

Izabel Aparecida Mendonça Ferreira

**Crise e oportunidade: o caso dos hospitais filantrópicos
da região centro sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador : Prof. Mario Dal Poz

Co-orientador: Dr. Frederico Tadeu Oliveira Caixeiro

Rio de Janeiro

2013

Izabel Aparecida Mendonça Ferreira

Crise e oportunidade:

O caso dos hospitais filantrópicos da região centro sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 23 de Setembro de 2013.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Mario Dal Poz
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Paulo Henrique Rodrigues
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Ligia Bahia
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais presentes e importantes em minha vida:

Minha mãe, pelo exemplo de vida que é.

Meu pai, por me ensinar desde a infância a importância de estudar.

Meus irmãos, irmãs, cunhados e cunhadas pelo incentivo direto ou indireto.

As minhas sobrinhas, Ana Caroline e Marina, e meu sobrinho Miguel, que eu amo muito!

Meu grande amor, meu esposo Samuel, por estar ao meu lado nos melhores e piores momentos de minha vida.

AMO MUITO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Prof. Mario Dal Poz a consideração de ter aceito a orientação de minha dissertação, espero retribuir com responsabilidade a confiança em mim depositada.

Agradeço ao meu co-orientador Dr. Frederico Caixeiro, pela liberdade e confiança referente ao presente trabalho.

Agradeço ao meu esposo Samuel, pela compreensão, pelo amor e cumplicidade. Obrigada por estar ao meu lado sempre, pela paciência e por não me deixar desistir. Por ser meu porto seguro.

Agradeço aos meus pais, Antônio e Maria de Fátima, que sempre me apoiaram e são exemplos de perseverança e força em minha vida.

Agradeço aos meus irmãos e irmãs, Djanira, Marco, Cristina, Nádia, Davi, Miriam e Margarete pelo incentivo e apoio incondicional, pela amizade e companheirismo. Em especial a Nádia, Marco e Davi que me ajudaram diretamente na pesquisa.

Agradeço aos meus cunhados, Marciel, Camila, Sandro, Jonas, Livia, Rodolfo e Renan pela força e incentivo a minha pesquisa. Em especial a Camila e Rodolfo que me ajudaram diretamente na pesquisa.

Agradeço aos meus sogros, Lourdes e Osvaldo, pelas palavras de apoio e incentivo.

Agradeço aos meus amigos, Giselle, Otto, Sandra e Fabiana, por me ouvirem com paciência e entenderem minha ausência no trabalho por conta da pesquisa, me incentivando sempre.

Agradeço aos amigos do Mestrado, Ana Paula, Luciana, Rizzieri, Marquinho, Julia, Jorge e Michele pelos trabalhos feitos em grupo, pelas discussões, pelas brincadeiras e por dividir a ansiedade e angústias de produzir uma dissertação.

Agradeço ao professor Parada e a professora Maria Célia, pelo apoio e disponibilidade em ajudar.

Agradeço aos secretários municipais de saúde, aos administradores hospitalares e presidentes e provedores das mantenedoras, por aceitarem participar deste trabalho e abrirem as portas das instituições para a pesquisa.

Enfim, agradeço a DEUS, já que Ele colocou pessoas tão especiais a meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta!

Renda-se como eu me rendi. Mergulhe no que
você não conhece, como eu mergulhei. Pergunte,
sem querer, a resposta, como estou
perguntando. Não se preocupe em 'entender'.
Viver ultrapassa todo o entendimento.

Clarice Lispector

RESUMO

FERREIRA, Izabel Aparecida Mendonça. *Crise e oportunidade: o caso dos hospitais filantrópicos da região centro sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro*. 2013. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

De acordo com dados do DATASUS, o setor filantrópico no país possui cerca de 2.100 estabelecimentos hospitalares, com mais de 155.000 leitos, o que representa 31% do total de leitos do país. Ou seja, 1/3 dos leitos existentes no país são filantrópicos, caracterizando o setor como importante prestador de serviços ao Sistema Único de Saúde, assim como à saúde suplementar. Estes números demonstram a importância do setor filantrópico para o país, mas também para muitas regiões, como a região centro sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro. A enorme complexidade e diversidade da rede hospitalar filantrópica traz muitos e variados desafios, tanto para a operação hospitalar, como para as políticas governamentais de manutenção do setor saúde. Além da defasagem da tabela do SUS, outros problemas também são enfrentados por estes hospitais como os tetos financeiros, que levam ao pagamento menor do que é efetivamente produzido, atrasos de pagamentos, que dificultam o planejamento e o equilíbrio financeiro, fechamento de linhas de créditos, dificuldades nas negociações com gestores, entre muitos outros. Todas essas dificuldades têm reflexos críticos na gestão dessas organizações que passam por crises financeiras, necessidade de qualificação profissional e de adequações em suas instalações e equipamentos. Esta pesquisa propõe-se a estudar a situação dos hospitais filantrópicos da região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro no âmbito financeiro, assim como conhecer a percepção dos gestores sobre as dificuldades do setor, suas perspectivas e propostas de possíveis soluções. A metodologia utilizada foi de natureza exploratória, com abordagem qualitativa e quantitativa, com estudo de casos múltiplos, utilizando-se de diversas fontes para coleta de dados, como fontes primárias, secundárias e entrevista semi-estruturada. Os resultados demonstraram a importância dos hospitais filantrópicos na produção de serviços de saúde para o SUS e a necessidade da formulação de políticas específicas para a manutenção do setor filantrópico conveniado ao SUS. Na região centro sul fluminense há uma complementaridade entre a rede pública e a rede filantrópica. Embora seja reconhecida a importância histórica e estratégica desses hospitais na prestação de serviços ao SUS, mantidas as condições atuais nos âmbitos de capacidade instalada, organizacional ou financeira, não há dúvidas de que o futuro dessas instituições será incerto com riscos importantes para a continuidade dos serviços prestados e da própria sobrevivência dos hospitais. Existe a necessidade urgente de que os gestores públicos busquem a implantação de modelos flexíveis de gestão, visando o estabelecimento de um relacionamento de parceria com os hospitais filantrópicos e suas ações sejam definidas por metas tangíveis e alcançáveis.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Financiamento em saúde. Hospitais Filantrópicos. Gestão Hospitalar. SUS.

ABSTRACT

FERREIRA, I. A. M. *Crisis and opportunity: the case of charitable hospitals in the central region of the southern state of Rio de Janeiro*. 2013. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

According to DATASUS data, the Brazilian philanthropic sector comprise about 2,100 hospitals with over 155,000 bed, which represents 31 % of total beds in the country. With one third of the hospital beds in the country, the philanthropic sector feature as an important provider of the SUS, as well as to the health insurance sub-system. These figures demonstrate the importance of the philanthropic sector nationally and in several regions, such as south central region of the state of Rio de Janeiro. The huge complexity and diversity of the philanthropic hospital network brings many and varied challenges, both for hospital operation, and for government policies to maintain the health sector. In addition to the low value in the SUS payoff table, these hospitals are also facing other problems, such as financial ceilings, that lead to lower payment than what is actually produced, late payments, hampering planning and financial balance, closure of bank credit lines, difficulties in negotiations with managers, among many others. All these difficulties have critical consequences in the management of these organizations that are under financial crises, in need of professional qualifications and improvement in their facilities and equipment. This research proposes to study the situation of philanthropic hospitals in the Central-South Fluminense State of Rio de Janeiro in the area of financial, as well as the perception of managers on the difficulties of the sector, its prospects and proposals for possible solutions. It was used an exploratory methodology, with qualitative and quantitative approach, with multiple case studies, using different sources for data collection, primary sources, secondary and semi-structured interview. The results demonstrated the importance of the philanthropic hospitals in the production of health services to the health-unified system (SUS) and the need to formulate specific policies to maintain them as SUS-related. In the central southern of the state of Rio de Janeiro, there is a complementarity between public and philanthropic network. Although it is recognized the historic and strategic importance of these hospitals to provide services to the SUS, continuing the current conditions in the areas of capacity, organizational or financial, there is no doubt that the future of these institutions will be uncertain with significant risks to continuity of services provided and the very survival of hospitals. There is urgent need for public managers to seek and implement flexible management models, aiming at establishing a partnership with the philanthropic hospitals and to define their actions by tangible and achievable goals.

Keywords: Health evaluation. Health financing. Philanthropic Hospitals. Hospital Management. SUS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.....	24
Figura 2 – Distribuição dos Hospitais segundo ano de fundação.....	38
Figura 3 – Contrato de Metas.....	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da População- Regiões Administrativas 2010.....	37
Gráfico 2 – Percentual de Alocação de Despesas- Hospital A.....	71
Gráfico 3 – Percentual de Alocação de Despesas- Hospital B.....	71
Gráfico 4 – Percentual de Alocação de Despesas- Hospital C.....	72
Gráfico 5 – Percentual de Alocação de Despesas- Hospital D.....	72
Gráfico 6 – Percentual de Alocação de Despesas- Hospital E.....	73
Gráfico 7 – Percentual de Alocação de Despesas- Hospital F.....	74
Gráfico 8 – Capital Circulante Líquido Hospitais.....	74
Gráfico 9 – Índice de Liquidez Corrente e Geral.....	75
Gráfico 10 – Índice de Solvencia.....	76
Gráfico 11- Grau de Endividamento Geral.....	76
Gráfico 12- Faixa etária dos gestores.....	77
Gráfico 13- Gênero dos gestores.....	80
Gráfico 14- Formação acadêmica dos gestores.....	82
Gráfico 15- Vínculo empregatício dos gestores.....	83
Gráfico 16- Tempo de trabalho na função dos gestores.....	84
Gráfico 17- Principais dificuldades financeiras dos hospitais.....	85
Gráfico 18- Principais propostas para alcance do equilíbrio financeiro.....	86
Gráfico 19- Adesão a contratualização dos hospitais filantrópicos.....	86
Gráfico 20- Benefícios da Contratualização dos hospitais filantrópicos	87
Gráfico 21- Dificuldades da contratualização dos hospitais filantrópicos.....	88
Gráfico 22- Impedimentos a contratualização.....	89
Gráfico 23- Relacionamento com o gestor municipal.....	90
Gráfico 24- Desafios/Dificuldades do hospital.....	90
Gráfico 25- Propostas para o setor filantrópico.....	91
Gráfico 26- Repasse de recursos extra teto.....	92
Gráfico 27- Justificativa de repasse extra teto.....	92
Gráfico 28- Benefícios da contratualização.....	93
Gráfico 29- Dificuldades da contratualização.....	94
Gráfico 30- Desafios/Dificuldades do hospital.....	30
Gráfico 31- Propostas para o setor filantrópico.....	95
Gráfico 32 – Justificativas de repasse extra teto.....	96

Gráfico 33 – Benefícios da Contratualização.....	96
Gráfico 34- Dificuldades da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos.....	97
Gráfico 35- Desafios/Dificuldades do hospital.....	98
Gráfico 36- Propostas para o setor filantrópico.....	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Situações relevantes para diferentes métodos de pesquisa.....	24
Quadro 2- Data de fundação dos hospitais x legislação filantropia.....	30
Quadro 3- Estrutura física dos hospitais 2012.....	55
Quadro 4- Composição e Qualificação da Estrutura Gerencial 2012.....	56
Quadro 5- Relação funcionário/leito de acordo com a literatura.....	61
Quadro 6- Contexto Operacional- área financeira.....	63
Quadro 7- Indicadores Financeiros.....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População residente segundo município da região centro sul fluminense, 2010.....	39
Tabela 2 – População estimada 2009 e crescimento demográfico 2000-2009.....	39
Tabela 3 – Unidades escolares, professores, matrículas e indicadores- Creche, pré-escola, ensino fundamental e ensino médio 2010.....	41
Tabela 4 – IFDM 2006- Educação e IDEB 2009.....	42
Tabela 5 – IFDM 2006- Saúde.....	42
Tabela 6 – Evolução da Estrutura de Saúde da Família 2010	44
Tabela 7 – Evolução do Mercado de Trabalho conforme CAGED – Janeiro a Dezembro de 2010.....	45
Tabela 8 – Evolução do Mercado de Trabalho, Microrregião de Vassouras, conforme CAGED – Janeiro a Dezembro de 2010.....	46
Tabela 9 – Pessoas ocupadas com carteira assinada por setores de atividade econômica, na Região Centro Sul Fluminense do Rio de Janeiro.....	46
Tabela 10- Índice de Qualidade dos Municípios- Carencias.....	48
Tabela 11- Percentual de Dependência de transferências de recursos 2010	49
Tabela 12- Hospitais existentes por vínculo segundo municípios da região centro sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro	50
Tabela 13- Composição do endividamento do hospital	52
Tabela 14- Total de internações/ano	54
Tabela 15- Coeficiente de funcionários por leitos existentes, 2012.....	62
Tabela 16- Demonstrativo de receitas e despesas das instituições filantrópicas- ano 2010	69
Tabela 17- Demonstrativo de receitas e despesas das instituições filantrópicas- ano 2011	69
Tabela 18- Demonstrativo de receitas e despesas das instituições filantrópicas- ano 2012	70
Tabela 19- Composição das Dívidas dos Hospitais	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas em Saúde
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEBAS	Certificado das Entidades Beneficentes de Assistência Social
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação das ações de saúde
CIR	Colegiado Intergestores Regional
CIS-SUL	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro Sul Fluminense
CMB	Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEHOSP	Federação Estadual dos Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IQM	Índice de Qualidade dos Municípios
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAHI	Programa de Apoio aos Hospitais do Interior
PDR	Plano de Desenvolvimento Regional
POA	Plano Operativo Anual
RAIS	Relação Anual das Informações Sociais
RCR	Rede de Centrais de Regulação
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REFORSUS	Projeto de Reforço a Reorganização do SUS

SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESDEC	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	16
1	CONTEXTO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO BRASIL.....	18
1.1	Um pouco da história das instituições filantrópicas no Brasil.....	18
1.2	Marcos Legais.....	19
1.3	Regulamentação da filantropia no Brasil.....	21
1.4	As isenções fiscais para o terceiro setor.....	22
1.5	Hospital filantrópico.....	24
1.6	O processo de contratualização dos hospitais filantrópicos.....	26
1.7	O programa de Apoio aos Hospitais do Interior do Governo do Estado do Rio de Janeiro (PAHI).....	27
1.8	A crise nos hospitais filantrópicos.....	28
2	METODOLOGIA DE PESQUISA.....	30
2.1	Justificativa para escolha da metodologia do estudo de caso.....	30
2.2	Etapas de desenvolvimento do estudo de caso.....	31
2.3	Coleta de dados.....	33
2.4	Análise dos dados.....	34
2.5	Limitações do método.....	35
3	RESULTADOS.....	37
3.1	Caracterização sócio-econômica da Região Centro Sul Fluminense do Estado do RJ.....	37
3.1.1	<u>O Estado do Rio de Janeiro.....</u>	37
3.1.2	<u>A região centro sul fluminense do Estado do RJ.....</u>	38
3.1.2.1	Indicadores sociais.....	41
3.2	Caracterização dos hospitais filantrópicos da região centro sul fluminense.....	45
3.2.1	<u>Contexto geral.....</u>	45
3.2.2	<u>Qualificação.....</u>	46
3.2.3	<u>Características dos hospitais filantrópicos.....</u>	47
3.3	Resultados das entrevistas.....	76
3.3.1	<u>Perfil dos gestores.....</u>	77
3.3.2	<u>Percepção dos gestores.....</u>	80
4	DISCUSSÃO.....	95

CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS	106
ANEXO A – Roteiro de entrevista com os administradores hospitalares e aos provedores/presidentes das instituições mantenedoras.....	110
ANEXO B – Roteiro de entrevista com os secretários municipais de saúde..	111
ANEXO C – Carta de anuência.....	112
ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	113

INTRODUÇÃO

A participação do setor hospitalar filantrópico no SUS é de grande importância para o país, já que 4,5 milhões de internações/ano, ou seja, 37,5% do total de internações dos pacientes do SUS são realizados pelo setor. Na região centro-sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro este quadro se reafirma, visto que a assistência hospitalar da população é predominantemente realizada pelos hospitais filantrópicos conveniados ao SUS. Do total de 11 (onze) hospitais existentes na região, 6 (seis) são filantrópicos, 1 (um) é estadual, mas está sob a gestão de uma instituição filantrópica no modelo de cogestão, 3 são municipais e 1 privado. Ou seja, 55% (cinquenta e cinco por cento) dos hospitais existentes e em funcionamento são filantrópicos. Outro fator preponderante na região é que nos municípios de Eng. Paulo de Frontin, Miguel Pereira, Paraíba do Sul, Três Rios e Vassouras os hospitais filantrópicos se constituem o único serviço hospitalar de porta aberta para a população, portanto, central para o atendimento a saúde dessa população. Como afirma Gerschman et al (2003) existe uma relação de interdependência entre o Sistema Único de Saúde - SUS e o segmento hospitalar filantrópico, tendo em vista a produção efetuada por esses hospitais em todo o país, ao longo dos anos. A região centro sul fluminense reafirma esta premissa.

O objetivo central desta pesquisa foi analisar a situação em que se encontram estes hospitais filantrópicos, todos eles localizados na região centro-sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro. A análise buscou diagnosticar os hospitais em três aspectos: capacidade instalada, organizacional e financeiro, assim como conhecer a percepção dos gestores sobre as dificuldades do setor, suas perspectivas e propostas de possíveis soluções. A área financeira é o foco de análise dessa pesquisa.

Foi possível ao longo desta pesquisa verificar que há um longo caminho a ser percorrido pelos hospitais filantrópicos da região centro sul para o alcance da qualidade e de resultados satisfatórios, seja nos aspectos relacionados a gestão como também nos aspectos econômico-financeiros. Os hospitais nos últimos três anos apresentam resultados operacionais e gerenciais deficitários: falta de ferramentas gerenciais, necessidade de investimentos em sua estrutura física, parque tecnológico e qualificação profissional, resultados do exercício em déficit, acúmulo de dívidas, indicadores financeiros insatisfatórios, enfim, um conjunto de dificuldades que refletem em resultados econômico-financeiros negativos para essas instituições bem como dificuldades de organização e gestão.

O estudo está dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta o contexto geral dos hospitais filantrópicos no Brasil, os aspectos históricos das instituições, os marcos legais regulatórios para o setor, os programas e políticas de governo e uma síntese da atual crise financeira em que se encontram estes hospitais.

O segundo capítulo descreve a metodologia utilizada, bem como a justificativa para escolha do estudo de caso como método de pesquisa, as etapas do desenvolvimento, a coleta de dados, a análise dos dados e por fim as limitações do método escolhido. Yin (2010, p.39) define estudo de caso como “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre fenômeno e o contexto não são claros”.

O terceiro capítulo detalha dos resultados encontrados na pesquisa, especialmente os que se referem a caracterização sócio-econômica da região centro sul fluminense, a caracterização da capacidade instalada dos seis hospitais pesquisados, bem como as principais características das áreas de gestão e organização e financeira.

O quarto capítulo apresenta as discussões dos resultados encontrados na pesquisa. Foi possível verificar que todos os hospitais pesquisados enfrentam grandes dificuldades financeiras para manter suas atividades, dificuldades estas que podem inviabilizar a própria continuidade dos serviços prestados. Além da situação financeira crítica que vivenciam estes hospitais, a maioria deles também necessita com urgência de investimento em qualificação profissional e de adequações em suas instalações e equipamentos. A necessidade de parceria entre os diversos atores envolvidos na área de saúde, neste caso específico entre o setor filantrópico e o SUS se faz urgente para a busca conjunta de possíveis soluções para o setor.

As conclusões encontram-se no quinto capítulo. Não há dúvida da importância dos hospitais filantrópicos na produção de serviços do SUS, bem como a complementaridade existente entre eles. Porém, se mantidas as condições em que se encontram seja no âmbito de capacidade instalada, organizacional ou financeira, há um grande risco para a continuidade dos serviços prestados e da própria sobrevivência desses hospitais, conduzindo-os a um futuro incerto.

1. CONTEXTO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO BRASIL

1.1 Um pouco da história das instituições filantrópicas no Brasil

As primeiras santas casas do Brasil originaram-se no período colonial e eram administradas pela congregação leiga dos “Irmãos da Misericórdia”, uma irmandade criada no século IX em Portugal, de caráter assistencial que recolhia doentes, menores abandonados, e necessitados, e enterrava gratuitamente os indigentes.

Algumas instituições têm mais de cem anos de existência, mas a grande maioria é do século XX tendo em sua origem uma história comum: cidadãos de posses como comerciantes, fazendeiros, entre outros, criavam uma associação, ou seja, uma “irmandade”, geralmente denominada de “Santa Casa”, para atendimento hospitalar aos pobres e indigentes e reservando alguns apartamentos para os mais favorecidos (Ribeiro, 1993). Essa combinação de voluntariado com negócios permanece até os dias atuais nas instituições filantrópicas.

Os “irmãos” elegiam a sua Mesa Diretora que era responsável pela administração do patrimônio da instituição. Os diretores eram “voluntários” e pessoas de prestígio social ou cidadãos abastados. As santas casas estavam ligadas a Igreja Católica e prestavam assistência médica e religiosa a população.

As denominadas “santas casas” representam no Brasil, ao longo da história, as instituições filantrópicas na saúde. Elas são organizações sem fins lucrativos que gozam de subsídios governamentais e isenção de taxas e impostos, sendo estes um dos mecanismos de sustentação e financiamento. Hoje, 30% dos leitos hospitalares no Brasil pertencem às instituições filantrópicas.

Os recursos financeiros para criação e manutenção dessas instituições foram em sua maioria de natureza privada, embora o Estado sempre tenha participado de maneira direta ou indireta, com a cessão de verbas ou através da isenção de taxas e impostos. As irmandades obtinham parte de seus recursos com os alugueis de seus imóveis, renda patrimonial, emissão de letras de cambio, venda de comendas e títulos honoríficos, donativos e contribuições de benfeitores- família dos antigos provedores, da administração de serviços funerários e da cobrança dos serviços médico prestado (Girardi,2001).

É importante destacar que algumas Santas Casas, como a Santa Casa da Bahia, Santa Casa de São Paulo, deram origem a hospitais escolas, associando-se a instituições de ensino

médico, incorporando tecnologia de ponta e contribuindo para a mudança da atenção hospitalar.

As instituições filantrópicas desde sua criação até os dias atuais constituem-se como parte do sistema público de saúde, caracterizando-se como importante prestador de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a saúde suplementar.

1.2 Marcos legais

Lei do Império de 1831 que isentava os hospitais de caridade de pagar impostos diversos, Weber (1999). Ainda durante o império o Decreto 2.711, de 19 de dezembro de 1860, estabelecia o reconhecimento jurídico das Sociedades Beneficentes ou de Auxílios Mútuos. Na República Velha, através do Código Civil Brasileiro (Lei 3.070), de 1916, buscou-se regulamentar as entidades sem fins lucrativos.

Em 1935- a Lei 91 estabeleceu novas formas de regulação e de distribuição de privilégios para as instituições não lucrativas e dispunha sobre o reconhecimento da utilidade pública. Em 1938 é criado o Conselho Nacional de Serviço Social, subordinado ao Ministério do Trabalho, atualmente ele está subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. A Constituição de 1946 fala da isenção de impostos para essas instituições.

Decreto 55.643, de 1965, que ordenou a realização do Primeiro Censo Hospitalar no Brasil, incluindo as instituições filantrópicas.

A Lei 5.172 de 1966, Código Tributário Nacional, reforça a Lei 91, de 1935, fixa a vedação de cobrança de impostos da União, Estados e Municípios sobre o patrimônio, renda ou serviços prestados pelas instituições filantrópicas.

A Constituição Federal de 1967 manteve a vedação a cobrança de impostos. Acrescentou a possibilidade de regular através de legislação ordinária a concessão do benefício.

Na década de 1970 a relação do Estado com as instituições filantrópicas foi formalizada através de convênios rurais para o atendimento ambulatorial e hospitalar da população previdenciária rural (MPAS, 1982).

A Lei 6.229/75 definiu e delimitou as responsabilidades da Previdência Social e do Ministério da Saúde, ficando na responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social credenciar preferencialmente instituições filantrópicas.

Em 1981 criou-se o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com a “finalidade de reordenar fluxos de atendimentos e racionalizar e controlar gastos” (Portaria 3046/82 do MPAS). Duas principais medidas implantadas: novo sistema de pagamento para internações hospitalares, não sendo mais paga por ato médico e implantação do Programa de Ações Integradas(AIS).

Em 1984, a Resolução n. 5 da CIPLAN, estabelece para os hospitais filantrópicos, tabelas de pagamento similares às das prefeituras, identificando esses prestadores com a rede pública (Cordeiro, 1991:107).

A partir de 1986 as entidades filantrópicas conveniadas ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) universalizaram seu atendimento a toda população, não somente aos trabalhadores com “carteira assinada”. (NUPES,1991).

Em 1986 a Portaria 3628 do MPAS, estabeleceu as bases para o convenio- padrão com a rede filantrópica.

A Constituição de 1988 manteve a imunidade tributária concedida às filantrópicas, impedindo a União, estados e municípios de tributar sobre o patrimônio, renda e serviços dessas instituições (CF de 1988, Art. 150, inciso VI, alínea C).

A Lei 8.742/93- instituiu o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que ficaria responsável pela concessão de atestado de registro e certificado de entidade de fins filantrópicos.

Em 1995 o Governo Federal criou “o Programa de Reestruturação Financeira e Modernização Gerencial das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos vinculados ao SUS, com o objetivo de prestar apoio financeiro com vistas a viabilizar o seu equilíbrio econômico-financeiro e aprimorar sua capacidade de gestão (MS, 1995).

A Lei 9532/97 estabeleceu requisitos e definiu características das instituições sem fins lucrativos para efeitos de imunidade ou isenção tributária.

O Decreto 3.504/2000 definiu as condições para que as instituições filantrópicas tivessem direito ao certificado de filantropia, assim como os requisitos necessários.

Em abril de 2001 foi editada pelo Ministério da Saúde a Portaria 604/GM, criando o Incentivo de Integração ao Sistema único de Saúde (INTEGRASUS), que corresponde a uma parcela adicional a ser paga ao faturamento dos hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos.

Em 2005 foi criado o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, considerando a importância desses hospitais na estrutura do SUS e a crise dos hospitais determinada por fatores relacionados à política de financiamento, perfil

assistencial e gestão dessas unidades, bem como ao processo de inserção no sistema de regionalização da saúde (Portaria 1.721/GM, de 21 de setembro de 2005).

Em 2009 a Presidência da República através da Lei 12.101, de 27 de novembro de 2009, dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social.

Em 2011, o Ministério da Saúde edita a Portaria 1970, de 16 de agosto de 2011 que dispõe sobre o processo de certificação das Entidades beneficentes de Assistência Social na área da saúde (CEBAS-SAÚDE).

1.3 Regulamentação da filantropia no Brasil

Conforme Portaria nº 1.970, de 16 de agosto de 2011, do Ministério da Saúde, “a concessão ou a renovação do Certificado das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da saúde (CEBAS-SAÚDE) será concedida às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como Entidades Beneficentes de Assistência Social, com a finalidade de prestação de serviços na área da saúde e que atendam ao disposto na Lei nº 12.101/2009”.

Assim, para fazer juz ao CEBAS-SAÚDE e a isenção de contribuições sociais as instituições filantrópicas terão que comprovar cumulativamente o cumprimento dos seguintes requisitos:

- a) cumprimento das metas estabelecidas em convênio ou instrumento congênere celebrado com o gestor local do SUS;
- b) oferta a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento);
- c) comprove, anualmente, a prestação dos serviços de que trata item anterior, com base no somatório das internações realizadas e dos atendimentos ambulatoriais prestados;
- d) não percebam seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores ou benfeitores, 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;

e) aplique suas rendas, seus recursos e eventual superávit integralmente no território nacional, na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos institucionais;

f) apresente certidão negativa ou certidão positiva com efeito de negativa de débitos relativos aos tributos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e certificado de regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

g) mantenha escrituração contábil regular que registre as receitas e despesas, bem como a aplicação em gratuidade de forma segregada, em consonância com as normas emanadas do Conselho Federal de Contabilidade;

h) não distribua resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, sob qualquer forma ou pretexto;

i) conserve em boa ordem, pelo prazo de 10 (dez) anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovem a origem e a aplicação de seus recursos e os relativos a atos ou operações realizados que impliquem modificação da situação patrimonial;

j) cumpra as obrigações acessórias estabelecidas na legislação tributária;

k) apresente as demonstrações contábeis e financeiras devidamente auditadas por auditor independente legalmente habilitado nos Conselhos Regionais de Contabilidade quando a receita bruta anual auferida for superior ao limite fixado pela Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

As entidades reconhecidas como de utilidade pública federal e estadual ou municipal, terão isenções (parciais ou totais) de contribuições sociais e imunidade de impostos, conforme legislações específicas, partindo do artigo 150 da Constituição Federal que veda instituir impostos sobre o patrimônio, renda ou serviços das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, observados os requisitos da lei.(Bernardes et al, 2010).

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. Abaixo são listados os tributos que atualmente podem ser isentados totalmente ou parcialmente.

a) Tributos Federais:

1. Imposto de Renda de Pessoa Jurídica;
2. Imposto sobre Propriedade Rural;
3. Contribuição para o financiamento da Seguridade Social;
4. Contribuição sobre o Lucro Líquido;
5. Contribuição Previdenciária, 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;
6. Contribuição para o Programa de Integração Social;
7. Imposto sobre Produtos Industrializados, aos produtos destinados exclusivamente para uso próprio ou para distribuição gratuita;
8. Imposto de Importação;
9. Imposto de Exportação.

b) Tributos Estaduais:

1. Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de transporte interestadual e intermunicipal e comunicação para os casos de produtos fabricados ou serviços pelas entidades filantrópicas;
2. Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores, disciplinado pela Portaria CAT N° 39/96;
3. Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis por ato causa mortis e doação por força da Constituição.

c) Tributos Municipais:

1. Imposto Predial e Territorial Urbano, 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;
3. Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis por ato inter vivos.

1.5 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 "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 (TEIXEIRA, 1983)

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 (1983) 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 recurso 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 revertem exclusivamente à manutenção da instituição".

Segundo Makyama (2002) o ano de fundação das entidades beneficentes pode ser considerado um indicador das necessidades sociais da época de sua instalação. Assim, a idade dos hospitais reflete as condições sociais de um determinado período e os estímulos governamentais que proporcionaram sua criação.

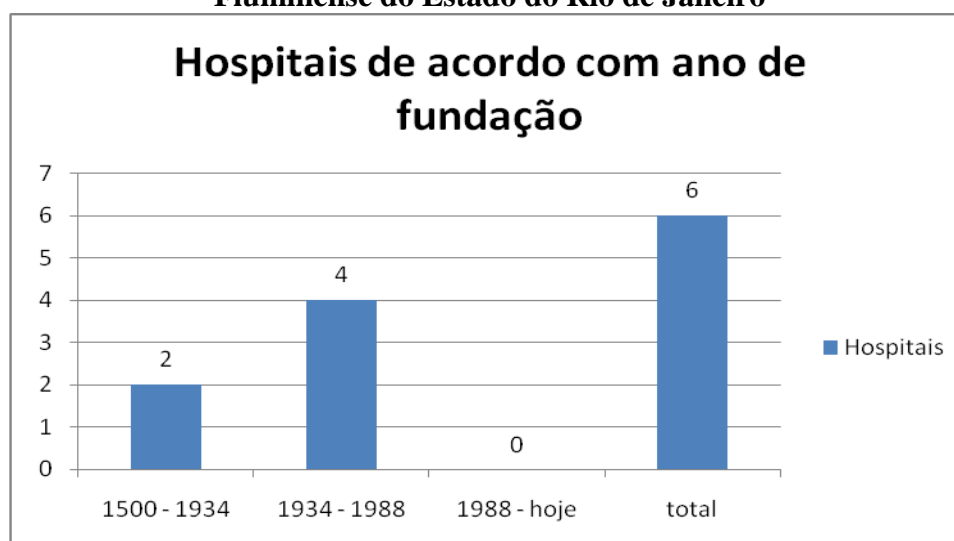
Se compararmos a data de fundação dos hospitais com os anos de publicação de leis relativas à filantropia de grande relevância para a saúde teremos o contexto demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1: Data de fundação dos hospitais x legislação filantropia

ANO	LEGISLAÇÃO
Até 1934	Constituição Federal define o princípio da subsidiariedade ao setor sem fins lucrativos.
De 1934 a 1988	Criação e alteração da Constituição Federal. Regulamentação da isenção fiscal às entidades filantrópicas.
A partir de 1988	Criação do SUS. Terceira reformulação da Constituição Federal.

Fonte: Makyama, 2002.

Desta forma, como mostra a Figura 1, o surgimento dos hospitais filantrópicos da região centro-sul fluminense está concentrado no período de 1934 a 1988, com 4 (quatro) hospitais fundados, ou seja 67% dos hospitais existentes na região. “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 (Makyama,2002), é o período onde o SUS é implementado.

Figura 1- Distribuição dos hospitais segundo ano de fundação- Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

Fonte: Estatuto das Instituições.

1.6 O processo de contratualização dos hospitais filantrópicos

A origem do conceito de contratualização é relativamente recente, embora haja registros de parcerias pública privadas na provisão de bens públicos, bem mais antigas e vinculada à filantropia. A proposta da contratualização é de uma gestão pública orientada por resultados e sua realização pela produção de metas e indicadores que possam ser tecnicamente elaborados e acompanhados. É importante ressaltar que o Estado permanece o responsável pelas políticas públicas, dando condições de financiamento e regulação para a prestação de serviços.

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos foi regulamentado através da Portaria GM/MS nº 1.721 de 21 de setembro de 2005, tem o objetivo de reorientar e reformular ações específicas para o setor visando o enfrentamento às dificuldades de gestão, organização e financiamento.

O Ministério da Saúde através do Programa objetiva o estreitamento da parceria com os hospitais filantrópicos visando o desenvolvimento de políticas específicas para o setor.

Através da adesão ao Programa os hospitais passam a ter os recursos financeiros vinculados ao cumprimento de metas quantitativas e qualitativas estabelecidas a partir de um Plano Operativo Anual (POA) pactuados entre o hospital e o gestor da saúde e não mais pela produção de procedimentos. É a proposta de uma gestão pública orientada por resultados e sua realização pela produção de metas e indicadores que possam ser tecnicamente elaborados e acompanhados.

Esse programa, pelos seus princípios, tem a finalidade de melhorar a sustentabilidade dos hospitais e assim garantir a qualidade da assistência. É um instrumento de pactuação entre gestor do SUS e hospital, adequando o papel assistencial do hospital às necessidades de saúde do município/região (Cavalcante, 2011).

Dados do Ministério da Saúde de 2010 apontam que há cadastrados no CNES: 1.786 instituições filantrópicas. Dessas, 756 aderiram ao Programa e 84% finalizaram o processo de contratualização.

1.7 O Programa de Apoio aos Hospitais do Interior do Governo do Estado do Rio de Janeiro (PAHI)

O Governo do Estado do Rio de Janeiro através da Secretaria de Estado de Saúde instituiu em 2009 através da Resolução SESDEC nº 843/2009 o Programa de Apoio aos hospitais do interior (PAHI) e o incentivo aos municípios onde os hospitais estão localizados. Este programa é voltado para municípios com até 115 mil habitantes e atende a uma população de mais de 2 milhões de habitantes. Em 2012, 55 municípios e 47 hospitais foram contemplados. O programa oferece, além do incentivo financeiro, o apoio técnico através das orientações fornecidas nas visitas técnicas, visando melhorar a gestão e promover o desenvolvimento do SUS, contribuindo com a melhoria dos serviços hospitalares e da atenção básica. O investimento do PAHI em 2009 foi de R\$ 80 milhões (SES/RJ,2012). Os 6 hospitais filantrópicos da região centro sul fluminense aderiram ao PAHI e recebem recursos financeiros do programa (CIR-CS,2013).

Em 2011 (Resolução SESDEC nº 1.551/2011), o Programa foi ampliado para os hospitais de Referência Regional do Interior. O Programa de Apoio aos Hospitais do Interior Regional (PAHI Regional) é o segundo programa desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde de apoio aos hospitais do interior do Estado, que recebem repasse financeiro fixo, escalonado de acordo com o porte da unidade. O PAHI Regional é voltado para os hospitais que atendem moradores dos seus municípios e de cidades vizinhas, tornando-se referência para toda a região. No ano passado, o programa se estendeu a 17 unidades hospitalares, atendendo a uma população de mais de 4,6 milhões de pessoas. Os hospitais filantrópicos de Três Rios e Vassouras foram contemplados no PAHI Regional (SES/RJ, 2011).

Em 2012 foi lançado o Programa de Apoio às Salas de Estabilização beneficiando mais de 1,2 milhões de habitantes de 55 municípios do Estado (SES/RJ, 2012). Por meio desse programa, o Governo do Estado, em parceria com os municípios, apoia o funcionamento das salas de estabilização, local onde os pacientes recebem assistência até que possam ser encaminhados para outras unidades da rede de atenção à saúde (Resolução SES nº 268/2012). Nos municípios onde os hospitais filantrópicos estão localizados as Salas de Estabilização estão sendo implantadas dentro de suas instalações, visto que o serviço de urgência e emergência funciona nesses hospitais.

Em maio de 2013 foi assinada pelo Governo do Estado a renovação de quatro programas de apoio a unidades de saúde do SUS, incluindo os hospitais filantrópicos:

Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI 1); Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI Regional); Programa de Apoio à Unidades de Terapia Intensiva dos Hospitais da Região Metropolitana e Programa de Apoio às Salas de Estabilização para os municípios do Rio de Janeiro. A previsão é que mais de 70 municípios sejam beneficiados.

Criados pela Secretaria de Estado de Saúde (SES), os programas preveem repasses financeiros aos municípios em parcelas fixas e variáveis vinculadas ao cumprimento de metas. O objetivo da Secretaria de Estado de Saúde é apoiar financeiramente os municípios envolvidos a fim de melhorar os serviços hospitalares e a atenção básica do Estado, reforçando o Sistema Único de Saúde (SES/RJ,2013).

As metas para 2013 variam de acordo com o programa e se referem à qualidade dos serviços prestados e do ambiente das unidades de saúde. O PAHI 1, por exemplo, estabelece para os hospitais a implantação de programa de gerenciamento de resíduos e, para os municípios, instalação de serviço de ouvidoria das Secretarias Municipais de Saúde, além de acolhimento à demanda espontânea da atenção básica (Resolução SES nº 619/2013).

1.8 A crise nos hospitais filantrópicos

Atualmente o setor filantrópico no país possui cerca de 2.100 estabelecimentos hospitalares, com mais de 155.000 leitos, o que representa 31% do total de leitos do país. Ou seja, 1/3 dos leitos existentes no país são filantrópicos (<http://www.datasus.gov.br>). Caracterizando o setor como importante prestador de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os números acima demonstram a importância do setor filantrópico para o país, não diferente da região centro sul fluminense do Estado do RJ, aqui estudada.

Em junho de 2012, os Deputados integrantes da Comissão de Seguridade Social e Família através da Subcomissão Especial apresentaram relatório com o objetivo de analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas na área da saúde. Em sua conclusão a subcomissão estabeleceu propostas a fim de apontar alternativas que possam contribuir para o rompimento definitivo da crise do setor filantrópico.

A parceria do poder público com o setor filantrópico tem apresentado alguns resultados positivos. Em 1995, o Ministério da Saúde criou o Projeto de Reforço à

Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS), consistindo em uma iniciativa para implementar ações estratégicas com o fito de fortalecer o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - SUS mediante a recuperação física e tecnológica das unidades de saúde públicas e filantrópicas integrantes do sistema, bem como o desenvolvimento institucional do setor saúde. Esta iniciativa ajudou os hospitais filantrópicos a modernizarem suas estruturas físicas e seu parque tecnológico.

Em 2005, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos como uma das estratégias de minimizar as dificuldades financeiras e injetar recurso novo no setor. Porém elas não foram suficientes para extingui-las, principalmente para as instituições de média complexidade, cujas defasagens entre valores pagos dos procedimentos pela tabela SUS e os custos para sua prestação, superam os 100%, conforme reconhecido pelos próprios gestores do SUS (CMB, 2011), o que repercute negativamente sobre o balanço financeiro dessas instituições. Outra situação está relacionada ao perfil da dívida das instituições, onde o débito com encargos sociais impedem estas instituições de possuírem certidões negativas, inviabilizando o recebimento de recursos financeiros através de convênios.

Outros problemas também são enfrentados por estes hospitais, além da defasagem da tabela do SUS, como os tetos financeiros, que pagam menos do que é produzido; atrasos de pagamentos; que dificultam o planejamento e o equilíbrio financeiro; fechamento de linhas de créditos, dificuldades nas negociações com gestores; dificuldades de parcerias com empresas privadas; entre muitos outros.

Todas essas dificuldades são refletidas na gestão dessas organizações que passam por crises financeiras, necessidade de qualificação profissional e de adequações em suas instalações e equipamentos.

2 METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1 Justificativa para escolha da metodologia do estudo de caso

A metodologia escolhida para esta dissertação foi o estudo de caso, que, juntamente com experimentos, levantamentos, pesquisas históricas e análise de informação em arquivos, é uma das formas possíveis de pesquisa (YIN, 2010).

Yin (2010, p.39) define estudo de caso como “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre fenômeno e o contexto não são claros”. A estratégia do estudo de caso é a preferida para questões do tipo “como” e “por que” e para o exame de acontecimentos contemporâneos, quando não se podem manipular comportamentos relevantes (YIN, 2010).

No caso da presente dissertação, duas questões fundamentais motivaram esse estudo:

1. Como se encontram os hospitais filantrópicos da região centro sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro nos âmbitos: capacidade instalada, organizacional e financeiro?
2. Como os gestores estão percebendo as dificuldades do setor, suas perspectivas e propostas de possíveis soluções?

Para atingir essas duas questões principais outros objetivos secundários também foram observados, tais como:

- 1 Análise da situação financeira, em especial o perfil de endividamento das instituições filantrópicas da região centro sul fluminense do Estado do RJ.
- 2 Conhecimento sobre a percepção dos gestores quanto a crise no setor, seus desafios, perspectivas e propostas de possíveis soluções.

Segundo Yin (2010), os cinco principais métodos de pesquisa nas ciências sociais são: experimentos, levantamentos, análise de arquivos, pesquisas históricas e estudos de caso. Ele afirma que a decisão de escolher cada uma destas estratégias deve se basear em três condições: (a) forma de questão da pesquisa, (b) extensão de controle que o pesquisador tem sobre os eventos comportamentais efetivos e (c) grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos ou históricos. O quadro 2 correlaciona estas condições com cada método de pesquisa.

Quadro 2 – Situações relevantes para diferentes métodos de pesquisa (Yin, 2010)

Estratégia	Forma de questão de pesquisa	Exige controle sobre eventos comportamentais?	Focaliza acontecimentos contemporâneos?
Experimento	Como, por que	Sim	Sim
Levantamento	Quem, o que, onde, quantos, quanto	Não	Sim
Análise de arquivos	Quem, o que, onde, quantos, quanto	Não	Sim/Não
Pesquisa histórica	Como, por que	Não	Não
Estudo de caso	Como, por que	Não	Sim

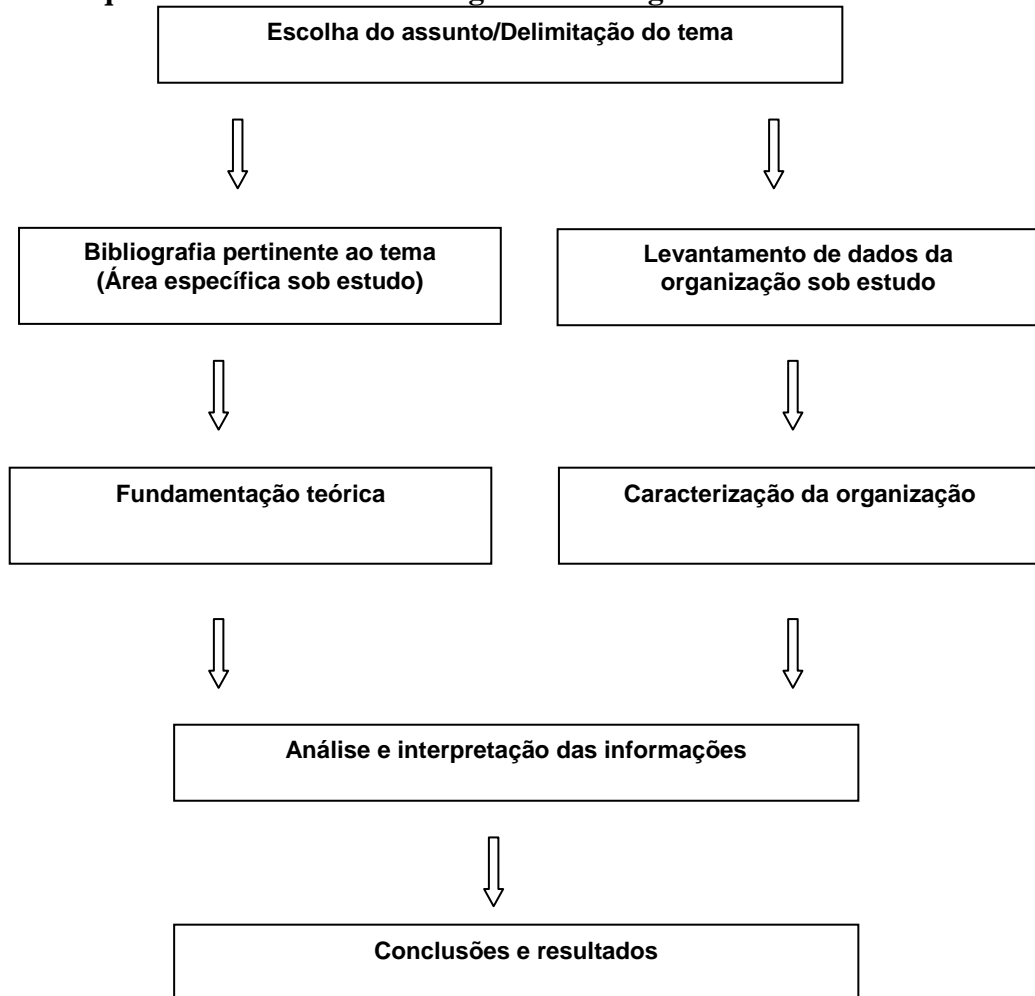
Fonte: Yin, 2010.

Uma vez escolhido o estudo de caso como metodologia de pesquisa, a próxima etapa foi escolher entre um estudo de caso único ou múltiplo. Como a intenção do trabalho não foi estudar uma situação específica, mas sim identificar as situações de crise e oportunidades no contexto dos hospitais filantrópicos, optou-se por realizar um estudo de casos múltiplos.

“Os projetos de estudo de caso múltiplos tem vantagens e desvantagens distintas em comparação com os projetos de caso único. A evidência dos casos múltiplos é, muitas vezes, considerada mais vigorosa e o estudo, em geral, é por essa razão, visto como mais robusto” (Yin, 2010 p.77).

2.2 Etapas de desenvolvimento do estudo de caso

Como seqüência de desenvolvimento do estudo de caso, observou-se o modelo metodológico proposto por Tachizawa (2002, p. 55), expresso no esquema abaixo:

Esquema 1: Modelo metodológico de monografia de estudo de caso

Fonte: Tachizawa (2002, p. 55)

Em relação ao cumprimento das etapas do modelo metodológico, foi realizada, primeiramente, a escolha do tema (crise e oportunidade).

Delimitou-se a análise na caracterização do contexto sócio-econômico dos municípios da região centro sul fluminense do Estado do RJ; da rede hospitalar filantrópica da região centro sul fluminense do Estado do RJ nos aspectos de capacidade instalada e organizacional; com foco na análise da situação financeira, em especial o perfil de endividamento das instituições filantrópicas da região centro sul fluminense do Estado do RJ e o conhecimento da percepção dos gestores quanto a crise no setor, seus desafios, perspectivas e propostas de possíveis soluções.

Com relação à fundamentação teórica, foi analisada a bibliografia pertinente ao tema, consultando-se livros, artigos, dissertações e teses publicadas no Brasil. A fundamentação

teórica permitiu delinear um quadro referencial para a caracterização da situação dos hospitais filantrópicos quanto a crise e oportunidades vividas pelo setor.

O levantamento de dados foi obtido por meio de entrevistas com pessoas-chave das organizações; utilizadas fontes secundárias, a saber: Plano Diretor de Regionalização da Secretaria Estadual de Saúde do RJ; IBGE; Tribunal de Contas do RJ; FIRJAN; DATASUS; Ministério da Saúde; Ministério de Trabalho e Emprego; e fontes primárias, como: Estatuto, Atas, Regimento Interno, Organograma; balancete, balanço anual, planilhas financeiras, Demonstração do Resultado do Exercício.

Com base nesse levantamento, foi possível realizar a caracterização da organização em análise. Além de enriquecer o estudo de caso, a escolha de várias fontes de evidência ocorreu para minimizar o risco da visão tendenciosa do pesquisador (YIN, 2010), unindo a vantagem de percepção proporcionada pelas entrevistas à precisão dos registros em arquivo e à estabilidade da documentação, já que ela não foi criada como resultado do estudo de caso (YIN,2010).

Por fim, a análise e a interpretação das informações foram efetuadas pelo pesquisador mediante revisão cuidadosa do material coletado e tomando por base sua experiência com o assunto estudado e o conhecimento adquirido na fase de fundamentação teórica, permitindo a tabulação de análises e conclusões.

2.3 Coleta de dados

Yin (2010) ressalta que o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa abrangente a qual envolve desde a lógica do planejamento até as técnicas de coleta de dados e abordagens específicas para análise dos mesmos. A etapa da coleta de dados, segundo Yin (2010), requer habilidades específicas do pesquisador, treinamento e preparação, desenvolvimento de um roteiro e a condução de um “estudo-piloto”.

O estudo de caso utiliza para coleta de dados, principalmente, seis fontes distintas de informação: “documentos, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos” (Yin, 2010).

O procedimento de coleta de dados realizado para esta pesquisa utilizou, principalmente, documentos, registros em arquivos, entrevistas e observação direta. A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2013.

Para caracterização do contexto sócio-econômico da região centro sul fluminense do Estado do RJ foram utilizadas fontes secundárias, a saber: Plano Diretor de Regionalização da Secretaria Estadual de Saúde do RJ; Tribunal de Contas do RJ; Ministério da Saúde; Ministério de Trabalho e Emprego, buscando caracterizar o contexto sócio-econômico da região.

A caracterização da rede hospitalar da região foi baseada na utilização de fontes primárias, como: Estatuto, Atas, Regimento Interno, Organograma e fontes secundárias disponíveis como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e outras fontes do Ministério da Saúde e do SUS. Também foi utilizada a estratégia de observação direta dos hospitais pesquisados.

Para analisar a situação financeira das instituições foi utilizada a coleta de dados documentais dos últimos 3 anos (2010, 2011 e 2012) como: balancete, balanço anual, planilhas financeiras, Demonstração do Resultado do Exercício, que serão transferidas para uma planilha Excel para análise comparativa e de tendências.

Para conhecer a percepção dos gestores sobre as dificuldades do setor, suas perspectivas e propostas de possíveis soluções foi feita de forma exploratória, um conjunto de entrevistas com 4 administradores hospitalares; 5 provedores/presidentes das instituições mantenedoras; e 5 secretários municipais de saúde ou subsecretários de saúde para obter uma aproximação sobre a percepção desses gestores em relação aos desafios e propostas de melhorias para os hospitais localizados na região. Para tanto, serão utilizados dois roteiros de entrevista. O roteiro no anexo I será aplicado aos administradores hospitalares e aos provedores/presidentes e o outro - anexo II, aplicado aos secretários municipais de saúde. Prévio à coleta de dados e às entrevistas será solicitado o consentimento dos responsáveis e gestores, para a realização da pesquisa (anexo III e anexo IV).

2.4 Análise dos dados

A análise dos dados, segundo Yin (2010), consiste no exame, categorização, classificação ou mesmo na recombinação das evidências conforme proposições iniciais do estudo. Yin (2010) propõe duas estratégias gerais e quatro modelos específicos de condução da análise do estudo.

Segundo Yin (2010), há três aspectos considerados fundamentais no que se refere ao processo de coleta e tratamento de dados relativos ao desenvolvimento de estudos de caso. São eles:

- 1- Utilizar múltiplas fontes de dados convergentes para o estudo dos mesmos fatos ou fenômenos;
- 2- Construir uma base de dados que documente o estudo;
- 3- Assegurar a manutenção de uma linha de raciocínio que evidencie as ligações entre as questões de investigação, o conjunto de dados recolhidos e as conclusões a que se chegam.

A análise de dados foi realizada da seguinte forma: após o levantamento dos dados e a realização das entrevistas, cada caso foi descrito detalhadamente e isoladamente, a fim de entender o contexto e a realidade na qual estão inseridos. Em seguida, foi feito um cruzamento entre as citações surgidas em cada caso com o referencial teórico. As proposições teóricas buscam refletir o conjunto de questões da pesquisa, as revisões feitas na literatura sobre o assunto e as novas interpretações que possam surgir. As proposições vão dar forma ao plano da coleta de dados e assim estabelecer a prioridade às estratégias de análise relevantes.

2.5 Limitações do método

Há muitas críticas quanto ao uso da metodologia de estudo de caso nas pesquisas. De uma maneira geral elas poderiam ser resumidas em: falta de rigor científico, pouca base para generalização científica e demora em obter e analisar os dados.

Segundo Goode e Hatt (1979) “este é, freqüentemente, considerado como um tipo de abordagem intuitiva, sem um plano de amostragem adequado ou verificações de distorções resultantes de pontos de vista pessoais sobre a realidade social”.

Apesar de ser uma forma distintiva de investigação empírica, o estudo de caso é visto com certo desprezo por muitos pesquisadores e encarado de forma menos desejável de investigação do que experimentos ou levantamentos (Yin, 2010).

Quanto a falta de rigor científico isto se deve porque ao longo dos anos “os pesquisadores que empregaram o método foram negligentes e permitiram que se aceitassem evidências equivocadas ou visões tendenciosas para influenciar o significado das descobertas” (Yin, 2010 p.35). Por isso, com relação a esta pesquisa para minimizar essa crítica estão sendo utilizadas diferentes fontes de pesquisa.

Quanto a alegação de que fornece pouca base para se fazer uma generalização científica. Yin (2010), diz “O estudo de caso, como o experimento, são generalizáveis às proposições teóricas e não as populações ou aos universos. Não representa uma “amostragem e o pesquisador tem como meta expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística). Ou seja, a meta é fazer uma análise “generalizante” e não “particularizante”.

Quanto a crítica da demora em obter e analisar dados, atualmente os estudos de caso não precisam demorar tanto. Segundo Yin (2010) “essa constatação é baseada no passado e não na maneira como são feitos atualmente e serão no futuro.”

Duarte e Barros (2006) destacam algumas estratégias para minimizar os obstáculos e enfrentar as críticas quanto ao uso do método:

1. As questões das pesquisas precisam ser definidas claramente;
2. O plano de pesquisa deve ser elaborado evitando-se o risco das visões tendenciosas;
3. Evitar relatórios e textos extensos de difícil leitura e desestímulo a análise;
4. Realizar uma boa revisão bibliográfica;
5. Ser rigoroso ao desenvolver categorias, indicadores, definir e delimitar tipos de comportamento.

Com relação a esta pesquisa algumas limitações podem ser destacadas como:

1. Os hospitais pesquisados estão localizados apenas na região centro sul fluminense do Estado do RJ. A escolha da região foi pautada nos seguintes requisitos: facilidade do acesso e pela limitação de tempo e de recursos da pesquisadora.
2. Foram pesquisados apenas 6 hospitais filantrópicos.
3. Foi realizada apenas 2 entrevistas em cada hospital e 1 em cada município pela opção de conhecer a percepção dos gestores dos hospitais e dos municípios e não de outras categorias profissionais.

3 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em 3 seções: 3.1) caracterização socioeconômica da região centro sul fluminense; 3.2) caracterização dos hospitais filantrópicos e 3.3) respostas obtidas através dos questionários.

3.1 Caracterização sócio-econômica da região centro sul fluminense do Estado do RJ

3.1.1 O Estado do Rio de Janeiro

O Estado do Rio de Janeiro teve seu desenvolvimento econômico voltado para impulsionar a economia nacional e não para o seu interior (Galvão, 1986) como consequência ocorreram às disparidades internas do Estado. Analisando a sua configuração territorial observamos uma alta concentração da população na região metropolitana. Ribeiro (2001) apresenta essa estatística: 75,7% da população do Estado estão localizadas na região metropolitana, sendo que 40,7% da população estadual residem na capital. Quanto ao interior do Estado, apenas 24,3% da população reside nele.

Davidovich (2000) traz essa constatação: “... perfil de centralização e de concentração de população, atividades e recursos, um perfil que, desde o passado remoto se afirmou na cidade do Rio de Janeiro, acentuando-se com o papel de capital do país e com a função portuária, e culminando com a situação de metrópole”.

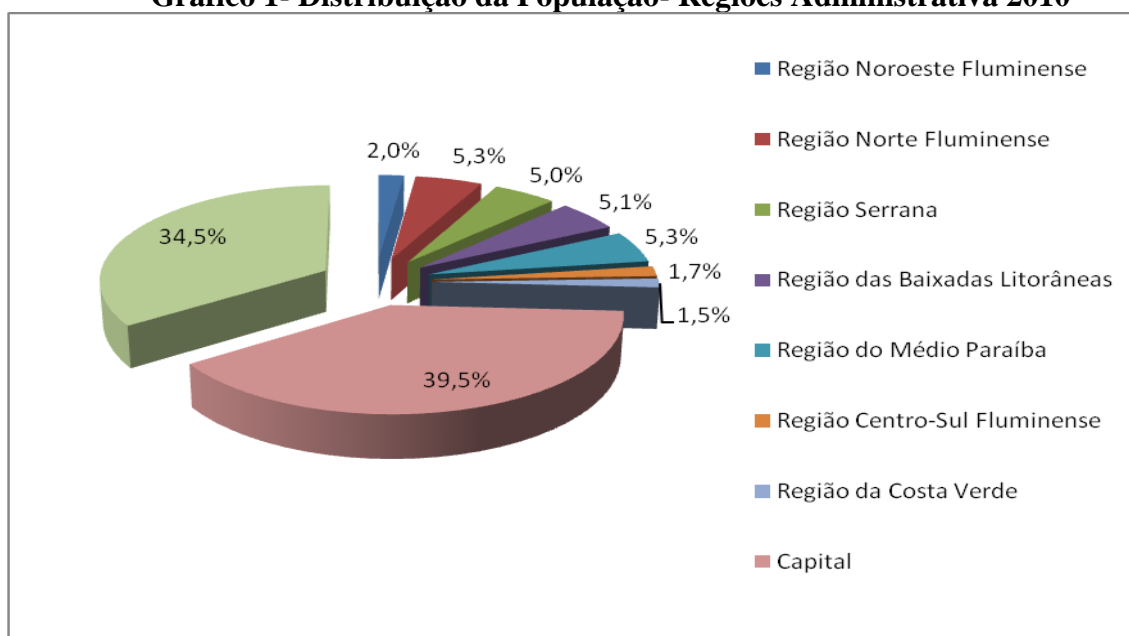
Observamos que não houve um planejamento para a organização de uma rede hierarquizada e integrada das cidades com o objetivo de desenvolvimento de todo o Estado e não somente da região metropolitana. Como afirma Moreira (2001): “No modelo de desenvolvimento do Estado do Rio de Janeiro, a região metropolitana concentra a população, os serviços, a administração, a renda, a poupança. O interior evolui sem o mesmo dinamismo, num plano em paralelo. Duas partes que não se interligam a partir de uma relação cidade-campo.” (Moreira, 2001, p. 129).

Vejam os argumentos de Santos (2002). “Separado administrativamente do seu entorno, o núcleo da Região Metropolitana não financiou a implantação da infra-estrutura adequada para atrair investimentos industriais na Baixada Fluminense, área que certamente o mercado elegeria para localizar a expansão industrial fluminense. Em vez disso, o Estado teve

que investir em novos vetores de expansão da cidade em busca de áreas disponíveis para receberem os desejados investimentos industriais, objeto de política governamental” (Santos, 2002, p. 13).

Dessa maneira observamos que o Estado, ainda nos dias atuais, não conseguiu planejar um modelo de desenvolvimento para todo o seu território em que núcleo e interior possam caminhar em harmonia, o que se torna necessário para minimizar as desigualdades existentes. A população ainda continua concentrada na capital. A distribuição da população fluminense em 2010 dava-se conforme o gráfico a seguir:

Gráfico 1- Distribuição da População- Regiões Administrativa 2010



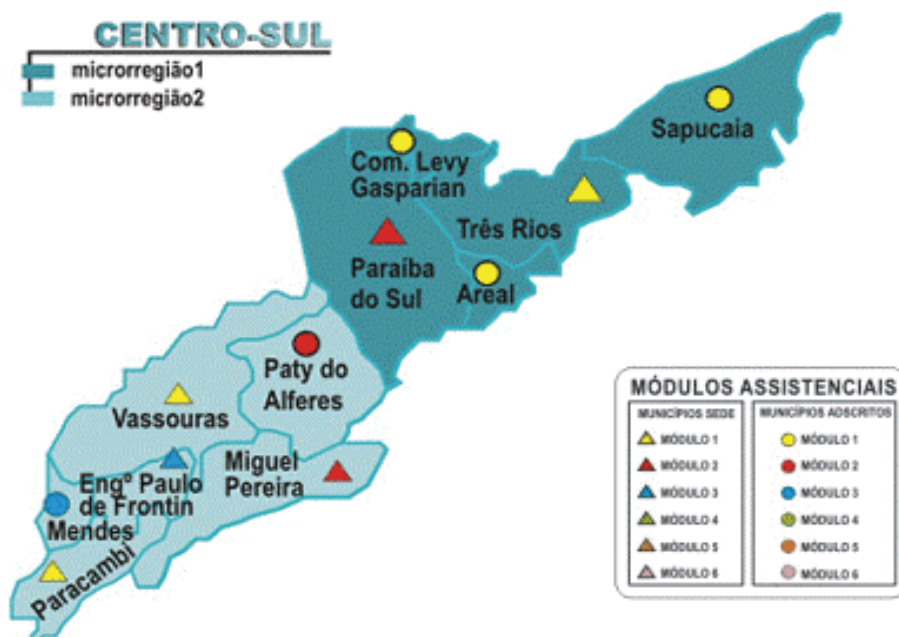
Fonte: TCE/RJ, 2010.

3.1.2 A região centro sul fluminense do Estado do RJ

A região do Centro-Sul Fluminense, objeto desta pesquisa, segundo a regionalização da Secretaria de Estado de Saúde, é composta pelos seguintes municípios: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paraíba do Sul, Paty dos Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras (PDR, 2011). Esses municípios possuem um

total de população correspondente a 2% dos habitantes do Estado do Rio de Janeiro (319.351 habitantes). Os municípios estão demonstrados na Figura 1.

Figura 2. Mapa da Região Centro-Sul do Rio de Janeiro



Fonte: SES/RJ, www.saude.rj.gov.br

Perfil Demográfico

De acordo com Censo 2010, a população da região centro sul fluminense representa menos de 2% da população total do Estado do Rio de Janeiro. Com exceção do município de Três Rios, todos os outros municípios possuem menos de 50.000 habitantes conforme verificamos na Tabela 1.

Tabela 1: População Residente segundo Municípios da Região Centro-Sul Fluminense, 2010

Municípios	Total
Estado RJ	15.989.929
Centro-Sul	319.351
Areal	11.423
Comendador Levy Gasparian	8.180
Engenheiro Paulo de Frontin	13.237
Mendes	17.935
Miguel Pereira	24.642
Paracambi	47.124
Paraíba do Sul	41.084
Paty do Alferes	26.359
Sapucaia	17.525
Três Rios	77.432
Vassouras	34.410

Fonte: DATASUS/IBGE

Observamos que proporcionalmente a população da região centro sul fluminense é muito pequena em relação ao Estado do Rio de Janeiro, confirmando a concentração populacional na região metropolitana. A participação dos municípios da região, suas respectivas populações na população total fluminense estimada em 2009, bem como o crescimento de cada uma delas, em ordem de importância, entre 2000 e 2009 está demonstrada na Tabela 2. A taxa de crescimento do Estado do RJ foi de 1% ao ano (IBGE).

Tabela 2- População estimada 2009 e crescimento demográfico 2000-2009- Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

Região e Municípios	População estimada 2009 (% do RJ)	Crescimento demográfico 2000/2009 (%)
Centro Sul Fluminense	1,7%	7,6
Areal	0,10%	21
Com. Levy Gasparian	0,10%	11,5
Paraíba do Sul	0,30%	11,4
Vassouras	0,20%	8,9
Eng. Paulo de Frontin	0,10%	8,6
Miguel Pereira	0,20%	8,2
Três Rios	0,50%	5,7
Paty do Alferes	0,20%	5,1
Mendes	0,10%	3,4
Sapucaia	0,10%	1,2

Fonte: IBGE

3.1.2.1 Indicadores Sociais

a) Saúde

A atenção à saúde no Estado do Rio de Janeiro obedece a uma regionalização conforme Plano de Desenvolvimento Regional - PDR, assim a região se divide em 2 microrregiões: Micro I Três Rios e Micro II Vassouras. Nesse sentido, foram estabelecidos centros de referência para as ações de maior complexidade.

A estratégia de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS inclui a Rede de Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro – RCR/RJ, que tem por missão agilizar e qualificar o acesso do cidadão aos serviços e ações de alta e média complexidade.

As ações regionais em saúde da Região são realizadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro-Sul Fluminense (CIS-Sul), pela Central Regional de Regulação e pelo Colegiado Intergestores Regional (CIR).

O Consórcio, criado em 1998, iniciou em 2000 o processo de aquisição de equipamentos médico hospitalares para exames de imagem e gráficos , visando à implantação

de serviços regionais de média complexidade com o objetivo de prevenir, diagnosticar e tratar as principais causas de morbimortalidade da região.

Atualmente o CIS-SUL realiza um número significativo de exames de média complexidade (ecocardiograma, teste ergométrico, holter, mamografia, broncoscopia, endoscopia e colonoscopia) para os municípios consorciados, aumentando a oferta de serviços, diminuindo os custos dos municípios, e melhorando o acesso dos usuários que passaram a realizar os exames na região. Esses exames são ofertados em 2 hospitais filantrópicos da região: no Hospital Universitário Sul Fluminense em Vassouras e no Hospital Nossa Senhora da Piedade em Paraíba do Sul.

A Central Regional de Regulação foi criada em 2003, está localizada na Secretaria Municipal de Saúde de Três Rios. Atualmente ela regula 100% dos leitos psiquiátricos e é informada dos leitos das todas as outras unidades hospitalares da região. Importante destacar que os 11 municípios aderiram ao Pacto pela Saúde. A adesão dos onze municípios da Região Centro Sul Fluminense ao Pacto pela Saúde aconteceu de forma gradativa, entre janeiro de 2008 e outubro de 2010.

b) Economia

Como afirma Galvão (1986) o declínio da economia cafeeira estagnou a economia da região, visto que essas cidades não eram dinâmicas já que o trabalho escravo não possibilitava o estímulo de atividades paralelas à cafeicultura, tornando a região sem condições de recuperação e desenvolvimento após a queda da economia do café.

Outro ponto a se destacar é que os investimentos acumulados com a economia do café na região foram buscar locais e atividades mais rentáveis.

O fraco dinamismo da região é evidenciado pelos indicadores demográficos, cujos índices revelam que historicamente o Centro Sul Fluminense cresceu a taxas médias inferiores às do Estado (IBGE). Em 2000 a participação da população da região no Estado era inferior aos 2,0% (IBGE).

Apesar de a região ter sofrido estagnação na economia, importante ressaltar que o município de Três Rios tem se destacado dentre os demais municípios da região como importante entroncamento rodo ferroviário e com uma significativa produção industrial, em especial, produtos ali-mentares e materiais ferroviários, além de ser o município mais populoso, com 77.432 habitantes (IBGE, 2010).

Os municípios de Areal e Comendador Levy Gasparian são municípios emancipados de Três Rios, cujas economias ainda encontram-se fortemente vinculadas ao seu município de origem. Miguel Pereira, Mendes, Engenheiro Paulo de Frontin e Vassouras (em menor escala) tornaram-se áreas de segunda residência ou veraneio de moradores da região metropolitana, principalmente do Rio de Janeiro.

Em relação a agropecuária a região não possui um forte desempenho. Apenas os municípios de Paty do Alferes, Vassouras, Engenheiro Paulo de Frontin e Sapucaia apresentaram PIB agropecuário superior que o da indústria de transformação em 1999. O grande destaque da produção agropecuária da região é o tomate.

Este potencial do Município de Três Rios o difere dos demais municípios da região quanto ao Índice de Qualidade dos Municípios (IQM) – carências, pois Três Rios aparece entre os dez primeiros municípios com menor carência no Estado do Rio de Janeiro. O Município de Engenheiro Paulo de Frontin tem um contingente populacional de 12.164 habitantes e o seu IQM – carências chega a 61,2%. A Tabela 10 apresenta o IQM dos municípios da região centro sul fluminense. São aproximadamente 300.000 pessoas vivendo em condições situada abaixo da média geral de qualidade de vida, no Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 3- Índice de Qualidade dos Municípios da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro– Carências

Município	IQM- Carência (%)	População Geral
Areal	59,8	7824
Com Levy Gasparian	59,1	24.931
Eng. Paulo de Frontin	57,6	24.323
Mendes	55,2	9.899
Miguel Pereira	54,2	37.410
Paraíba do Sul	53,8	17.289

Paty do Alferes	52,8	17.157
Sapucaia	52,3	23.902
Três Rios	45,0	71.976
Vassouras	61,2	12.164

Fonte: Censo IBGE, 2000.

Além das condições econômicas destaca-se que em relação a autonomia financeira dos municípios há uma forte dependência das transferências governamentais da União e Estado, caracterizando pouca autonomia financeira conforme Tabela abaixo.

Tabela 4- Percentual de dependência de transferências de recursos- Municípios da Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

Municípios	Transferências corrente e de capital	Receita realizada	% de dependência de transferências de recursos
Areal	24.763.116,00	33.263.502,00	74%
Com Levy Gasparian	20.107.184,00	23.204.654,00	87%
Eng. Paulo de Frontin	27.843.898,00	34.360.834,00	81%
Mendes	25.689.490,00	35.129.492,00	73%
Miguel Pereira	34.041.181,00	52.055.294,00	65%
Paracambi	73.765.573,00	88.914.595,00	83%
Paraíba do Sul	43.810.303,00	54.084.752,00	81%
Paty do Alferes	33.676.324,00	54.093.246,00	62%
Sapucaia	27.989.152,00	42.836.314,00	65%
Três Rios	73.679.492,00	108.897.155,00	68%
Vassouras	55.111.267,00	75.438.573,00	73%

Fonte: SIOPS, 2010.

3.2 Caracterização dos hospitais filantrópicos da Região Centro Sul Fluminense

3.2.1 Contexto geral

Para apresentar os dados de maneira a preservar a identidade dos hospitais pesquisados estes foram identificados pelas letras do alfabeto de A a F.

Do total de 11 (onze) hospitais existentes na região, 6 (seis) são filantrópicos, o que corresponde a 55% (cinquenta e cinco por cento). Um dado importante é que dos 4(quatro) hospitais públicos, 1 (hum) está sob a gestão de uma instituição filantrópica através de Contrato de Gestão. Outro fator preponderante na região é que para os municípios de Eng. Paulo de Frontin, Miguel Pereira, Paty do Alferes, Paraíba do Sul, Três Rios e Vassouras estes hospitais se constituem como único serviço hospitalar de porta aberta para a população, o que configura a importância desse setor para o atendimento a população. A composição da rede hospitalar está demonstrada na Tabela abaixo:

Tabela 5- Hospitais Existentes por vínculo segundo Municípios da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

MUNICIPIO	QUANTIDADE	VÍNCULO
Areal	01	Municipal
Com. Levy Gasparian	-	-
Eng. Paulo de Frontin	01	Filantrópico
Mendes	01	Municipal
Miguel Pereira	01	Filantrópico
Paracambi	01	Municipal
	01	Privado
Paraíba do Sul	01	Filantrópico
	01	Estadual
Paty do Alferes	-	-
Sapucaia	-	-
Três Rios	01	Filantrópico
Vassouras	02	Filantrópico
Total da Região	11	

Fonte: CNES/2012, DATASUS.

3.2.2 Qualificação

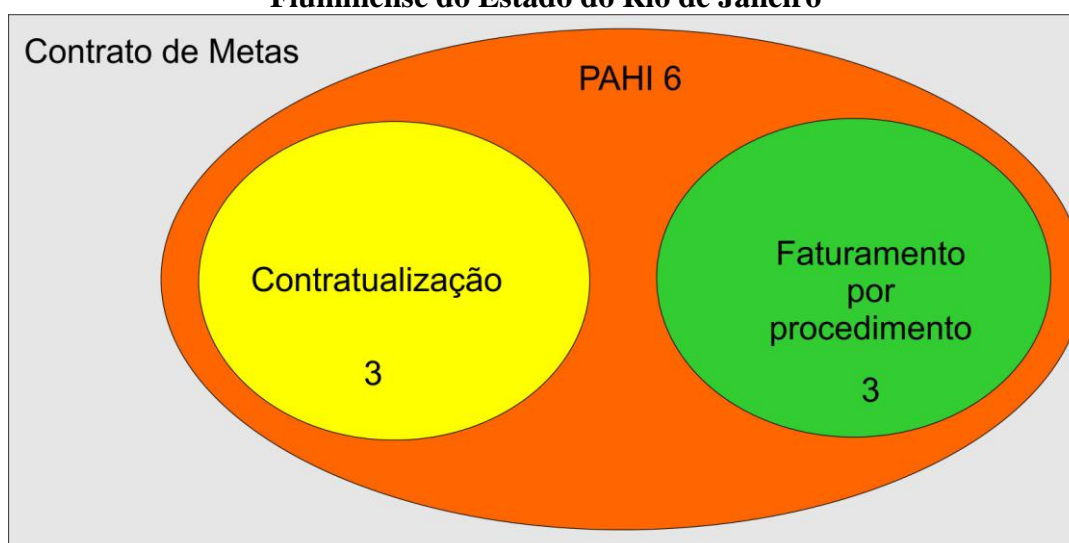
A Instituição para ser qualificada como beneficente na área de saúde e ter direito ao CEBASSAÚDE deverá atender as exigências da Lei nº12.101 e da Portaria nº1.970/2011, tendo que comprovar cumulativamente o cumprimento de vários requisitos. A seguir apresentamos as dificuldades que os hospitais pesquisados encontram para cumprir as exigências da legislação vigente.

Cumprimento das metas estabelecidas

Os 6 (seis) hospitais pesquisados trabalham com metas devido a adesão ao PAHI (Programa do Governo do Estado do Rio de Janeiro). Os gestores apontaram dificuldades no cumprimento das metas estabelecidas durante as visitas aos hospitais realizadas pela pesquisadora. Entre elas: atendimento a pacientes de outros municípios, implantação da comissão de farmácia e terapêutica, implantação do Serviço de Ouvidoria.

Em relação ao convênio com o SUS, através do Ministério da Saúde, como vemos no Figura 3, apenas 3 (três) hospitais, ou seja, 50% (cinquenta por cento) trabalham com metas, ou seja, os 3 hospitais que aderiam a Contratualização, os outros 3 continuam sendo remunerados através do total de procedimentos realizados.

Figura 3- Contrato de Metas dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Elaborado pela autora, 2013

Certidão negativa ou certidão positiva com efeito de negativa de débitos

Quando analisamos a composição de endividamento dos hospitais pesquisados descrito na Tabela 13, observamos que 5(cinco), ou seja 83% possuem dívidas com os encargos sociais, não possuindo as certidões negativas de débitos. Os gestores apontam a falta de recursos financeiros para pagamento em dia dos encargos sociais.

Tabela 6- Composição do endividamento do hospital

	A	B	C	D	E	F
Empréstimo Bancário	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Encargos Sociais	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Dívida Ativa	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Fornecedores	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Dívida trabalhista	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
Médicos PJ	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim

Fonte: Setor Financeiro e Contábil dos Hospitais, 2013

Realização de Auditoria Independente

Uma das exigências para obtenção do CEBAS-SAUDE é a realização de auditoria independente (Portaria MS nº1970/2001). Dos 6 (seis) hospitais pesquisados 3 (três), ou seja apenas 50% realiza auditoria independente para análise contábil e financeira da instituição.

3.2.3 Características dos hospitais filantrópicos

Neste item serão apresentadas as principais características dos hospitais pesquisados em relação a: capacidade instalada, gestão e organização e financeira.

a) Capacidade instalada

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” (Makiyama,2002).

Além da classificação por porte os hospitais também podem ser classificados por complexidade: em média ou alta complexidade de acordo com a habilitação dos leitos junto ao Ministério da Saúde para a realização de procedimentos (CNES,2013).

Do total de 6 hospitais pesquisados, 1 (17%) é de pequeno porte, 3 (50%) de médio porte e 2 (33%) de grande porte. Dos 6 hospitais pesquisados 50% são de média complexidade e os outros 50% são de alta complexidade.

Através da capacidade instalada dos hospitais podem ser dimensionados o total de internações que a instituição tem condições de realizar. A Portaria 1.101/2002 do Ministério da Saúde traz os parâmetros para cobertura hospitalar no Brasil estimado através da população existente. Para tanto, podemos calcular a necessidade de leitos hospitalares: Leitos hospitalares totais= 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes. Sendo assim, para a região centro sul fluminense a necessidade estimada de leitos de acordo com os parâmetros da Portaria 1.101 seria de 958 leitos, o setor filantrópico na região possui 706 leitos, ou seja 74% (setenta e quatro por cento). Para que a instituição seja considerada beneficente e faça juz ao CEBAS-SAUDE ela precisa disponibilizar no mínimo 60% (sessenta por cento) de seus leitos ao SUS (Brasil, 2011) entre outras exigências. Os hospitais da região atendem a esta exigência e reforçam a importância do papel social destes hospitais no acesso aos serviços pela população sem custos diretos pelo cidadão.

O total de leitos filantrópicos da região é de 706 (setecentos e seis leitos), sendo 560 (quinhentos e sessenta leitos) disponibilizados ao SUS- Sistema único de Saúde, ou seja 79% (setenta e nove por cento)do total de leitos dos hospitais são leitos SUS.

A distribuição de leitos por especialidade nos hospitais pesquisados foi: 259 leitos em cirurgia geral (37%), 180 leitos em clinica médica (25%), 91 leitos crônicos (13%), 66 leitos em obstetrícia (9%), 56 leitos complementares (8%), 46 leitos em pediatria (7%) e 8 leitos em saúde mental (1%), perfazendo o total de 706 (100%) leitos operacionais, que por sua vez representa 31% dos leitos existentes na Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, ou seja de cada 3 leitos 1 é filantrópico.

De acordo ainda, com os parâmetros da 1.101 estima-se que de 7 a 9% da população terá necessidade de internações hospitalares durante o ano. Sendo assim, para a população da região centro sul fluminense que é de 319.351 habitantes (IBGE, Censo 2010) o total estimado de internações hospitalares seria de 25.548 no ano. Vejamos: $NHE = 319.351 \times 8/100$, onde NHE= necessidade de internações hospitalares, 8 = média do percentual estimado

(entre 7 e 9) . No período analisado 2010, 2011 e 2012 esses hospitais realizaram o total de aproximadamente 50% das internações hospitalares estimadas para a região. Vejamos no Tabela 14:

Tabela 7- Total de internações/ano- Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro- Período 2010 a 2012

DESCRIÇÃO	INTERNAÇÃO		
	2010	2011	2012
Hospitais Filantrópicos	14.402	11.833	13.184

Fonte: SIH/SUS

Quanto à estrutura física a maioria dos hospitais pesquisados (67%) encontra-se com estrutura física inadequada as normas da Vigilância Sanitária. As construções são antigas e não passaram por reformas para adequação a legislação vigente. “Todo estabelecimento que for ser construído, reformado ou ampliado deverá se adequar ao Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS” (*Resolução ANVISA, RDC n° 50*).

Analisando ainda os hospitais quanto ao parque tecnológico observamos que 67% dos hospitais necessitam de aquisição para adequar e modernizar os serviços oferecidos. O aumento da complexidade dos recursos tecnológicos dos equipamentos utilizados nos serviços de saúde impõe o seu gerenciamento eficaz, principalmente, pela sofisticada combinação de diversos componentes e mecanismos que necessitam de controles, revisões e manutenções periódicas.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estima que dos equipamentos existentes, o percentual de indisponibilidade por falta de algum aspecto referente a gerência de equipamentos hospitalares oscila entre 30% e um intolerável teto de 96%, dependendo do tipo, especialidade, complexidade e fonte de financiamento do hospital (LUCATELLI, 2003). Os dados de estrutura física e equipamentos das unidades as mesmas estão demonstradas no Quadro 3:

Quadro 3- Estrutura física dos hospitais filantrópicos da Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

Hospital	Estrutura Física	Equipamentos
A, B,C, D	Necessita de obras. Não atende as exigências da Vigilância Sanitária.	Necessita de aquisição de equipamentos
E,F	Atende as normas da VISA. Estrutura física em boas condições.	Equipamentos em boas condições de uso

Fonte: Relatório de Visita da Pesquisa, 2012.

b) Gestão e Organização

Para caracterizar o aspecto organizacional e de gestão dos hospitais foi feita a pesquisa qualitativa através de visitas in loco. Todos os hospitais pesquisados são do tipo HOSPITAL GERAL, que é “o hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas” (BRASIL, 1977). Dentre eles 50% (cinquenta por cento) possuem leitos de UTI e 2 são hospitais de referência regional.

Uma característica dos hospitais filantrópicos é que os mesmos estão ligados a uma mantenedora que é uma instituição beneficente sem fins lucrativos. Essa mantenedora possui uma mesa diretora – que é responsável pelas decisões da instituição. Muitas vezes o Presidente assume o papel de administrador do hospital. A mesa diretora é eleita pela maioria dos membros da instituição em Assembléia Geral Ordinária, obedecendo as normas do Estatuto Social.

Dos 6 hospitais pesquisados, 2 (dois) ou seja 33% são administrados por seus presidentes. Pessoas da comunidade com boa reputação e respeito, mas sem formação na área hospitalar. Verificamos que 3 (três) ou seja metade dos hospitais são administrados por profissionais com formação hospitalar. Uma curiosidade é que 83% (oitenta e três por cento) dos hospitais estão sendo administrados por mulheres.

Outra característica é a alta rotatividade dos administradores, como os mesmos são indicados pela mesa diretora e esta é eleita a cada 2 anos, há uma troca de comando na administração das unidades, o que dificulta o planejamento das ações. Dos 6 hospitais pesquisados verificamos que em 83% deles os administradores estão atuando na função em período menor que 2 anos. Se observamos a gestão da mantenedora esse percentual é de 100% (cem por cento) dos presidentes/provedores com menos de 2 (dois) anos de mandato.

Quanto à composição e qualificação da estrutura gerencial dos hospitais pesquisados no ano de 2012, apresentamos os resultados de acordo com dados coletados durante as visitas *in loco* conforme Quadro 4:

Quadro 4- Composição e Qualificação da Estrutura Gerencial dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

Ações de qualidade	A	B	C	D	E	F
Regimento Interno	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Organograma gerencial	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Colegiado de gestão	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim
Plano Diretor	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Planejamento Estratégico	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Participação no Conselho Municipal de Saúde	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Gestão de Pessoas	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Ouvidoria Institucional	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
CCIH	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Comissão de Ética Médica	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Comissão de Revisão de óbitos	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Comissão de Revisão de Prontuários	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Trabalha com Protocolos administrativos	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Corpo clínico trabalha com Protocolos Clínicos	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim

Fonte: Setor Administrativo e Coordenação de Enfermagem dos Hospitais, 2013

A qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários dos serviços de saúde. Toda instituição hospitalar, dada a sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, das áreas de docência e pesquisa. Tudo isso deve ter como razão última a adequada atenção ao paciente. (MS, 2001).

A seguir descrevemos como se encontra a estrutura gerencial dos hospitais de acordo com os itens elencados no Quadro 4 acima.

- **Regimento Interno**

O Regimento interno é um conjunto de regras estabelecidas pela instituição para regulamentar o seu funcionamento descrevendo como devem funcionar os serviços com foco na qualidade da atenção ao cliente, seja ele interno ou externo. Verificamos que dos 6 hospitais pesquisados 3, ou seja 50%, possui Regimento Interno da Instituição. Os demais hospitais não conseguiram elaborar e aprovar o seu regimento.

- **Organograma Gerencial**

Acredita-se que uma instituição terá uma estrutura organizacional de qualidade, se os seus processos estiverem mapeados com objetividade, visando atender aos requisitos de seus clientes, independente do modelo organizacional que estiver adotado. O Organograma representa a organização formal, configurada na estrutura que foi delineada pelo Regimento Interno da Instituição, apresentando-se no mesmo, os diversos setores, suas posições e respectivas interdependências, via hierárquica, itinerário de comunicações, vinculação e subordinação (SENAC-SP, 2012).

Verificou-se na pesquisa que dos 6 hospitais o total de 5 (cinco), ou seja 83% dos hospitais pesquisados possuem organograma gerencial estruturado e aprovado pela diretoria da instituição.

- **Colegiado de Gestão**

A gestão colegiada pressupõe a igualdade entre os diversos departamentos (incluindo-se aí a diretoria), o que torna o organograma mais horizontal. A instância deliberativa maior pode ser um colegiado de gerência, ou seja, um órgão composto por todos os gerentes de departamentos ou unidades. Todos devem ter o mesmo poder decisório. Esse tipo de estrutura agiliza a descentralização e contribui para a normatização e o correto encaminhamento dos problemas. Mas é necessária também uma estrutura deliberativa em cada departamento, com o fim de processar e resolver o maior número de problemas com criatividade e responsabilidade: os colegiados de departamento. Nessas esferas autônomas será observada a participação efetiva dos trabalhadores das unidades na detecção, processamento e, em último caso, encaminhamento de problemas (Faria et al.,2003).

Dos 6 hospitais, 3 (50%) instituições pesquisadas possuem colegiado de gestão.

- **Plano Diretor**

O plano diretor para a gestão hospitalar é um direcionar de ações, pois é através dele que se analisa e planeja as necessidades da instituição, levando em conta a finalidade, o funcionamento, os clientes e o custo/benefício de cada ação a ser implantada. Este instrumento é importante para a gestão hospitalar, pois através dele é possível ter um estudo detalhado e completo das necessidades do hospital, oferecendo subsídios para elaboração de um cronograma de implantação de acordo com a disponibilidade de recursos da instituição. Apenas 1 (uma), ou seja somente 17% das instituições pesquisadas possui o Plano Diretor.

- **Planejamento Estratégico**

De acordo com a definição do Tribunal de Contas do Estado do Paraná (2008), o Planejamento Estratégico é uma técnica gerencial que é essencial para a boa administração. Por meio da análise do ambiente de uma instituição, é possível se fazer um diagnóstico de oportunidades e ameaças, pontos fortes e fracos para o cumprimento da sua missão. Ele dá o norte para que a organização aproveite novos espaços e evite riscos, gerindo recursos com maior eficiência, eficácia e efetividade e com qualificação no atendimento das demandas da sociedade.

Observamos que apenas 17%, ou seja somente 1 das 6 instituições pesquisadas implantou o Planejamento Estratégico em sua unidade hospitalar, com a participação dos gestores, colaboradores e sociedade.

- **Participação no Conselho Municipal de Saúde**

De acordo com a Lei nº 8.142/90 a comunidade deve participar da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, consultivo, deliberativo, fiscalizador e permanente do Sistema Único de Saúde – SUS. Todas as instituições pesquisadas fazem parte do Conselhos Municipais de Saúde.

- **Ouvidoria Institucional**

De acordo com a Política Nacional de Humanização o serviço de Ouvidoria é um canal de comunicação entre a instituição, usuários e funcionários. Ela tem como finalidade aprimorar a prestação de serviços ao cidadão e agilizar a busca da qualidade na detecção de falhas nos processos técnicos e administrativos, gerando melhorias no atendimento ao cliente e satisfazendo também os colaboradores, prestadores de serviços, voluntários e o público de

uma forma geral. A Ouvidoria, na gestão, funciona como uma ferramenta gerencial e de transformação. Promove os instrumentos de participação, compartilhamento e transparência.

Uma das metas para que as instituições filantrópicas pesquisadas recebam um Bônus do PAHI (parte variável do recurso financeiro) é a implantação e funcionamento da Ouvidoria Institucional. Todas as instituições (100%) implantaram o Serviço de Ouvidoria Institucional.

- **Comissões Permanentes**

As Comissões são órgãos de assessoramento e/ou auditoria da administração hospitalar. O Conselho Federal de Medicina determina, através de várias resoluções, a criação de comissões, ditas obrigatórias, assim como oferece para algumas um roteiro de sugestão de atividades. Numa situação de conflito, principalmente se levada a juízo, o parecer das comissões, é fundamental para o esclarecimento de fatos obscuros em geral e oferecem uma excelente oportunidade aos gestores de desenvolverem indicadores de qualidade (principalmente relacionados ao acompanhamento assistencial) (CFM, 2012).

Encontramos o seguinte resultado em relação a implantação e funcionamento das Comissões Obrigatórias:

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar: 83%, ou seja 5 instituições informaram que foi implantada e encontra-se em funcionamento.

Comissão de Ética Médica: 67% (4) das instituições informaram que foi implantada porém em 3 delas a comissão não está em funcionamento.

Comissões de Revisão de Óbitos e de Prontuários Médicos: 83% (5) das instituições informaram que foram implantadas mas somente em 4 (quatro) delas as comissões estão em funcionamento.

- **Protocolos Administrativos e Assistenciais**

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas (Ministério da Saúde, 2008).

Das 6 instituições pesquisadas, 3 (50%) elaboraram seus Protocolos Administrativos e 4 (67%) trabalham com Protocolos Assistenciais.

- **Gestão de Pessoas**

Segundo CHIAVENATO, 2005 “é o conjunto de decisões integradas sobre as relações de emprego que influenciam a eficácia dos funcionários e das organizações.” Dessa maneira, a área de gestão de pessoas visa alinhar os objetivos e competências individuais à missão e à visão da instituição em prol do desenvolvimento das pessoas e da própria instituição.

Um dos indicadores analisados nesta pesquisa quanto a área de gestão de pessoas foi o resultado do coeficiente de funcionários por leito existente. No Quadro 5, relacionamos uma série de indicadores e parâmetros gerais, em termos de funcionários/ leitos, encontrados na literatura.

Quadro 5- Relação funcionário/leito de acordo com a literatura

Referência na literatura	Funcionário/leito
Grupo de Assessoria Hospitalar (GAH) - 1992	5,0 (excluindo médico)
Joint Commission (1992)	5,0 (excluindo médico)
PROAHSA (2004)	4,2 (variação de 3,2 a 5,1)
Coelho (2006)	4,2
Coelho (2007)	4,89
Grupo Informal de Salários dos Hospitais, GISAH (2007)	5,2, para o Brasil o parâmetro mais encontrado é 5,0
Borges (1980)	2,3 a 2,5 (incluindo médico) em hospitais gerais.
Trigo e Roncada (1988)	2,5 a 4 (hospital geral)
Azevedo (1989)	4,13 para os EUA
Azevedo (1989)	Variação de 1 a 7,2 (Brasil)
Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico, OCDE (1980)	Média 1,50 (Europa)
PROAHSA (1991)	4,14 (média do Estado de SP)
PROAHSA (1998)	3,0 (São Paulo)
Bittar (1994)	3,2

Fonte: Picchiali, 2009

Alguns autores utilizam o parâmetro de três funcionários por leito ocupado/ ajustado. Quanto aos hospitais pesquisados verificamos na Tabela 15, que o parâmetro para funcionário/leito é menor que 1,7 em 67% dos hospitais e nos outros 33% o é um pouco acima de 2,0 funcionário/leito.

Tabela 15 – Coeficiente de funcionários por leito existente nos hospitais filantrópicos da Região Centro- Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

Coeficiente de funcionários até 2,5 por leitos existente	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E	Hospital F
		1,38	1,25	1,68	1,15	2,12

Fonte: Folha de Pagamento dos hospitais pesquisados, 2013

c) Área Financeira

Neste tópico será apresentada a situação financeira dos hospitais nos seguintes aspectos: capacidade operacional, detalhamento das receitas e despesas, perfil de endividamento e indicadores financeiros.

Para coleta dos dados foram analisados os balancetes, balanços anuais, demonstração dos resultados do exercício, planilhas financeiras dos anos de 2010, 2011 e 2012 dos hospitais pesquisados. Importante destacar que dos 6 (seis) hospitais pesquisados, 1 instituição não disponibilizou tais documentos a pesquisadora.

c.1 Contexto Operacional

Neste tópico é apresentado como está organizada a estrutura financeira do hospital. De acordo com as informações apresentadas no Quadro 6, destacamos alguns aspectos da área financeira e a realidade dos hospitais pesquisados.

Quadro 6- Contexto Operacional- Área Financeira dos Hospitais Filantrópicos do Estado do Rio de Janeiro

Itens	A	B	C	D	E	F
Estatuto registrado	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Balanco publicado	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
Auditoria externa contábil e financeira	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim
Contabilidade própria	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
Resultado apurado em regime de competência	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não
Controle patrimonial físico x contábil	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Possui convenio com operadoras de planos de saúde	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Recebe subvenção da prefeitura	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não
Conveniada ao SUS	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Hospital Contratualizado	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim
Sistema de Custos	Não	Não	Não	Não	Sim	Não

Fonte: Setor de Contabilidade dos Hospitais, 2013

A seguir descrevemos como se encontra a estrutura financeira dos hospitais de acordo com os itens elencados no Quadro 6 acima.

- **Estatuto Registrado**

O estatuto social em conformidade com o Código Civil e a Lei dos Registros Públicos deve ser registrado no Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas. 100% das instituições pesquisadas têm seu estatuto registrado.

- **Balanco Publicado**

As entidades do terceiro setor, por exercerem ações de interesse público, normalmente subsidiadas por doações, subvenções e contribuições de voluntários, precisam manter a transparência das suas ações para dar credibilidade para a sua gestão, garantindo a continuidade das suas atividades. A publicação do Balanco Anual da Instituição é um dos instrumentos para se garantir a transparência, principalmente por receberem recursos públicos. Das 6 instituições pesquisadas apenas 2 publicam balanço anual.

- **Auditoria Independente**

Dos 6 (seis) hospitais pesquisados 3 (três) ou seja 50% realiza auditoria independente para análise contábil e financeira. A função da auditoria externa é a de expressar opinião sobre as demonstrações financeiras da instituição conduzindo-a de acordo com as normas brasileiras e internacionais de auditoria. Essas normas requerem o cumprimento de exigências éticas pelos auditores e que a auditoria seja planejada e executada com o objetivo de obter segurança razoável de que as demonstrações financeiras estejam livres de distorções relevantes (Bauer Auditores, 2012).

Uma auditoria envolve a execução de procedimentos selecionados para obtenção de evidência a respeito dos valores e divulgações apresentados nas demonstrações financeiras. Os procedimentos selecionados dependem do julgamento do auditor, incluindo a avaliação dos riscos de distorções relevantes nas demonstrações financeiras, independentemente se causadas por fraude ou erro. Nessa avaliação de riscos, o auditor considera os controles internos relevantes para a elaboração e a adequada apresentação das demonstrações financeiras da instituição para planejar os procedimentos de auditoria que são apropriados nas circunstâncias, mas não para expressar uma opinião sobre a eficácia dos controles internos da Instituição. Uma auditoria inclui também a avaliação da adequação das práticas contábeis utilizadas e a razoabilidade das estimativas contábeis feitas pela administração, bem como a avaliação da apresentação das demonstrações financeiras tomadas em conjunto.

Uma das exigências para obtenção do CEBAS-SAUDE é a realização de auditoria independente (Portaria MS nº1970/2001).

- **Contabilidade Própria**

Dos 6 (seis) hospitais pesquisados apenas 2 (dois) possuem contabilidade própria. Os demais relataram que o serviço terceirizado gera menos custo para o hospital.

- **Regime de Competência Contábil**

A legislação vigente determina que as receitas e as despesas devam ser incluídas na apuração do resultado do período em que ocorrerem, sempre simultaneamente quando se correlacionarem, independentemente de recebimento ou pagamento.

RESOLUÇÃO CFC nº 1.282/10 – “Art. 9º O Princípio da Competência determina que os efeitos das transações e outros eventos sejam reconhecidos nos

períodos a que se referem, independentemente do recebimento ou pagamento.”

Verificamos no Quadro 6 que 4(quatro) hospitais pesquisadas apresentam seu resultado por regime de caixa, que considera o registro dos documentos quando estes foram pagos, liquidados, ou recebidos, como se fosse uma conta bancária.

- **Controle Patrimonial**

O total de 75% dos hospitais pesquisados não mantém controle patrimonial físico-contábil. É de grande importância que o controle patrimonial seja realizado, pois o mesmo demonstra a composição do patrimônio da entidade, evidenciando as adições, baixas e transferências bem como a localização de todos os bens. Além disto, o mesmo evita lançamentos indevidos de depreciação no resultado bem como evita o lançamento de depreciação acumulada para bens totalmente depreciados.

- **Convênio com Operadoras de Planos de Saúde**

Todas as instituições pesquisadas mantêm convênios com Operadoras de Planos de Saúde conforme dados do Quadro 6. A Agência Nacional de Saúde Suplementar é responsável pela Regulação das Operadoras no país. Nenhuma das instituições pesquisadas possui Plano de Saúde próprio.

- **Subvenção Municipal**

Por lei de sua iniciativa, o Poder Executivo Municipal pode regulamentar a concessão de subvenções sociais no município. Das instituições pesquisadas 50% (setenta e cinco por cento) recebem subvenção do município.

- **Convênio com o Sistema Único de Saúde**

A Constituição Federal prevê em seu Art. 199, § 1º, a participação das instituições privadas “de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Todas as instituições pesquisadas possuem convênio com o SUS.

- **Contratualização dos Hospitais**

Das 6 instituições pesquisadas 3, ou seja 50% (cinquenta por cento) aderiu ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos.

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS (Portaria MS/GM N° 1.721, de 21 de setembro de 2005) com o objetivo de buscar apoio para as dificuldades de gestão, organização e financiamento por que passam essas instituições brasileiras. Estrategicamente foram definidas duas etapas:

- 1) Adesão, e;
- 2) Contratualização, além da definição de recursos de incentivo de adesão à contratualização (IAC).

Do ponto de vista normativo, destacam-se no Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no âmbito do SUS as seguintes portarias:

- Portaria MS/GM N° 1.721, de 21 de setembro de 2005: Cria o Programa de reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS.
- Portaria MS/SAS N° 635, de 10 de novembro de 2005: Regulamenta do processo de contratualização.
- Portaria MS/GM N° 3.123, de 07 de dezembro de 2006: Homologa processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos.
- Portaria MS/SAS N° 318, de 29 de maio de 2007: Prorroga o prazo final para entrega dos contratos referentes ao processo de contratualização para 28/08/2007.

“A utilização das diretrizes desenhadas pelo Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos visa contribuir para mudanças dos modelos de gestão e de financiamento deste segmento do SUS. Além disso, as estratégias adotadas apontam para uma nova realidade no cenário brasileiro, ou seja, a de que é possível construir uma nova missão para cada unidade filantrópica, aliada à busca de maior eficiência, otimização e qualificação da atenção à saúde prestada por esse relevante conjunto no SUS” (MS, 2012).

- **Sistema de Custos**

O desenvolvimento de medidas de controle de custos em uma instituição hospitalar segundo Beulke e Bertó (1997, p 22-23), pode ser feito pelos gestores com a utilização de diferentes ferramentas gerenciais: “a contabilidade; o detalhamento dos custos por áreas de responsabilidade; o orçamento; sistemas de controle de materiais; sistemas de controle de serviços internos executados; a documentação de dados de atendimento a pacientes; o estabelecimento e comparação com padrões físicos, por procedimentos entre outros.

De acordo ainda com Falk (2001, p. 15), os sistemas de apuração de custos podem considerados como o componente de sistema de informações financeira mais importante para a análise gerencial e tomada de decisões estratégicas das instituições hospitalares. No total 75% das instituições pesquisadas não possui sistema de custo implantado.

c.2. Resultados Operacionais

“As instituições filantrópicas hospitalares brasileiras têm apresentado em sua maioria, resultados operacionais deficitários” (Zatta et.al.,2003). Nas Tabelas 16,17 e 18 são evidenciados os resultados de cinco das seis instituições filantrópicas hospitalares pesquisadas. Ressalta-se que apenas 1 instituição não permitiu acesso a pesquisadora aos dados financeiros do hospital.

Verificamos que a maioria das instituições pesquisadas apresentam resultados deficitários nos últimos três anos.

Quando observamos o ano de 2010 (Tabela 16) verificamos que quatro dos cinco hospitais analisados fecharam o exercício com despesas acima dos valores da receita. Ou seja, 80% dos hospitais não tiveram receita suficiente para pagamento de suas despesas operacionais. Além desse fato, observamos que 60% deles encerraram o exercício com prejuízo.

Tabela 16- Demonstrativo de Receitas e Despesas dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro- Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

Valores em Reais - ano 2010

INFORMAÇÕES	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital E	Hospital F
RECEITA	1.149.364,19	3.678.593,17	6.642.160,49	12.400.000,00	18.074.208,93
DESPESA	1.044.292,51	4.256.847,23	6.983.915,18	20.130.000,00	23.321.087,00
DÉFICIT/SUPERAVID	52.618,80	10.923,72	(237.590,56)	(7.127.000,00)	(5.769.852,03)

Fonte: Balanço Anual 2010.

Quando observamos o ano de 2011 (Tabela 17) verificamos que quatro dos cinco hospitais analisados fecharam o exercício com despesas acima dos valores da receita. Ou seja, 80% dos hospitais não tiveram receita suficiente para pagamento de suas despesas operacionais.

Em relação ao encerramento do exercício 80% dos hospitais apresentaram déficit no exercício de 2011, no ano de 2010 tinham sido 60%, houve um aumento de 20% se compararmos os dois exercícios.

Tabela 17- Demonstrativo de Receitas e Despesas dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro- Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

Valores em Reais - ano 2011

INFORMAÇÕES	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital E	Hospital F
RECEITA	1.079.928,01	4.595.989,57	7.465.879,15	12.806.000,00	18.939.672,14
DESPESA	1.211.629,46	4.256.847,23	6.983.915,18	20.055.000,00	24.961.765,87
DÉFICIT/SUPERAVID	(139.796,70)	575.447,00	(1.249.866,99)	(7.269.000,00)	(8.797.094,90)

Fonte: Balanço Anual 2011.

Quando observamos o ano de 2012 (Tabela 18) verificamos que todos os hospitais analisados fecharam o exercício com despesas acima dos valores da receita. Ou seja, 100% dos hospitais não tiveram receita suficiente para pagamento de suas despesas operacionais. Além desse fato, observamos que 75% deles encerraram o exercício com prejuízo. O hospital F, no momento da visita, não tinha elaborado ainda o balanço 2012, porém foi possível analisar o controle financeiro do hospital demonstrando que a receita do hospital, semelhante aos últimos 2 anos continuava menor que as despesas.

Tabela 18- Demonstrativo de Receitas e Despesas dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro- Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

Valores em Reais - ano 2012

INFORMAÇÕES	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital E	Hospital F
RECEITA	1.081.852,10	3.898.812,75	8.368.072,68	12.535.000,00	SI
DESPESA	1.260.377,53	4.987.918,40	8.298.431,18	19.452.000,00	SI
DÉFICIT/SUPERAVIT	(216.901,97)	56.686,12	(209.647,51)	(7.093.000,00)	SI

Fonte: Balanço Anual 2012.

(SI- Sem informação)

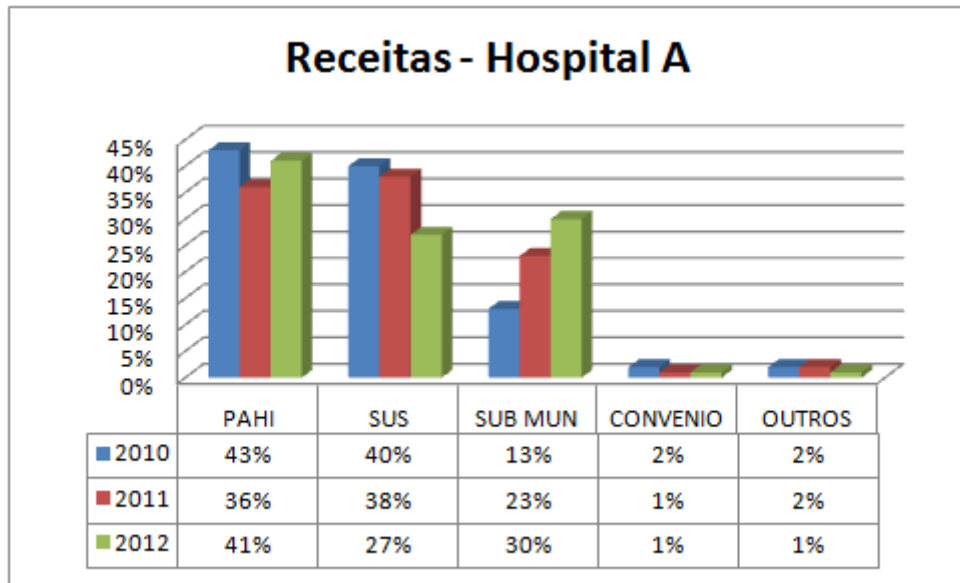
c.3 Composição da Receita

Analisando a composição das receitas dos hospitais por ordem de importância constatamos que as receitas oriundas de convênios e/ou contratos com os entes público (federal, estadual e municipal) são a maior fonte de receita dos hospitais. Somando-as tendo como base o ano de 2012, temos o seguinte resultado:

- Hospital A: 98% (SUS, PAHI, Subvenção Municipal)
- Hospital B: 80% (SUS, PAHI, Subvenção Municipal)
- Hospital C: 93% (SUS, PAHI, Subvenção Municipal)
- Hospital D: sem informação.
- Hospital E: 60% (SUS, PAHI)
- Hospital F: 60% (SUS, PAHI)

Dentre todos os hospitais pesquisados o Hospital A é o que mais depende de recursos financeiros do poder público. Se observamos o ano de 2012, vemos que apenas 2% da receita não é pública. Os dados dos últimos 3 anos estão no Gráfico 2 abaixo.

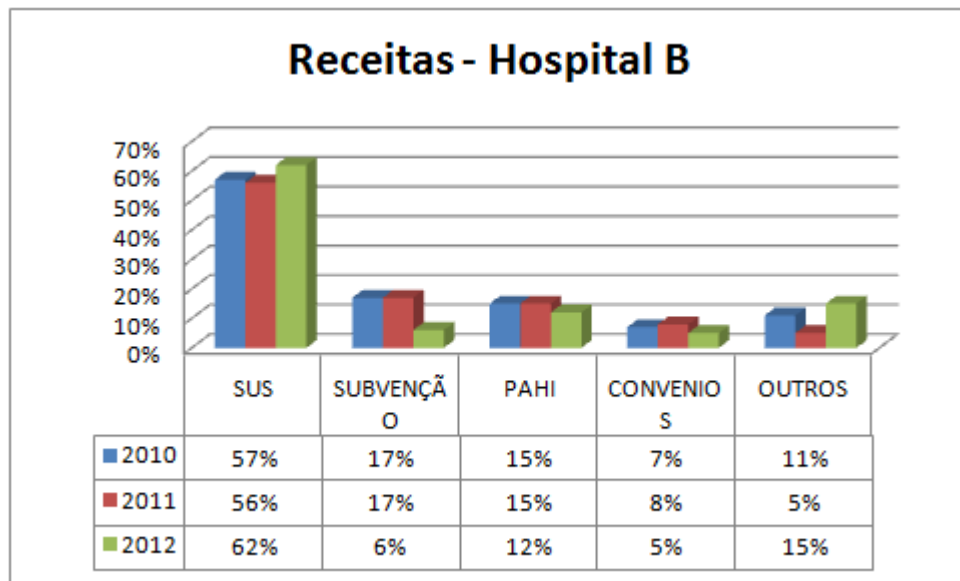
Gráfico 2- Composição da receita- Hospital A- Período 2010 a 2012



Fonte: Balanço Anual da Instituição

A importância dos recursos públicos, semelhante ao Hospital A, também é notória quando observamos os dados do Hospital B, eles representam 80% do total da receita. Os resultados estão apresentados no Gráfico 3.

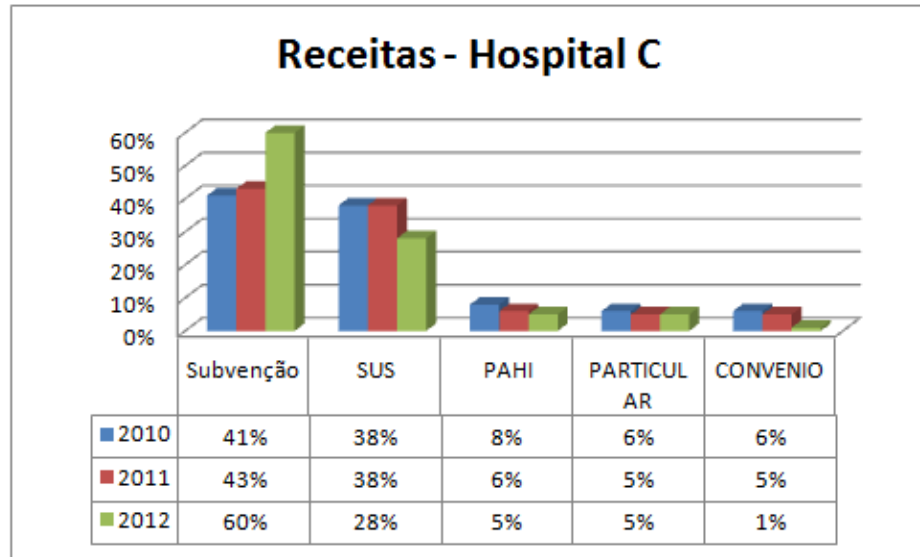
Gráfico 3- Composição da receita- Hospital B- Período 2010 a 2012



Fonte: Balanço Anual da Instituição

Semelhante aos hospitais A e B, o hospital C também é dependente dos recursos públicos para manter suas atividades. No Gráfico 4 verificamos que as receitas públicas significam 93% do total de receitas do hospital.

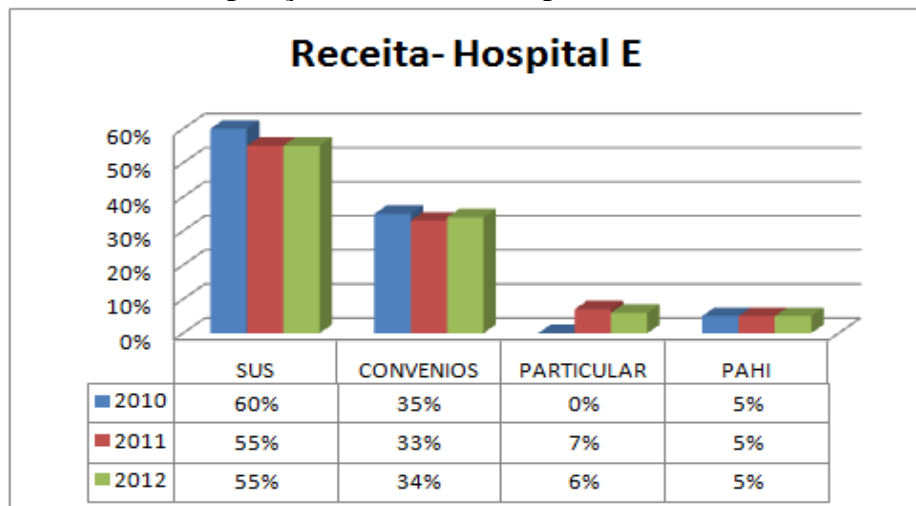
Gráfico 4- Composição da receita- Hospital C- Período 2010 a 2012



Fonte: Balanço Anual da Instituição

O Hospital E se distingue um pouco dos hospitais A, B e C quanto a importância dos recursos públicos na composição de sua receita. Como vemos no Gráfico 5 os recursos públicos representam 60% do total de receitas do Hospital.

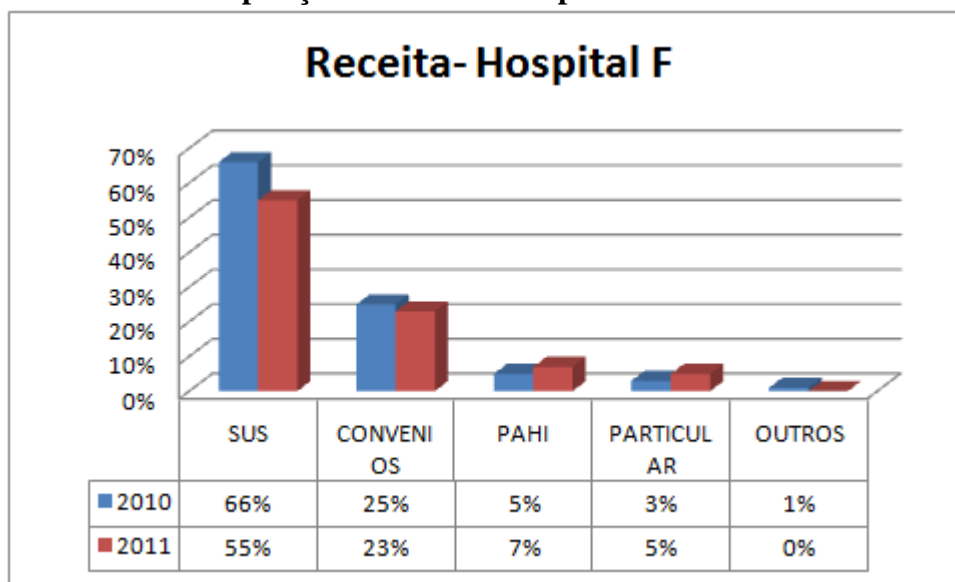
Gráfico 5- Composição da receita- Hospital E- Período 2010 a 2012



Fonte: Balanço Anual da Instituição

Semelhante ao hospital E, os recursos públicos também representam 60% do total das receitas do hospital F como vemos no Gráfico 6. No momento da visita o hospital F ainda não havia elaborado o balanço do exercício de 2012.

Gráfico 6- Composição da receita- Hospital F- Período 2010 a 2012



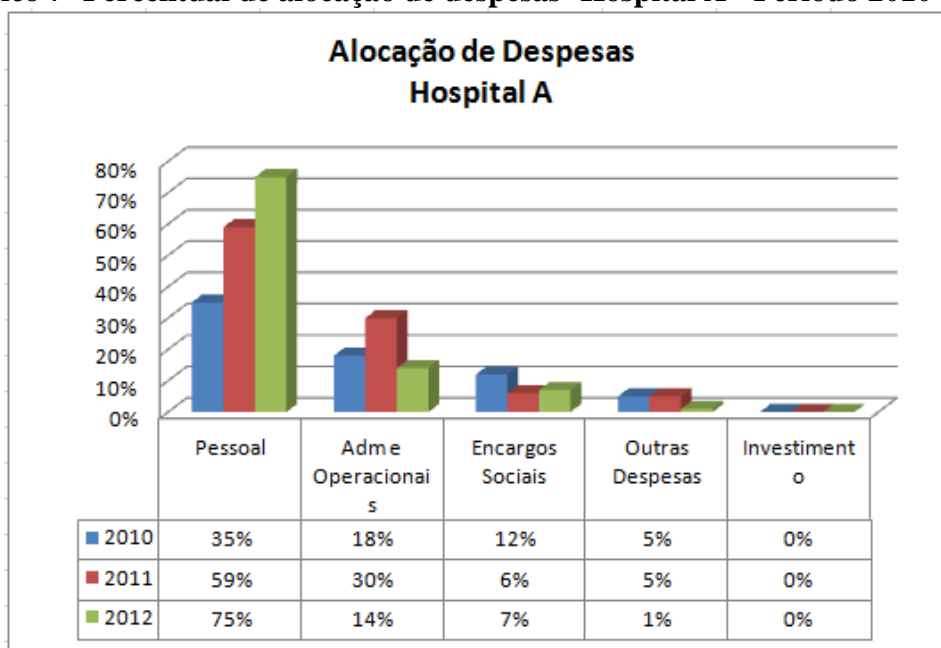
Fonte: Balanço Anual da Instituição

c.4 Alocação das Despesas

Neste tópico apresentamos o percentual de alocação das despesas por conta. Como vemos no Gráfico 7, o Hospital A desde 2010 não destina recursos financeiros para investimento na unidade. Em contrapartida a partir de 2011 mais de 50% da receita é destinada ao pagamento de pessoal. As despesas administrativas e operacionais estão em segundo lugar na escala de pagamentos de despesas.

Houve uma diminuição no pagamento dos encargos sociais nos anos de 2011 e 2012 se comparados com 2010.

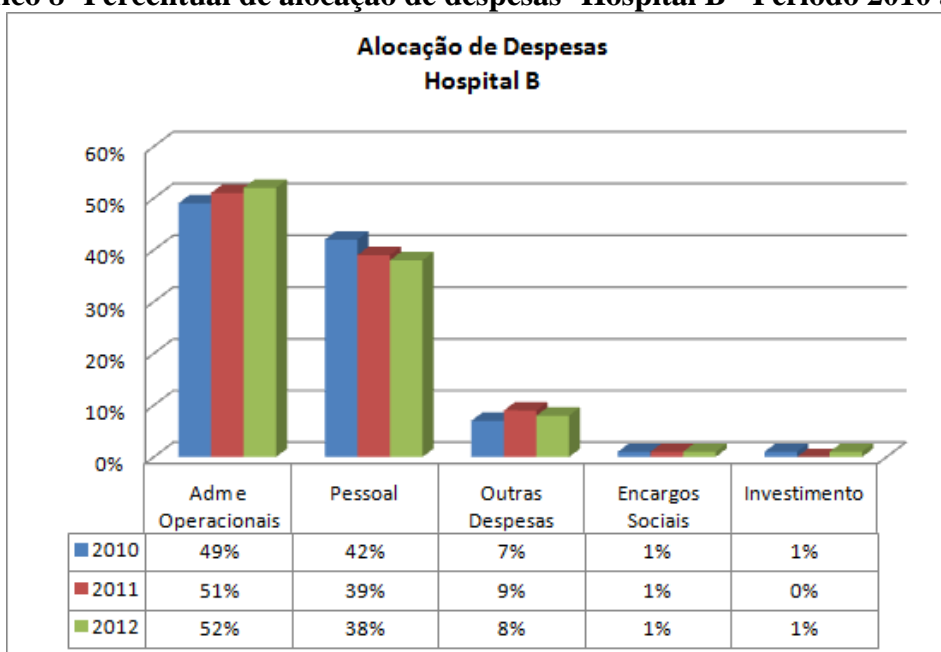
Gráfico 7- Percentual de alocação de despesas- Hospital A - Período 2010 a 2012



Fonte: Balanço Anual da Instituição

Em relação ao Hospital B vemos que na média dos últimos 3 anos mais de 50% da receita é destinada ao pagamento de despesas administrativas e operacionais, 39% a despesas com pessoal, 1% encargos sociais e 1% investimentos. Ressalta-se que no ano de 2011 não houve despesas de investimento. Os dados encontram-se detalhados no Gráfico 8.

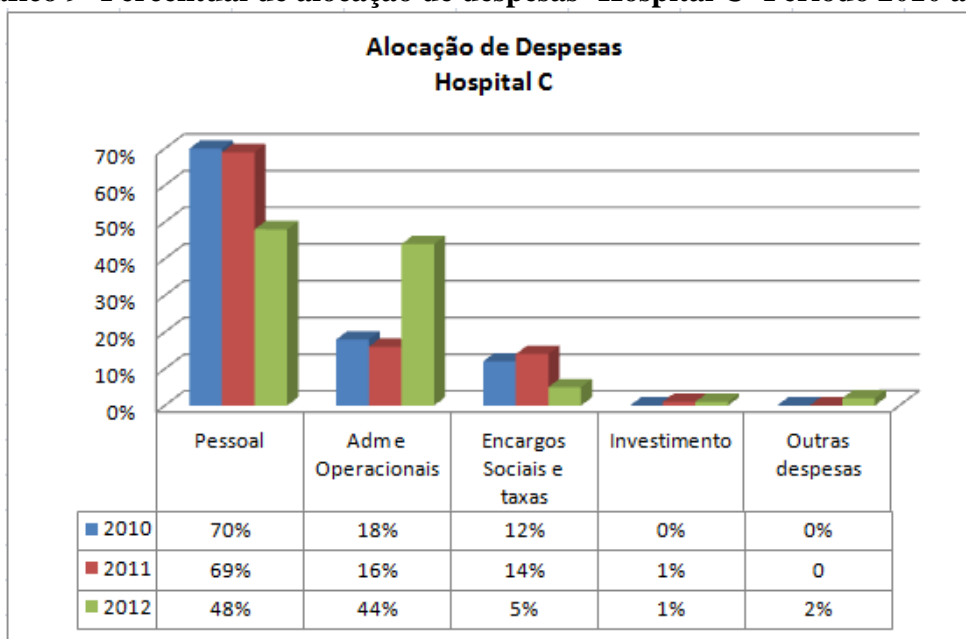
Gráfico 8- Percentual de alocação de despesas- Hospital B - Período 2010 a 2012



Fonte: Balanço Anual

O Hospital C na média dos últimos 3 anos destinou mais de 62% da receita para pagamento de despesas com Pessoal, 26% em despesas administrativas e operacionais, 10% com encargos sociais e 1% em investimentos. Observamos que em 2012 o hospital se comporta de maneira diferente comparado-se aos anos de 2010 e 2011 em relação as despesas com pessoal e administrativas e operacionais. Os dados estão detalhados no Gráfico 9.

Gráfico 9- Percentual de alocação de despesas- Hospital C- Período 2010 a 2012

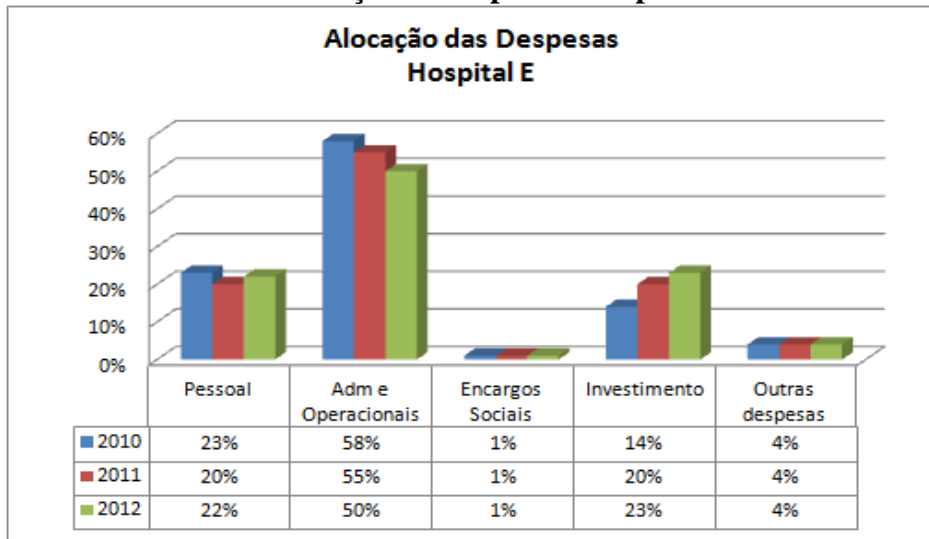


Fonte: Balanço Anual

O Hospital D não disponibilizou informações financeiras a pesquisa. A informação é que não existem documentos dos anos de 2010 e 2011. Quanto ao ano de 2012 encontra-se no hospital, mas não foi autorizado acesso para a pesquisa.

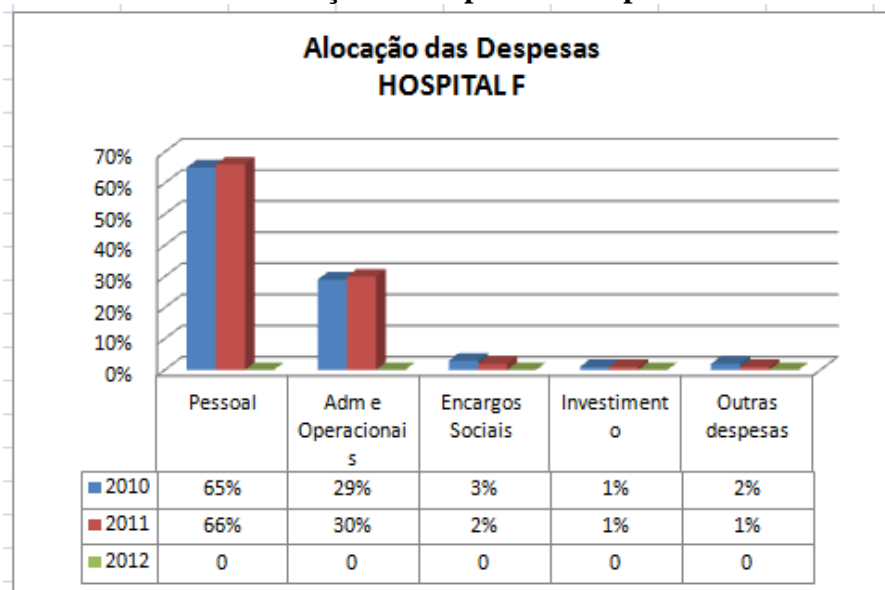
Ressalta-se que uma das obrigações da instituição é a guarda e conservação dos documentos contábeis e financeiros.

Em relação ao Hospital E observamos um resultado diferente dos hospitais A,B,C e F, especialmente no que diz respeito a despesas com investimento e pessoal. Quanto a investimentos verificamos que a instituição está destinando um percentual considerável para essa conta. Quanto a pessoal menos de 25% da receita é destinada ao pagamento dessa conta. Os dados estão apresentados no Gráfico 11.

Gráfico 11- Percentual de alocação de despesas- Hospital E - Período 2010 a 2012

Fonte: Balanço Anual

Em relação ao Hospital F na média dos últimos 2 anos destinou mais de 65% da receita para pagamento de despesas com Pessoal, 26% em despesas administrativas e operacionais, 3% com encargos sociais e 1% em investimentos. Até a data da pesquisa o hospital não tinha elaborado o Balanço Patrimonial 2012. Os dados encontram-se no Gráfico 12.

Gráfico 12- Percentual de alocação de despesas – Hospital F - Período 2010 a 2012

Fonte: Balanço Anual

c.5- PERFIL DO ENDIVIDAMENTO DO HOSPITAL

A composição do endividamento dos hospitais pesquisados está detalhada na Tabela 19. Verificamos que todos os hospitais pesquisados possuem dívidas de diversas naturezas, financeira, trabalhista, custeio, tributária, enfim a realidade é que os hospitais tem grande dificuldade em custear suas despesas e conseqüentemente acumulam dívidas deixando a saúde financeira das instituições em estado gravíssimo.

Dados da CMB (2013) apontam que em 2012 a dívida dos hospitais filantrópicos no Brasil era estimada em R\$ 11,24 bilhões, dos quais 43% referiam-se a empréstimos bancários, 25,4% a tributos não recolhidos, 24,4% a compromissos com fornecedores, 3,7% a passivos trabalhistas e 2,6% a outras despesas.

Quadro 19- Composição das dívidas dos hospitais filantrópicos da Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

	A	B	C	D	E	F
Empréstimo Bancário	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Encargos Sociais	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Dívida Ativa	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Fornecedores	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Dívida trabalhista	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
Médicos PJ	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim

Fonte: Balanço Anual e Balancetes , 2012

c.6 Indicadores Financeiros

Souza *et al.* (2008) argumentam que, com a finalidade de cumprir os objetivos primários dos hospitais, faz-se necessária a análise de desempenho/eficiência da gestão financeira dessas organizações pelos gestores. Na avaliação de eficiência da gestão organizacional, uma das principais ferramentas aplicáveis é a análise financeira por meio de indicadores. A utilização de indicadores na avaliação dos hospitais pode ter implicações nos diversos níveis e áreas organizacionais.

Os indicadores podem ser utilizados para a avaliação da gestão financeira e da qualidade dos serviços prestados por hospitais. Especificamente, os indicadores de desempenho econômico-financeiro auxiliam na análise do resultado gerado pela operação do hospital, bem como na identificação de possíveis tendências e da necessidade de aprimoramento das práticas gerenciais (Souza *et al.* 2008).

As demonstrações financeiras consistem em relatórios de informações financeiras (como o balanço patrimonial e a demonstração do resultado) elaboradas para os usuários das informações contábeis em geral. De acordo com o Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC), as demonstrações financeiras visam fornecer informações sobre a posição patrimonial e financeira, o desempenho e as mudanças de uma organização, além de dar suporte à tomada de decisão econômica de um grande número de usuários (CPC, 2011). Todos os dados dos hospitais pesquisados foram coletados por meio do Balanço Patrimonial, Balancetes e Planilhas financeiras dos hospitais.

Os dados utilizados são do período de 2010 a 2012, ou seja dos últimos 3 anos, visando possibilitar uma análise comparativa ao longo dos anos. Para essa análise foram selecionados os indicadores financeiros conforme Quadro 7. Cabe ressaltar que o hospital D não disponibilizou acesso aos dados financeiros, por isso não foi possível realizar a análise no âmbito financeiro deste hospital. Outrossim, o hospital F ainda não elaborou o Balanço Patrimonial 2012, cujo prazo legal se encerrou em 31 de março deste ano.

Quadro 7- Indicadores Financeiros

Índice	Fórmula	Descrição
Capital Circulante Líquido	$\frac{\text{Ativo Circulante} - \text{Passivo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$	Deve ser sempre positivo. O resultado negativo neste índice indica a forte necessidade de capital de giro bem como uma situação extremamente desconfortável para a empresa.
Liquidez Corrente	$\frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$	Índice de capacidade financeira da empresa para saldar suas obrigações em curto prazo. Um alto índice normalmente representa uma boa situação financeira. Indica quantos reais estão disponíveis para cada real de passivo a pagar no curto prazo. Entre 0,00 e 1,00 – insatisfatórios Entre 1,01 a 1,50 – bom Acima de 1,51 – muito bom
Liquidez Geral	$\frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a longo prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passível Exigível a longo prazo}}$	Indica quantos reais se obtêm pela realização de todos os ativos de curto e longo prazo e para cada real a pagar. Entre 0,00 e 1,00 – insatisfatórios Entre 1,01 a 1,50 – bom Acima de 1,51 – muito bom
Solvência	$\frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passível Exigível a longo prazo}}$	Indica quanto à empresa dispõe para pagar todas as suas dívidas com seu ativo total. Entre 0,00 e 1,00 – insatisfatórios Entre 1,01 a 1,50 – bom Acima de 1,51 – muito bom
Grau de	$\frac{\text{Passivo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$	Mostra o nível de participação dos capitais de

Endividamento Geral	+ Passível Exigível a longo prazo/ Patrimônio Líquido	terceiros que foram captados pela organização em relação ao capital dos sócios. Em princípio, quanto menor o resultado deste índice menor será o grau de vulnerabilidade da empresa.
---------------------	--	--

Fonte: Bauer Auditores, 2012

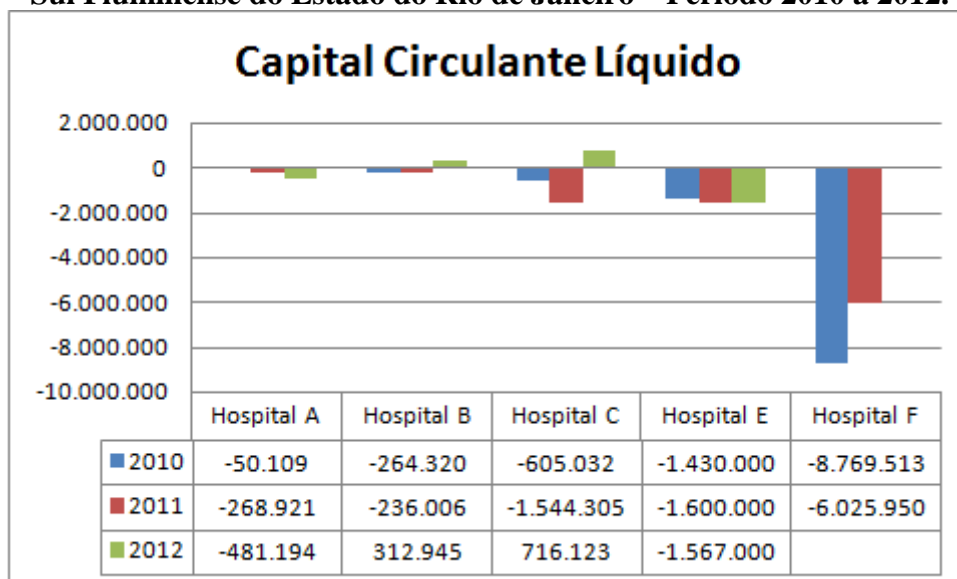
A seguir detalhamos os resultados encontrados para cada um dos indicadores elencados no Quadro 12 acima.

- **Capital Circulante Líquido**

O Capital Circulante Líquido é a diferença entre o ativo circulante, ou seja, a soma das contas a receber, estoques e despesas pagas e o passivo circulante que são os fornecedores, contas a pagar e outros, em determinado período. Se o Ativo Circulante for maior que o Passivo Circulante, tem-se Capital Circulante Líquido. De outro modo, se ele for menor que o Passivo Circulante, tem-se um Capital Líquido negativo ou emprestado.

Como vemos os hospitais A, E e F apresentam passivo circulante maior que o ativo circulante, ou seja, resultado negativo, o que indica a forte necessidade de capital de giro bem como uma situação extremamente desconfortável para os hospitais. Os hospitais B e C apresentaram resultado positivo em 2012 para este indicador. Os dados estão descritos no Gráfico 13.

Gráfico 13- Capital Circulante Líquido dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro – Período 2010 a 2012.



Fonte: Balanço Patrimonial

- **Liquidez Corrente e Liquidez Geral**

Os índices de liquidez avaliam a capacidade de pagamento da instituição frente a suas obrigações. Sendo de grande importância para a administração da continuidade da empresa que estes índices sejam superior a 1,0. As variações destes índices devem ser motivos de estudos para os gestores.

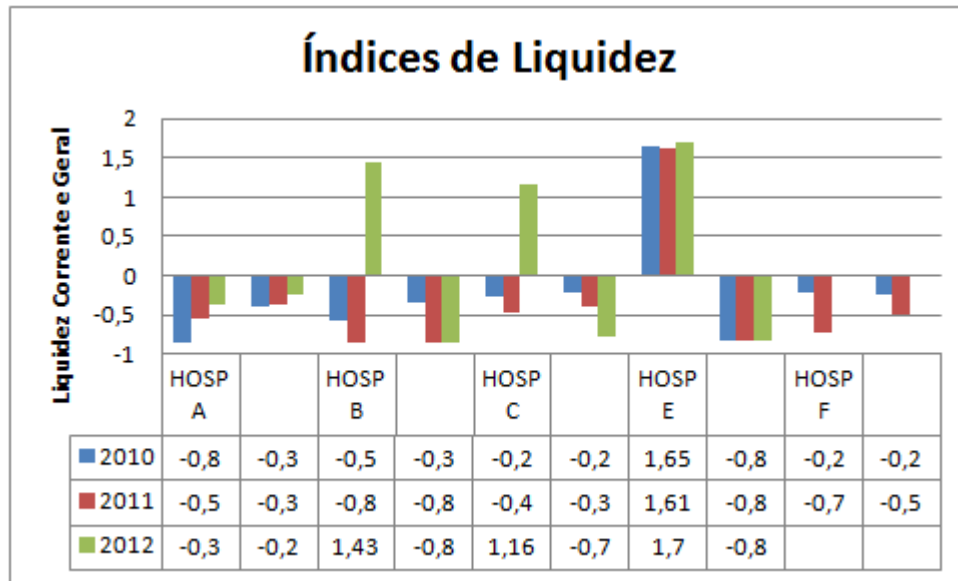
A Liquidez corrente é calculada a partir da razão entre os direitos a curto prazo da empresa (Caixas, bancos, estoques, clientes) e a as dívidas a curto prazo (Empréstimos, financiamentos, impostos, fornecedores). A Liquidez Geral leva em consideração a situação a longo prazo da empresa, incluindo no cálculo os direitos e obrigações a longo prazo.

O Gráfico 14 apresenta os indicadores de liquidez corrente e geral dos hospitais no período de 2010 a 2012. Observa-se quanto ao índice de Liquidez Geral que todos os hospitais pesquisados apresentam resultados insatisfatórios ou seja têm dificuldades em saldar suas dívidas ao longo do período. No caso desse grupo de indicadores, o hospital A apresentou os valores mais baixos, em 2012, ele chegou a 0,20 (LG), ou seja, para cada R\$ 1,00 de dívidas, a empresa teria apenas R\$ 0,20 para saldá-la no longo prazo. Implica que a situação da organização se deteriorou em todos os horizontes temporais enfocados: curtíssimo, curto e longo prazos.

Os hospitais pesquisados ressaltaram a falta de repasses de recursos por parte das Secretarias Municipais e Estadual, com atrasos constantes e glosas. Sem recursos para saldar suas dívidas no prazo adequado, houve um aumento do passivo (em especial, o circulante) proporcionalmente superior ao ocorrido no ativo. Essa situação persistiu durante todo o período em análise, em relação ao índice de Liquidez geral dos hospitais, ocasionando a deterioração contínua da liquidez destas instituições, o que fica evidente pela análise dos índices apresentados no Gráfico 14.

Quanto a liquidez corrente, ou seja, a capacidade das instituições em saldar suas dívidas a curto prazo, os hospitais B e C apresentaram resultado satisfatório no ano de 2012.. Já o hospital E apresenta resultados satisfatórios ao longo de todo o período analisado. Contudo, os hospitais A e F, semelhante a liquidez geral, também apresentam resultados insatisfatórios para este índice.

Gráfico 14- Índices de Liquidez Corrente e Geral dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro – Período 2010 a 2012



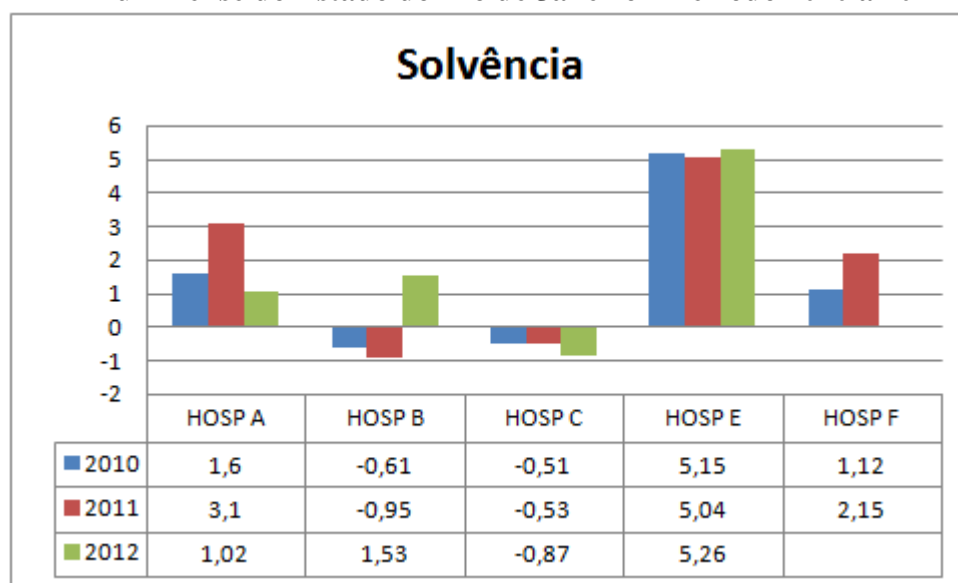
Fonte: Balanço Patrimonial

- **Solvência**

Solvência, em finanças e contabilidade, é o estado do devedor que possui seu ativo maior do que o passivo, ou a sua capacidade de cumprir os compromissos com os recursos que constituem seu patrimônio ou seu ativo. Portanto, do ponto de vista econômico, uma empresa é solvente quando está em condições de fazer frente a suas obrigações correntes e ainda apresentar uma situação patrimonial e uma expectativa de lucros que garantam sua sobrevivência no futuro.

Conforme vemos Gráfico 15, os hospitais apresentam resultados de solvência satisfatórios, com exceção do hospital C.

Gráfico 15- Índices de Solvência dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro – Período 2010 a 2012



Fonte: Balanço Patrimonial

- **Grau de Endividamento Geral**

A análise desse indicador mostra a política de obtenção de recursos da empresa. Isto é, se a empresa vem financiando o seu Ativo com Recursos Próprios (Patrimônio Líquido) ou de Terceiros (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo) e em que proporção.

A interpretação desse índice isoladamente, para o analista financeiro, cujo objetivo é avaliar o risco da empresa, é no sentido de que “quanto maior, pior”, mantidos constantes os demais fatores. Para a empresa pode ocorrer que o endividamento lhe permita melhor ganho, porém, associado ao maior ganho estará um maior risco.

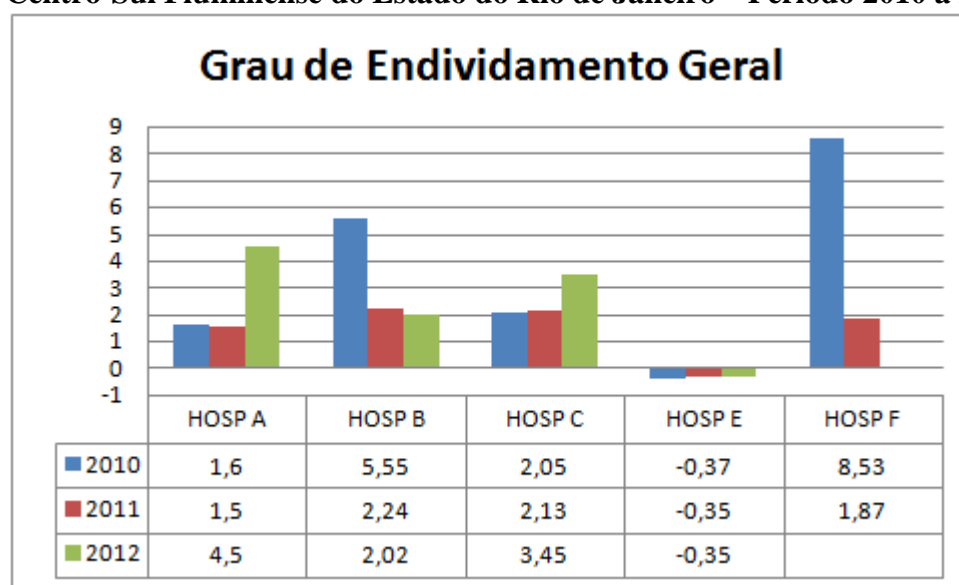
O índice de Grau de Endividamento relaciona, portanto as duas grandes fontes de recursos da empresa, ou seja, Capitais Próprios e Capitais de Terceiros. É um indicador de risco ou de dependência a terceiros, por parte da empresa.

Do ponto de vista estritamente financeiro, quanto maior a relação: Capitais de Terceiros/Patrimônio Líquido menor a liberdade de decisões financeiras da empresa ou maior a dependência a esse terceiros.

Do ponto de vista da obtenção de lucro, pode ser vantajoso para a empresa trabalhar com Capitais de Terceiros, se a remuneração paga a esses capitais for menor do que o lucro conseguido com a sua aplicação nos negócios. Portanto, sempre que se aborda o índice de Participação de Capitais de Terceiros, está-se fazendo análise exclusivamente do ponto de vista financeiro, ou seja, do risco de insolvência e não em relação ao lucro ou prejuízo.

Conforme vemos no Gráfico 16, todos os hospitais, com exceção do Hospital E, tem forte dependência de capital de terceiros para financiar seu ativo.

Gráfico 16- Grau de Endividamento Geral dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro – Período 2010 a 2012



Fonte: Balanço Patrimonial

3.3 Resultados das entrevistas

O objetivo é conhecer a percepção dos gestores quanto a situação em que se encontram os hospitais filantrópicos. Para tanto, foram realizadas entrevistas com os gestores hospitalares – administradores e presidentes/provedores das mantenedoras (prestadores de serviços) e com os gestores municipais – secretários municipais de saúde.

O questionário foi dividido em duas partes. A primeira delas foi importante para identificar o perfil dos entrevistados apresentando os dados da pesquisa sobre idade, sexo, formação acadêmica, vínculo empregatício e tempo de trabalho na função de todos os respondentes. Já a segunda parte do questionário apresenta a percepção dos gestores sobre a situação do hospital no cenário local e nacional. O total de entrevistados foi 14 participantes, sendo 9 gestores hospitalares e 5 gestores municipais do SUS.

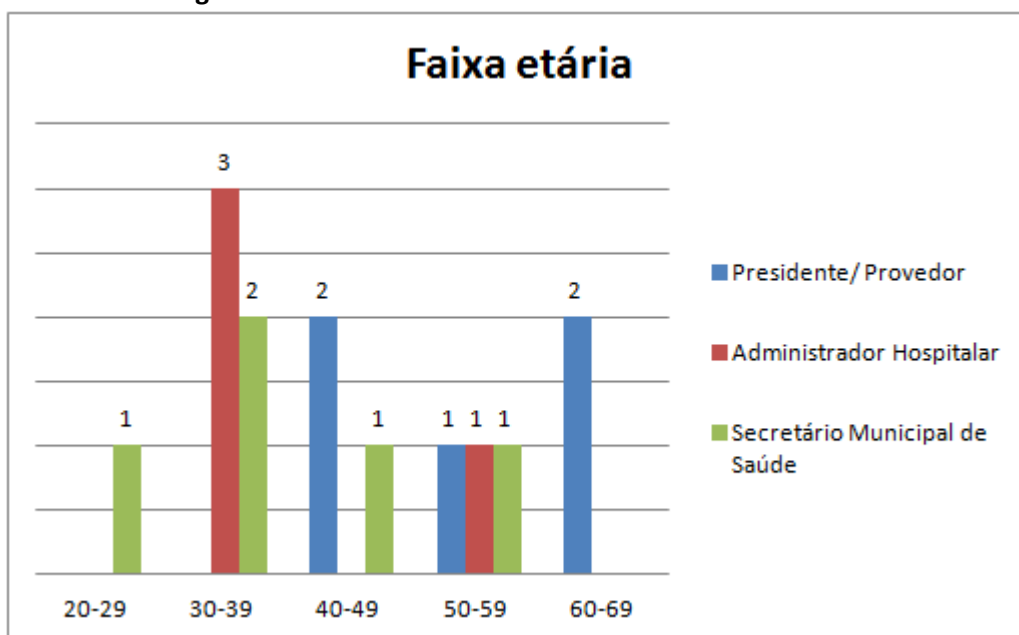
A primeira parte do questionário será apresentada nos gráficos de 17 a 21 estando agrupados os resultados de todos os entrevistados. Já a segunda parte do questionário será apresentada em duas seções, uma com as respostas dos gestores hospitalares, ou seja,

administradores e provedores/presidentes das mantenedoras e outra com as respostas dos gestores municipais do SUS.

3.3.1 Perfil dos gestores

Quanto à faixa etária dos respondentes, a grande concentração das respostas se deu entre 30 a 39 anos para os administradores hospitalares e secretários municipais de saúde e 50 a 69 anos para os presidentes/provedores das mantenedoras conforme representado no Gráfico 17.

Gráfico 17- Faixa etária dos gestores dos Hospitais Filantrópicos e Municípios da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

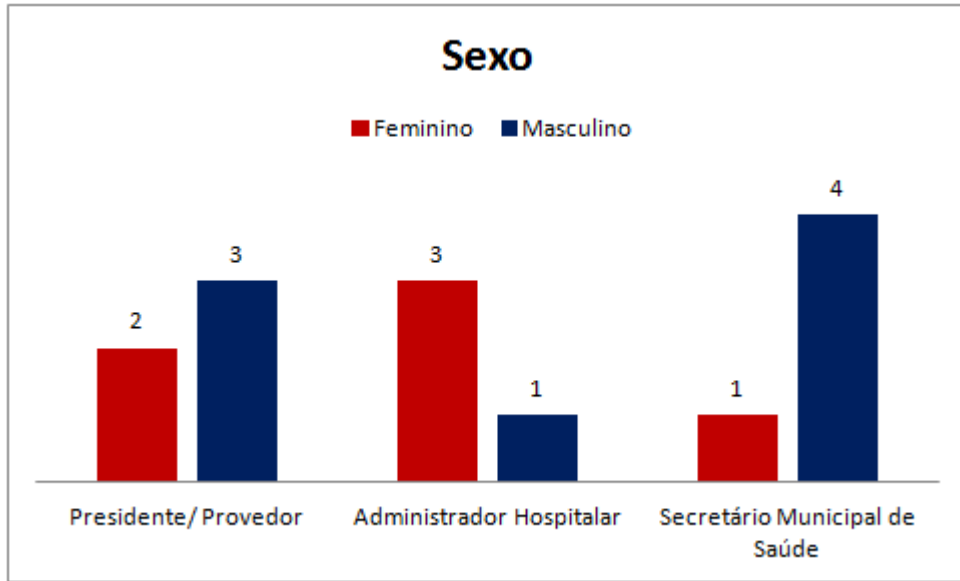


Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

Quanto ao gênero dos gestores que participaram da pesquisa, foram 8 respondentes do sexo masculino e 6 respondentes do sexo feminino.

Quando analisamos de maneira específica por cargo, observamos que 75% dos administradores hospitalares são do sexo feminino, contudo 60% dos presidentes/provedores e 80% dos secretários municipais de saúde são do sexo masculino. Os dados encontram-se no gráfico 18.

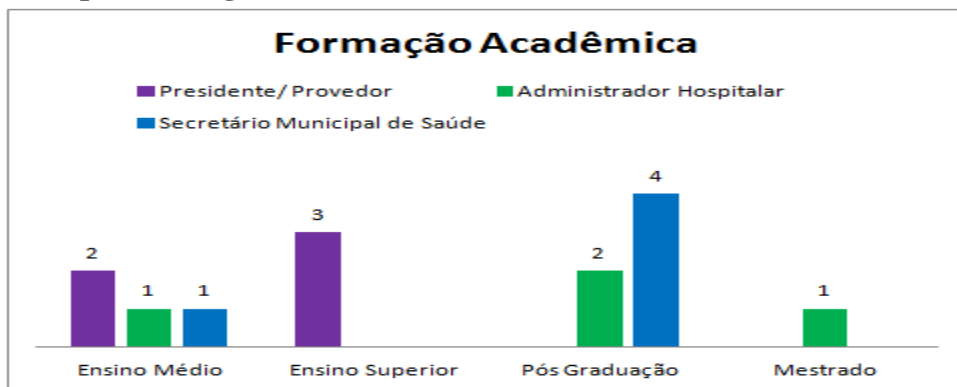
Gráfico 18- Gênero dos gestores dos Hospitais Filantrópicos e Municípios da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

Quanto a Formação Acadêmica dos gestores verificamos no Gráfico 19 que os administradores hospitalares têm maior grau de escolaridade. Uma observação importante é que quase 30% dos gestores entrevistados só possuem o Ensino Médio.

Gráfico 19- Formação Acadêmica dos gestores dos Hospitais Filantrópicos e Municípios da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



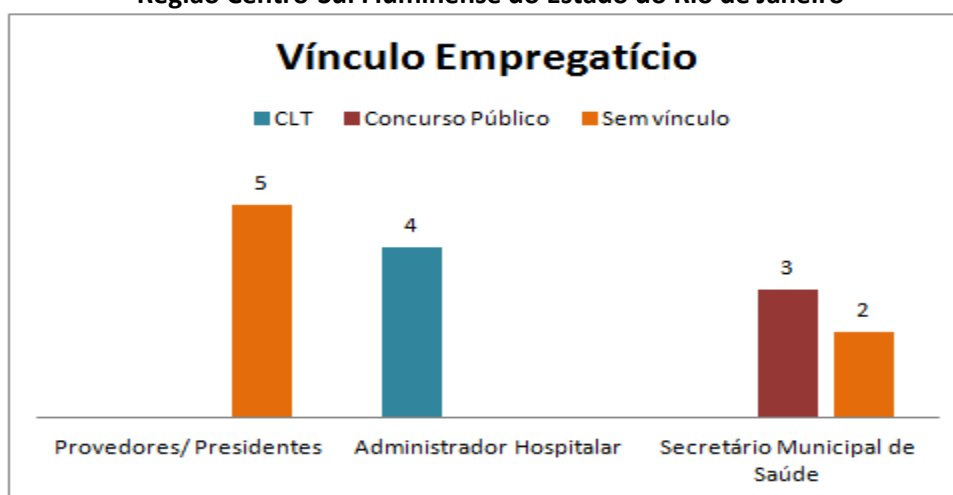
Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

Quanto ao vínculo empregatício verificamos no Gráfico 20, que todos os provedores/presidentes das mantenedoras não possuem vínculo empregatício, visto que os mesmos são eleitos pela maioria da Assembleia Geral da Instituição.

Em relação aos administradores hospitalares todos possuem vínculo empregatício no regime de CLT- Consolidação das Leis do Trabalho.

Quanto aos secretários municipais de saúde 60% são funcionários concursados e 40% são apenas nomeados para exercício da função.

Gráfico 20- Vínculo empregatício dos gestores dos Hospitais Filantrópicos e Municípios da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

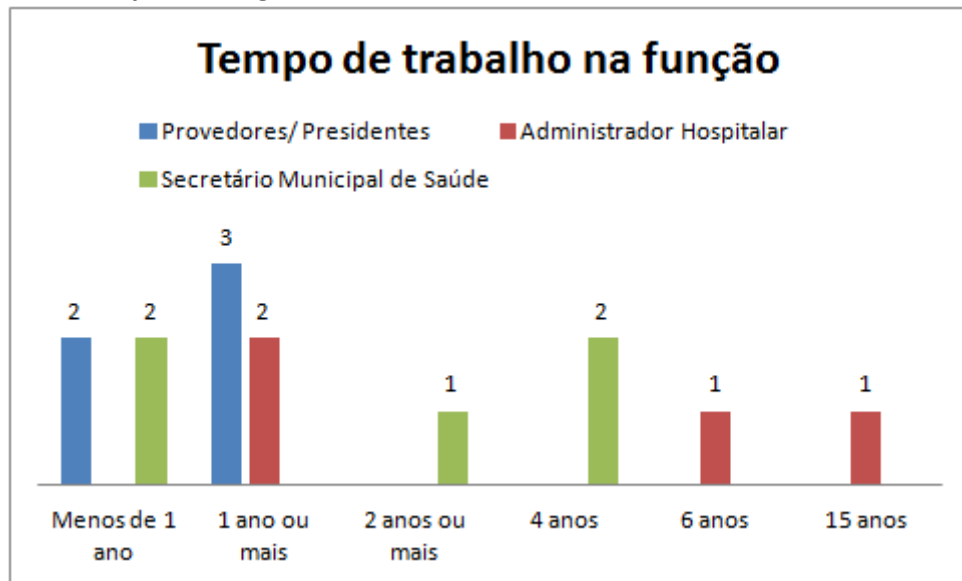


Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

Quanto ao tempo de trabalho na função verificamos no Gráfico 21 que a maior rotatividade está entre os provedores/presidentes das instituições mantenedoras. Estes são eleitos a cada 2 anos de acordo com o Estatuto Social das Instituições.

Em relação aos secretários municipais de saúde verificamos que 60% tem mais de 2 anos na função. Quanto aos administradores hospitalares o resultado é bem heterogêneo, 50% tem acima de 1 ano na função, 25% acima de 6 anos e 25% acima de 15 anos.

Gráfico 21- Tempo de trabalho na função dos gestores dos Hospitais Filantrópicos e Municípios da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

3.3.2 Percepção dos gestores

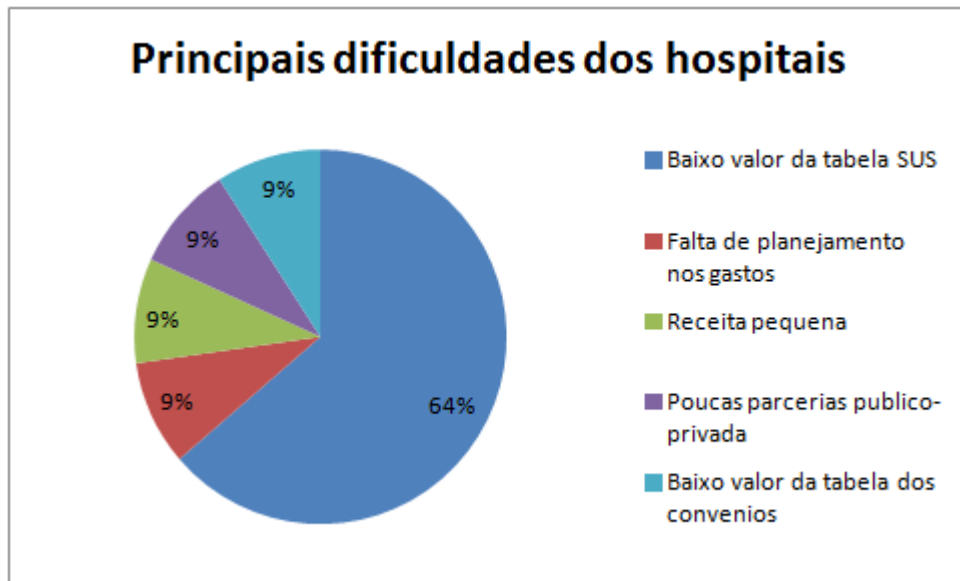
Esta segunda parte do questionário será apresentada em duas seções, uma com as respostas dos gestores hospitalares, ou seja, administradores e provedores/presidentes das mantenedoras e outra com as respostas dos gestores municipais do SUS, ou seja os secretários municipais de saúde.

a) **Percepção dos gestores hospitalares (administradores e presidentes/provedores)**

Foram realizadas 8 perguntas com respostas em aberto. Foram entrevistados 9 gestores, sendo 5 provedores/presidentes e 4 administradores hospitalares.

A primeira pergunta aos gestores foi: *Quais as principais dificuldades para manter o equilíbrio econômico-financeiro do hospital?* No Gráfico 22 verificamos que 60% das respostas atribuí as dificuldades financeiras do hospital ao baixo valor da Tabela SUS.

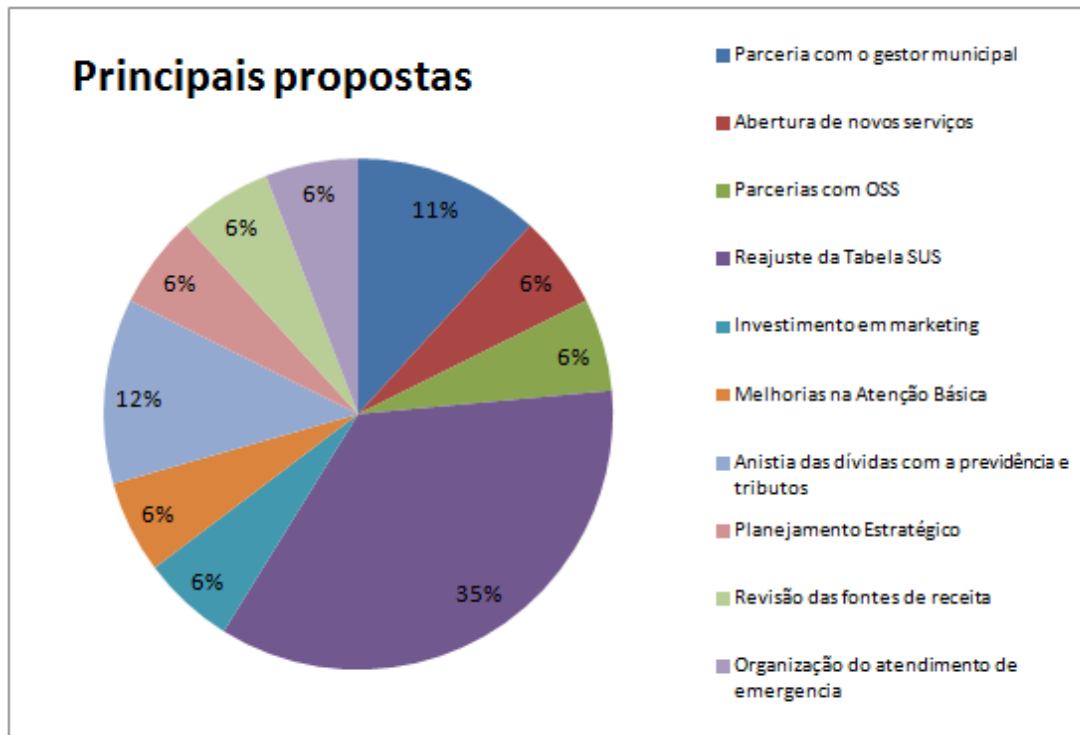
Gráfico 22- Principais dificuldades financeiras dos hospitais – Percepção dos gestores dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

A segunda pergunta aos gestores foi: *Quais seriam as propostas para se alcançar esse equilíbrio?* No Gráfico 23 verificamos que 35% das respostas elege o reajuste da Tabela SUS como principal proposta para alcance do equilíbrio econômico-financeiro do hospital, 12% elege as parcerias com o governo municipal e 11% a anistia das dívidas com a previdência social e tributos federais. Importante ressaltar que apenas 18% das respostas referem-se a ações internas dos hospitais as outras 82% respostas dependem de ações externas a gestão do hospital.

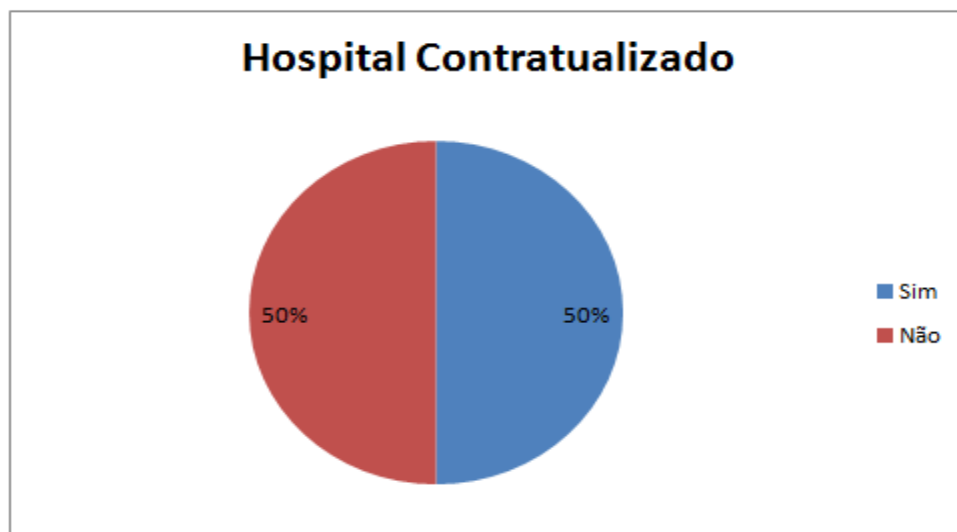
Gráfico 23- Principais propostas para alcance do equilíbrio econômico-financeiro- Percepção dos gestores dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

A terceira pergunta aos gestores foi: *O hospital é contratualizado?* No Gráfico 24 verificamos que 50% dos hospitais pesquisados são contratualizados e os outros 50% não.

Gráfico 24- Adesão a Contratualização dos Hospitais Filantrópicos - Percepção dos gestores dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

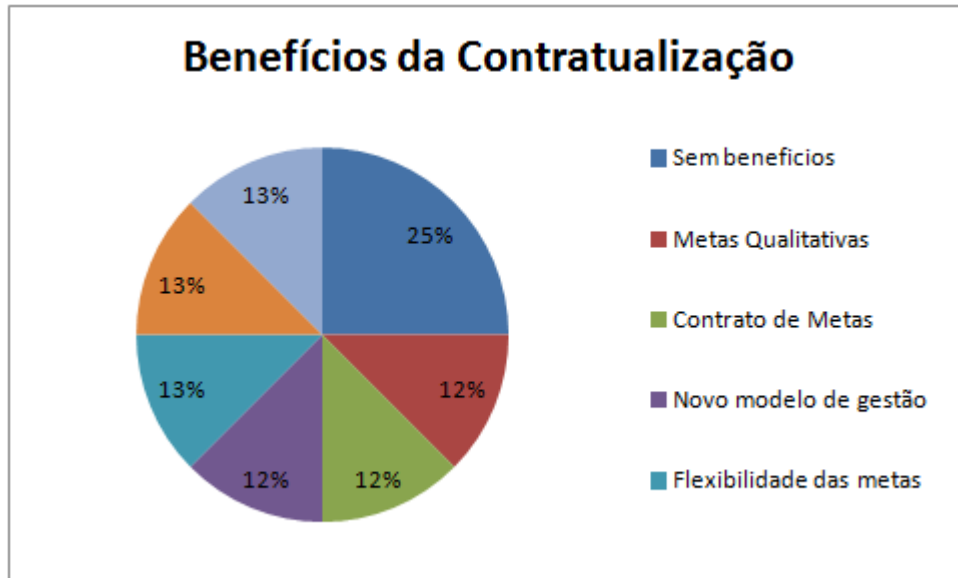


Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

A quarta pergunta aos gestores foi subdividida em 2 perguntas: *Se sim, quais seriam os benefícios advindos da contratualização? E as principais dificuldades?* No Gráfico 25 apresentamos os resultados quanto aos benefícios da contratualização e no Gráfico 26 as dificuldades apontadas pelos gestores hospitalares.

Conforme Gráfico 25 as respostas foram bastante heterogêneas em relação aos benefícios advindos da contratualização na percepção dos gestores hospitalares. Contudo, cabe ressaltar que 25% das respostas apontam que não houve benefícios para os hospitais com a contratualização.

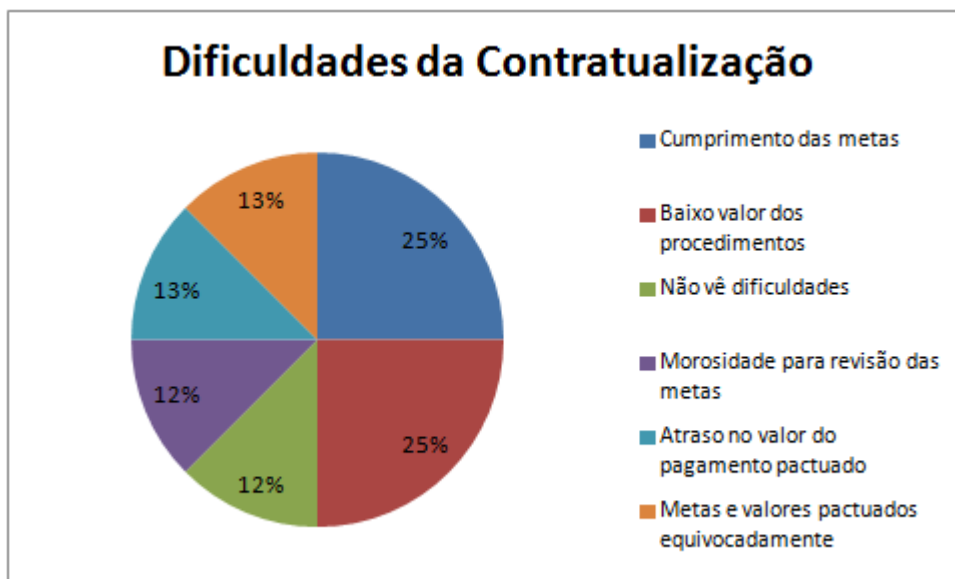
Gráfico 25- Benefícios da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos - Percepção dos gestores dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

Conforme Gráfico 26 observamos que 50% das respostas apontaram o cumprimento das metas e o baixo valor dos procedimentos como as principais dificuldades advindas da contratualização e 12% das respostas apontaram que não há dificuldades da contratualização.

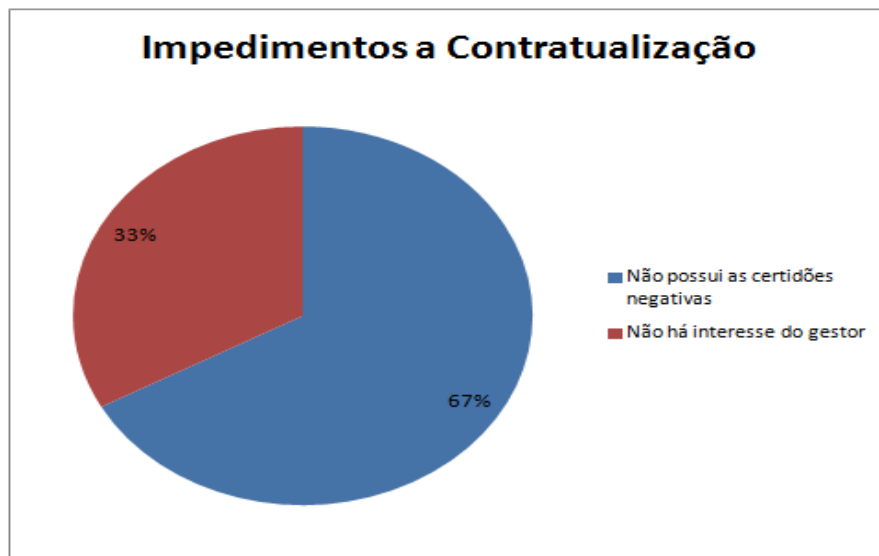
Gráfico 26- Dificuldades da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos - Percepção dos gestores dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

A quinta pergunta foi direcionada apenas aos hospitais que não aderiram a contratualização, neste cenário da pesquisa 50% dos hospitais pesquisados. *Se não, por que não é contratualizado?* No Gráfico 27 verificamos que 67% das respostas estão relacionadas com a falta de certidões negativas e 33% falta de interesse do gestor municipal do SUS.

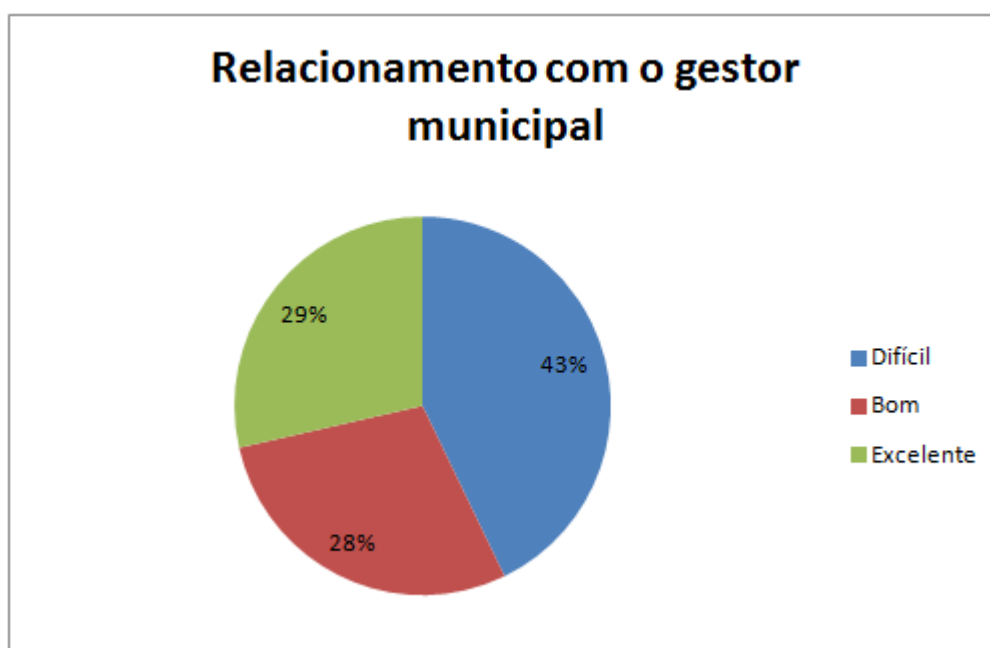
Gráfico 27- Impedimentos a contratualização - Percepção dos gestores dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

A sexta pergunta aos gestores foi: *Como é o relacionamento do hospital com o gestor municipal?* No Gráfico 28 verificamos que 43% das respostas classificaram o relacionamento do gestor hospitalar com o gestor municipal do SUS como difícil, 29% como excelente e 28% como bom relacionamento. Importante ressaltar que 50% dos hospitais pesquisados recebem subvenção municipal.

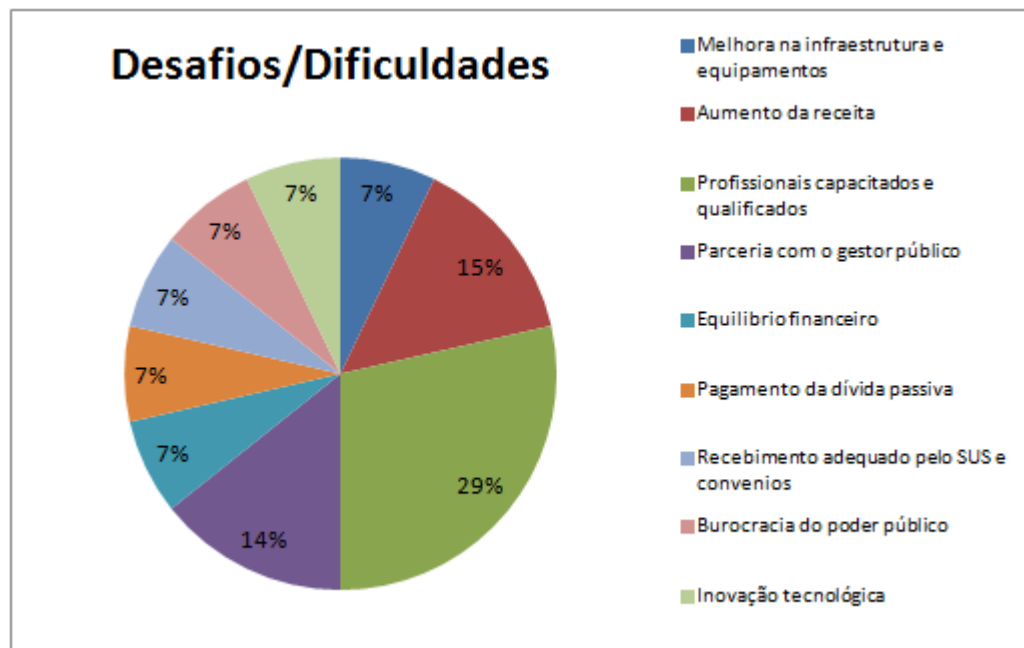
Gráfico 28- Relacionamento com o gestor municipal- Percepção dos gestores dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

A sétima pergunta aos gestores foi: *Na sua opinião quais são os desafios/dificuldades que o hospital enfrenta?* Agrupando as respostas por áreas afins verificamos que 36% das respostas referem-se a questões financeiras, 29% a qualificação profissional, 14% a parceria com o poder público e também em relação a infraestrutura e equipamentos e 7% a burocracia pública. O resultado está demonstrado no Gráfico 29.

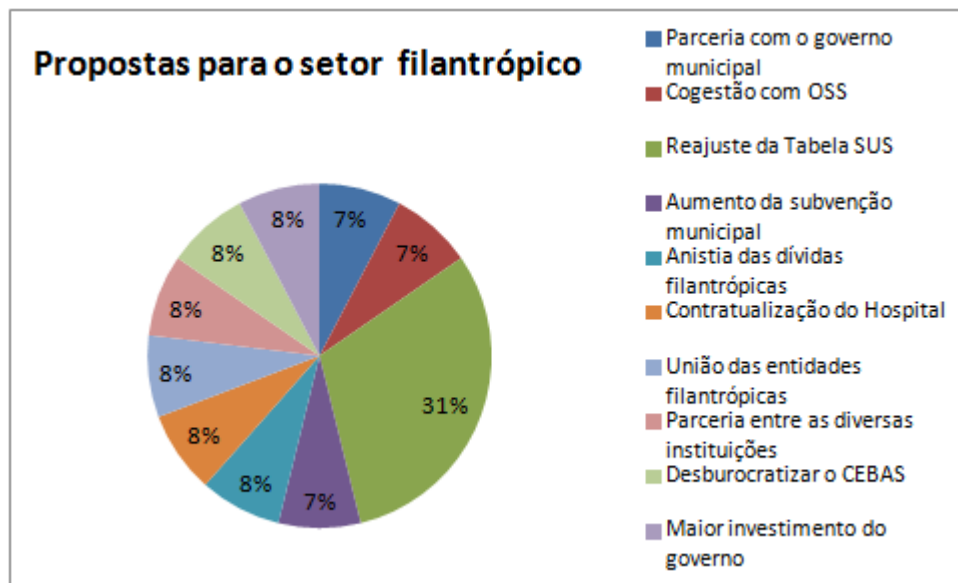
Gráfico 29- Desafios/Dificuldades do hospital- Percepção dos gestores dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

A oitava pergunta aos gestores foi: *Na sua opinião quais propostas poderiam ser apontadas para melhorias no setor?* O consenso está em relação ao reajuste da Tabela SUS, visto que 31% das respostas apontaram-na como uma das propostas para melhorias no setor filantrópico.

Gráfico 30- Propostas para o setor filantrópico- Percepção dos gestores dos Hospitais Filantrópicos da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

b) Percepção dos gestores municipais (secretários municipais de saúde)

Foram realizadas 4 perguntas com respostas em aberto. Foram entrevistados 5 gestores municipais.

A primeira pergunta aos gestores foi: *O município repassa recursos financeiros extra ao Hospital? Se sim, de que maneira? Por quê?* No Gráfico 26 verificamos que 67% dos hospitais pesquisados recebem recursos extra do município através de subvenção financeira e apenas 33% dos hospitais não recebem este recurso.

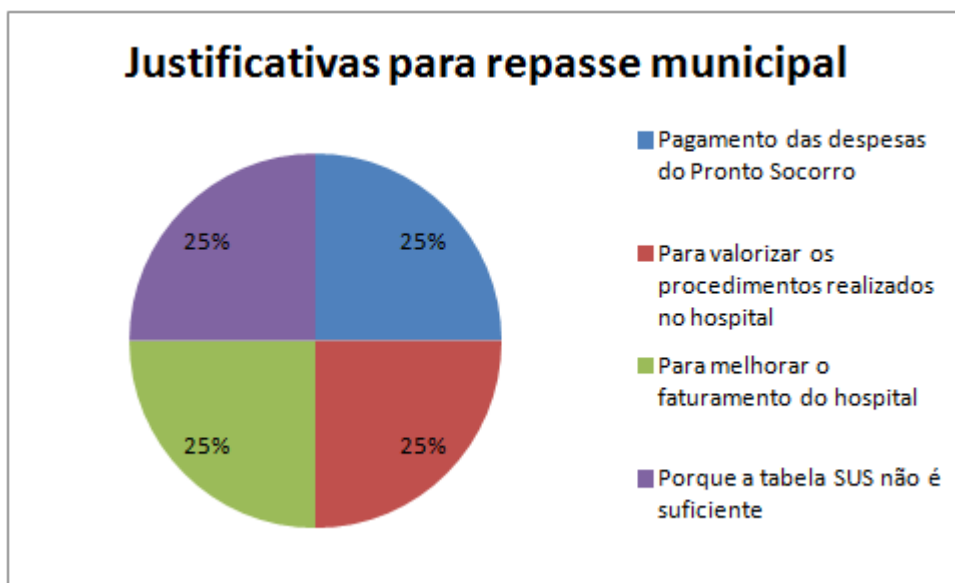
Gráfico 31- Repasse de recursos municipais – Percepção dos secretários municipais de saúde da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

Verificamos que as respostas para justificativa de repasse de recursos financeiros do governo municipal para o hospital são diversas. Contudo, todas injetam um recurso extra na receita operacional dos hospitais. Os resultados estão apresentados no Gráfico 32.

Gráfico 32- Justificativas de repasse municipal - Percepção dos secretários municipais de saúde da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

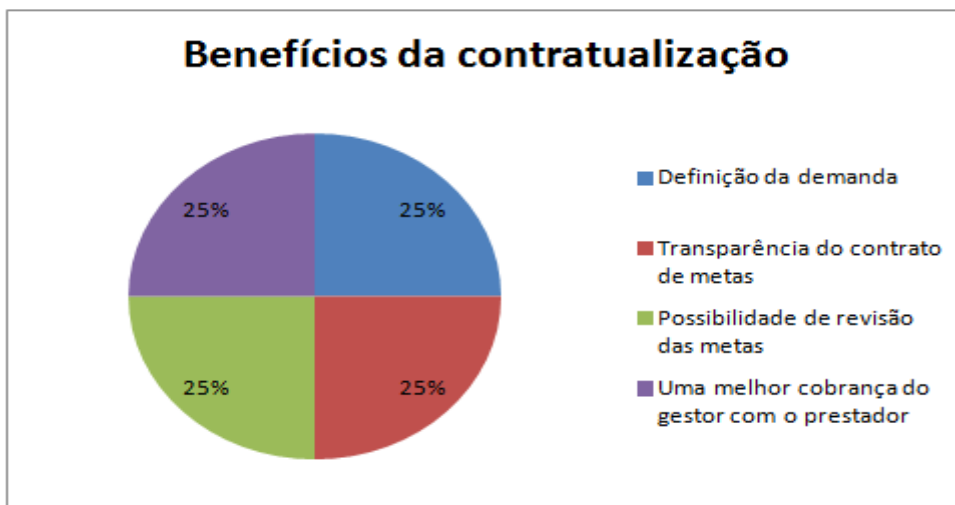


Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

A segunda pergunta aos gestores foi subdividida em 3 perguntas: *O hospital é contratualizado? Se sim, quais seriam os benefícios advindos da contratualização? E as principais dificuldades?* No Gráfico 33 apresentamos os resultados quanto aos benefícios da contratualização e no Gráfico 34 as dificuldades apontadas pelos gestores municipais.

Conforme Gráfico 33 as respostas foram diversas em relação aos benefícios advindos da contratualização na percepção dos gestores municipais.

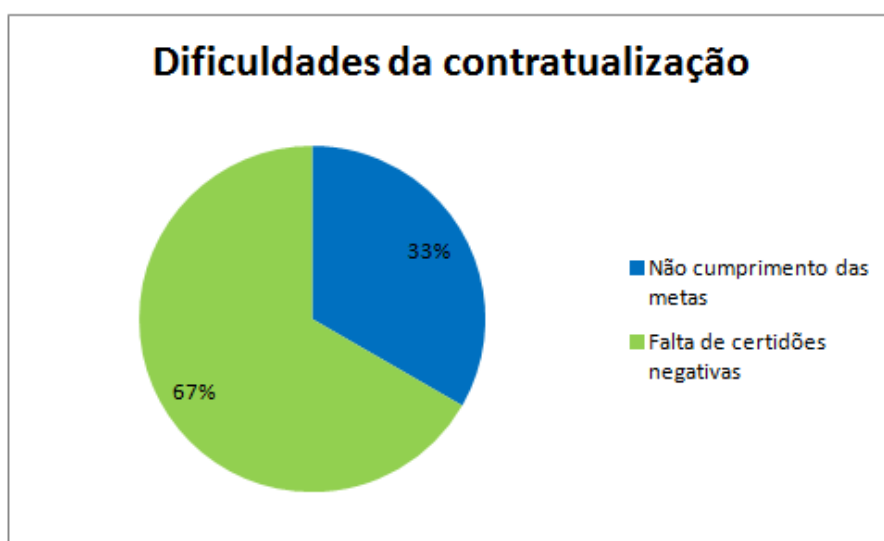
Gráfico 33- Benefícios da Contratualização Percepção dos secretários municipais de saúde da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

Semelhante a resposta dos gestores hospitalares a maioria dos gestores municipais também apontaram o cumprimento das metas como uma das principais dificuldades advindas da contratualização e 33% das respostas apontaram a falta de certidões negativas das instituições hospitalares. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 34.

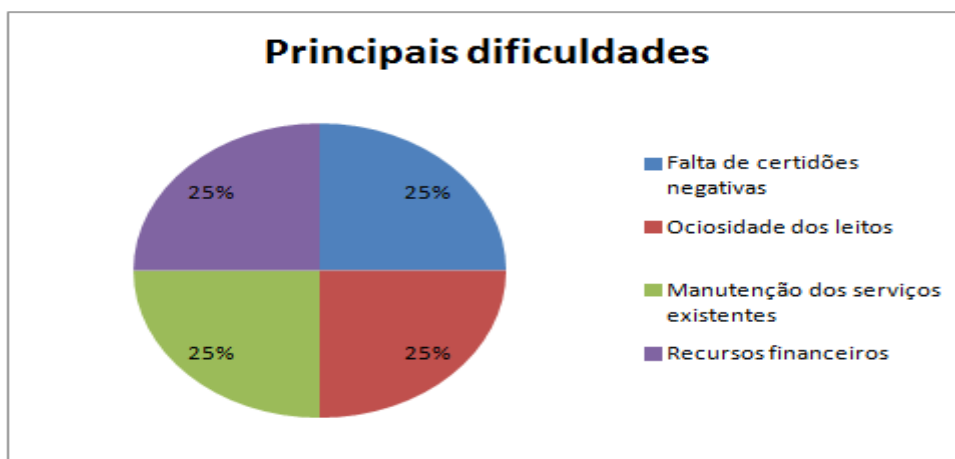
Gráfico 34- Dificuldades da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos Percepção dos secretários municipais de saúde da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

A terceira pergunta aos gestores foi: *Na sua opinião quais são os desafios/dificuldades que o hospital filantrópico em seu município enfrenta?* As respostas foram bem heterogêneas: 25% das respostas apontam a falta de documentação como um dos principais problemas dos hospitais, 25% a baixa ocupação hospitalar do hospital, 25% a manutenção dos serviços existentes e 25% a falta de recursos financeiros. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 35.

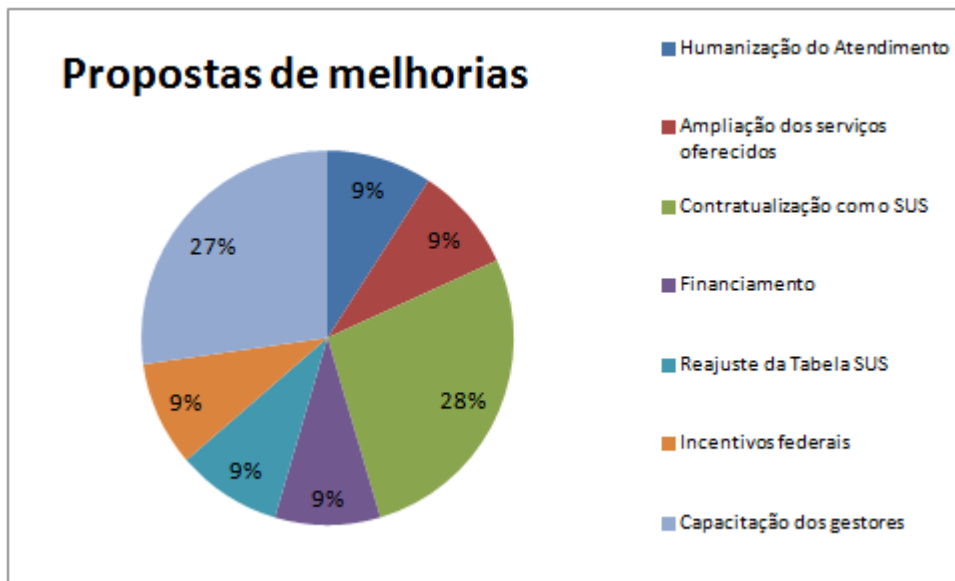
Gráfico 35- Desafios/Dificuldades do hospital- Percepção dos secretários municipais de saúde da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

A quarta pergunta aos gestores foi: *Na sua opinião quais propostas poderiam ser apontadas para melhorias no setor?* Conforme observamos no Gráfico 36, vemos que 28% das respostas dos gestores municipais apontam a Contratualização dos Hospitais como uma das propostas de melhorias para o setor filantrópico, 27% a capacitação dos gestores hospitalares. Agrupando as demais respostas por áreas 27% delas referem-se a aumento de recursos financeiros para os hospitais filantrópicos e 14% a investimentos internos dos hospitais.

Gráfico 36- Propostas para o setor filantrópico Percepção dos secretários municipais de saúde da Região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Questionários das entrevistas, 2013

4 DISCUSSÃO

No caso da presente dissertação, duas questões fundamentais motivaram esse estudo: Primeira: *Como se encontram os hospitais filantrópicos da região centro sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro nos âmbitos: capacidade instalada, organizacional e financeiro?* E a segunda: *Como os gestores estão percebendo as dificuldades do setor, suas perspectivas e propostas de possíveis soluções?*

Quanto a capacidade instalada dos hospitais pesquisados foi possível conhecer os resultados quanto ao porte dos hospitais, a situação econômica dos municípios onde os hospitais estão localizados, a complexidade dos leitos e a situação da estrutura física e do parque tecnológico dos hospitais.

Quanto ao porte verificamos que 1 (17%) é de pequeno porte, 3 (50%) de médio porte e 2 (33%) de grande porte. A maioria dos hospitais filantrópicos da região centro-sul fluminense é de médio porte. Diferente do cenário nacional conforme dados do Ministério da Saúde (2011) apresentados no relatório: *Rede Hospitalar Filantrópica no Brasil: Perfil Histórico-Institucional e Oferta de Serviços*, na qual é apresentado que o segmento filantrópico destaca-se, por concentrar estabelecimentos de maior porte. No Brasil considerando hospitais públicos, privados e filantrópicos, o predomínio é de hospitais de pequeno porte, já que 55,2% possuem até 50 leitos, 30,1% possuem de 51 a 150 leitos e apenas 14,5% possuem mais de 150 leitos (NOVAES; PAGANINI, 1992). Conforme dados, verificamos que na região centro sul fluminense o predomínio é de hospitais de médio porte. Não foi objeto desta pesquisa verificar a produtividade hospitalar. De acordo com Severiano Filho (1999) a utilização de métricas de produtividade em uma organização pode gerar informações que auxiliam os gestores a melhorar o processo produtivo e ter como consequência maior crescimento econômico e produtivo da mesma. Seria interessante que fosse pesquisado os resultados de produtividade das instituições.

Quanto à disponibilidade de sua capacidade instalada ao SUS todos os hospitais destinam mais de 70% de seus leitos ao SUS. Outro aspecto importante que precisa ser destacado é que nos municípios onde estão instalados, os hospitais filantrópicos se constituem como o único serviço hospitalar de porta aberta ao SUS para a população. Apesar da importância do setor na região, 43% dos gestores hospitalares apontaram ser difícil o relacionamento com o gestor municipal e 14% afirmaram que um dos desafios que o hospital enfrenta é a falta de parceria com o poder público. Estes dados são preocupantes em virtude

da importância das entidades de saúde filantrópicas para o Sistema Único de Saúde. Espera-se que seja possível o estabelecimento de um processo de gestão pautado na busca de uma parceria equilibrada e justa entre o setor público e o setor filantrópico. De acordo com o art. 199 da Constituição Federal, “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

Entendemos as dificuldades financeiras dos municípios onde estão localizados os hospitais filantrópicos. A grande maioria deles depende de transferências do governo federal para manterem suas ações. Dados do Ministério da Saúde (2011) apresentados no relatório: *Rede Hospitalar Filantrópica no Brasil: Perfil Histórico-Institucional e Oferta de Serviços*, de uma maneira geral, pode-se observar uma maior cobertura dos hospitais filantrópicos nos municípios de menor porte, ao passo que o segmento lucrativo tende a concentrar-se em municípios maiores. Mais de um terço do segmento filantrópico está situado em municípios com até 20 mil habitantes e mais da metade está em municípios com até 50 mil habitantes. Os dados da região centro sul fluminense demonstram que 67% dos hospitais estão situados em municípios com até 50 mil habitantes, 17% em municípios com até 20 mil habitantes e 17% em municípios com mais de 70 mil habitantes. Estes municípios são economicamente “pobres”, ou seja, dependentes das transferências do governo federal para compor seu orçamento. Esse também é um fator que dificulta o equilíbrio econômico-financeiro dessas instituições, pois o hospital acaba “disputando” recursos com outros serviços municipais.

Em relação à complexidade dos leitos 50% são de média complexidade e os outros 50% são de alta complexidade. De acordo com o relatório da Câmara dos Deputados (2012) os maiores problemas de déficit dos valores praticados pela Tabela SUS concentram-se na assistência de média complexidade repercutindo negativamente sobre o balanço financeiro das instituições.

A CMB diz que, apesar dos hospitais dedicarem, no mínimo, 60% de sua capacidade instalada ao Sistema Único de Saúde – SUS, não vêm recebendo uma contrapartida do Governo. De cada R\$ 100 gastos pelos hospitais no atendimento ao SUS, apenas R\$ 60 são remunerados pelo serviço. A diferença vem sendo coberta, nos últimos 12 anos, com empréstimos bancários, acúmulo de dívidas com os fornecedores, não recolhimento de tributos, atrasos e achatamento salarial, alienação de patrimônio próprio, sucateamento tecnológico e contribuições da comunidade.

Quando analisamos a percepção dos gestores hospitalares quanto aos valores pagos pela Tabela SUS verificamos que 64% deles atribuem as dificuldades financeiras do hospital ao baixo valor da Tabela SUS; 35% afirmam que o reajuste da Tabela SUS seria a principal proposta para alcance do equilíbrio econômico-financeiro do hospital e 31% apontam o reajuste da Tabela SUS como uma das propostas para melhorias no setor filantrópico.

Em abril de 2013, conforme dados da CMB, aconteceram vários eventos de protestos contra a persistência da baixa remuneração dos procedimentos médicos hospitalares pelo SUS. O Movimento das Santas Casas pelo reajuste da Tabela SUS teve apoio de praticamente todas as santas casas e hospitais filantrópicos do País (CMB, 2013).

Quanto a estrutura física dos hospitais pesquisados verificamos que 67% necessita de obras para adequação de suas instalações físicas e necessitam adquirir novos equipamentos, não somente para acompanhar a inovação tecnológica na área da saúde, mas principalmente para adequar a situação dos equipamentos que estão sem condições de uso. Os gestores destes hospitais informaram que não há recurso financeiro para aquisição de novos equipamentos e melhorias na estrutura física dos hospitais através de obras e reformas. Fato este comprovado quando analisamos a alocação das despesas dos hospitais, na qual a conta investimentos, com exceção do Hospital E, não chega a 1% na média dos últimos 3 anos.

Em 1995, o Ministério da Saúde criou o Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS, visando a recuperação física e tecnológica das unidades de saúde públicas e filantrópicas integrantes do sistema, bem como o desenvolvimento institucional do setor saúde. Quase duas décadas após o Projeto, os hospitais, em sua maioria, continuam necessitando de recursos para investimentos em modernização de suas estruturas físicas e seu parque tecnológico. As ações em saúde não podem somente ser pontuais, elas precisam também ser contínuas e planejadas para que a curto, médio e longo prazo as instituições tenham condições de se manterem saudáveis, apresentando resultados satisfatórios seja do ponto de vista social como do ponto de vista financeiro.

Pelos resultados apresentados verificamos que 67% dos hospitais não têm estrutura física e equipamentos em condições satisfatórias de uso. Sabemos que o principal objetivo de um hospital é a prestação de serviços na área da saúde, com qualidade, eficiência e eficácia. Assim, a manutenção adequada do ambiente físico e dos equipamentos hospitalares deve ser uma preocupação constante dos gestores hospitalares para que estas proporcionem condições ambientais seguras para o paciente e para os profissionais que aí desenvolvem suas atividades de trabalho.

As evoluções tecnológicas são constantes em todas as áreas e com clientes cada vez mais exigentes e atentos as mudanças, é necessário que as empresas estejam preparadas para se adequar as tecnologias e aos desejos e necessidades dos clientes. O hospital não deixa de ser uma empresa, por isso o gestor hospitalar tem a responsabilidade de planejar estratégias capazes de alcançar os resultados esperados pela instituição, além de obter a satisfação dos clientes. Este planejamento, entre outros deve prever a realização de investimentos na estrutura física e no parque tecnológico dos hospitais, não deixando que esse patrimônio se deteriore, com instalações físicas impróprias e equipamentos obsoletos. Com estes investimentos o hospital obterá inúmeros benefícios como: prevenção de riscos de infecções hospitalares, agilidade, qualidade e segurança nos serviços prestados, além de inovação e competitividade.

Quanto a gestão organizacional dos hospitais pesquisados verificamos que há um longo caminho a ser percorrido para o alcance da qualidade e da implantação de um modelo de gestão que privilegie a técnica administrativa e os resultados financeiros satisfatórios.

Mintzberg (1995) coloca que toda a atividade organizada dá origem a duas exigências fundamentais e opostas: a divisão do trabalho em várias tarefas a serem executadas e a coordenação dessas tarefas para obter resultados. Coloca, ainda, que a estrutura de uma organização pode ser simplesmente definida como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como é feita a coordenação entre essas tarefas.

As entidades filantrópicas possuem uma característica em que esta premissa é prejudicada, pois ocorre muita rotatividade na cúpula estratégica, com a troca (prevista) dos presidentes/provedores, dificultando ou até desestimulando o processo de continuidade das mudanças. Nos 6 hospitais pesquisados verificamos que em 83% deles os administradores estão atuando na função em período menor que 2 anos. Se observamos a gestão da mantenedora esse percentual é de 100% (cem por cento) dos presidentes/provedores com menos de 2 (dois) anos de mandato. Assim, há uma troca constante de comando na gestão dos hospitais, o que conseqüentemente dificulta o planejamento e a continuidade das ações.

Além dessa grande rotatividade na mudança do comando das unidades, outra característica relacionada a organização dos hospitais filantrópicos é que estes são ligados a uma mantenedora, que pode ou não se confundir com a própria organização hospitalar. Esta mantenedora elege o conselho de administração e uma diretoria para gerir as atividades organizacionais.

Dos 6 hospitais pesquisados, 2 (dois) ou seja 33% são administrados por seus presidentes. Pessoas da comunidade com boa reputação e respeito, mas sem formação na área

hospitalar. Verificamos que 3 (três) ou seja metade dos hospitais são administrados por profissionais com formação hospitalar.

De acordo com Lima et al. (2004) uma estrutura organizacional bem desenhada é condição necessária, ainda que não suficiente, para o bom desempenho de uma organização.

Bernardes JG et al. (2010) enfatiza que quando os hospitais filantrópicos adotam uma gestão profissional em que as três estruturas que detêm o poder (provedor, administrador e médico) trabalham em conjunto e harmonicamente, os resultados financeiros são mais positivos.

Contudo, observamos que mesmo as três instituições onde a administração é feita por profissional qualificado em gestão hospitalar os resultados financeiros são insatisfatórios, estando também estas instituições, semelhante as que não são administradas por profissional da área de gestão hospitalar, com dificuldades financeiras.

Sobre a área organizacional dos hospitais pesquisados alguns resultados chamam atenção sobre a estrutura gerencial dessas instituições e a necessidade de organização e investimento em qualificação gerencial. Apenas 67% trabalham com Protocolos Assistenciais, 50% das instituições pesquisadas possuem Colegiado de Gestão e trabalham com Protocolos Administrativos. Somente 17% possuem o Plano Diretor e implantaram o Planejamento Estratégico.

Esses dados reforçam a necessidade das instituições filantrópicas de investirem em qualificação gerencial. Segundo Rotta (2004) a administração de hospitais atualmente significa um grande desafio, pois requer que o administrador reúna conhecimentos políticos, sociais e tecnológicos, formule as estratégias através do conhecimento profundo da organização.

Grande parte do setor filantrópico brasileiro apresenta um índice baixo de desenvolvimento gerencial. Segundo Lima et al. (2004 p. 1), 83% dos hospitais conveniados pelo SUS, com menos de 599 leitos, foram classificados como incipientes em questões relacionadas com a sua gerência.

Quanto a área de recursos humanos não foi objeto desta pesquisa aprofundar o conhecimento sobre ela. Contudo verificamos que apenas 1 hospital dos 6 pesquisados tem organizado a área de gestão de pessoas.

PICCHIAI (2009) afirma que as organizações são as pessoas. A capacidade produtiva e criativa de uma organização é a capacidade produtiva e criativa das pessoas que nela trabalham. A capacidade técnica, a produtividade e a qualidade também são determinadas pelas pessoas. Assim, seria interessante pesquisar o quanto a sobrecarga de trabalho, a falta

de estruturação da área de gestão de pessoas contribui para a crise financeira que se encontram os hospitais filantrópicos.

Em relação a situação financeira dos hospitais pesquisados verificamos que nos últimos 3 anos eles apresentam resultados operacionais deficitários: despesas maiores que receita, resultado do exercício em déficit, acúmulo de dívidas, indicadores financeiros insatisfatórios, enfim, um conjunto de dificuldades que refletem nos resultados econômico-financeiros negativo das instituições.

Quando vemos como está organizada a estrutura financeira dos hospitais pesquisados verificamos que na maioria dos hospitais, algumas ações importantes não estão sendo praticadas pelos gestores, tais como: publicação do Balanço Patrimonial, realização de Auditoria Independente, resultado apurado em regime de competência, realização de controle patrimonial físico x contábil, implantação de Sistema de Custos, entre outros.

Segundo Zenone (2007, p. 32), a posse de informações precisas e no momento apropriado constitui recurso crítico para o êxito das organizações atuantes na área da saúde, como forma de sobrevivência num mercado cada vez mais competitivo. Organizar a estrutura financeira dos seus hospitais deve ser uma meta perseguida pelos gestores hospitalares visando o alcance dos objetivos da organização em que atua.

Os resultados financeiros dos 5 hospitais pesquisados não deixam dúvidas da enorme dificuldade financeira em que se encontram essas instituições. Outro aspecto é que a participação de recurso público, seja através de convênios ou contratos, em 60% desses hospitais representa mais de 80% de fonte de sustentação financeira. E nos outros 40% representam 60% da fonte de receita dos hospitais. Ou seja, 100% dos hospitais são dependentes dos recursos públicos.

As receitas oriundas de convênios com seguros e planos de saúde e através do desembolso direto não representam mais de 3% em 60% dos hospitais pesquisados. Apenas em 40% estas receitas representam 40% da fonte de receita.

Os hospitais que obtêm receitas praticamente exclusivas do SUS estão localizados em municípios de menor porte (67% em municípios com menos de 20.000 habitantes e 33% em municípios com menos de 50.000 habitantes. Trata-se de hospitais gerais com pequeno leque de oferta de especialidades, apenas as clínicas básicas, e são a única unidade hospitalar do município.

Outro aspecto quanto a situação financeira dos hospitais é que 80% ao longo dos últimos 3 anos apresentam despesa maior que a receita, acumulando dívidas e prejuízos como resultado do seu exercício.

Um relatório apresentado pela Frente Parlamentar de apoio às Santas Casas, hospitais e entidades filantrópicas na área da saúde analisou com profundidade a situação destas unidades em todo o país. Segundo o levantamento, de cada R\$ 100 gastos no atendimento aos pacientes, o Sistema Único de Saúde (SUS) reembolsa apenas R\$ 65, o que gera um déficit de 54% nas contas segmento sem fins lucrativos. Em 2011, por exemplo, os números apontam para um déficit de R\$ 5,1 bilhões para o setor filantrópico contratado pelo SUS: de um custo de R\$ 14,7 bilhões por serviços prestados, apenas R\$ 9,6 bilhões foram remunerados. Esta defasagem, segundo o estudo, vem levando a um crescente endividamento do setor, fazendo com que a dívida saltasse de R\$ 1,8 bilhão em 2005 para R\$ 5,9 bilhões em 2009, e este ano já superou a casa dos R\$ 11 bilhões. (CMB, 2012).

Os gestores hospitalares atribuem essas dificuldades financeiras ao fato de que hospitais filantrópicos são obrigados a vender seus serviços em grande parte a um único financiador: ao SUS – Sistema Único de Saúde, órgão do Ministério da Saúde (CMB, 2012).

O então presidente da CMB- Confederação das Misericórdias do Brasil pediu intervenção do governo para solucionar a crise e alertou sobre os sucessivos déficits na prestação de serviços ao SUS, que faz com quem os hospitais se endividem. O presidente disse que a CMB e o Setor respeitam a posição do Ministério em não reajustar os valores da Tabela de Procedimentos SUS, embora defendam a adequação dos valores aos custos, incorridos na prestação dos serviços (CMB, 2012).

Bernardes (2010) aponta que a vivência entre os hospitais filantrópicos mostra que alguns conseguem ser economicamente estáveis e que conseguem se manter financeiramente. Traz ainda a questão de que o negativo resultado econômico pode ser a má gestão dos recursos, de processos administrativos e operacionais ultrapassados e de custos elevados, o que leva à real responsabilidade do administrador do hospital, que, teoricamente, assume a gestão das operações hospitalares como um todo.

O Ministério da Saúde, embora reconheça a defasagem em parte de sua tabela, atribui à crise nos hospitais filantrópicos a um conjunto de fatores. Para o secretário Nacional de Atenção à Saúde em exercício, reajustes expressivos dos procedimentos não diminuiriam o rombo nas contas, pois as instituições têm falhas sérias de gestão e, sobretudo as pequenas, exercem papel inadequado nos municípios (O Globo, 2011).

Entendemos, contudo que não se pode atribuir apenas um único “responsável” seja ele técnico gerencial ou financeiro pela crise dos hospitais filantrópicos. Os fatores são complexos e um conjunto de situações que ao longo dos anos vem contribuindo para agravar essa crise. Seja pela baixa remuneração da Tabela SUS, seja pela rotatividade dos gestores

hospitalares, seja pela situação econômica dos municípios onde estão localizados os hospitais, seja pela dificuldade de parceria com o poder público. Enfim, há um conjunto de situações que favorecem o agravamento da crise e dificultam o enfrentamento dessa situação. Buscar responsáveis não resolve o que se faz necessário é a busca de soluções possíveis e contínuas e não apenas imediatas que minimizará a crise, mas não a resolverá.

A segunda pergunta desta pesquisa buscou conhecer *como os gestores estão percebendo as dificuldades do setor, suas perspectivas e propostas de possíveis soluções*. Verificamos que 60% dos gestores hospitalares (administradores/provedores/presidentes) atribuem as dificuldades financeiras do hospital ao baixo valor da Tabela SUS. Já os gestores municipais (secretários municipais de saúde) se dividem nas respostas: 25% apontam para a falta de documentação (certidões negativas), 25% a baixa ocupação hospitalar do hospital, 25% a manutenção dos serviços existentes e 25% a falta de recursos financeiros com sendo os principais problemas dos hospitais filantrópicos. Não há consenso entre os gestores da região sobre as dificuldades dos hospitais, se por um lado os gestores hospitalares creditam a tabela SUS pela crise dos hospitais, por outro lado os gestores municipais creditam a gestão hospitalar essa responsabilidade.

Ainda sobre a percepção dos gestores da região centro sul fluminense sobre as propostas de melhorias nos hospitais para se alcançar o equilíbrio financeiro dos mesmos, 35% dos gestores hospitalares elegem o reajuste da Tabela SUS como principal proposta para alcance do equilíbrio econômico-financeiro do hospital, 12% elegem as parcerias com o governo municipal e 11% a anistia das dívidas com a previdência social e tributos federais. Já 28% dos gestores municipais apontam a Contratualização dos Hospitais como uma das propostas de melhorias para o setor filantrópico, 27% a capacitação dos gestores hospitalares e 27% ao aumento de recursos financeiros para os hospitais filantrópicos. Observa-se um consenso quanto a necessidade de aumento dos recursos financeiros para os hospitais filantrópicos.

Acreditamos que o contrato de gestão com metas, não somente de atendimentos, mas também metas de qualidade seja um caminho para a organização de um modelo de gestão que refletisse e concretizasse mudanças em termos de melhorias gerenciais, modernização da gestão, implementação de programas de qualidade, como também incorporação de novas tecnologias. Através da alocação de recursos adequada, vinculados a prioridades estratégicas e à definição de metas explícitas e verificáveis através de indicadores de desempenho.

Faz-se necessária o desenvolvimento e a implantação de um modelo de parceria com a adoção de instrumentos de gestão que deem conta ao mesmo tempo da administração dos

serviços e da relação entre os entes parceiros. Que os resultados obtidos possam ser comparados ao que é definido à priori como necessário ao serviço, capaz de cumprir seus objetivos com o uso eficiente dos recursos que recebe e o recurso financeiro pago pelo serviço prestado seja suficiente para manutenção e execução dos mesmos. A revisão da Tabela SUS não será suficiente para resolver a situação de crise dos hospitais, o investimento em capacitação e qualificação gerencial por si só também não será suficiente, mas sem dúvidas são metas importantes e imprescindíveis que os gestores deverão alcançar em suas diferentes estruturas organizacionais, sabendo que sem elas a continuidade dos serviços prestados permanecerá deficitária e insatisfatória para os diferentes atores envolvidos na gestão dos hospitais filantrópicos e do SUS.

CONCLUSÕES

Considerados a importância dos hospitais filantrópicos na produção de serviços de saúde para o SUS, estes merecem atenção especial no que diz respeito à formulação de políticas públicas na área da Saúde. Os dados desta pesquisa revelam a existência de uma complementaridade entre a rede pública e filantrópica na região centro sul fluminense. Os hospitais filantrópicos estão onde o hospital público está ausente, assim com a rede privada, constituindo-se na única alternativa de atendimento hospitalar para a população dos municípios.

Os gestores públicos devem buscar a implantação de modelos flexíveis de gestão, visando o estabelecimento de um relacionamento entre o Estado e hospitais filantrópicos, baseado em parcerias e suas ações definidas por metas tangíveis e alcançáveis.

A contratualização dos hospitais foi apontada pelos gestores como uma das propostas de melhorias na situação dos hospitais. A contratualização dos hospitais filantrópicos centra-se na gestão pública orientada por resultados e sua realização pela produção de metas e indicadores que possam ser tecnicamente elaborados e acompanhados. É importante ressaltar que o Estado permanece o responsável pelas políticas públicas, dando condições de financiamento e regulação para a prestação de serviços. Apesar disso, importante ressaltar que mesmo os hospitais contratualizados (50%) encontram-se em dificuldades financeiras.

Há uma grande necessidade de desenvolvimento do setor filantrópico no que diz respeito a sua capacidade gerencial. Inúmeras estruturas e ferramentas gerenciais de qualidade voltadas para a eficiência da gestão encontram-se ausentes na maioria dos hospitais. A alta rotatividade dos gestores é um fator preocupante pela descontinuidade das ações dificultando todo o processo de trabalho planejado pela gestão anterior. A dificuldade de relacionamento apontada entre os gestores também dificulta a construção de mecanismos de solução para a situação de crise em que se encontram os hospitais filantrópicos da região centro sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

Em relação à dimensão econômico-financeira, todos os hospitais filantrópicos da região centro sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro, tem grande dependência de repasses financeiros de recursos públicos. A dependência, expressa pela participação do recurso público na composição das receitas gera uma condição econômica bastante delicada para o setor filantrópico da região. Visto que os repasses de recursos financeiros públicos mensais não ultrapassam o valor de cem mil reais em 20% dos hospitais, trezentos mil reais

em outros 20% dos hospitais, setecentos mil reais em 40% dos hospitais. E apenas 20% dos hospitais tem receita mensal de aproximadamente novecentos e cinquenta mil reais.

Ainda para o conjunto de hospitais filantrópicos da região centro sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro, se mantidas as atuais condições, algumas questões se fazem importante: conseguiriam esses hospitais se tornarem sustentáveis no médio ou longo prazo? Teriam condições para cumprir as exigências do mercado em relação a investimentos e desenvolvimento gerencial? Embora reconhecendo a importância histórica e estratégica que esses hospitais têm na prestação de serviços ao SUS, se mantidas as condições em que se encontram seja no âmbito de capacidade instalada, organizacional ou financeira, os conduzem a um futuro incerto e com riscos importantes para a continuidade dos serviços prestados e da própria sobrevivência desses hospitais.

Algumas propostas sugeridas pelos gestores precisam ser analisadas e colocadas em prática, pois esse conjunto de medidas podem possibilitar a recuperação física, gerencial e econômica dos hospitais. São elas: revisão dos valores da Tabela SUS, Revisão do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, Investimento em Pessoal e em programas de qualificação dos profissionais e gestores, renegociação da dívida fiscal e parceria entre os gestores do SUS e dos hospitais filantrópicos.

REFERÊNCIAS

BERNARDES et al. Gerenciamento de hospitais filantrópicos: Confronto entre a técnica médica, o poder político e a administração hospitalar. VII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Caxias do Sul, 2010.

BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio José. Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 26. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2000.

BRASIL. Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009. Brasília: Diário Oficial da União de 30/11/2009

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social, Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, Brasília: MPAS, 1982.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Relatório da Subcomissão Especial da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara de Deputados, Junho de 2012.

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

CAVALCANTE, A.P. Contratualização dos Hospitais Filantrópicos-SUS. Ministério da Saúde. 2011

CHIAVENATO, I. Gestão de Pessoas. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas . URL: <http://cmb.org.br> capturado em julho de 2013.

CNS. Conferência Nacional de Saúde, 9ª, Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Filantrópicos. In: Cadernos da Nona, Brasília, 1992.

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

COMITÊ DE PRONUNCIAMENTOS CONTÁBEIS – CPC. Pronunciamento Conceitual Básico (R1) Estrutura Conceitual para Elaboração e Divulgação de Relatório Contábil-Financeiro. 2011. Disponível em: http://www.cpc.org.br/pdf/CPC00_R1.pdf. Acesso em: julho de 2013.

CORDEIRO, Hésio. O Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

DAVIDOVICH, Fany. Estado do Rio de Janeiro: singularidade de um contexto territorial. In: Território. Rio de Janeiro: LAGET/UFRJ, n. 9, p. 9-24. 2000.

DECRETO nº. 44.643, de 27 de janeiro de 1965. Presidência da República do Brasil

DUARTE, Jorge e BARROS, Antonio. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação- 2ª Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

FALK, James Anthony. Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações. São Paulo: Atlas, 2001.

FARIA, h. P. SANTOS, m. A. AGUIAR, r.a.t. gestão colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional. Revista eletrônica mensal da smsa-pbh. Edição nº22. Outubro de 2003. Disponível em:

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: www.firjan.org.br. Acessado em julho de 2013.

FEHOSP -Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo. URL: <http://www.fehosp.org.br>

GALVÃO, Maria do Carmo Corrêa. Rio de Janeiro – contradições e ajustes de um espaço desigal. In: Revista do Rio de Janeiro, Niterói: UFF, volume 3. p. 97-109. 1986.

GERSCHMAN S, Barbosa PR, Lima SML, Ugá MAC, Portela MC, Vasconcellos MM. O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro. Mar/Abr 2003.

GIRARDI et al. Rede Hospitalar Filantrópica no Brasil: Perfil Histórico-Institucional e Oferta de Serviços. Ministério da Saúde. Projeto REFORSUS. Belo Horizonte, 2001.

GOODE, Willian J.&HATT, Paul. Métodos em pesquisa social. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1979.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: www.rj.gov.br/PDRgov. Acessado em julho de 2013.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em julho de 2013.

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

LIMA S.M.L, Barbosa PR, Portela MC, Ugá MAD, Vasconcellos MM, Gerschman S. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. Cad Saúde Pública. 2004;20:1249-61.

LOPES. A. B., ANTÔNIO. D. S., FERNANDO. N. Z. HÉCULES V. L. F. MÁRCIO. L. C. MOISES. B. C. Filantropia: Um Estudo de caso numa Instituição Hospitalar Brasileira.

Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças. Disponível em www.fucape.br. Acessado em julho de 2013.

LUCATELLI, M.V; Batista, M.b; silva,h; garcia,r. Engenharia clínica e a metrologia em equipamentos eletromédicos: metrologia para a vida- sociedade brasileira de metrologia (sbm), 2003.

MAKIYAMA,M.N. Análise da captação de recursos em hospitais filantrópicos no município de São Paulo. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência nacional de vigilância sanitária. Resolução-rdc nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Disponível em: www.portal.anvisa.gov.br. Acessado em julho de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: www.cnes.datasus.gov.br. Acessado em julho de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: www.datasus.gov.br/SIH/SUS. Acessado em julho de 2013.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. Disponível em www.rais.gov.br. Acessado em julho de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 1.970 de 16 de agosto de 2011. Brasília, Brasil.

MOREIRA, Ruy. Uma análise crítica do modelo de desenvolvimento do Estado do Rio de Janeiro. In: Anais do seminário: O Estado do Rio no início do século XXI: olhando para o futuro. Rio de Janeiro: UFF, 2001. p. 127-132

NOVAES, H. M. E paganini, j. M. Garantia de qualidade: acreditação de hospitais para américa latina e o caribe. Washington, d.c:organização panamericana da saúde, série silos, nº13, 1992.

NUPES/ENSP/FIOCRUZ. Relatório de Pesquisa. Ações Integradas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, 1982-1988. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1991.

PICCHIAI, Djair. Parâmetros e Indicadores de Dimensionamento de Pessoas em Hospitais. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2009.

PORTAL G1. Disponível em: www.g1.globo.com. Acessado em julho de 2013.

PORTELA M.C., Lima SML, Barbosa PR, Vasconcellos MM, Ugá MAD, Gerschman S. Caracterização assistencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2004;38:811-8.

QUINTELLA, J.E.V. Estudos de Contratualização de Hospitais no âmbito do SUS. UNESCO. 2007.

RIBEIRO,H.P. O Hospital: história e crise. São Paulo: Cortez, 1993.

ROTTA, C.S.G. Utilização de Indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2004.

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.

SANTOS, Angela Moulin Simões Penalva. Economia fluminense: superando a perda do dinamismo? Disponível na Internet. <http://www2.uerj.br/lpp>.

SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL. São Paulo. Disponível em: www.sp.senac.br. Acessado em julho de 2013.

SHAW, C. Evaluating accreditation. International Journal for Quality in Health Care. v. 15, p. 455-456, 2003.

SOUZA. A.A., BERNARDO. F. T., EMERSON. F. T., EWERTON. A. A. Uma Análise Financeira do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência. IX Convibra Administração – Congresso Virtual Brasileiro de Administração – adm.convibra.com.br, 2008.

TACHIZAWA, Takeshy. Gestão ambiental e responsabilidade social corporativa: estratégias de negócios focadas na realidade brasileira. São Paulo: Atlas, 2002.

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 contemporânea. São Paulo: Pioneira, 1983.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: www.tce.rj.org.br. Acessado em julho de 2013.

WEBER, B.T. As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense - 1889-1928. Edusc - Editoraufms, 1999.

YIN, Roberto K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª Ed. Porto Alegre. Editora: Bookmam. 2010.

ZENONE, L. C. A tecnologia aplicada na gestão hospitalar. Notícias hospitalares, são paulo, 53, p 32-33, maio/junho/julho de 2007.

ANEXO A - Roteiro de entrevista com os administradores hospitalares e aos provedores/presidentes das instituições mantenedoras

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS ADMINISTRADORES HOSPITALARES E AOS PROVEDORES/PRESIDENTES DAS INSTITUIÇÕES MANTENEDORAS

PERFIL DO ENTREVISTADO:

Idade: _____

Sexo: _____

Formação Acadêmica: _____

Vínculo Empregatício: _____

Tempo de trabalho na função: _____

1. Quais as principais dificuldades para manter o equilíbrio econômico-financeiro do hospital?
2. Quais seriam as propostas para se alcançar esse equilíbrio?
3. O hospital é contratualizado?
4. Se sim, quais seriam os benefícios advindos da contratualização? E as principais dificuldades?
5. Se não, por que não é contratualizado?
6. Como é o relacionamento do hospital com o gestor municipal?

ANEXO B - Roteiro de entrevista com os secretários municipais de saúde**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE****PERFIL DO ENTREVISTADO:**

Idade: _____

Sexo: _____

Formação Acadêmica: _____

Vínculo Empregatício: _____

Tempo de trabalho na função: _____

1. O município repassa recursos financeiros extra teto ao Hospital? Se sim, de que maneira? Por quê?
2. O hospital é contratualizado? Se sim, quais seriam os benefícios advindos da contratualização? E as principais dificuldades?
3. Na sua opinião quais são os desafios/dificuldades que o hospital filantrópico em seu município encontra?
4. Na sua opinião quais propostas poderiam ser apontadas para melhorias no setor?

ANEXO C – Carta de anuência**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que estamos de acordo que a pesquisadora Izabel Aparecida Mendonça Ferreira, desenvolva o seu projeto de pesquisa “ Crise e Oportunidades: o caso dos hospitais filantrópicos da região centro-sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro” e coleta dados desta instituição, nos termos propostos, ou seja, condicionada ao comprometimento da pesquisadora em utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa, sem identificação individualizada.

Local, ____/____/_____

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela instituição

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada Crise e Oportunidade: O caso dos hospitais filantrópicos do Estado do Rio de Janeiro, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social da UERJ- Universidade Estadual do RJ, conduzida por Izabel Aparecida Mendonça Ferreira- mestranda do curso de Administração em Saúde. Esta pesquisa tem por objetivo o conhecimento dos possíveis nós críticos do financiamento do setor filantrópico, na visão dos gestores – administradores hospitalares e secretários municipais de saúde da região centro sul fluminense do Estado do RJ com vistas a subsidiar soluções que possam minimizar a crise financeira do setor.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser entrevistado pela pesquisadora através de um questionário com a finalidade de conhecer sua visão como gestor, sobre os nós críticos do financiamento dos hospitais filantrópicos.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação dos indivíduos e instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Izabel Aparecida Mendonça Ferreira, mestranda, domiciliada a Rua Visconde do Rio Novo, 244- Apto 303- Centro- Paraíba do Sul/RJ, email: izabelmendonca123@gmail.com, telefones: (24) 81332305 e (21) 84206513.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante _____

Assinatura da pesquisadora: _____