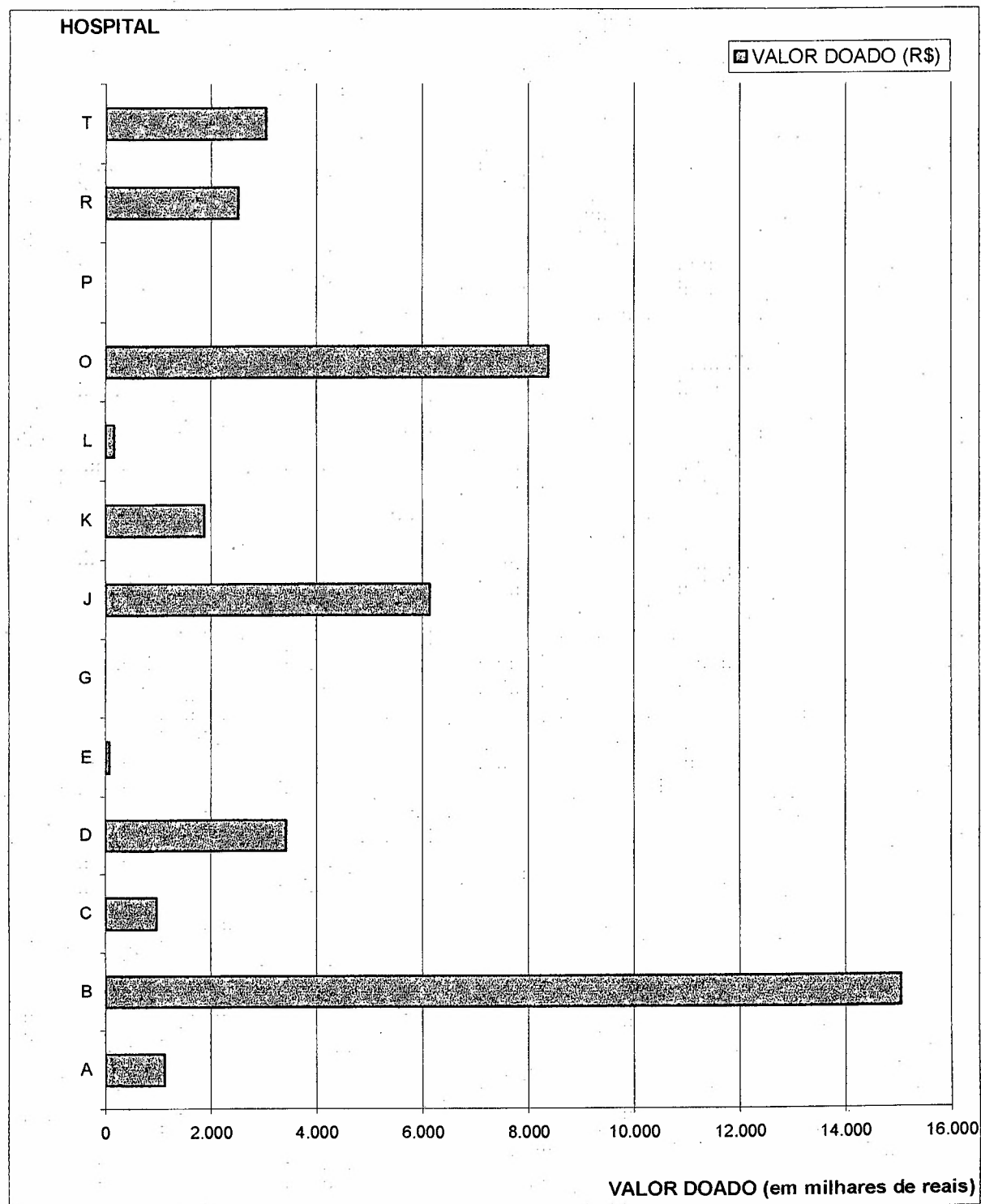
Sob o ponto de vista financeiro, através das demonstrações contábeis obtidas de treze entidades, verificou-se que o montante total recebido em doações foi de 42,7 milhões de reais, o equivalente a 3,8% da soma de toda receita bruta dos hospitais filantrópicos.

Como pode ser observado no Gráfico 14, oito dos treze hospitais obtiveram doações com valores superiores a um milhão de reais, dos quais sobressaem três hospitais, B, J e O, cuja soma arrecadada foi superior a seis milhões em um período de um ano, ressaltando que a representatividade da captação de recursos nestes hospitais foi de 27%, 7,4% e 36,9%,

respectivamente, conforme apresentado no gráfico 10. O valor angariado por estes três hospitais corresponde a 69% do montante recebido pelos treze hospitais.

Para analisar a captação de doações, este item foi subdividido com base em três pontos críticos: quem é o responsável, como é feita a captação e a prestação de contas e se há preocupação em fidelizar o doador ao “programa”.

Gráfico 14. Valor recebido em doação por 13 hospitais filantrópicos do município de São Paulo, 2001.



FONTE: Dados de pesquisa, 2001.

c) O responsável pela captação de recursos

Sete instituições têm algum tipo de captação de recursos estruturada. Nos hospitais A e O esta atividade é terceirizada, no hospital J é realizada pelo corpo de voluntários, nos hospitais C e N era realizada pelo administrador do hospital e hospitais B e R através do(s) membro(s) da diretoria.

Somente dois hospitais mantinham profissionais que realizaram cursos específicos para administração de instituições sem fins lucrativos e/ou de captação de recursos, o hospital A, cujo captador era terceirizado e o hospital J, coordenado pelo grupo de voluntários, ao contrário dos administradores dos hospitais C e N que praticavam a captação sem qualquer conhecimento fundamentado.

No caso do hospital O, a captação de recursos é terceirizada, mas nenhum profissional havia realizado qualquer curso de capacitação para atuar nesta área.

Cabe ressaltar que o hospital B não tinha um profissional específico para desenvolver o programa de captação de recursos, mas agrupava profissionais responsáveis para cada modalidade de captação, inclusive com um membro da diretoria que lecionava em cursos e eventos relacionados às legislações e às isenções fiscais para o terceiro setor.

Em relação ao hospital R, a captação era realizada pela diretoria, porém nenhum diretor tinha qualificação específica para a atividade.

d) Formas de captação de recursos

Para o estudo, foram elencadas as seguintes formas de captação de recursos:

- doações esporádicas: apesar de não ser o termo mais adequado por não se tratar de um contrato de transferência de bens ou vantagens, foi utilizado porque é a denominação mais conhecida das gratificações, gorjetas, esmolas, óbolos e donativos;
- campanhas anuais: consideradas as campanhas com duração de até um ano;
- campanhas de rua: são as solicitações de recursos em locais de grande circulação de pessoas;
- bingos: são as vendas de cartelas e números que permitem ao doador, o recebimento de um bem, se premiado;
- eventos beneficentes: são os programas específicos que não necessariamente ocorrem anualmente, como por exemplo, a festa do sorvete;
- cartão afinidade: geralmente associado às empresas de cartão de crédito onde parte da primeira anuidade é destinada à instituição;
- mala direta: envio de correspondência ao potenciais doadores;
- patrocínio: pagamento mediante contrato onde a instituição receptora se obriga a divulgar o nome da empresa financiadora;
- internet: divulgação de alternativas para efetivação de doações, como divulgação de contas bancárias para depósitos e orientações de como doar bens ou até mesmo através do "clique e doe";
- bazar beneficente: existência de local fixo para venda de produtos novos ou usados; e
- outros meios de captação adotados pelas instituições.

Os meios mais utilizados para obtenção de recursos nos dezenove hospitais, conforme apresentados no Gráfico 15, são os seguintes:

- 84,2% de doações esporádicas;
- 42.1% do bazar beneficente;
- 31,6% pela internet;
- 21.0% através de campanhas;
- 21.0% por eventos;
- 21,0% pelas contribuições mensais de sócios;
- 5,3% de bingo;
- 5,3% por mala direta; e
- 5,3% de patrocínio;

A soma dos percentuais não totaliza 100% devido à possibilidade de assinalar mais de uma alternativa como resposta.

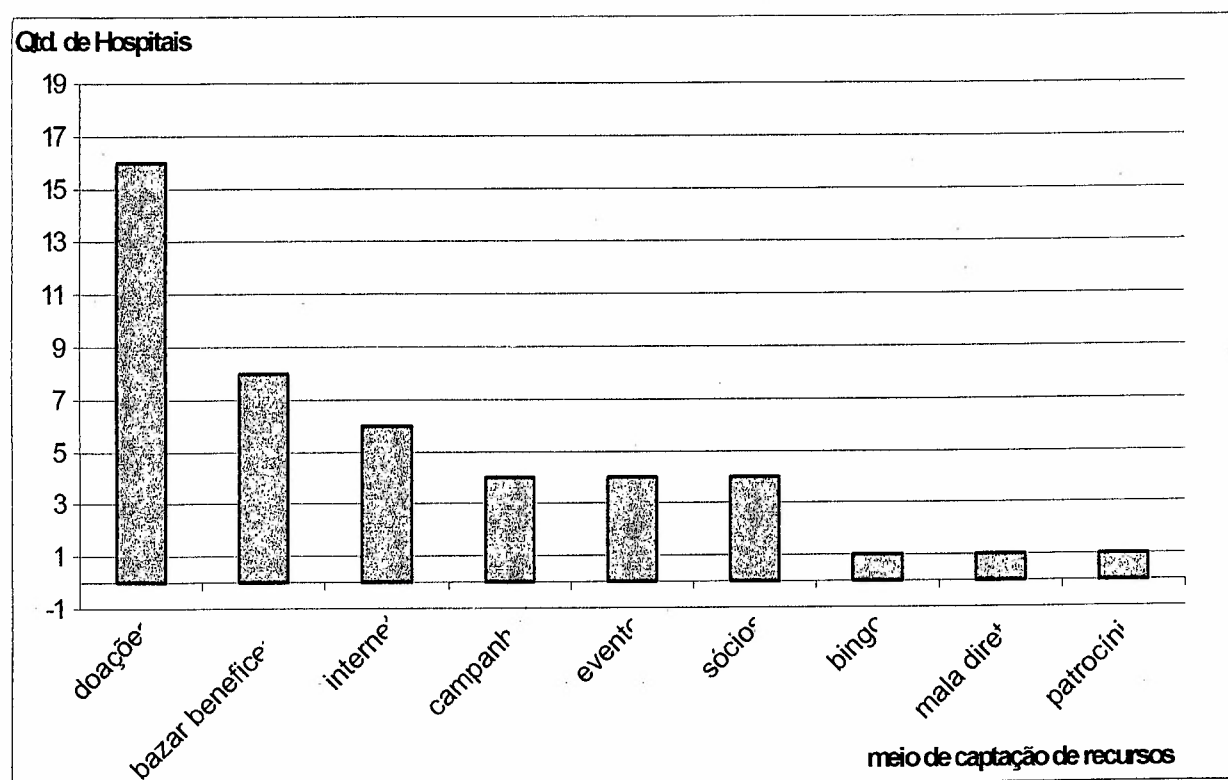
Como pode ser observado, a captação através de doações esporádicas é predominante na pesquisa. Esta modalidade de captação tem como característica a não identificação do doador e a facilidade de obtenção visto não necessitar de grande organização e planejamento. Os doadores esporádicos tem como motivação o próprio desejo de doar em resposta ocasional a estímulo externo.

O segundo meio mais utilizado para captação de recursos é através de bazares beneficentes, onde as instituições vendem artigos produzidos na própria entidade, objetos recebidos em doação ou até mesmo pela revenda de produtos novos. A comprovação da venda de artigos materiais, quando solicitado, é feita através da emissão de recibo de doação.

A utilização da internet é recente e nove das dezenove instituições utilizam este recurso de forma direta, isto é, têm *site* próprio onde explicita as

alternativas pelas quais o doador pode efetivar sua doação, seja através de depósitos bancários, débito automático em cartão de crédito, doações em espécie ou de bens ou até mesmo associando-se como sócio contribuinte.

Gráfico 15. Meios utilizados para captação de recursos pelos hospitais filantrópicos, 2001.



Fonte: Pesquisa com 19 hospitais filantrópicos do município de São Paulo, 2001.

Embora as doações esporádicas, bazares beneficentes e internet sejam os meios mais utilizados entre os hospitais para captar recursos, cabe acrescentar um adendo ao hospital B que, conforme apresentado no Gráfico 14, apresentou o maior valor em doações, principalmente porque na realidade estes recursos provêm de uma campanha capital.

O hospital B realiza anualmente uma campanha conhecida mundialmente como "Telethon", que consiste na arrecadação de recursos por intermédio de uma ou mais redes de televisão. Em uma data preestabelecida, é feita uma programação para solicitar doações através de telefone e em âmbito nacional. Previamente ao dia da campanha, são contatados os potenciais doadores e/ou patrocinadores com os quais são definidos os grandes valores para serem divulgados ao longo do programa, isto é, as empresas doadoras "doam" uma parte do montante pré-acordado nos momentos em que o recebimento das ligações telefônicas começa a declinar, e este processo se segue até o final do programa.

A programação é baseada em apresentações artísticas de usuários da entidade, vídeos institucionais, casos individuais de pacientes tratados e artistas sensibilizados que participam sem cobrança de cachês.

Para fazer uma doação, a(s) rede(s) de televisão divulgam três números telefônicos, em que cada um corresponde ao valor a ser doado e este valor é debitado na próxima conta telefônica do doador. Ao longo do dia, a somatória dos valores recebidos é constantemente divulgada durante a programação.

Esta campanha é fundamental para a expansão das atividades do hospital B e foi através dela que puderam construir quatro novas unidades assistenciais em quatro estados brasileiros ao longo dos últimos cinco anos. No ano de 2000, foram obtidos 10,5 milhões de reais com esta campanha, o equivalente a 70% das doações recebidas e as despesas para viabilizar a campanha atingiu o valor de 2,2 milhões. Isto significa que o "Telethon" gerou uma receita líquida de 8,3 milhões de reais. Trata-se de um modelo internacional de captação de recursos adotado com sucesso no Brasil, cuja regularidade ajuda a sedimentar a imagem da instituição junto à população.

Além desta campanha, o hospital B apresenta a maior diversidade de modalidades e a equipe mais estruturada de captação de recursos encontrada entre os hospitais pesquisados. Cada modalidade de maior representatividade tem um responsável pela organização da técnica a ser utilizada. Os meios utilizados, além do “Telethon”, são:

- contribuições de sócios: pessoas associadas por intermédio de parentes dos usuários, por mala direta ou por eventos. Neste último, são distribuídos os informativos solicitando a colaboração do doador para tornar-se sócio. Além de fornecer os dados cadastrais, o doador escolhe o valor mensal a ser doado (R\$ 10, R\$ 20, R\$ 50 ou outro valor) que pode ser feito através de boleto bancário ou débito automático em cartão de crédito. Em 2000, este item representou 17,6% das doações;
- campanha do cofrinho: coordenado por um diretor voluntário, trata-se de uma campanha que conta com a participação de aproximadamente 6.000 estabelecimentos comerciais, cujo atrativo para adesão é a praticidade de sua instalação, pois o cofrinho é enviado via sedex à empresa interessada e uma equipe é responsável pela troca dos cofrinhos. Junto às demais doações em dinheiro, esta campanha corresponde a 12,3% das doações; e
- outros meios utilizados: bazar beneficente coordenado pelas voluntárias, venda de cartões de Natal, brindes, camisetas e orientações sobre as formas de doar através da internet.

Outra instituição que se destacou é o hospital O, cujas doações representaram 36,9% do total da receita. A técnica utilizada para obter recursos se concentra em uma campanha central de cunho internacional que envolve artistas amplamente conhecidos pela população para incentivar a venda de produtos com a marca da campanha.

Diferentemente do hospital B, a campanha realizada em benefício ao hospital O enfoca basicamente a luta internacional contra uma determinada

doença e a necessidade de obter recursos para combatê-la. Neste caso, a associação com a imagem da entidade beneficiada é pouco divulgada e, embora esteja descrita em todos os produtos vendidos, é quase imperceptível aos indivíduos menos atentos. Cabe ressaltar que os produtos vendidos não são de fabricação da entidade, mas são artigos de empresas já conhecidas no ramo de vestuário, alimentação e brinquedos que anunciam a venda de alguns produtos com a marca da campanha e cuja renda é revertida para o hospital O.

Como se trata de uma campanha internacional de sucesso, o mesmo resultado satisfatório é encontrado no Brasil, permitindo ao hospital, a ampliação de suas atividades através da aquisição de novos equipamentos e até mesmo pela construção de novas unidades terapêuticas. No hospital O, todo o programa de captação é dependente desta campanha central e a principal preocupação da empresa terceirizada responsável pelo seu desenvolvimento é a manutenção da campanha através da realização de eventos paralelos que aumentem a divulgação da marca e da causa, que, por sua vez, aumentem as vendas dos produtos correlacionados.

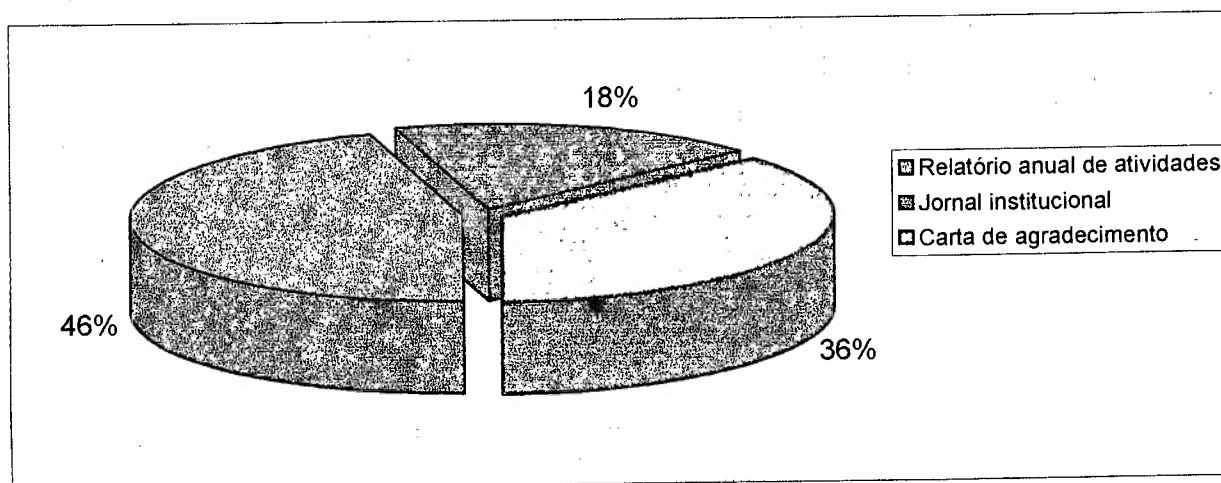
e) Prestação de contas a doadores e/ou parceiros

Como foi exposto anteriormente, um dos principais quesitos para receber doações é a credibilidade que a instituição detém junto ao público-alvo através da transparência das informações e da prestação de contas.

O meio mais utilizado para a prestação de contas junto ao Estado é o encaminhamento dos balanços financeiros e das demonstrações contábeis, mas, para o doador ou parceiro, é necessário que seja demonstrada a transformação da doação efetuada em serviços realizados ou, pelo menos, que seja explicitado o recebimento da doação.

Dos dezenove hospitais pesquisados, onze (57,8%) instituições referiram prestar contas aos doadores e utilizaram os seguintes meios para fazê-lo: cinco, através de envio de relatório anual de atividades; dois, por jornais institucionais; e quatro, por meio de carta de agradecimento.

Gráfico 16. Meios utilizados para prestar contas aos doadores.



FONTE: Dados de pesquisa, 2001.

f) Fidelização de doadores e/ou parceiros

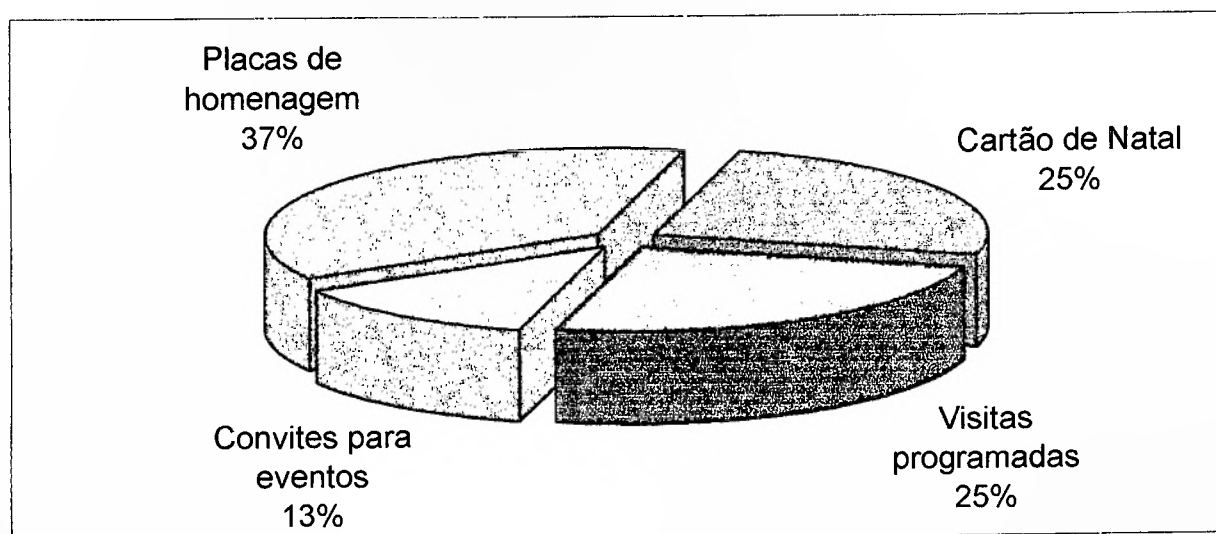
A fidelização de doadores e/ou parceiros é uma tentativa de transformar doadores eventuais em contribuintes regulares, isto é, fazer com que pessoas que doam esporadicamente façam suas doações regularmente através de boleto bancário, débito automático ou pagamento mensal pelo cartão de crédito.

Este item buscou levantar se existe a preocupação das entidades em manter seus colaboradores e de sensibilizá-los para se tornarem contribuintes regulares ou sócios.

Na pesquisa, sete hospitais informaram ter algum meio de fidelização (Gráfico 17), das quais listam-se:

- placas de homenagem ou nomes distribuídos pela área física (hospital D, Q e R);
- envio anual de cartão de Natal (hospital B e C);
- visitas programadas para conhecer a instituição e sensibilizá-los pela apresentação do trabalho realizado (hospital F e L); e
- convites para eventos importantes (hospital R).

Gráfico 17. Meios de fidelização utilizados pelos hospitais filantrópicos.



FONTE: Dados de pesquisa, 2001.

g) Considerações sobre a fonte de informações

A principal fonte de informação utilizada e a mais objetiva para a avaliação da captação de recursos foram o balanço patrimonial e as demonstrações de despesas e receitas divulgadas pelas instituições analisadas.

Os relatórios financeiros nem sempre foram de fácil acesso pela diversidade de locais onde era possível publicá-los e também pela inexistência da obrigatoriedade de sua publicação. Os principais jornais do estado de São Paulo foram facilmente localizáveis, pelo fato de bibliotecas manterem o acervo em ordem cronológica e acessível ao público.

O Diário Oficial do Estado foi considerado o melhor meio para publicação de balanços das entidades sociais, por ser um documento oficial. Foi então realizada a busca ativa dos balanços na Imprensa Oficial do Estado através da procura de registros no período entre janeiro a maio de 2001. O prazo para publicação é até o dia 30 de abril do ano seguinte ao exercício, mas o mês de maio foi também considerado, como margem de segurança para eventuais atrasos de publicação. Foram encontrados somente sete registros, ou seja, 21,8% dos 32 hospitais definidos inicialmente como filantrópicos.

Para complementar as informações, também foi realizada a busca ativa nos principais jornais de São Paulo, isto é, no Estado de São Paulo, na Folha de São Paulo e na Gazeta Mercantil. Com isto, foram localizados cinco balanços, dos quais três também se encontravam publicados no Diário Oficial.

Através das entrevistas, cinco administradores forneceram os registros financeiros da entidade e destes, um publicou no Diário Oficial e quatro publicaram em outros jornais que não foram localizados.

Três entrevistados alegaram a publicação dos balanços em jornal de bairro, mas somente um administrador forneceu a cópia do jornal e dois demonstrativos financeiros não foram fornecidos e nem encontrados.

Dois entrevistados simplesmente relataram sua não publicação e dois informaram que iriam publicar, mas nenhum registro foi identificado nos jornais indicados.

5 CONCLUSÕES

A avaliação do desenvolvimento do sistema de captação de recursos permitiu mostrar a origem do financiamento de hospitais sem fins lucrativos para manutenção de sua estrutura.

Com este estudo, foi possível verificar se os hospitais são mais dependentes ou não da “boa vontade” da sociedade civil e avaliar o seu grau de dependência de órgãos públicos. Esta análise mostrou a atual autonomia destas entidades para se autogerenciarem e até mesmo de verificar a possibilidade de transição do sistema atual de captação para um sistema de captação profissionalizado.

Para melhor compreensão das conclusões deste trabalho, é fundamental que se reconheça a verdadeira face da filantropia exercida pelos hospitais brasileiros, especificamente no município de São Paulo, onde se realizou o estudo. As normas e definições atuais relativas às entidades filantrópicas são imprecisas, portanto, há necessidade de redefini-las. Este tema será abordado na primeira parte da conclusão.

5.1 A FILANTROPIA DOS HOSPITAIS BENEFICENTES

Como foi abordado no tópico das qualificações, no município de São Paulo existem 695 entidades com título de utilidade pública federal, sendo que 58, ou seja, 8,3% são organizações hospitalares, mas as exigências para obtê-lo são iguais para todas as instituições, enquanto a certificação expedida pelo CNAS também exige a destinação de 60% da capacidade instalada em atendimentos gratuitos.

Para que qualquer instituição brasileira possa ser considerada filantrópica, é necessário que tenha o certificado de filantropia concedido pelo CNAS/MPAS, que tem a competência de coordenar a política nacional de assistência social (Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS).

Sob o ponto de vista do Ministério da Saúde, os hospitais apresentam outra forma de classificação e, portanto, há um desencontro nas definições e classificações adotadas pelos três ministérios: Justiça, Previdência e Assistência Social e Saúde.

Conforme PORTELA *et alli* (2000), a incongruência das classificações dos hospitais se deve a três (3) motivos:

- 1) A classificação como Hospital Universitário não especifica que as instituições elencadas sejam públicas, filantrópicas ou não filantrópicas;
- 2) O banco de dados do CNAS concede o certificado de filantropia aos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, deveriam excluir todos os hospitais que não destinam 60% dos atendimentos prestados ou que ainda não tenham renovado sua certificação;

- 3) Somente no município de São Paulo, foram encontrados hospitais cadastrados como filantrópicos, que não têm qualquer vínculo com o SUS, mas detêm a certificação através de liminar que suspendeu os efeitos da Lei nº 9.732, Decreto 2.536/98 e mantiveram a imunidade fiscal.

Provavelmente, o benefício precípua das entidades filantrópicas seja a isenção de tributos federais e contribuições sociais junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e à Secretaria da Receita Federal (SRF).

No caso dos hospitais elencados para o estudo, o confronto dos cadastros mostra que o SUS, na prática, não exige o certificado de filantropia no cadastramento para classificar os hospitais como filantrópicos e nem tão pouco o Ministério da Previdência exige o cumprimento legal de comprovar anualmente, um percentual de atendimentos SUS igual ou superior a 60% do total da capacidade instalada da instituição.

Outro ponto discutível é a designação de hospital filantrópico às instituições vinculadas a uma entidade mantenedora que, embora não seja cadastrada na área da saúde, tenha o certificado concedido pelo CNAS e assim, toda a estrutura sob sua subordinação também goza de isenção fiscal, mesmo não havendo qualquer vínculo com o SUS.

A partir das dúvidas geradas, alguns pontos necessitam ser esclarecidos, regulados e articulados para serem viabilizados. A primeira é a definição clara e objetiva do que é ser um hospital filantrópico no Brasil e qual é a sua obrigação social junto à comunidade que assiste, para assim viabilizar uma sistemática de controle social, que também seja objetiva e operacional para ser realizada.

Do ponto de vista da captação de recursos, esta indefinição gera dúvidas em relação à legitimidade da instituição e principalmente da sua idoneidade. A mídia tem revelado uma quantidade gradualmente maior de informações acerca do terceiro setor, pois muitos trabalhos desenvolvidos e divulgados têm mérito suficiente para se tornarem verdadeiros modelos de eficácia, eficiência e efetividade de sua gestão.

KANITZ afirma, em sua pesquisa anual, que 97% a 98% das entidades não têm problemas com títulos protestados, nem ações judiciais e nem sua diretoria emitiu cheques sem fundos, o que poderia classificá-las como confiáveis, embora os 2% de "inidôneos" sejam os mais divulgados pela mídia e, portanto "falaciosamente" maioria na percepção popular e prejudicial à imagem das demais entidades.

À medida que as instituições filantrópicas ganham maior visibilidade, as exigências que devem ser cumpridas por elas também são melhor divulgadas e, portanto, maior a chance de identificar os "pilantrópicos", constituídos por aqueles que utilizam as falhas da legislação e a falta de controle social para obter benefício próprio. Para isso, o Ministério da Justiça e o Ministério da Previdência e Assistência Social as tornam públicas, viabilizando e facilitando o acesso às informações sobre as organizações credenciadas no Brasil.

Um ponto igualmente controverso é a legislação que rege o terceiro setor que, como se trata de um aglomerado de diversas instituições com normas específicas, também é um setor que aglomera uma variada quantidade de leis. Na verdade, o terceiro setor funciona como uma espécie de condomínio de entidades, cuja finalidade é proporcionar melhores condições sociais à comunidade. As leis definem, basicamente, a estrutura constitucional que deve ser cumprida por diferentes organizações sem fins lucrativos, em diferentes áreas de atuação, sem a avaliação ou mensuração do impacto social causado, exceto no caso das

organizações sociais. Estas entidades foram criadas com regras de avaliação, mas ainda são muito insipientes para comprovar sua real efetividade.

A consequência decorrente da indefinição legislativa gera o que BRANCO (2001) caracteriza como vácuos regulatórios que permitem a livre contratação e barganha entre Estado e prestadores de serviços bem representados no Congresso e interessados na invisibilidade dos processos e na manutenção de critérios incertos.

Atualmente, a necessidade de definição legal não é meramente um problema de identidade institucional, mas fundamentalmente econômico, devido à grandeza do montante não recolhido pelo Estado. Não foi encontrado qualquer estudo que demonstrasse a representatividade das isenções fiscais usufruídas pelas entidades filantrópicas e que justificasse o percentual de gratuidade ou de atendimentos prestados estabelecido em lei.

De acordo com o art. 6º da Constituição de 1988, o Estado tem o dever de prover os seguintes direitos sociais à população através de equipamentos próprios ou contratados: a **saúde**, a educação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados.

No caso da saúde, o Estado dispõe através de estrutura própria ou pela compra de serviços de instituições conveniadas. Considerando que as instituições têm o dever de investir um valor igual ou superior ao impostos que deveriam ser recolhidos, a isenção fiscal não deveria ser um ponto tão polêmico se a regulamentação para a prestação de contas viabilizasse maior transparência das contas destas instituições e permitisse o controle social pela comunidade assistida.

Atualmente, a obrigatoriedade sobre a apresentação de dados financeiros abrange somente alguns órgãos públicos que devem receber os documentos referentes a todo o país e nem mesmo as informações recebidas permitem a avaliação sobre a atividade realmente prestada pela organização devido à falta de uniformidade e principalmente de informações específicas sobre o impacto social gerado.

O fato de publicar os balanços não significa transparência na prestação de contas, a falta de padronização das informações gera muitas dúvidas em relação à terminologia adotada e, principalmente, quanto ao cumprimento das prerrogativas impostas pela legislação.

Como um meio de tentar minimizar as dúvidas acerca da prestação de contas das empresas, o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE) defende o estabelecimento de um modelo denominado Balanço Social das Empresas com cerca de 170 empresas, das quais nenhuma é hospitalar. Trata-se de um modelo que agrega informações adicionais aos balanços divulgados pelas empresas privadas e que atualmente desenvolvem atividades em prol da sociedade. Estas empresas são cada vez mais difundidas pela mídia como empresas de responsabilidade social (Instituto Ethos de Responsabilidade Social).

Em 1997, o Ministério da Previdência e Assistência Social define um sistema descentralizado e participativo de assistência social através da Portaria nº 35/97, para vigorar a partir de 01/01/1998. Através desta portaria, a responsabilidade pela execução dos serviços, programas e projetos sociais é transferida para os Estados, Distrito Federal e Municípios e é estabelecida a participação da população através de organizações representativas para formular políticas e controlar as ações desenvolvidas localmente.

Com esta descentralização, cabe à instância municipal a responsabilidade maior pela gestão das atividades assistenciais, inclusive a

prestação de informações dos recursos investidos na área à Câmara dos Vereadores e ao Conselho Municipal de Assistência Social e também ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, quando se tratar de atividades relativas às crianças ou adolescentes.

Nos últimos anos, foi comprovada a preocupação em regular a filantropia, motivo pelo qual foram criadas novas leis consideradas como marcos legais do terceiro setor, embora ainda haja muito por fazer. A sociedade civil também começa a assumir sua parcela de responsabilidade na condução deste processo.

5.2 O PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS

O objetivo deste estudo foi analisar o processo de captação de recursos dos hospitais filantrópicos e como pode ser observado, poucas foram as instituições que utilizam as ferramentas ou metodologias de captação de recursos difundidas principalmente nos EUA, onde são encontradas mais informações sobre o tema.

Apesar do hospital ser uma instituição capaz de mobilizar recursos comunitários e de captar doações, conforme SMITH *et alli* (1995), é preciso reconhecer que nenhuma atividade poderá resultar em aumento substancial de receita, principalmente a curto prazo, pois as generosas doações são raras e somente sobrevivem aquelas instituições focadas na mudança ou na melhoria dos cuidados assistenciais (sua principal atividade).

O hospital tem grande capacidade de gerar sua própria receita através da prestação de serviços médico-assistenciais. Este recurso é tão

expressivo que a maioria pouco depende de doações e/ou de subvenções governamentais.

Conforme demonstrado no gráfico 9, a semelhança entre os dados obtidos através da pesquisa e o dados nacionais levantados pelo ISER, citado por CRUZ (2001), onde 90% da receita é oriunda da prestação de serviços, enquanto a parcela governamental é menor, ou seja, cai de 9% para 0,5% e o montante de doações aumenta de 1% para 3,8%. Estes dados poderiam inferir que a redução das subvenções governamentais é, em parte, compensada pelas doações, ou é direcionada a outros tipos de estabelecimentos de saúde que não seja hospitalar.

Foi constatado que os administradores depositam seus esforços na geração de receita própria e em geral minimizam a importância das outras formas de obtenção de recursos. Por este motivo, estas instituições não estão muito preocupadas em estruturar uma área de captação e nem capacitar seus profissionais, para fazerem estudos, projetos ou planejamentos visando o aumento das doações.

Nos EUA, o percentual de doações é muito maior que a encontrada na pesquisa, o que é explicado pela melhor estruturação do terceiro setor e pela melhor situação econômica do país e dos cidadãos.

São vários os fatores que proporcionam a captação de recursos e cada variável determinante para o seu sucesso é muito instável. O perfil da população que doa, seja ela individual ou empresarial, depende da credibilidade que a instituição receptora detém, da situação econômico-financeira na qual vive a comunidade, da sensibilização pela causa para a qual a entidade foi criada e principalmente de quem solicita uma doação.

Em relação à captação de recursos alternativos, excluída a geração de receita própria, dezesseis dos dezenove hospitais apresentaram

algum meio para angariar recursos, mas isto não implica na existência de um sistema de captação. Na verdade, a grande maioria dos hospitais filantrópicos tem atuação passiva e dependente do impulso momentâneo do doador e que, embora seja importante para angariar recursos, não é um programa gerencial planejado e estruturado para buscar novas alternativas de financiamento. Poucos hospitais trabalham com a doação consciente, isto é, com doadores que apóiam a causa da instituição e tornam-se doadores regulares ou sócios contribuintes.

Para obtenção de doações, é necessário, em primeiro lugar, que a instituição tenha reconhecimento pelo trabalho que desenvolve e que explicita a necessidade de ajuda através de doações, pois são justamente as entidades cujas campanhas tiveram maior visibilidade que obtiveram o maior montante recebido, mesmo no caso de instituições menos conhecidas pela população.

Embora a captação por projetos seja uma atividade crescente no terceiro setor, na área da saúde, a elaboração de projetos se limita ao financiamento de pesquisas, para compra de equipamentos, insumos materiais e um auxílio ao pesquisador.

As campanhas englobam várias estratégias para o recebimento de doações, seja através de *telemarketing*, *internet*, mala direta ou outros, e por isso é importante pelo grande potencial de mobilizar pessoas e de divulgar as atividades da instituição. O apelo gerado pelas campanhas com o apoio de pessoas importantes e reconhecidas tem grande repercussão, aumentando a possibilidade de sucesso do evento.

Mas qualquer doador consciente, tanto de pequenas como de grandes doações, querem que seus recursos sejam bem aplicados e apresentem resultados em curto período de tempo ou pelo menos, em um prazo pré-estabelecido. Para cumprir esta necessidade requerida pelos doadores é preciso que haja um planejamento prévio de todo processo de viabilização da campanha.

Em se tratando de uma campanha capital, uma vez definido o valor necessário para concretizar seu objetivo, é preciso que, anteriormente ao evento sejam estabelecidos os contatos com empresas e/ou grandes doadores com a meta de obter o comprometimento de algo em torno de um terço do montante requerido para então iniciar a divulgação de massa.

Conforme abordado anteriormente, na missão da instituição e nos motivos que induzem as pessoas a doar, há causas capazes de mobilizar os doadores “inertes” pela maior capacidade de sensibilizar quem não participa ativamente do cotidiano de um paciente. Hospitais especializados que estão intimamente associados à morte iminente, ou hospitais para crianças que, teoricamente, ainda teriam uma longa trajetória de vida a ser usufruída ou que sofrem restrições devido às suas condições físicas ou mentais limitadas, são alvos de comiseração e tendem a ser melhor explorados para obtenção de recursos, o que poderia justificar os melhores resultados obtidos em campanhas de hospitais oncológicos e infantis.

Em relação ao responsável pela captação de recursos, é possível inferir que atualmente as instituições hospitalares não dispõem deste profissional, seja porque a maioria não tem um programa de captação de recursos, seja pelo desconhecimento da existência deste tipo de profissional, ou por considerar uma atividade insignificante para receber um investimento maior. O fato é que as organizações que mantêm uma equipe de captação de recursos comprovaram os melhores resultados na obtenção de doações, sem necessariamente, perder o foco na sua atividade-fim, que é a de prestar assistência médica.

Foram apresentadas várias formas de captação de recursos, mas poucos hospitais as utilizavam. A modalidade mais encontrada foi o recebimento de doações esporádicas com pouca atuação do hospital para obtê-las, o que requer um menor empenho da instituição e, conseqüentemente, menor custo para sua viabilização.

Todas as modalidades de captação de recursos apresentam vantagens e desvantagens que devem ser ponderadas para avaliar a viabilidade de cada uma, e assim, planejar o programa de captação de recursos. Um planejamento bem elaborado tende a gerar melhores resultados com a otimização das técnicas conhecidas e minimização da chance de descartar metodologias devido ao mau uso.

Também devem ser respondidas as questões clássicas como a de aceitar ou não as doações de empresas conhecidas por fabricar produtos que causam doenças, ou no caso das fabricantes de cigarros que financiam pesquisas relativas a doenças pulmonares e até mesmo, no caso de uma instituição de saúde, o recebimento de doações seria considerado ético? Esta é uma questão crítica que deve ser previamente definida e respondida pela instituição para evitar transtornos futuros que poderia comprometer todo o programa de captação de recursos.

Um exemplo de uma boa captação de recursos é o que pode ser observado no hospital B. Trata-se de um hospital com atuação interestadual que apresentou a equipe de captação mais estruturada entre os hospitais pesquisados e que diversifica o uso de várias técnicas de captação de recursos com resultados significativos. O trabalho desenvolvido por esta instituição mostra a importância de um planejamento bem estruturado de cada técnica a ser utilizada e a execução das atividades preliminares como a prospecção de listas de potenciais doadores e a classificação do valores a serem doados. Também mostra que a população tem conhecimento restrito à fase da captação propriamente dita e que para a instituição, é fundamental a avaliação dos resultados obtidos e a manutenção dos novos doadores.

A efetividade dos recursos metodológicos utilizados, assim como a avaliação do desempenho da captação de recursos, são tópicos que não foram

analisados no estudo, mas poderiam fomentar novos estudos que permitissem identificar se as vantagens e desvantagens de cada modalidade existente se assemelham àsquelas dos EUA ou talvez indicar novas variáveis que pudessem melhorar os resultados obtidos.

Assim como qualquer empresa, os hospitais filantrópicos também são obrigados a prestar contas de suas atividades ao governo, o que é feito através da apresentação de seus balanços patrimoniais e demonstrativos financeiros. Conforme abordado anteriormente, estes registros não têm a obrigatoriedade de serem publicados e é necessário que o doador ou potencial doador acredite na instituição, portanto, para desenvolver um sistema de captação de recursos, é necessário que haja transparência na utilização dos recursos obtidos.

Os meios utilizados pelos hospitais para demonstrar transparência abrangem, além dos registros contábeis publicados, o relatório de atividades, o envio de jornais e revistas institucionais e a carta de agradecimento com informações do hospital. Todas estas informações têm o objetivo de mostrar que a instituição funciona e têm resultados operacionais e financeiros para apresentar. Neste tópico, os hospitais que mais recebem ajuda são justamente os que mais enviam materiais de divulgação da instituição e, geralmente, acompanhados de folhetos para renovação da contribuição.

Já a fidelização do doador está associada às experiências que este teve com a instituição e, na verdade, a demonstração da transparência é uma forma de manter o doador, não só informado sobre as atividades do hospital, como também participante de um empreendimento bem gerenciado e de grande importância social.

Diferentemente do setor público, onde o cidadão financia o hospital, indiretamente, no setor privado, o consumidor paga diretamente pelo serviços

prestados ou, pelo menos, desembolsa mensalmente um valor para obter a assistência médica de que necessita. Nos hospitais filantrópicos, o doador paga pelo serviço prestado a quem não pode pagar e, por isso, precisa estar seguro de que o valor doado foi transformado em serviços, para poder continuar com sua parcela de participação financeira.

Através da pesquisa realizada, foi importante identificar os pontos críticos e fundamentais para o desenvolvimento da captação de recursos nos hospitais do município de São Paulo como: a redefinição das exigências legais a serem cumpridas pelos hospitais filantrópicos; a auditoria das demonstrações contábeis; a credibilidade da instituição e dos membros que compõem a diretoria; a necessidade de gerenciamento eficaz; e, o investimento em um programa que requer, segundo YOFFE (2001), cerca de dois a três anos para começar a gerar resultados.

A diversificação na captação de recursos é importante para financiar os projetos desenvolvidos pela instituição, seja ela hospitalar ou não. É esta diversificação que proporciona a auto-sustentabilidade organizacional, mas, como diz PASCHOAL:

“a auto-sustentabilidade de uma organização ou projeto tem muito a ver com a gestão, administração focada, processos claros e realismo. Não existe manual ou regra para todos os projetos. Mas – não há dúvida – a gestão é fundamental”.

Este estudo fez uma análise transversal da captação de recursos desenvolvida nos hospitais filantrópicos do município de São Paulo, o que permitiu registrar a origem da receita durante o ano 2000 e quantificar a participação das doações no mesmo período. Os resultados observados mostram que as instituições dependem da geração de recursos, mas as que mais obtêm recursos através da captação de recursos, são aquelas que dispõem de um sistema de

captação e quanto melhor estruturado estiver o programa, maior o montante arrecadado.

Para avaliar o desempenho do programa de captação de recursos, assim como os fatores que influenciam nesta dinâmica, é necessário que a análise envolva um período maior para verificar alguma tendência de crescimento ou de diminuição de doações, de acordo com os indicadores financeiros tradicionais e/ou os propostos por BURLINGAME, e principalmente para desenvolver um estudo longitudinal que permita avaliar os condicionantes externos e internos de cada instituição e de seu sistema de captação de recursos que justifiquem a sua implantação.

As duas perguntas básicas feitas por GREENFIELD são importantes para definir a filosofia da instituição e o motivo para o qual são solicitados os recursos, mas para o meio empresarial, também devem ser complementadas por questões que explicitem como a instituição planeja atingir seu objetivo com o recurso obtido, qual o prazo determinado para concretizá-lo, qual a abrangência dos benefícios oferecidos para a população e qual o custo de implantação e de manutenção de suas atividades ou projetos pois, quanto maior o montante necessário, maior será a complexidade exigida para sua obtenção, tanto do ponto de vista estrutural como de recursos humanos capacitados.

Os hospitais que têm algum sistema de captação de recursos estruturado parecem satisfeitos com os resultados que obtêm e planejam sua expansão, o que poderia indicar a grande potencialidade desta atividade para financiar o trabalho desenvolvido ou a ser desenvolvido pelo setor filantrópico da saúde.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASHOKA EMPREENDEDORES SOCIAIS e MCKINSEY & COMPANY INC.
Empreendimentos sociais sustentáveis: como elaborar planos de negócio para organizações sociais. São Paulo: Peirópolis, 2001.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *O terceiro setor e os desafios do Estado de São Paulo para o século XXI.* São Paulo: DOE, v. 110, n. 109, jun. 2000. Suplemento.

BOLETIM DE INDICADORES PROAHSA. *Índice de inflação hospitalar – Associação dos hospitais do Estado de São Paulo (jan/00 a dez/00).* Indicadores PROAHSA, Ano IV, n. 21, jan/mar 2001.

BRANCO, V. S. V. F. *Além das boas intenções: benefícios fiscais, regulamentação e “accountability” dos provedores filantrópicos numa perspectiva comparada.* 2000. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

BRASIL. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. *Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria e dá outras providências.* Diário Oficial da União, 1999.

BRASIL. Secretaria Nacional de Justiça. *Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP.* Disponível em: <http://www.mj.gov.br/snj/oscip_historico.htm> Acesso em: 31 dez. 2001.

BRINCKERHOFF, P. C. *Mission-based management: leading your not-for-profit into the 21st century.* EUA: Alpine Guild, 1994, 247p.

CAMARGO, M. F. *et al. Gestão do terceiro setor no Brasil.* São Paulo: Futura, 2001, 204p.

CARTA DE EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA – SENAC (2001a). *Captadores de recursos: bons vendedores de causas*. São Paulo, Ano VI, n. 33, setembro/outubro 2001, p. 6 - 7.

_____. (2001b). *Avaliação de projetos sociais é tendência crescente no setor privado e em ONGs*. São Paulo, Ano VI, n. 32, p.3, julho/agosto 2001.

COELHO, S. C. T. *Terceiro setor: um estudo comparado entre Brasil e Estados Unidos*. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2000.

CRUZ, C. *Perfil da captação de recursos no Brasil*. In.: SEMINÁRIO PRINCÍPIOS E TÉCNICAS DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS NO TERCEIRO SETOR. 1., 2001, São Paulo. Apostila da Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas, 2001, p. 40 – 45.

DANGELO, A. *Oportunismo em nome da caridade*. Jornal do Brasil, 21 out. 2001. Disponível em: <http://www.cfm.org.br/clipping/Ano_2001/10-2001/21-10-2001/jornal.htm> Acesso em 22 out. 2001.

FALCONER, A. P., VILELA, R. *Recursos privados para fins públicos: as grantmakers brasileiras*. São Paulo: Peirópolis: Grupo de Institutos, Fundações e Empresas, 2001, 174p.

FERNANDES, R. C. *O que é o terceiro setor*. In: IOSCHPE, E. B. 3º setor: desenvolvimento social sustentado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

_____. *Privado porém público: o terceiro setor na América Latina*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

FOGAL, R. E. *Considerações éticas da captação de recursos*. In.: SEMINÁRIO PRINCÍPIOS E TÉCNICAS DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS. 1., 2001, São Paulo. Apostila da Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas, 2001, p. 46 – 50.

FONSECA, A. B. *O voluntariado hoje no Brasil: caminhos e perspectivas*. Carta de Educação Comunitária. SENAC. São Paulo, Ano VI, n. 32, p.3, julho/agosto 2001.

FUCHS, M. In: CARTA DE EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA. *Pesquisa indica melhora na cobertura de ações sociais*. São Paulo, Ano VII, n. 35, janeiro/fevereiro 2002, p. 10.

FUNDAÇÃO Grupo Esquel. *Filantropia privada segundo o IRPF: onde estamos?* Brasil, 1995. In: COELHO, S. C. T. *Terceiro setor: um estudo comparado entre Brasil e Estados Unidos*. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2000. p. 185.

GREENFIELD, J. M. *Costs and performance measurements*. In: BURLINGAME D. F. *Critical issues in fund raising*. EUA: John Wiley & Sons, 1997.

_____. *Fund-raising fundamentals: a guide to annual giving for professionals and volunteers*. EUA: Wiley & Sons, 1994, 407p.

HUDSON, M. *Administrando organizações do terceiro setor: o desafio de administrar sem receita*. São Paulo: Makron Books, 1999, 314p.

IOSCHPE, E. B. *3º setor: desenvolvimento social sustentado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997, 178p.

KANITZ, S. *Nossas entidades são idôneas?* Disponível em: <<http://www.filantropia.org/idoneas.htm>> Acesso em 01 Fev 2002.

KELLEY, K. Q. *Dinheiro para sua causa: como obter fundos de particulares, empresas e instituições filantrópicas para o seu projeto beneficente, cultural ou ecológico*. São Paulo: Textonovo, 1995, 152p.

KIHLSTEDT, A., SCHWARTZ, C. P. *Capital campaigns: strategies that work*. EUA: Aspen Publishers, 1997, 232p.

KISIL, R. *As fontes de recursos e a proposta*. In.: SEMINÁRIO PRINCÍPIOS E TÉCNICAS DE ELABORAÇÃO DE PROJETOS NO TERCEIRO SETOR. 1., 2001, São Paulo. Apostila da Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas, 2001, p. 45 – 74.

LANDIM, L., BERES, N. *Ocupações, despesas e recursos: As organizações sem fins lucrativos no Brasil*. 1ª ed. Rio de Janeiro, 1999, p. 47 apud ASHOKA EMPREENDEDORES SOCIAIS e MCKINSEY & COMPANY INC. *Empreendimentos sociais sustentáveis: como elaborar planos de negócio para organizações sociais*. São Paulo: Peirópolis, 2001, p. 15.

_____, SCALON, M. C. *Doações e trabalho voluntário no Brasil – uma pesquisa*. Rio de Janeiro: Viveiros de Castro Editora, 2000.

LIMA GONÇALVES, E. *As funções do hospital moderno*. In: LIMA GONÇALVES, E. (coord.). *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. São Paulo: Pioneira, 1983.

MAKIYAMA, M. N., FRENK, N. *Fund-Raising em Hospital Público Brasileiro*. In: CONGRESSO LATINO PARA ANÁLISE DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 8, 1997, Granada, Espanha. Anais... Granada: Editora Alsur, 1997, p.355 – 361.

MARMITT, A. *Doações*. Rio de Janeiro: Aide Ed., 1994, 328p.

MARTINS, P. H. (2000) *O que deve constar em um estatuto?*. RITS – Rede de Informações para o Terceiro Setor. Coletânea de legislação. Abril/2000. Disponível em: <<http://www.rits.org.br>> Acesso em: 1 set. 2001.

_____. (2001) O Certificado de Fins Filantrópicos. RITS - Rede de Informações para o Terceiro Setor. Coletânea de legislação. Agosto/2001. Disponível em: <<http://www.rits.org.br>> Acesso em: 1 set. 2001.

MEREGE, L. C. Realidade e perspectivas do Terceiro Setor no Brasil. In: SEMINÁRIO PRINCÍPIOS E TÉCNICAS DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS, 1, 2001, São Paulo. Apostila da Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas, 2001.

MEREGE, L. C. (coord.), BARBOSA, M. N. L. Terceiro setor: reflexão sobre o marco legal. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998. 180p.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935. *Determina regras pelas quais são as sociedades declaradas de utilidade pública*. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/snj/LEGutilidade_publica.htm> Acesso em: 30 dez. 2001.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Consulta Entidades Benéficas de Assistência Social com Isenção da Contribuição Previdenciária*. Disponível em: <[http://www21.dataprev.gov.br:8080/filantro/filan\\$filan.actonquery](http://www21.dataprev.gov.br:8080/filantro/filan$filan.actonquery)> Acesso em: 30 dez. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Terminologia básica em saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

MIXER, J. *Principles of Professional Fundraising: Useful Foundations for Successful practice*. United States of America: Jossey-Bass Nonprofit Sector Series, 1993.

NORIEGA, M. H., MURRAY, M. *Apoio Financeiro: como conseguir*. São Paulo: Textonovo Editora, 1997, 176p.

NSFRE: *National Society of Fund Raising Executives*. 1998. Disponível em: <<http://www.nsfre.org/>>. Acesso em: 2 dez. 1999.

OSTROWER, F. *Why the wealthy give: the culture of elite philanthropy*. EUA: Princeton Academic Press, 1995, 183p.

PASCHOAL, L. N. *Terceiro Setor: a meta da autosustentabilidade*. SENAC. Fórum permanente do terceiro setor. 1ª coletânea de artigos. Junho 1998 a junho 1999.

- PERNAMBUCO (Estado). CAOP – Defesa das Fundações e Entidades de Interesse Social. *Decreto nº 2.536 de 6/4/1998. Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742 de 7/12/1993 e dá outras providências.* Legislação. Disponível em : <http://www.mp.pe.gov.br/caops/caop_fundacoes_novo/legislacao/legislacao.htm> Acesso em 29 jan. 2002.
- PORTELA, M. C., LIMA, S. M. L., VASCONCELLOS, M. M., BARBOSA, P. R., UGÁ, M. A. D., DE LEIS, S. V. G.. Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. *Rev. Adm. Pública.* mar/abr. 2000. Vol. 34(2): 79-98. Rio de Janeiro
- RIFKIN, J. *O fim dos empregos: o declínio inevitável dos níveis de empregos e a redução da força global de trabalho.* São Paulo: Makron Books, 1995.
- ROSSO, H. A. *Panorama geral da captação de recursos.* In.: SEMINÁRIO PRINCÍPIOS E TÉCNICAS DE ELABORAÇÃO DE PROJETOS NO TERCEIRO SETOR. 1., 2001, São Paulo. Apostila da Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas, 2001, p. 54 – 64.
- _____. *Achieving excellence in fund raising: a comprehensive guide to principles, strategies, and methods.* EUA: Jossey-Bass. 1991.
- SALAMON, L. M. *A emergência do terceiro setor – uma revolução associativa global.* *Revista de Administração,* São Paulo, v. 33, n. 1, p. 5 – 11, jan/mar 1998.
- _____. *America's nonprofit sector: a primer.* EUA: The Foundation Center, 1992, 110p.
- _____. ANHEIER, H. K. *The emerging nonprofit sector: an overview.* Glasgow: Bell & Bain, 1996.
- _____, ABRAMSON, A. J. *The Federal Budget and the Nonprofit Sector.* Washington, D. C.: The Urban Institute Press, 1982, p. 15. In: COELHO, S. C. T. *Terceiro setor: um estudo comparado entre Brasil e Estados Unidos.* São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2000.
- SANT'ANA, S. *Terceiro setor e identidade das ESFLs (Entidades Sem Fins Lucrativos): propostas da FGEB (Fundação Grupo Esquel Brasil).* In: MEREGE, L. C. (coord.), BARBOSA, M. N. L. *Terceiro setor: reflexão sobre o marco legal.* Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 109.
- SCHNEITER, P. H. *The art of asking: how to solicit philanthropic gifts.* EUA: Fund-Raising Institute, 1985, 176p.

SECRETARIA NACIONAL DE JUSTIÇA. *Entidades credenciadas de Utilidade Pública Federal*. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/snj/utildade%20publica.htm>>. Acesso em 30 dez. 2001.

SENAC SP. *Perfil da empresa que investe em projetos sociais na comunidade*. Centro de educação comunitária para o trabalho, São Paulo, março 2000, 40p.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do Trabalho Científico*. 20. ed. São Paulo: Cortez, 1996. 272p.

SMITH, D., CLEMENT, J. P., WHEELER, J. R. C. *Philantropy and Hospital Financing*. Health Services Research. Dec. 1995 30(5) p615-35.

STEUER, R. In: CARTA DE EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA – SENAC (2001a). *Captadores de recursos: bons vendedores de causas*. São Paulo, Ano VI, n. 33, setembro/outubro 2001, p. 6 - 7.

SZAZI, E. *Terceiro Setor: Regulação no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Peirópolis, 2001. 310p.

VASSALO, C. *Os homens do dinheiro*. Revista Exame. Guia de boa cidadania corporativa. Abril. 2000, ed. 728. p. 22 –24.

_____. *Fazer o Bem Compensa?* Revista Exame. Abril. 1998 31(9) p23-30.

WHITE, D. E. *The art of planned giving: understanding donors and the culture of giving*. New York: John Wiley&Sons Inc., 1995.

TEIXEIRA, J. M. C. *Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua organização*. In: LIMA GONÇALVES, E. (coord.). *O hospital e a visão administrativa e contemporânea*. São Paulo: Pioneira, 1983.

The Chronicle of Philantropy. *The September 11th Fund*. Fund Raising. Disponível em: <<http://philantropy.com/fundraising/>> Acesso em: 3 fev. 2002.

THE FUND RAISING SCHOOL. *O comitê de desenvolvimento*. In: SEMINÁRIO PRINCÍPIOS E TÉCNICAS DE ELABORAÇÃO DE PROJETOS NO TERCEIRO SETOR. 1., 2001, São Paulo. Apostila da Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas, 2001.

The International Fund Raising Group. 1998. Disponível em: <<http://www.ifrg.org.uk/about.html>>. Acesso em: 15 dez. 1998.

YOFFE, D. *O ciclo da captação de recursos*. In: SEMINÁRIO PRINCÍPIOS E TÉCNICAS DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS, 1, 2001, São Paulo. Apostila da Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas, 2001.

7 ANEXOS

ANEXO 1

Lista dos hospitais filantrópicos do município de São Paulo portadores do Certificado de Fins Filantrópicos concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social do Ministério da Assistência e Previdência Social.

1. AMPARO MATERNAL
2. ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS HOSPITAIS SOROCABANA
3. ASSOCIAÇÃO CRUZ VERDE
4. ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFEITUOSA
5. ASSOCIAÇÃO DO SANATÓRIO SÍRIO HOSPITAL CORAÇÃO
6. ASSOCIAÇÃO MATERNIDADE DE SÃO PAULO
7. CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA
8. FUNDAÇÃO ANTÔNIO PRUDENTE HOSPITAL A C CAMARGO
9. HOSPITAL BENEFICENTE NIPO BRASILEIRO
10. HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CATARINA
11. HOSPITAL SÃO LUIZ GONZAGA
12. HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS
13. REAL BENEMÉRITA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA
14. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTO AMARO
15. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
16. SOCIEDADE ASSISTENCIAL BANDEIRANTES
17. SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SANTA CRUZ

ANEXO 2

Questionário aplicado nos hospitais filantrópicos do município de São Paulo.

QUESTIONÁRIO MESTRADO

DATA

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1. RAZÃO SOCIAL:

2. ENDEREÇO:

3. CGC:

FUNDADA EM: ____/____/____

4. CONTATO (CARGO):

5. FONE P/CONTATO:

6. FAX:

7. DATA 1° CONTATO: ____ / ____ / ____ 8. E-MAIL: _____

9. TEM REGISTRO DE ENTIDADE FILANTRÓPICA? NÃO () SIM ()

10. TEM MISSÃO? NÃO () SIM () SE SIM, QUAL?

[illegible]

ESTRUTURA INSTITUCIONAL

1. Nº LEITOS FUNCIONANTES:

2. TIPO DE ATENDIMENTO: () GERAL () ESPECIALIZADO. QUAL? _____

3. POPULAÇÃO ATENDIDA: () GRATUITO/ SUS () PAGANTE
(____%) (____%)

4. ORGANOGRAMA (ANEXAR CÓPIA)

5. QUEM COMPÕE A DIRETORIA OU ÓRGÃO DECISÓRIO DO HOSPITAL?

6. OS CARGOS DE CHEFIA SÃO REMUNERADOS? SIM () NÃO ()

7. TEM INSTITUIÇÃO DE APOIO? SIM () NÃO () SE SIM, QUAL:

8. TEM BALANÇO ANUAL PUBLICADO? SIM () NÃO ()
SE SIM, SOLICITAR CÓPIA OU IDENTIFICAÇÃO DO JORNAL E DATA DE PUBLICAÇÃO
(2 ÚLTIMOS ANOS)

9. QUAL A PRINCIPAL FONTE DE RECEITA DA INSTITUIÇÃO?

() PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS () DOAÇÃO () OUTRO _____

CAPTAÇÃO DE RECURSOS

10. EXISTE PROGRAMA OU ATIVIDADE DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS? NÃO () SIM ()

10.1 FAZ PARTE DA ESTRUTURA OFICIAL? NÃO () SIM ()

10.2 TEM UM RESPONSÁVEL? NÃO () SIM ()

SE SIM, QUAL É A PROFISSÃO? _____

FEZ CURSO ESPECÍFICO P/ESTA ATIVIDADE? _____

É AFILIADO À ASSOCIAÇÃO DE CLASSE? NÃO () SIM ()

10.3 QUAL A FORMA DE CAPTAÇÃO ADOTADA? (SE HOUVER MAIS DE UMA ALTERNATIVA, NUMERAR POR ORDEM DE REPRESENTATIVIDADE)

() BINGOS

() DOAÇÕES

() CAMPANHAS ANUAIS

() EVENTOS BENEFICENTES

() CAMPANHAS DE RUA

() MALA DIRETA

() CAMPANHAS EVENTUAIS

() PATROCÍNIO

() CARTÃO AFINIDADE

() OUTROS. QUAIS?

10.4 O "DOADOR" RECEBE ALGUM RETORNO OU EXPLICAÇÃO SOBRE COMO FOI UTILIZADA SUA CONTRIBUIÇÃO? NÃO () SIM () SE SIM, COMO?

10.5 EXISTE PROGRAMA DE FIDELIZAÇÃO DO "DOADOR"?

NÃO ()

SIM () SE SIM, QUAL?

ANEXO 3

Carta de apresentação encaminhada previamente aos hospitais pesquisados junto ao questionário.



**F U N D A Ç ã O
GETULIO VARGAS**

EAESP
Escola de Administração de
Empresas de São Paulo

São Paulo, 01 de Janeiro de 2001

Ref.: Apresentação de aluno

Prezado senhor(a)

Apresento a aluna Marisa Naoe Makiyama, RG 18.114.205, matriculada sob o nº 6971024 no Curso de Mestrado em Administração de Empresas com concentração na área de Saúde da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas – EAESP/FGV.

O seu objetivo é conhecer os hospitais filantrópicos localizados no município de São Paulo e principalmente tentar identificar a existência de estrutura profissionalizada ou não da captação de recursos.

Para sistematizar o trabalho será realizada uma entrevista com o diretor administrativo baseado no questionário em anexo.

Desde já agradeço pela colaboração e mantenho-me à disposição para quaisquer esclarecimentos através do tel. 281-7953 ou e-mail: merege@fgvsp.br.

Atenciosamente

Prof. Dr. Luiz Carlos Merege
Orientador Monográfico

ANEXO 4

Estatuto dos Direitos do Doador desenvolvido pelos Conselho da Associação Americana de Fund-Raising (AAFRC), Associação para a Filantropia da Saúde (AHP), Conselho para o Avanço e Suporte da Educação (CASE) e Sociedade Nacional dos Executivos de Fund-Raising (NSFRE) adaptado e declarado pela Associação Brasileira dos Captadores de Recursos (ABCR)

A filantropia baseia-se em ação voluntária para o bem comum. A tradição de dar e compartilhar contribui para a qualidade da vida. Devemos assegurar que a filantropia mereça o respeito e o apoio do público em geral. Para que os doadores tenham plena confiança nas organizações sem fins lucrativos e nas causas que eles são chamados a apoiar, a ABCR declara que todos os doadores têm os seguintes direitos:

- I. Ser informado sobre a missão da organização, sobre como a organização pretende usar os recursos doados e sobre sua capacidade de usar as doações, de forma eficaz para os objetivos pretendidos.
- II. Ser informado sobre a identidade daqueles que pertencem ao Conselho Diretor e Diretoria da organização contando que os mesmos exerçam julgamento prudente no desempenho de suas responsabilidades.
- III. Ter acesso à mais recente demonstração financeira anual da Organização.
- IV. Ter assegurado que as doações serão usadas para os propósitos para os quais foram feitas.
- V. Receber reconhecimento apropriado.
- VI. Ter assegurado que qualquer informação sobre sua doação será tratada com respeito e confidencialidade. Qualquer divulgação da mesma terá sua aprovação prévia.
- VII. Ser informado se aqueles que solicitam recursos são membros da organização solicitantes contratados ou voluntários.
- VIII. Ter a opção de ter seu nome retirado de relações de endereços que uma organização possa pretender compartilhar com outras.
- IX. Receber respostas rápidas, francas e verdadeiras às perguntas que fizer.