

Análise dos Hospitais da Associação Nacional de Hospitais Privados em Relação à Responsabilidade Social

Elizabete Marinho Serra Negra - lizserra@terra.com.br

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais - UNILESTE

Área temática: Gestão na Saúde

Resumo

Este trabalho tem por objetivo verificar qual é a postura dos hospitais que fazem parte da Associação Nacional de Hospitais Privados em Relação à Responsabilidade Social. Foi estruturado de forma a descrever o processo histórico dos hospitais e seus ambientes de qualidade, certificação, filantropia, projetos e de planejamento estratégico. Iniciou-se com breve relato do processo histórico da formação das entidades hospitalares. Discutiu-se a importância na qualidade nos serviços de saúde, certificações, acreditações e atestados. Apresentou os incentivos fiscais na lei brasileira de filantropia nos hospitais brasileiros. Mostrou como pode ser a caracterização dos projetos de responsabilidade social empresarial em hospitais brasileiros. Apresentou alguns aspectos inerentes ao planejamento estratégico hospitalar. A pesquisa quanto ao objetivo geral classifica-se como exploratória. Quanto aos procedimentos aplicados na pesquisa foi documental. Amostra foi não-probabilística e por julgamento, neste caso os hospitais pertencentes à ANAHP, no total de 51 hospitais. Os resultados apontam para uma diversidade hospitalar no que tange a tipologia hospitalar. Todos os hospitais da pesquisados são privados e do ponto de vista de natureza da organização a maioria se classifica como sendo com fins lucrativos. Quanto à dependência a maior parte dos hospitais não se encontra vinculado à outra instituição. Constatou que um número expressivo de hospitais que divulga informações sobre ações/projetos/programas em seus próprios sites ou nos sites organizacionais, entretanto, há os que ainda não divulgam estas informações. Em relação à origem dos recursos investido em suas ações/projetos/programas de responsabilidade social podem ser de três fontes: recursos públicos, provenientes dos benefícios legais; mistos - recursos próprios e recursos públicos, e apenas recursos próprios. Foi possível atingir o objetivo proposto.

Palavras-chave: Hospitais; Responsabilidade Social Empresarial; Postura.

1. Introdução

As organizações hospitalares distinguem-se das outras organizações, por sua alta complexidade, principalmente, pela nobreza e amplitude da sua missão, mas também, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação, onde se utiliza tecnologia de ponta de rotina e crescentemente.

Os hospitais modernos são organizações destinadas a cumprir, independente do modo que se estruture, cinco grandes funções na área da saúde: preventiva, reabilitativa, restauradora, ensino e pesquisa. De um modo geral, caracterizam-se, no que se refere a sua estrutura, por uma burocracia profissional, em que o setor operacional tem relevância, traciona e concentra o poder organizacional (MINTZBERG, 1995), em que mecanismo de controle se dá por meio de padronização de habilidades realizadas por organismos fiscalizadores externos.

Neste sentido, pode parecer estranho falar em responsabilidade social empresarial para organizações hospitalares, uma que estes estabelecimentos, desde o início, desenvolvem ações e práticas sociais, tais como: lidar com vidas, amenizar sofrimentos e garantir qualidade de vida, independentemente da condição social, econômica ou racial do paciente. Neste cenário questiona-se: qual é a postura dos hospitais que fazem parte da Associação Nacional de Hospitais Privados em Relação à Responsabilidade Social.

Este trabalho tem por objetivo verificar qual é a postura dos hospitais que fazem parte da Associação Nacional de Hospitais Privados em Relação à Responsabilidade Social.

2. Panorama a dos Hospitais Brasileiros

2.1 Processo Histórico da Formação das Entidades Hospitalares

No Brasil, a assistência à saúde pública teve seu início com a colonização, com caráter filantrópico, prestados pelas Santas Casas, normalmente ligadas a uma instituição religiosa. Posteriormente, já no século XVIII, os hospitais militares são implantados, oferecendo assistência médica, particularmente, às tropas. Até o final do século XIX os serviços prestados a saúde pública eram precárias e os conhecimentos científicos baseavam-se em uma concepção de doenças contagiosas. Neste sentido, supunha-se que para combater as doenças e proteger a saúde da população, as ações públicas eram em relação ao espaço urbano e com a circularização do ar e da água (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965). Acreditava-se que a responsabilidade das autoridades locais em relação à saúde pública se limitava a medidas contra sujeiras das ruas e das casas.

Assim, quando uma pessoa, pobre ou indigente, precisava de médico, deveria buscar instituições filantrópicas, normalmente, ligada à igreja católica ou outras entidades ligadas às colônias de imigrantes. No caso das pessoas que eram providas de recursos procuravam por médicos particulares, tais como, parteiros, dentistas e cirurgiões.

Somente a partir de 1850 é que o Brasil passa a ter hospitais, os chamados hospitais de isolamento. A criação destes hospitais de isolamento teve como fator gerador os surtos epidêmicos e a incapacidade de acolhimento destes doentes pelas instituições filantrópicas em função do número reduzido de leitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965; MORAES, 2005, VIÉGAS; FARIA FILHO, 2007).

Os autores Ministério da Saúde (1965) e Moraes (2005) afirmam que até 1920 a assistência médica a população brasileira, principalmente na área hospitalar era praticamente inexistente, neste período o país contava com 32 instituições hospitalares, sendo 16 delas mantidas pelo governo federal, estadual e municipal. A assistência médica no país, de um modo, geral era praticamente privada, seja por organizações com ou sem fins lucrativos, contando ou não com

o subsídio do Estado. Um marco histórico, na área sanitária e de saúde, foi à criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920, este departamento caracterizou-se como uma das primeiras iniciativas de saúde do estado brasileiro de âmbito realmente nacional.

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro é composto por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviço que competem entre si, propicia uma combinação ímpar, público-privada, financiada especialmente por recursos privados. Este sistema é composto por três subsistemas: a) público – os serviços são financiados e providos pelo Estado nas três esferas, federal, estadual e municipal, inclui-se aqui os serviços de saúde militar; b) privado – com ou sem fins lucrativos, os serviços à saúde tem suas atividades são financiadas com recursos tanto de origem privada quanto de origem pública; c) saúde suplementar - com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. “Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsectores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento” (PAIM et al, 2011, p. 18).

a) O subsistema público de saúde

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, a criação e aprovação da Lei Orgânica de Saúde – Lei nº. 8.080/90 (BRASIL, 1990), que especifica as atribuições e organização do SUS, e a reforma sanitária, demonstram uma preocupação e prioridade política do governo brasileiro.

Outro fato importante foi descentralização do sistema de saúde, este fenômeno esteve vinculado a um processo de transição político e de reconfiguração da Federação Brasileira, iniciado em 1980, adaptados, posteriormente, pelos programas de ajuste macroeconômicos. (MENDONÇA, 2006; PAIM et al, 2011). Nesta nova estrutura, o Ministério da Saúde aprovou outras medida/normas destinadas a redefinir responsabilidades, que estabeleceram mecanismos de repasse financeiro e novos conselhos representativos e comitês de gestão em todos os níveis de governo. Algumas destas normas foram, posteriormente, substituídas pelo Pacto pela Saúde, um acordo no qual os gestores de cada nível de governo assumem compromissos mútuos sobre as metas e responsabilidades em saúde. Essas estruturas políticas representam grande inovação na governança em saúde no Brasil, pois permite número maior e atores diversificados na participasse do processo de tomada de decisão e define a áreas de responsabilidade institucional com clareza e assegura a cada nível de governo o apoio a implementação da política nacional de saúde.

Em função do processo de descentralização da gestão e hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista atender 100% da população brasileira, fez necessário enumerar os tipos de estabelecimentos que compõe o Sistema de Saúde. Segundo Sylvia Caldas Ferreira Pinto (1996) *apud* Mendonça (2006, p. 45) essa divisão baseou-se no grau crescente de complexidade no atendimento hospitalar, esquematizado na figura 1.

Para melhor compreensão das classificações adotadas, será apresentada uma breve descrição das unidades de saúde (MENDONÇA, 2006).

Posto de Saúde – utilização de técnica de assistência médico-sanitário simplificada e pessoal de nível elementar. São implantados em comunidades com uma população entre 500 a 2.000 habitantes.

Centro de Saúde – visa atender uma população entre 2.000 a 10.000 habitantes de forma permanente nas 4 (quatro) especialidades básicas (Clínica Médica; Gineco-Obstétrica; Pediátrica; Clínica Cirúrgica), por meio de médicos generalistas e atendimento odontológico. Sua estrutura física e complexidade de assistência variam em função do tamanho da

população.

Ambulatório Geral – caracteriza-se pela obrigatoriedade de prestar assistência-médico ambulatorial e odontológica, incluindo programas preventivos. O atendimento é permanente nas 4 (quatro) especializações básicas. Normalmente, os ambulatórios contam com leitos de observação. Sua implantação visa uma população de 6.000 a 10.000 habitantes locais e entre 50.000 a 80.000 habitantes quando se trata de área programática.

Unidade Mista – além de todas as assistências médica-sanitária desenvolvida no Centro de Saúde, a Unidade Mista, ainda oferece internação, com apoio diagnóstico de Laboratórios de Patologia Clínica e Radiodiagnóstico. Devem ser implantados em regiões onde a referência Centro de Saúde ou Hospital Regional é difícil e onerosa. Atende entre 10.000 a 20.000 habitantes.

Hospital Local – este estabelecimento caracteriza-se por prestar assistência-médico em regime de internação e urgência, nas 4 (quatro) especialidades básicas. Contam ainda, com Laboratórios de Patologia Clínica e Radiodiagnóstico. Atende entre 20.000 a 50.000 habitantes.

Hospital Regional – assim como o Hospital Local, presta assistência-médico de internação e urgência. Deve ser implantados em comunidades que compreende uma população entre 50.000 a 100.000 habitantes.

Ambulatórios de Especialidades – implantados na periferia dos grandes centros urbanos. Prestam assistência-médico especializada, em regime ambulatorial, diferente das 4 (quadro) especialidades básicas (Clínica Médica; Gineco-Obstétrica; Pediátrica; Clínica Cirúrgica) de forma permanente. Sua função é impedir o encaminhamento desnecessário de casos aos hospitais de maior complexidade.

Hospital de Base – são classificados como Hospitais de Excelência, por serem destinados a prestar assistência-médico especializadas diferenciadas das 4 (quatro) especialidades básicas, em regime de internação. Seu diferencial é o elevado nível tecnológico e de Recursos Humanos altamente qualificados.

Hospital Especializado – presta assistência-médico em uma única especialidade em regime de internação e de urgência.

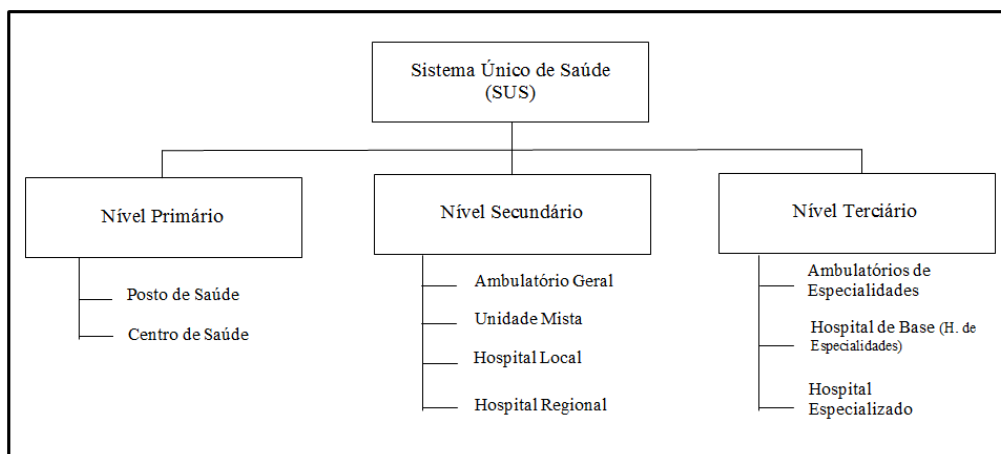


Figura 1- Hierarquização do SUS. Fonte: Adaptado de Mendonça (2006, p. 45).

b) O subsistema privado de saúde

Como mencionado anteriormente, as políticas de saúde o setor privados brasileiros, também, promoveram a privatização da atenção à saúde mediante incentivos às empresas de planos e

seguros de saúde, pela remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas e, por meio de credenciamento de consultórios médicos. Este subsistema se sobrepõe com o setor público, isto é, oferece serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados. Sendo uma parcela financiada com os recursos públicos, via SUS, e a outra parte por fontes privadas.

Os planos e seguros de saúde privados ofertados, atendem a uma demanda de empresas públicas e privadas. Observa-se como prática comum, empregadores ofertar planos de saúde a seus funcionários. De um modo geral o público alvo caracteriza-se por se jovem e saudável, o que permite oferecer planos diferentes, de acordo com a necessidade do cliente. Este fato é justificado pela demanda é estratificada em função socioeconômica e ocupacional de cada pessoa. Assim, os planos podem variar, desde planos executivos que oferecem uma gama maior de serviços até planos básicos direcionados aos empregados situados mais abaixo na hierarquia ocupacional.

As pessoas com planos e seguros de saúde privados afirmam ter melhor acesso a serviços preventivos e uma maior taxa de uso dos serviços de saúde que aquelas que não dispõem de tais planos ou seguros (NORONHA; SANTOS; PEREIRA 2011). Entretanto, as pessoas com planos ou seguros de saúde privados, frequentemente, recebem vacinas, serviços de alto custo e procedimentos complexos, como hemodiálise e transplantes, por meio do SUS (PAIM et al, 2011). A classificação utilizada no setor público quanto ao grau de complexidade se aplica às unidades de saúde privada considera, porém, suas características próprias.

c) Saúde Suplementar

No ano de 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, cuja função é garantir a regulamentação legal e administrativa do mercado de seguros privados de saúde. A Lei nº. 9.656/98 torna ilegal a negação de cobertura, por parte dos planos de saúde privados, a pacientes com doenças e lesões preexistentes, e veta a limitação do uso de serviços e/ou procedimentos de saúde específicos. Ainda assim, como a expansão contínua do subsetor privado é subsidiada pelo Estado, o subsetor público se torna subfinanciado, o que potencialmente compromete sua capacidade de assegurar a qualidade do cuidado e o acesso da população aos serviços (BRASIL, 1998).

2.2 A qualidade nos serviços de saúde, certificações, creditações e atestados

De um modo geral, nos últimos 30 anos, em vários países, observa-se uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade por parte das organizações, inclusive de hospitais. Estes programas visam incrementar o gerenciamento, melhorar a eficiência dos serviços e qualidade dos produtos e serviços. Particularmente, no caso do Brasil, o governo criou e implantou na rede pública um instrumento oficial de avaliação da performance de organizações hospitalares, Sistema Único de Saúde (SUS). Para esta avaliação o hospital deve preencher um conjunto de critérios, com padrões preestabelecidos, com base a aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total. Segundo Gurgel Júnior e Vieira (2002) fenômeno semelhante aplicado à área pública foi observado para os hospitais da rede privada. Os hospitais privados fazem uso de certificações, creditações e atestados emitidos por organizações avaliadores de reconhecimento internacional, tais como, Acreditação Canadense, Organização Nacional de Acreditação, Acreditação Canadense, Atestado Global Reporting Initiative (GRI), ISO's, Joint Commission Internacional (JCI), como diferencial de mercado, e principalmente, para demonstrar ao público externo preocupação do à qualidade.

Estes programas de qualidade adotados pelos hospitais privados estão fortemente relacionados ao crescimento dos custos da assistência hospitalar quando comparado ao gasto total em

saúde. Costa (1996) afirma que nos últimos anos a agenda mundial de reforma do setor de saúde adota um conjunto de ações com o objetivo de reduzir os custos da assistência à saúde, dentro de uma política de atenção administrativa.

Entretanto, um pequeno parêntese deve ser feito a respeito de custos hospitalares, de acordo com a pesquisa realizada por Serra Negra e Serra Negra (2002) embora as tentativas de generalizar a criação de Sistema de Apuração de Custos Hospitalar (SACH) em saúde sejam recentes, o Brasil é um dos países mais atrasados nesse campo. Tal atraso deve-se basicamente ao descaso do governo quanto a questões relacionadas à eficiência dos sistemas de saúde, bem como ao monitoramento das necessidades de financiamento e da qualidade dos serviços. Os autores acrescentam que, independente de tamanho do hospital ou de suas características, o controle de custo visa fundamentalmente determinar e analisar o custo total dos serviços prestados a cada paciente. Porém, não é tarefa das mais simples a determinação de custos em instituições dessa natureza.

Cabe ressaltar, os programas de qualidade não são realizados diretamente sobre os atos clínicos, mas sim nos processo de gestão hospitalar e na gestão da profissionalização técnica, com o intuito de atingir a qualidade nos serviços prestados (BERWICK; GODFREY; ROESSNER, 1994, MIRASHAWKA, 1994, GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002). Os setores administrativos, tais como, faturamento, contas médicas, almoxarifado e os serviços de logísticas – lavanderia, transporte, esterilização – enfim, todas as áreas hospitalares devem garantir o funcionamento dos setores operacionais, por este motivo, a implantação e gerenciamento da qualidade, tornam-se tão importante para estes setores.

De acordo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2014, p. 1) o “Programa de Acreditação tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação homologadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar” e acrescenta que a partir de três de maio de 2013, passa a ser obrigatório certificadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). Isso significa que todas as organizações prestadoras de serviço na área de saúde, dentro do Brasil, deverão obrigatoriamente ser certificadas.

Dentre os selos relacionados à qualidade, dar-se-á atenção especial, para a acreditação emitida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), por ser uma das principais organizações acreditadora do Brasil. A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, criada em 1999 com o objetivo de coordenar o Sistema Brasileiro de Acreditação, um conjunto de regras e procedimentos de certificação dos serviços de saúde no Brasil criado por uma iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com entidades que representam o setor (ONA, 2014). Em outras palavras, a ONA visa à implantação e implementação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do Processo de Acreditação.

2.3 Impactos da Filantropia nos Hospitais Brasileiros

As entidades que compõe o terceiro setor podem gozar de benefícios, de ordem econômica, para isso é necessário obter títulos, certificações e qualificações (VOESE; REPTCZUK 2011). Estes benefícios podem ser concretizados por diversas maneiras, como por exemplo, dedução fiscal no Imposto de Renda.

O título se aplica às entidades sem fins lucrativos, normalmente, representada por associações e fundações, e que estejam estabelecidas dentro do país e que comprovadamente encontram-se em funcionamento regular de no mínimo de três anos. Além disso, que sirvam desinteressadamente, à coletividade. A diretoria que compõe a gestão das entidades, de forma

alguma deve ser remunerada, por qualquer forma que seja; sendo, ainda, composta por pessoas idôneas e de comprovada moral. Estas entidades não podem distribuir lucros, bonificações ou vantagens a dirigentes, mantenedores ou associados; além de ser obrigada a comprovar a promoção à educação e/ou exercer atividades científicas, culturais, artísticas ou filantrópicas (SLOMSKI et al, 2012). Verifica-se, assim, que a manutenção do título para obtenção de recursos deve ser de forma cuidadosa e com observância aos princípios morais.

O Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) está amparado pela Lei nº. 12.101/2009 e alterada pela Lei nº. 12.868/2013 (BRASIL, 2009, 2013). Este certificado é destinado a reconhecer organizações filantrópicas, e proporciona a isenção de contribuições para a seguridade social. Para que isso ocorra, a entidade deve ser reconhecida como entidade beneficente de assistência social, em outras palavras, deve prestar serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação, dentro do princípio da universalidade.

Os hospitais, em particular, podem ser classificados e certificados como entidade beneficente de assistência social desde que comprove o cumprimento das metas estabelecidas em convênio; oferte a prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde e comprove, anualmente, a prestação deste serviço com base na soma das internações e procedimentos ambulatoriais realizados. Esta certificação pode proporcionar outros benefícios além de receber a isenção da quota patronal da previdência social, podem receber subvenções e outros recursos para a melhoria de seus procedimentos e atendimentos.

As qualificações são destinadas às entidades que se qualificam como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), os benefícios previstos para estas instituições, previstos nas referidas leis, segundo Olak e Nascimento (2010, p. 213) são: dedução fiscal de imposto de renda, em doações de pessoas jurídicas; possibilidade de receber bens apreendidos, abandonados ou disponíveis administrados pela Receita Federal do Brasil; isenção do Imposto de Renda também para OSCIPs que remunerem seus dirigentes; possibilidade de oferecer dedução fiscal no Imposto de Renda; regulamentação da participação de OSCIP's na atividade micro financeira; possibilidade de receber doações de bens móveis da União, considerados antieconômicos e irrecuperáveis; acesso a recursos públicos para financiamento de projetos via termo de parceria.

De acordo com a Lei nº. 9.790/99 (BRASIL, 1999) a qualificação somente será dada a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, e cujos objetivos sociais atenda pelo menos uma das seguintes finalidades de promover: a assistência social; a cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico; a gratuita da educação; a gratuita da saúde; a segurança alimentar e nutricional; a defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável; o voluntariado; o desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza; a experimentação, não lucrativa, de novos modelos sócio-produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito; os direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar; a ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais; estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas neste artigo. Dessa forma as OCIPS tornam-se especiais, por promoverem vínculo de parceria qualificado com o Estado, onde o estado disponibiliza alguns benefícios e em troca, estas entidades suprem lacunas deixadas pelo mesmo.

Algumas considerações a respeito das Leis nº. 12.101/2009 e nº. 12.868/2013 (BRASIL, 2009, 2013):

- 1º) Para ser considerada beneficente e receber a certificação, a entidade de saúde deverá: celebrar contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS; ofertar a

prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento); comprovar, anualmente, a prestação dos serviços de que trata o inciso II, com base no somatório das internações realizadas e dos atendimentos ambulatoriais prestados.

- 2º) Entidade de saúde deverá obrigatoriamente informar ao Ministério da Saúde: a totalidade das internações e atendimentos ambulatoriais realizados para os pacientes não usuários do SUS; a totalidade das internações e atendimentos ambulatoriais realizados para os pacientes usuários do SUS; e as alterações referentes aos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- 3º) Para a renovação de certificado, a entidade de saúde deverá cumprir os requisitos dispostos na referida lei.
- 4º) Poderão ser certificadas as instituições reconhecidas como serviços de atenção em regime residencial e transitório e, as comunidades terapêuticas que prestem serviços ao SUS de atendimento e acolhimento, a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa desde que: sejam qualificadas como entidades de saúde e comprovem a prestação de serviços nestas modalidades.
- 5º) Não havendo interesse do gestor local do SUS na contratação dos serviços de saúde ofertados pela entidade de saúde ou de contratação abaixo do percentual mínimo, a entidade deverá comprovar a aplicação de percentual da sua receita em gratuidade na área da saúde, da seguinte forma: 20% quando não houver interesse de contratação pelo gestor local do SUS ou se o percentual de prestação de serviços ao SUS for inferior a 30%; 10% se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 30% e inferior a 50%; ou 5% se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 50%.
- 6º) Não será admitida como aplicação em gratuidade a eventual diferença entre os valores pagos pelo SUS e os preços praticados pela entidade ou pelo mercado.
- 7º) A entidade de saúde de reconhecida excelência poderá, alternativamente, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação: estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; ou desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

Martins (2002, p. 24) explica que excelência hospitalar “corresponde à integração das atividades do processo hospitalar (diagnóstico, tratamento, internação e apoio gerencial), e sua manutenção requer a melhoria contínua das atividades por meio dos elementos da excelência hospitalar”, a saber: eficácia em custos; integração de atividades; melhoria contínua; finalização do serviço hospitalar; satisfação do paciente, apropriação correta dos custos hospitalares.

Exclusivamente para as entidades de saúde reconhecidas excelência, cabe ao Ministério da Saúde definir os requisitos técnicos essenciais para o reconhecimento de excelência referente a cada uma das áreas de atuação previstas neste artigo.

§ 2º O recurso despendido pela entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruída.

§ 3º O projeto de apoio será aprovado pelo Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias do SUS, segundo procedimento definido em ato do Ministro de Estado.

§ 4º As entidades de saúde que venham a se beneficiar da condição prevista neste artigo poderão complementar as atividades relativas aos projetos de apoio com a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS não remunerados, mediante pacto com o gestor local do SUS, observadas as seguintes condições: [...]

§ 5º A participação das entidades de saúde ou de educação em projetos de apoio previstos neste artigo não poderá ocorrer em prejuízo das atividades beneficentes prestadas ao SUS.

§ 6º O conteúdo e o valor das atividades desenvolvidas em cada projeto de apoio ao desenvolvimento institucional e de prestação de serviços ao SUS deverão ser objeto de relatórios anuais, encaminhados ao Ministério da Saúde para acompanhamento e fiscalização, sem prejuízo das atribuições dos órgãos de fiscalização tributária (BRASIL, 2013, p.1)

Diante do exposto questiona-se: os hospitais praticam filantropia ou responsabilidade social? Será que todos os atos de filantropia praticados pelos hospitais podem ser vistos como responsabilidade social? Ou será que os atos de responsabilidade social praticados pelos hospitais podem ser vistos como ações filantrópicas?

Tanto a Filantropia quanto a Responsabilidade Social têm o seu valor, entretanto devem ser distinguidas, isto é, precisam ser bem definidas e delineadas, pois somente assim poderão trazer mudanças comportamentais dentro da sociedade e, principalmente, organizações.

Do ponto de vista conceitual, a filantropia se resume em uma ação externa da organização, que tem objetivo beneficiar a comunidade (ETHOS, 2012), trata-se de uma ação social, praticada, seja isolada ou sistematicamente (SANTOS, 2004). São doações simples, onde está intrínseco o dever moral por parte da organização. Parte da premissa do assistencialismo ou da caridade, não necessitando de planejamento, organização, acompanhamento e avaliação (UNIMED, 2010, REIS, 2007).

Neste sentido a filantropia é uma importante fonte de recursos para causas, culturais, políticas, sociais, religiosas e de caridade (PERDIGÃO, 2012). É necessária a existência de uma consciência organizacional responsável para que haja o engajamento de todos os seus membros no processo de desenvolvimento, objetivando a promoção dos direitos humanos, do meio ambiente e do patrimônio cultural e, consequentemente, na construção de uma sociedade economicamente próspera e socialmente justa.

O conceito de Responsabilidade social é muito mais amplo, no qual a transparência para com a sociedade é priorizada no momento em que a organização busca, por meio de ações que envolvam sua própria cadeia de negócios, adequar seus objetivos às reais necessidades da comunidade como um todo (GOMES et al, 2008). Compreendem ações pró-ativas, integradas e inseridas tanto no planejamento estratégico quanto na identidade da organização, envolvendo todos os colaboradores (SANTOS, 2004). Trata diretamente da condução e dos negócios da empresa, envolve uma preocupação com todos os públicos da organização: acionistas, colaboradores, prestadores de serviço, fornecedores, consumidores, comunidade, governo e meio-ambiente, e com o público social, trata-se de uma dever cívico, de promoção à cidadania, desenvolvimento social e está focada nas transformações e não na caridade (UNIMED, 2010).

2.4 Caracterização dos Projetos de Responsabilidade Social Empresarial em Hospitais Brasileiros

Muito se fala de programas, projetos e ações responsabilidade social; mas será que todos os movimentos realmente de concretizam como responsabilidade social? De que maneira é possível identificar a Responsabilidade Social em ações organizacionais? Vários foram os instrumentos e ferramentas criadas por organizações não governamentais com o objetivo de apoiar, orientar e promover abordagens sobre questões sociais e ambientais de relevância para a sociedade, a tomaremos como pressuposto para analisar a RS as Diretrizes para Relatórios de Sustentabilidade (*Global Reporting Initiative* - GRI) – instrumento que visa auxiliar na construção e apresentação de um balanço/relatório econômico, social e ambiental, ainda, tem por função e incentivar as organizações a estabelecerem metas e a informar se elas foram alcançadas ou não, e; a Norma Brasileira Regulamentadora/International Organization for Standardization 26000 (NBR/ISO 26000) – Diretrizes de responsabilidade social, a norma

fornece orientações sobre os princípios subjacentes à Responsabilidade Social (RS).

Para que uma organização consiga identificar quais são as suas responsabilidades sociais, a NBR/ISO 26000 (2010) diz que ela deve adotar setes princípios:

- 1) *Accountability* (prestação de Contas): assumir a responsabilidade de suas ações e decisões, responder pelos seus impactos na sociedade, na economia e no meio ambiente, prestar contas aos órgãos de governança e demais partes interessadas declarar os seus erros e as medidas cabíveis para remediá-los.
- 2) Transparência: disponibilizar informações aos *stakeholders* de forma clara, compreensível, acessível e em prazos pertinentes todas as informações sobre os fatos que possam afetá-las.
- 3) Comportamento ético: agir de modo aceito como correto pela sociedade - com base nos valores da honestidade, equidade e integridade, perante as pessoas e a natureza - e de forma consistente com as normas internacionais de comportamento.
- 4) Respeito pelos interesses dos *stakeholders*: ouvir, considerar e responder aos interessados nas atividades da organização ou por ela possam ser afetados.
- 5) Respeito pelo Estado de Direito: cumprir integralmente as leis do local onde está operando.
- 6) Respeito pelas Normas Internacionais de Comportamento: adotar prescrições de tratados e acordos internacionais favoráveis à RS, mesmo que não haja obrigação legal.
- 7) Direito aos humanos: reconhecer a importância e a universalidade dos direitos humanos, cuidar para que as atividades da organização não os agredam direta ou indiretamente, zelar pelo ambiente econômico, social e natural que requerem.

Estes princípios de RS estão fortemente inter-relacionados às questões de governança organizacional que são: direitos humanos, práticas trabalhistas, meio ambiente, práticas operacionais justas, direitos dos consumidores, envolvimento comunitário e desenvolvimento.

Vale ressaltar que a perspectiva adotada na norma foi a de que a responsabilidade de uma organização, em certas situações, se estende às atividades de outras organizações com as quais mantenha relacionamento, isto inclui partes ou toda a sua cadeia produtiva ou cadeia de valor, órgãos associativos, parceiros e competidores.

Muitas vezes, a responsabilidade de uma organização encontra-se alinhada às leis e regulamentos de um país, entretanto, a identificação das RS passa, também, pelo diálogo e engajamento com das partes interessadas (*stakeholders*). Cabe à organização identificar quem são essas partes interessadas, para isso é preciso avaliar quem é ou que pode ser impactado por suas atividades. Deve, ainda, avaliar a relação entre os interesses dessas partes e o desenvolvimento sustentável, bem como, a saúde e o bem-estar social. E somente a partir daí, deve-se estabelecer um engajamento com as partes interessadas, o que significa discussão e tratamento dos impactos reais ou potenciais.

O engajamento com as partes interessadas se dá por um processo interativos, de trocas, que implica independência, autenticidade e representatividade das partes interessadas em relação à organização. O engajamento pode, entre outras coisas, contribuir para o gerenciamento de conflitos entre as partes (*stakeholders* e organização), auxiliar o processo decisório da organização.

A norma *Global Reporting Initiative* (2014) é composta por dois conjuntos de recomendações para a elaboração de Relatório Socioambiental, também denominado de Relatório de Sustentabilidade. O primeiro conjunto refere-se a como uma organização deve definir o

conteúdo do relatório, sua abrangência e profundidade.

O segundo conjunto, as recomendações abordam os que deve ser tratado pelas organizações, isto é, diz respeito ao conteúdo do relatório propriamente dito. Desdobra-se em quatro categorias: perfil da organização; governança, compromissos e engajamento; forma de gestão, e; os indicadores de desempenho.

- 1) o Perfil da organização – deve conter a visão estratégica da organização para as questões da sustentabilidade, neste item, também deve incluir seus compromissos e a identificação dos impactos e riscos de suas atividades. Fornecer informações sobre sua estrutura operacional, localização, número de empregos, vendas, entre outros aspectos que considerar relevantes.
- 2) a Governança, compromissos e engajamento – o relatório deve informar como é feita as tomadas de decisão da organização, quais são seus compromissos socioambientais e como interage seus stakeholders.
- 3) a Forma de Gestão – deve abordar como de dá a gestão organizacional, suas políticas, objetivos, quem são os responsáveis, as ações de treinamento, como é feito o monitoramento e acompanhamento e outras informações relevantes para cada um dos seguintes temas: desempenho econômico, desempenho ambiental, práticas trabalhistas e trabalho decente, direitos humanos, sociedade e responsabilidade pelo produto.
- 4) os Indicadores de Desempenho - deve media/avaliar e informar 79 indicadores de desempenho, divididos da seguinte forma: desempenho econômico (9 indicadores), desempenho ambiental (30 indicadores), práticas trabalhistas e trabalho decente (14 indicadores), direitos humanos (9 indicadores), sociedade (8 indicadores) e responsabilidade pelo produto (9 indicadores).

Destacam-se os principais aspectos da NBR/ISO 26000 e do GRI, que têm em comum o engajamento voluntário, o processo de elaboração com várias interessadas e o tratamento de temas centrais de forma abrangente.

Não existe uma receita pronta que possa direcionar para melhor ou pior prática de RSE. Um bom modelo de incentivo ao reconhecimento de responsabilidade social é o Prêmio ‘CBIC de Responsabilidade Social’ da Câmara Brasileira da Indústria da Construção (2014, p. 1).

Outras instituições, também, aderiram essas campanhas de reconhecimento, como por exemplo, o Prêmio 3º Prêmio de Responsabilidade Social no Varejo Exemplos de Iniciativas de Responsabilidade Social das Empresas promovido pela Fundação Getúlio Vargas (FGV, 2014, p. 10). Não importa a natureza da organização, privada, pública, ONG's, nem o tipo de segmento, comércio, indústria prestação de serviço, hospitais, o importante é a adesão, o engajamento às questões correlacionadas a responsabilidade social.

2.5 Aspectos inerentes ao Planejamento Estratégico Hospitalar

O governo tem uma grande influência no sistema de saúde. Os formuladores de políticas públicas estabelecem regras e regulamentos que afetam a natureza da competição na assistência à saúde, assim como incentivos e restrições aos participantes do sistema como, por exemplo, a leis de filantropia no Brasil (PORTER; TEISBERG 2008).

Outro fato importante a ser considerado é que os hospitais, pela sua própria natureza de negócio, nem sempre são vistos como uma empresa, o que acarreta em uma associação equivocada por parte do seu público-alvo, isto é, “administrativamente, um hospital tende a ser visto como agente social, cuja lógica de administração não poderia ser vista à luz da lógica privada nem tampouco da gestão pública. Essa ligação identitária se entrelaça à percepção do

usuário, que quer ver suas necessidades atendidas e quer que estas estejam bem distantes da lógica do lucro” (VILAÇA; OLIVEIRA 2008, p. 6-7). Este fato se deve a uma concepção cultural, em que a gestão hospitalar nos Brasil carrega traços solidários, comprovadamente em função de sua história, caridade. Entretanto, independente de sua natureza pública ou privada, os hospitais encontram-se pressionados, pela necessidade de se viabilizar como um negócio, a adotar práticas que os tornem eficientes o suficiente para garantir sua continuidade.

Torna-se primordial que o hospital evidencie de forma clara sua identidade e missão a fim de bem nortear suas decisões. “O hospital, fiel a sua missão social específica, não deixa a questão econômico-financeira prevalecer a ponto de prejudicar a atuação dos profissionais da saúde na assistência ao paciente”, é o que afirmam Anunciação e Zobou (2008, p. 523). O resultado de pesquisa dos autores aponta que, os hospitais compreendem a complexidade do ambiente no qual atua e busca expressar isso em suas declarações de missão, valores ou responsabilidades sociais. Ao realizar sua declaração o hospital, também, expressa a necessidade da organização e da estruturação dos serviços de saúde, especialmente os hospitalares, buscar a excelência no benefício do paciente. Essa ação resulta/reforça a visão da sociedade em os hospitais “não só como uma empresa que presta serviços, mas que lida com elementos preciosos: saúde e vida; os quais são, ao mesmo tempo, bens e direitos. É por eles que o hospital tem obrigação de zelar” (ANUNCIAÇÃO; ZOBOU, 2008p. 526).

Neste contexto, “o planejamento estratégico continua sendo uma importante ferramenta de gestão, pois suas definições, além de representar um norte a ser seguido, contribuem para criação da identidade organizacional” (SCHREIBER, 2013, p. 9), e consequentemente, evitando, assim, esta percepção equivocada a respeito das organizações hospitalares. Kaissi e Hamilton (2008) acrescentam que os gestores se apoiam no planejamento estratégico para tomadas de decisões, isto é, os gestores são capazes de compreender melhor os ambientes - interno e externo - da organização. O conceito de estratégia restrito ao meio organizacional implica, de forma frequente, em uma formulação de um plano que reúne, de forma integrada, os objetivos, políticas e ações da empresa/organização com a finalidade de atingir o sucesso em sua atividade (RIVERA; ARTMANN, 1999; OLIVEIRA; TODA, 2013), o que remete a um planejamento estratégico.

O planejamento estratégico procura determinar estratégias, objetivos, metas, e antecipar resultados, além de orientar os caminhos possíveis de serem seguidos e possibilitar a escolha do curso de ação para que tais estratégias sejam atendidas e tais objetivos alcançados. É concebido como um modelo para a ação com o objetivo de se ter uma maior consistência ao desempenho organizacional. A premissa que sustenta o planejamento estratégico consiste no desejo das organizações, inclusive as hospitalares, de crescerem e se desenvolverem física e economicamente, no sentido de processo evolutivo positivo contínuo; entretanto, a adoção do planejamento estratégico requer uma mudança significativa na filosofia e na prática gerencial, principalmente no estilo de gestão e no comportamento organizacional (ZUCKERMAN, 2000).

Os autores Souza e Lima (2013, p. 151) fazem uma observação, nesse contexto, alguns desafios para a gestão hospitalar: a) proporcionar o bom desenvolvimento das diversas atividades técnicas e administrativas que acontecem simultaneamente; b) garantir uma renda ou salário satisfatório para os médicos e demais profissionais e; c) encontrar o ponto de equilíbrio entre o preço e o custo, especialmente quando a receita financeira for insuficiente.

1. Metodologia da Pesquisa

A pesquisa quanto ao objetivo geral classifica-se como exploratória. Amostra foi não-probabilística e por julgamento, neste caso os hospitais pertencentes à ANAHP (2013), no total de 51 hospitais. Quanto aos procedimentos aplicados na pesquisa foi documental, foram

analisadas informações disponibilizadas pelos hospitais em suas páginas eletrônicas, o levantamento de dados também se deu por meio de outras entidades organizacionais: *site* do Governo Datasus, *site* da ANHP, Jornais e Diário Oficial dos Estados. Nesta perspectiva a pesquisa foi realizada em documentos oficiais dos hospitais, do governo e de organismos idôneo. As informações obtidas nestes *sites* foram cruzadas entre si para análise dos dados.

2. Resultado

Analisando o perfil dos hospitais pesquisado, verificou-se que em relação ao tipo de estabelecimento: 76% dos hospitais são classificados como Hospital Geral - estes hospitais estão designados a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas, que segundo o Ministério da Saúde (1977, p. 9) “poderá ter a sua ação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital de ensino)”; 22% correspondem a Hospital Especializado - presta assistência-médico em uma única especialidade em regime de internação e de urgência; 2% a Hospital Isolado.

No que tange a esfera administrativa, 100% da amostra são hospitais privados. Sendo 63% da amostra composta por hospitais com fins lucrativos, neste caso não se beneficiam com a lei de filantropia e 37% composta por Entidades Benéficas sem fins Lucrativas, ou seja, recebem benefícios do governo.

Os hospitais podem ser divididos em dois grupos, Hospital Individual e Hospital Mantido. Entende-se por Hospital individual (76% da amostra) aquele que não se encontra vinculado à outra instituição e por Hospital Mantido (24% da amostra) quando o está for vinculado à outra entidade, denominada de mantenedora.

A maior parte, 45% dos hospitais da amostra, apresenta uma receita entorno de 200 a 400 milhões de reais anuais; 32% apresentam uma receita até 200 milhões; 4% a receita gira em torno de 50 milhões/anuais e 11% da amostra não disponibilizaram informações sobre seu faturamento.

A certificação é um item importante, além de se tratar de uma exigência legal. Todos os hospitais apresentam certificações, com exceção, de três que, ainda, se encontram em processo, para obtê-las.

Em relação ao tempo de fundação das organizações hospitalares, 59% dos hospitais têm menos de 50 anos; 25% têm entre 51 anos e 100 anos e; 10% mais de 100 anos. 6% não apresentaram informações referentes ao ano de sua constituição.

Sobre Responsabilidade Social Empresarial, 47% dos hospitais divulgam informações sobre ações/projetos/programas de RSE em seus sites; 27% fazem a divulgação por meio do portal institucional e 25% não disponibilizaram informações sobre o assunto.

Sobre a origem dos recursos econômicos utilizados nas ações/projetos/programas de RSE, 47% dos hospitais divulgaram informações, enquanto que 53% não disponibilizaram.

Dos hospitais que divulgaram informações sobre recursos econômicos, constatou-se que: 67% dos hospitais têm suas ações/projetos/programas de RSE são financiados com recursos públicos, provenientes dos benefícios legais; 29% dos hospitais os investimentos destinados à RSE são mistos (recursos próprios e recursos público), e; 4% investem apenas recursos próprios em suas ações/projetos/programas de RSE.

3. Conclusão

O trabalho teve como objetivo verificar qual é a postura dos hospitais que fazem parte da Associação Nacional de Hospitais Privados em Relação à Responsabilidade Social.

Constatou-se que historicamente as organizações hospitalares brasileiras são percebidas pela sociedade, no geral, como instituições de caridade e que até meados de 1920, o governo não demonstrava tanto interesse pela saúde pública. Atualmente, o sistema de saúde abarca a atenção, tanto da União quanto do setor privado, com programas de ações e altos investimentos.

No tocante qualidade, observa-se uma preocupação em implantar sistema que permitem gerar certificação, acreditação e atestado, não só por questão legal, hoje é obrigatório, mas com forma de provar qualidade. Em relação à filantropia dos hospitais brasileiros, foi possível verificar a existência e incentivo do governo no sentido de apoiar e propiciar à prática de filantropia, entretanto, a lei deixa clara a intervenção na tomada de decisão de hospitais privados em suas ações, pois estas devem atender à necessidade e interesse público.

Verificou-se que não há um padrão na forma e prática de projetos de responsabilidade social empresarial. Constatou-se que os hospitais são organizações que necessitam de gestão diferenciada, em função da particularidade da área de atuação. Muitos hospitais já se mobilizaram para a questão, criaram projetos voltados para uma atuação socialmente responsável, investem na relação ética, transparente e de qualidade com todos os seus públicos de relacionamento. Essas iniciativas, apesar de apresentarem resultados positivos, representam, conectadas da missão, visão, planejamento estratégico e posicionamento competitivo da empresa e, conseqüentemente, não expressam um compromisso efetivo para o desenvolvimento sustentável.

Em muitos casos, os hospitais acabam por associar responsabilidade social à ação social, seja pela via do investimento social privado, seja pela via do estímulo ao voluntariado. Esse viés de contribuição, embora relevante, quando tratado de maneira isolada, coloca o foco da ação fora da empresa e não tem alcance para influenciar a comunidade empresarial a outro tipo de contribuição, extremamente importante para a sociedade: a gestão dos impactos ambientais, econômicos e sociais provocados por decisões estratégicas, práticas de negócio e processos operacionais.

Referências

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. *NBR/ISO 26000 – Diretrizes sobre responsabilidade social*. Rio de Janeiro, 01.11.2010.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Acreditação de Operadoras. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

ANUNCIAÇÃO, A. L.; ZOBOU, E. Hospital: valores éticos que expressão sua missão. *Rev Assoc Med Bras*, n. 54, v. 6, 522-528, 2008.

ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. *Sobre ANAHP*. Disponível em: <<http://www.anahp.org.br/>>. Acesso em: 20 dez.2013.

BRASIL. *Lei n.º 9.656*, de três de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998.

BRASIL. *Lei n.º 9.790*, de 23 de março de 1999. Brasília, 1999.

BRASIL. *Lei n.º 12.868*, de 15 de outubro de 2013. Brasília, 2013.

BRASIL. *Lei n.º 12.101*, de 27 de novembro de 2009. Brasília, 2009.

BRASIL. *Lei n.º 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

BRERWINCK, D. M.; GODFREY, A.B.; ROESSNER, J. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*. São Paulo: Makron Books, 1994.

CÂMARA BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO. *Prêmio 'CBIC de Responsabilidade Social'*: edital/2014. Disponível em: <<http://www.cbic.org.br>>. Acesso em: 3 maio 2014.

COSTA, N. R. O Banco Mundial e a política social nos anos 90: agenda para reforma do setor de saúde no Brasil. *Políticas de saúde e inovação*, p. 13-29, 1996.

ETHOS - INSTITUTO ETHOS DE EMPRESAS E RESPONSABILIDADE SOCIAL. *O que é RSE*. Disponível em: <<http://www1.ethos.org.br>>. Acesso em: 30 jun. 2012.

FGV - FUNDAÇÃO GÉTULIO VARGAS. 3°. *Prêmio de Responsabilidade Social no Varejo*: exemplos de iniciativas de Responsabilidade Social das Empresas. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cev/rsnovarejo/exemplodeiniciativas.htm>>. Acesso em: 18 maio 2014.

GOMES, A. S. B., et al. Responsabilidade Social Corporativa: uma análise a partir da visão dos gestores hospitalares. In.: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO: A INTEGRAÇÃO DE CADEIAS PRODUÇÃO PRODUTIVAS COM A ABORDAGEM DA MANUFATURA SUSTENTÁVEL. *Anais...* Rio de Janeiro, 2-13, 13 a 16 de outubro de 2008.

GRI - GLOBAL REPORTING INITIATIVE. Disponível em: <<https://www.globalreporting.org>>. Acesso em: 21 mar. 2014.

GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 7, v. 2, p. 325-334, 2002.

KAISSI, A. A.; HAMILTON, J. A. Strategic Planning Processes and Hospital Financial Performance. *Journal of Healthcare Management*, n. 53, v. 3, p. 197-209, 2008.

MARTINS, D. S. *Custeio hospitalar por atividade*. São Paulo: Atlas, 2002.

MENDONÇA, M. H. Responsabilidade Civil dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Brasília/Belo Horizonte: AHMG, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *História e evolução dos hospitais. Brasil*: Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Saúde – Divisão de Organização Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde Pública, 1965.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Conceitos e definições e saúde*. Brasília: Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. 1977. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.

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

MORAES, M. F. *Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro: o caso São Vicente*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

NORONHA, J., SANTOS, I.; PEREIRA T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS N.R.; AMARANTE P. D. C. (orgs.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, p. 152-79, 2011.

OLAK, P. A.; NASCIMENTO, D. T. *Contabilidade para entidades sem fins lucrativos: terceiro setor*. 3a ed. São Paulo: Atlas, 2010.

OLIVEIRA, S. B.; TODA, F. A. O planejamento estratégico e a visão baseada em recursos (RBV): uma avaliação da tecnologia da informação na gestão hospitalar. *Revista Eletrônica de Ciência Administrativa (RECADM)*, n. 12, v. 1, p. 39-57, Jan-Abr/2013. Disponível em: <<http://www.periodicosibepes.org.br/ojs/index.php/recadm/>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

ONA - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. *História*. Disponível em: <<https://www.ona.org.br>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanço e desafios. *Saúde no Brasil 1*. p. 11-31, 9 de maio de 2011. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 12 dez 2013.

PERDIGÃO, J. G. L. Filantropia e Responsabilidade Social: associação de apoio aos portadores de câncer: um estudo de caso. In.: SEPRONE: A ENGENHARIA FRENTE AO NOVO CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO NORDESTE: COADJUVANTE OU PROTAGONISTA? 7., 2012. *Anais...* Mossoró (RN), 26 a 29 de junho de 2012.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde: estratégia para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2008.

REIS, C. N. A Responsabilidade Social das Empresas: o contexto brasileiro em face da ação consciente ou do modernismo do mercado? *R. Econ. Contemp.*, n. 11, v. 2, p. 279-305, maio/ago, 2007.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 4, v. 2, p. 355-365, 1999.

SANTOS, E. R. Responsabilidade social ou filantropia? *Revista FAE BUSINESS*, n. 9, p. 32-35, setembro, 2004.

SCHREIBER, D. *Inovação e aprendizagem organizacional*. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SERRA NEGRA, E. M.; SERRA NEGRA, C. A. Custo hospitalar: uma reflexão sobre implantação e necessidades. *Contabilidade Vista & Revista*, n. 12, p. 31-56, 2000.

SLOMSKI, V. et al. *Contabilidade do terceiro setor uma abordagem operacional: aplicável às associações, fundações, partidos políticos e organizações religiosas*. São Paulo: Atlas, 2012.

SOUZA, F. K. A.; LIMA, M. A. M. Metodologia de planejamento estratégico: uma análise de modelos adotados em organizações hospitalares. *REC - Revista Expressão Católica*, n. 2, v. 1, p. 137-158, 2013.

UNIMED. Filantropia x Responsabilidade Social. *Parceiros Online. Boletim eletrônico bimestral para fornecedores da Inimed Londrina*, 3 edição. MAR/ABR, 2010.

VIÉGAS, R. F.; FARIA FILHO, M. A. Gestão Hospitalar e responsabilidade social: o caso do Hospital Samaritano. *Pesquisa em Debate*, edição 7, n. 4, v. 2, p. 2-15, Jul/dez, 2007.

VILAÇA, W. P. T.; OLIVEIRA, M. M. *Sustentabilidade e Comunicação no contexto hospitalar: estabelecendo a necessária conscientização*. 2008. Disponível em: <http://www.nascecmec.com.br/artigos/GT2_10Pereira.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2014.

VOESE, S. B.; REPTCZUK, R. M. Características e peculiaridades das entidades do terceiro setor. *ConTexto*, Porto Alegre, n. 11, v. 19, p. 31-42, 1º semestre, 2011.

ZUCKERMAN, A. M. Creating a vision for the twenty-first century healthcare organization. *Journal of Healthcare Management*, n. 45, v. 5, p. 294-306, September/October, 2000.