

## 16. A gestão sustentável de uma organização de saúde

Em 1919, no país berço do capitalismo moderno, os irmãos Dodge que tinham uma parcela minoritária de ações da *Ford Motor Company*, processaram Henry Ford. A queixa era de que ao invés de distribuir o lucro para os acionistas, Ford o estava reinvestindo no próprio negócio. Este investimento do ganho da companhia nela mesma beneficiaria funcionários e consumidores, mas segundo os autores da ação judicial, isto era feito às custas dos acionistas, que sendo os reais proprietários terminavam por sair prejudicados nesta situação. A Suprema Corte do Estado de Michigan deu ganho de causa aos Dodge. Criou assim uma sólida jurisprudência para as próximas disputas entre acionistas e gestores, além de solidificar a visão de que o objetivo essencial de uma empresa é a maximização de ganho para os acionistas, Stout (2008).<sup>1</sup>

Décadas depois, no florescer dos anos 70, o economista americano Milton Friedman (1970)<sup>2</sup> iria de maneira enfática propagar que a única responsabilidade social de uma empresa é incrementar seus benefícios, cabendo aos gestores do negócio, dentro dos limites da lei e da ética, uma única responsabilidade: a de maximizar o retorno dos acionistas.

Essa maneira de enxergar os negócios como organizações cuja única ou principal vocação é a maximização do retorno aos seus donos, vem sendo ao longo do tempo discutida e podemos até mesmo dizer, suplantada. Este modelo focado nos acionistas (*shareholder*) tem se mostrado insuficiente para explicar as razões pelas quais de fato um negócio deve existir. Além dos proprietários há outros públicos relevantes ou partes interessadas (*stakeholders*) pelas quais a empresa e seus gestores são também responsáveis. Pinto (2004).<sup>3</sup>

Foi esta mudança mental que possibilitou a construção de um conceito que entende o negócio realmente sustentável como sendo aquele que é **economicamente viável, socialmente justo e ambientalmente responsável**. Um negócio não pode ser apenas bom para seus acionistas, precisa também o ser para o mundo. Deve buscar sustentar-se, perenizar-se, sem destruir a sociedade e o planeta. Nesta perspectiva o lucro (*profit*) dá as mãos ao social (*people*) e o ambiental (*planet*), Elkinton (1997)<sup>4</sup>. A empresa existe para gerar valor, isto é, entregar algo de valor para todos os seus *stakeholders*. Daí, decorre sua lucratividade. Note-se: não se trata de renunciar ao lucro, mas de reposicioná-lo, colocando-o como consequência da geração de valor e não como uma meta que o negócio deve buscar atingir a todo e qualquer custo.

Com o crescimento do mercado de saúde privada no mundo e no Brasil, é notória a evolução na profissionalização de muitas empresas. Especialmente clínicas e hospitais que estão, por assim dizer, lá na ponta, lidando com a saúde humana de maneira bem direta, devem ser protagonistas neste novo cenário de uma gestão mais sustentável dos negócios.

É justamente o que propõe a reflexão contida neste capítulo: como fazer com que a gestão de uma clínica e ou hospital seja cada vez mais sustentável? Pois bem, o primeiro passo é a ética, fundamento de toda esta concepção de maior sustentabilidade dos negócios privados. Por isso começamos falando de ética, depois passamos para o pilar social e finalizamos com a questão ambiental.

### Ética: Eis a questão!

Wiesel, aclamado escritor judeu e ganhador do prêmio Nobel da Paz, fez uma afirmação digna de ser conservada em nossa memória: *“Não há suficientes respostas literárias, psicológicas ou históricas para a tragédia humana, há apenas respostas morais”*, Marchionni (2008)<sup>5</sup>. Egresso de Auschwitz onde encontrou o mal numa de suas mais puras traduções, não satisfeito com as razões meramente psicológicas, sociais e econômicas oferecidas por pensadores como Freud, Rousseau e Marx para as desgraças que causamos, acrescenta à essas explicações uma que lhes é anterior. Na visão deste sobrevivente do terror nazista, esse e outros períodos sombrios da nossa história, são desdobramentos da ausência de uma consciência mínima de moralidade e de valores éticos. Ao apontar a ausência de ética como a causa dos nossos males mais profundos, Wiesel coloca-a no centro do debate, contrariando assim o senso comum que tende a considerá-la como um aspecto menor. Elevada a este patamar de importância, deve ela permear todas as dimensões da nossa existência, ficando dentro de sua esfera tudo aquilo que interessa a vida humana.

A prevalecer esta lógica, como falar de saúde no Brasil sem refletir também e principalmente sobre ética? Como pensar sobre gestão de instituições de saúde, sem incluir a ética como uma das suas mais importantes dimensões? Aqui reside a razão de ser deste capítulo: evidenciar as indissolúveis ligações, as mútuas interpelações e implicações existentes entre estas que são duas das mais fundamentais áreas da nossa vida. Para tanto, inicialmente definiremos o que é ética, depois mostraremos que a ética na saúde é um resultado da saúde ética dos profissionais, instituições e negócios feitos neste contexto, finalmente

mostraremos como a ética e a responsabilidade social são diferenciais estratégicos na gestão de clínicas e hospitais.

### Ética: uma possível conceituação

A ética nasceu a partir da filosofia grega quando seus mais célebres pensadores empreenderam uma jornada racional em busca de resposta para uma questão central: *como devemos nós viver?* Ferry (21010)<sup>6</sup>. A reflexão filosófica decorrente deste questionamento, gerou uma “ciência” do viver, uma instrução tutelada pela razão sobre como devemos agir para se alcançar uma vida boa, bela e justa. Definiu-se um conjunto de valores, parâmetros e comportamentos através dos quais o bom, o belo e justo seriam atingidos como estilo de vida. Ética é este conjunto de valores através dos quais o comportamento, os parâmetros pessoais e sociais devem acontecer. Em linguagem mais coloquial, trata-se de um banco de dados composto por valores bons e justos, aos quais toda a existência humana e as sociedades deveriam submeterem-se a fim de viverem bem.

Embora etimologicamente os termos ética (do grego *ethos*, costumes) e moral (do latim *mores*, hábitos) tenham significados quase sinônimos Maingueneau (2008)<sup>7</sup>, há diferenças sutis nem sempre percebidas. Como muito bem ponderou Cortina (2003)<sup>8</sup>: *“Ética e moral distinguem-se simplesmente no sentido de que, enquanto a moral faz parte da vida cotidiana das sociedades e dos indivíduos, e não foi inventada pelos filósofos, a ética é um saber filosófico.”* Em busca de maior clareza, podemos ainda dizer que a moral se refere a normas de condutas vigentes geradas por uma sociedade, enquanto a ética resulta do exercício da razão crítica. A regra moral vem de fora do indivíduo, herdada intuitivamente de uma determinada cultura, com forte tonalidade emocional, de aplicação mais local e temporal; o valor ético nasce de uma reflexão interior, racional, mais aplicável universalmente, pois trata-se de uma metamoral, uma visão que se situa além da moral, uma teoria racional sobre o bem e o mal, os valores e juízos.

A ética tem como preocupação central discernir o certo e o errado, o bem e o mal, o justo e o injusto. Esta, como se supõe, não é uma tarefa simples. Discernir eticamente uma determinada situação envolve muita dificuldade. Não é sem razão que surgiram ao longo da história diferentes teorias e modelos éticos conflitantes, Russ (1999)<sup>9</sup>. Este grau de dificuldade aumenta ainda mais dentro de alguns setores específicos da nossa sociedade.

Nesses, encontram-se alojadas questões de especial complexidade, pois a dimensão ética se choca com aspectos legais, sociais, pessoais etc. A saúde, seja pública ou privada, é, sem dúvida, um desses setores nos quais, por assim dizer, exige-se um corte cirúrgico de altíssima precisão ética a fim de que se discirna o certo do errado.

Tome-se à exemplo o caso da anencefalia, uma má-formação incompatível com a vida, em que o feto não tem cérebro, ou em linguagem mais técnica, uma ausência total ou parcial do encéfalo e da calota craniana, Smith (1982)<sup>10</sup>. Curiosamente o Brasil é o quarto país do mundo em prevalência de anencefalia, segundo dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde em 2003. Em cada dez mil gestações no país, cerca de nove são de fetos anencéfalos, *“uma taxa mais de cinquenta vezes maior que a observada em países como a França, Bélgica ou Áustria.”*, Medeiros (2004)<sup>11</sup>. Atualmente com o avanço da tecnologia, a maior parte dos casos de anencefalia são detectadas durante a gravidez, é precisamente *“esta possibilidade de diagnosticar a presença de doenças incuráveis...num feto que coloca casais e os profissionais da saúde diante do dilema de manter ou de interromper uma gravidez.”*, Brandt (2007).<sup>12</sup>

Dois casos são paradigmáticos quanto a nos revelar a complexidade do discernimento ético nesta questão:

- (a) Em novembro de 2003, uma ecografia atestou que o feto de Gabriela Cordeiro era anencefálico. Por viver no Brasil, um dos poucos países do mundo no qual a legislação ainda proíbe a interrupção da gravidez em casos dessa natureza, Gabriela durante quatro meses lutou na justiça pelo direito de antecipar o parto e assim interromper a gravidez. A justiça oscilava entre a negação e autorização. Quando seu pleito chegou ao Supremo Tribunal Federal e os ministros se preparavam para julgá-lo, Maria Vida, seu bebê que resistiu apenas sete minutos depois do parto, já havia morrido. Tanto Gabriela como Maria Vida, trouxeram à tona com sua história, o fato de que desde 1999 mais de 3.000 mulheres já tinham conseguido autorização judicial para a interrupção da gestação depois de comprovado o diagnóstico de doença incompatível com a vida nos seus fetos, Ruibal (2020)<sup>13</sup>. Não sabemos quantos pedidos foram negados.

(b) Theresa Ann Camp Pearson, conhecida publicamente como Bebê Teresa, foi uma criança com anencefalia nascida na Flórida em 1992, Chartrand (1999)<sup>14</sup>. Os bebês anencéfalos são comumente chamados de bebês sem cérebro, o que nos dá apenas uma ideia parcial do problema. Partes importantes do encéfalo - cérebro e cerebelo - estão ausentes, bem como o topo do crânio. Entretanto, esses bebês têm o tronco cerebral e por isso as funções autônomas de respiração e batimentos cardíacos são possíveis. Esse caso teria passado despercebido, não fosse o pedido pouco comum feito pelos pais à corte daquele estado americano. Diante da curta perspectiva de existência de Theresa, que mesmo se sobrevivesse nunca teria uma vida consciente, eles pediram permissão legal para oferecer os órgãos do seu bebê para transplante. Refletiram que ao doar seus rins, fígado, coração, pulmões e olhos estariam ajudando outras crianças. Os médicos que convivem com a fatalidade de ver nascerem a cada ano uma quantidade significativa de crianças sofrendo por não terem órgãos disponíveis para transplante, acharam uma boa ideia. A boa intenção dos pais esbarrou na questão legal. Os órgãos não puderam ser retirados, pois a legislação daquele estado apenas permite a remoção deles quando o doador for declarado oficialmente morto, Becker (2004)<sup>15</sup>. Nove dias depois a bebê morreu! Já era tarde para as outras crianças, os órgãos estavam em estado de excessiva deterioração.

Todas as partes envolvidas em experiências desta natureza buscam decidir pelo que é mais correto eticamente. A dificuldade de julgar acontece pela variedade de ângulos pelos quais se possam analisar questões como essas e uma vez que se muda a vista de um ponto, necessariamente muda-se também o ponto de vista. Estão implicados o direito das mães, o bem-estar do feto, o dever dos médicos, o papel do estado... Ao tentar buscar qual é a melhor decisão ética, defrontamo-nos com um feixe de perguntas reveladoras da complexidade deste cenário: não tem o casal e mais especificamente a mulher o direito de interromper, sem a necessidade da intervenção estatal, a gravidez neste tipo de situação? Tem o estado o direito de interferir na vida de um indivíduo, cercandolhe a prerrogativa de escolher? Se um feto for, ainda que com uma doença incompatível com a vida, considerado um ser humano vivo, a interrupção desta gestação não se constituiria em uma transgressão digna do arbítrio dos poderes constituídos? O médico, que segundo os códigos mais antigos reguladores de sua profissão, tem como o primeiro dever a beneficência, e no que respeita o tratamento das doenças, deve sempre prevalecer o princípio hipocrático de “ajudar ou, ao menos, não causar dano”, ao defender a interrupção da gestação nesses casos, estaria cumprindo sua obrigação? A doação de órgãos de bebês anencéfalos não estaria ajudando

tantas outras crianças? O que vale mais: um bebê condenado a um curto viver e mesmo assim totalmente incompatível com a realidade extrauterina, ou a salvação de crianças que poderiam ter asseguradas a longevidade e a qualidade de sua existência se recebessem um transplante de órgãos? A vida possui em si um valor intrínseco que qualquer interrupção dela, ainda que por motivos nobres e consequências boas, seria uma violação à qual nenhum ser humano tem direito?

Este conjunto de interrogações e pontos de vista, evidenciam com máxima clareza a difícil relação entre ética e saúde. A dificuldade do discernimento e do comportamento ético, é em si mesma um convite a colocar este tema como um dos mais importantes na formação e atuação de todos os atores que labutam no âmbito da saúde pública e privada no Brasil.

### Ética na saúde depende da saúde ética

As palavras saúde e ética se usadas teoricamente podem apenas representar termos vazios inseridos dentro de discursos puramente etéreos. Quando nós as pensamos praticamente e as colocamos dentro da realidade brasileira, o termo saúde assume o rosto concreto de um número de pacientes desrespeitados em seu inalienável direito de receber ajuda para minorar seus males, mas se veem vítimas de uma equação social que os deixa dependentes de um sistema público comprovadamente pouco confiável; sim, a palavra saúde tem o matiz da nem sempre harmônica (porque não dizer muito conflituosa) relação entre os profissionais de saúde e seus empregadores, sejam eles públicos ou privados, submetidos a uma carga de trabalho muitas vezes ultrajante comprometedora até da qualidade do serviço prestado e consequentemente da condição de fazer as melhores escolhas; por outro lado, gestores tendo de lidar com profissionais incapazes de lembrar a importância do seu trabalho assumindo uma postura relapsa, e em alguns casos, flagrantemente antiética; por sua vez, a palavra ética quando deixa de ser uma peça de retórica, na prática cotidiana da saúde, se materializa no desafio dos gestores entre prestar o melhor, o mais digno serviço aos pacientes e por questões de lucratividade fazer as mais variadas manobras para fechar as contas; ética traduz-se, a depender de onde se exerce a prestação de serviço, por se decidir quem vai viver e ter que lidar com as razões e os corolários dessa escolha.

Tendo por base este cotidiano prático no qual as palavras ganham real concretude, afirmarmos somente ser possível ter ética na saúde como consequência direta da saúde ética de todos os envolvidos neste setor, seja público ou privado. Incrementar a saúde ética, é, pois, o caminho mais seguro para se ter ainda mais a tão desejada ética na saúde. Apresentar propostas detalhadas neste sentido, vai muito além do espaço e do escopo deste capítulo. Entretanto, ainda que brevemente, sugerimos como rota de ação a pedagogia dos círculos concêntricos. A sábia natureza nos revela como um lago é afetado a partir de uma pequena pedra causadora de um círculo que se amplia em outros maiores até remexer toda a extensão de suas águas. Nesta pedagogia, começa-se a partir de um núcleo estratégico que naturalmente irá afetar o todo. O núcleo estratégico da saúde para o qual devemos sempre buscar a excelência da decisão ética está composto hoje no Brasil de dois principais atores: os médicos e os gestores. Ambos têm em comum o fato de terem poder, ainda que em níveis diferentes, para tomar decisões capazes de afetar por extensão um número significativo de pessoas. Em certo sentido, são os principais responsáveis pela formação da cultura nos ambientes nos quais atuam. Não somente, mas principalmente eles são, para retornar a metáfora anterior, a pedra jogada no lago capaz de remexer qualitativamente suas águas.

Quanto ao médico, uma das propostas mais óbvias e necessárias vai de encontro a que se corrija urgentemente uma lacuna na sua formação. Em excelente livro, o Dr<sup>o</sup> Sérgio Rego, da Fiocruz, volta os olhos para esta questão. Após pesquisar diversas faculdades de Medicina conclui que as instituições não dedicam o devido tempo de formação ética aos alunos, justamente porque, comumente o departamento de ética não é muito atuante como os outros departamentos com mais recursos, inclusive financeiros, se comparados, por exemplo, com as cadeiras de especialização, Rego (2005)<sup>16</sup>. Consequentemente, numa fase estratégica da formação desse profissional, uma vertente das mais importantes no exercício de sua profissão tem reduzida importância. Fruto dessa lacuna, os profissionais desenvolvem uma frágil “consciência ética” que muitas vezes significa apenas ter bom senso nas tomadas de decisões, quando deveriam estar melhor preparados para fazerem juízos mais críticos capazes de dar qualidade a escolha; outros acham, refletindo uma lógica já superada, que quanto melhor tecnicamente exercem suas intervenções, tanto mais éticos serão. Sem dúvida, conhecimento, perícia, habilidade técnica são elementos essenciais para se adquirir níveis de excelência e quando atingidos fazem o médico cumprir em parte o seu dever ético. Todavia, suas ações não se reduzem somente a técnica, estão contidas nelas outras dimensões.

Talvez uma das razões a explicar o lugar de coadjuvante menor que a ética tem na formação dos profissionais de saúde, é equivocadamente transformá-la em uma questão de foro íntimo, deixando ao indivíduo o poder da decisão. Fazer isso é esquecer que ela, como já apontado aqui, nasce da mais rigorosa reflexão e do estudo filosófico, podendo ser, em certo sentido, considerada uma “ciência” que exige no seu ensino e aprendizagem forte preparo intelectual. É isso que nos diz Ronald Carson, comentando artigo de Paul Ramsey: *“Há 30 anos, Paul Ramsey registrou algumas ideias provocadoras a propósito das ciências humanas no currículo médico. “A menos que tornemos a educação médica mais literária, a ética não encontrará lugar adequado na mesma. A ética é uma pesquisa intelectual, portanto, sua educação na medicina deve ser primordialmente letrada”, disse Ramsey. Ser literato significa ter habilidades para comunicar-se numa determinada linguagem - neste caso, a da moralidade. Tal capacidade de aprendizado, conforme Ramsey, é requisito mínimo da educação médica. E ele vai adiante: “mais literária” refere-se a algo além, implicando ser versado em ampla escala de experiência moral.”*, Arruda (2006).<sup>17</sup>

Em que pesem as excelentes reflexões e propostas que existem com relação ao ensino da ética para os profissionais de saúde<sup>a</sup>, obviamente a formação de uma consciência e comportamento ético do médico não dependem apenas de seu processo de educação formal. Há que se ter uma inteligência e uma dignidade que o próprio exercício de uma profissão de propósitos tão humanitários naturalmente oferece àqueles cujo senso de vocação os torna sensíveis ao seu papel na vida das pessoas. Aqui reside um ponto de especial atenção. Quem é o profissional de saúde? Que privilégios sua formação lhe dá que implica em fortes responsabilidades para com os seus pacientes? O que fazer para lidar com o natural deslumbramento advindo do poder de ter conhecimentos tão importantes para a preservação de uma vida? Uma resposta significativa a esta perguntas, nos é dada, por Maria Tereza Morano (2003)<sup>18</sup>: *“é sempre importante mencionar que os profissionais de saúde, utilizam um conjunto de conhecimentos que constitui patrimônio cultural da humanidade, não pertence a eles como agentes do saber acumulado, a eles pertence à perícia, a maior ou menor habilidade (arte) na execução das técnicas e conhecimentos adquiridos. Esse conjunto decorre, como é direito supor, do saber acumulado pela observação no próprio homem, transmitido pelas escolas públicas em grande maioria (mas não apenas por elas) ou sob treinamento em hospitais públicos ou*



*instituições pelo poder público, portanto sob custódia social. Daí se entende que a atenção à saúde voltada para a sociedade, em geral, constitui procedimento de alto propósito humanitário e deve ser vista como um ato de respeito à coisa pública e uma forma de devolver à sociedade aquilo que lhe pertence por origem e vocação histórica. Assim, contradiz-se a raivosa arrogância dos profissionais de saúde como proprietários do saber e detentores absolutos do conhecimento sobre a vida e a morte.”*

Como notado acima, não só o médico é um ator ético de vital importância no cenário discutido até aqui, mas também os gestores. Estes são responsáveis quase diretos pela cultura organizacional dos estabelecimentos de saúde sobre os quais exercem sua liderança. Por suas mãos passam decisões que demandam posicionamentos éticos fundamentais. Não somente do médico deve se exigir sólida formação e comportamento ético, mas também e principalmente dos gestores. São estes que garantirão um ambiente organizacional seguro para que aqueles exerçam sua profissão dentro de uma cultura organizacional na qual a ética é valorizada.

Não importa a natureza de um negócio, um gestor está posto na posição de liderança para cumprir a primordial tarefa de gerar lucro. Uma clínica, hospital, laboratório de análises clínicas, uma seguradora e operadora de saúde etc., são empresas que não podem se furtar a lógica do mercado e do capital na qual estão inseridas. Neste caso, é evidente a mudança de paradigma quando um estabelecimento de saúde deixa de ser um bem de serviço prestado pelo estado em retorno aos impostos pagos pela população e um negócio que tem como um dos seus principais interesses, senão o principal, o de gerar lucro para seus acionistas e proprietários. A lucratividade como consequência da boa gestão e prestação de serviço é uma legítima recompensa de um negócio de saúde do setor privado. O lucro é o bônus, o ônus está em que tais estabelecimentos estão sujeitos aos mesmíssimos desafios de mercado que qualquer outra empresa. Ter de lidar com uma acirrada concorrência é um bom exemplo desta realidade. Já é lugar comum em nosso saber, que nossa saúde ética fica debilitada quando se trata de agir corretamente com a concorrência. Muitas vezes, sob a pressão tão comum das “leis” mercadológicas, gestores da área de saúde adotam métodos e soluções questionáveis do ponto de vista ético. Mas afinal, pensam e justificam: isto é um negócio e temos que fazê-lo lucrativo!

A fragilidade do sistema de saúde público brasileiro tem aberto cada vez mais espaço para o florescimento de negócios privados nesta área, consequentemente o número de gestores lidando com este tipo de prestação de serviço aumenta na mesma proporção. Caso ilustrativo são os planos de saúde complementar ou privados adotados por maioria absoluta da faixa populacional financeiramente capaz de arcar com seus custos. Já na década de 80, havia cerca de 15 milhões de segurados de planos de saúde particulares, registrados pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), bem como pela Federação das Cooperativas Médicas (UNIMED). As grandes seguradoras e operadoras assumiram com voracidade este mercado o que deu a elas uma situação de hegemonia nos muitos fluxos de negócios existentes dentro dele. Tanto os médicos que já no início da década de 90 registravam uma enorme dependência das operadoras de planos de saúde para manter suas atividades em consultório, como outras empresas prestadoras de serviço de saúde, os laboratórios de análise clínica, por exemplo, vendo escassear os seus clientes particulares e juntamente com o desgaste de relacionamento comercial com a esfera pública, não tiveram dúvida em se associar as seguradoras e operadoras, criando uma rede poderosa.

Um interessante caso de estudo desta questão nos é relatado na revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Santos (2011)<sup>19</sup>. Resguardando nomes e identidades, as autoras do artigo, assim descrevem a situação:

*“Em uma determinada cidade do Brasil ocorreu uma disputa de mercado muito acirrada no âmbito das análises clínicas. Um determinado laboratório “A” (LAB-A), detentor de aproximadamente 70% do mercado na região adotou uma postura bastante aguerrida na disputa mercadológica, propondo ao maior plano de saúde daquela área uma parceria. Nesse acordo bilateral, o LAB-A passaria uma parcela de suas ações ao plano, tornando-se então um prestador de serviço próprio dele, o que os isentaria de uma possível caracterização de monopólio perante a lei. O resultado do acordo entre as empresas foi firmado com a criação de uma terceira empresa, na qual os sócios participariam com ações iguais. A partir de então o LAB-A/plano tornou-se o único prestador de serviços no âmbito de análises clínicas para o citado plano, que por sua vez receberia grandes descontos nos preços dos exames solicitados. Concretizada essa parceria todos os outros laboratórios de*

*análises clínicas foram descredenciados a atender os usuários do plano. Um segundo laboratório, LAB-B, concorrente mais próximo do LAB-A, responsável por aproximadamente 20% dos atendimentos do referido plano de saúde, com o estabelecimento dessa parceria sofreu grande impacto, perdendo nesse momento 50% da sua demanda e 40% do seu faturamento.*

*Diante desse quadro, o gestor do LAB-B convocou uma reunião com os gestores de outros laboratórios também prejudicados por essa medida, a fim de discutirem possíveis alternativas. Houve a reunião, mas não chegaram a um denominador comum, nem tampouco ficou estabelecida comissão para representá-los frente a possível reunião com o gestor do plano. Diante do impasse, o gestor do LAB-B reuniu-se com o diretor do plano, a fim de expor as suas dificuldades, inclusive por recentemente ter investido na certificação do seu laboratório por um órgão internacional e estar precisando de um tempo para restabelecer seu equilíbrio financeiro, bem como os problemas sociais em relação aos seus funcionários e, também, a necessidade de prestar serviço à comunidade na qual faz parte. Diante do exposto, o plano de saúde concedeu mais três meses de atendimento a todos os laboratórios descredenciados.*

*Temendo represálias dos seus usuários, pela falta de opções de escolha, o plano permitiu que alguns laboratórios de pequeno porte atendessem, todavia excluiu os laboratórios mais estruturados, inclusive o LAB-B. Em meio aos acontecimentos o diretor do LAB-B viu-se em sérias dificuldades, devido à subutilização dos seus serviços pela perda do referido plano. Esse laboratório caracterizado como de médio porte na cidade com 15 anos de funcionamento possuía 22 funcionários.*

*Nesse momento, entra em questão, a responsabilidade social da empresa e o dilema de como manter-se no mercado de forma viável, sem demitir colaboradores e diminuir seu compromisso com a qualidade dos serviços prestados. Após refletir, o gestor do LAB-B não enxergou no momento outra alternativa senão cortar custos e começou a demitir funcionários. Durante certo tempo esse laboratório sofreu grave crise com problemas de ordem*

*financeira decorrentes da associação do seu concorrente com sua maior fonte de renda. Para não sucumbir de vez, o gestor do LAB-B resolveu propor sociedade a um grande grupo médico da cidade, onde nesse acordo venderia parte de suas ações a ele e a partir de então, ganharia o direito de atender os usuários do plano acima citado, já que o gestor do grupo médico era um dos conselheiros do plano, que no seu estatuto interno impedia o descredenciamento de conselheiros. Com essa sociedade, o LAB-B, passa então a atender os usuários do plano, encontrando assim uma alternativa viável de sobrevivência diante de um cenário adverso.”*

Existem algumas maneiras de olharmos este relato. Uma delas é do ponto de vista da gestão puramente focada no lucro. Por essa via, quem sabe alguns até admirariam a inventividade de um grupo de gestores para conseguir criar e manter um monopólio sob uma fachada legal, cujo domínio de mercado aniquilaria qualquer chance de concorrência. Todavia, se enxergarmos por um outro ângulo, buscando julgar a integridade ética da ação dos gestores, a sua atitude depredatória de um setor, tornando-se únicos beneficiários daquele quinhão mercadológico, mas conspirando contra a sustentabilidade de outros *stakeholders* através de uma manobra jurídica capaz de conferir legitimidade, porém incapaz de limpar a mancha de uma ação contrária a ética; se lançarmos este olhar, seriam tais gestores dignos da nossa admiração? Se tais atitudes terminam por ser bem recompensadas e até mesmo enaltecidas como paradigma a ser seguido, o que acontecerá com este setor? Analisado apenas o aspecto da lucratividade, não estaríamos diante de uma cena de sucesso na qual a inteligência gerencial deu provas de sua enorme competência? Entretanto, se julgado o mesmo caso em busca do bom e do justo, não estaríamos diante de um fracasso cujos imprevisíveis desdobramentos poderiam ameaçar inclusive a própria sustentabilidade do negócio a médio e longo prazo?

Todas essas perguntas supra citadas quando tomadas realmente a sério, nos introduzirão a um passo mais adiante na reflexão proposta até aqui: levando em consideração que diferentemente de outros setores, os usuários do serviço de saúde quando vitimados por uma gestão não ética sofrem o dano na própria “carne”, que um paciente insatisfeito neste caso é mais do que um “cliente” infeliz, mas uma pessoa lesada em seu direito fundamental, não seria a ética e consequentemente a responsabilidade social um enorme diferencial na gestão de instituições de saúde em geral e em particular de clínicas e hospitais?

## A ética e responsabilidade social como diferenciais estratégicos na gestão de clínicas hospitalares e indústrias da saúde

Dizer que ética e responsabilidade social podem se tornar aspectos estratégicos na gestão de clínicas e hospitais e indústrias da saúde, pode parecer, à primeira vista, uma afirmação puramente ingênua e carente de fundamentação. Afinal, a parcela da população brasileira capaz de arcar com os custos da saúde privada, quando se vê na condição de paciente, decide primariamente a partir de um critério técnico-econômico. Técnico, por que tudo quanto um paciente deseja é ter a segurança de estar sendo cuidado pelos mais bem preparados profissionais em termos de conhecimento e atualização, bem como em instituições que ostentam equipamentos de última geração com garantida e adequada manutenção, qualidade da hotelaria etc. Econômico, porque são exatamente determinadas categorias de planos de saúde, ou larga renda pessoal, que se garante acesso aos melhores tecnicamente. Aos trinta e seis anos de idade um professor foi vítima de um infarto do miocárdio e prestes a sofrer uma cirurgia de revascularização, a família optou por conhecida equipe médica, cuja competência a colocava no “*ranking*” das melhores. Operou-se ali o mais elementar raciocínio: na iminência de uma enfermidade deve-se buscar os melhores médicos juntamente com as melhores clínicas e hospitais.

Diante deste arrazoado, não seria óbvio concluir que pacientes não contabilizam a ética e responsabilidade social como sendo um fator de decisão? Como então, neste contexto, podemos considerar estes dois aspectos como estratégicos para a gestão de uma clínica ou hospital? Ou por palavras mais cruas: se ética e responsabilidade social não são necessariamente variáveis importantes na equação do lucro, como considerá-las importantes na gestão?

Quando examinamos três casos de hospitais no Brasil, fica evidente que seus gestores se fizeram as perguntas acima e concluíram, contrariando uma certa expectativa, que estes são sim aspectos imprescindíveis de sua gestão. Todos primaram por estampar nos seus web sites, que como se sabe hoje, tornou-se o cartão de visita por excelência de uma instituição, aquilo que realizam no campo da ética e responsabilidade social.

Estas três instituições em questão foram certificadas pela Joint Commission International Accreditation<sup>20</sup>. Sendo uma divisão internacional da Joint Commission Resources, a JCI trabalha com instituições de saúde, ministérios da saúde e organizações globais em mais de 80 países desde 1994. Desenvolveu esta certificação visando a melhoria da qualidade da assistência e da segurança do cuidado ao paciente, através do fornecimento de serviços fruto de soluções práticas e sustentáveis.

O Hospital Copa D'or no Rio de Janeiro, pertencente ao grupo Lab's D'or, faz uma interessante relação entre ética e responsabilidade social, vendo esta como uma natural resultante daquela. Nota-se, pelo menos no âmbito do planejamento, a preocupação de fazer da ética um elemento essencial da gestão pois *“o código de ética representa o interesse e responsabilidade em promover valores considerados essenciais. Ele é um instrumento de reafirmação das intenções e base das práticas institucionais, onde a relação com o cliente interno e externo é a principal fonte de motivação”*<sup>21</sup>. Seis valores fundamentais orientam o trabalho de todos a fim de atingir a missão da instituição: humanização, credibilidade, respeito, desenvolvimento, competência e integridade. Neste espírito, afirma que como resultante da evolução e amadurecimento da prática do Código de Ética do Hospital Copa D'Or, as ações de Responsabilidade Social passaram a fazer parte do cotidiano de quem atua na instituição.

Outro exemplo interessante vem do Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo. O tópico da responsabilidade social aparece no mesmo “naipe” que outros importantes aspectos da instituição. São descritas algumas ações nesta área das quais citamos três: o Albert Einstein assumiu a gestão do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch inaugurado em 2008 e localizado no Jardim Ângela, zona sul da cidade de São Paulo, sendo o único hospital num raio de 7 km, atendendo uma população aproximada de 600.000 habitantes; o programa de transplante feitos em parceria com o SUS, resultando em 230 destes procedimentos somente no ano de 2009 e ainda, o programa de prevenção em saúde feito na comunidade de Paraisópolis via um ambulatório e um centro de promoção e atenção à saúde<sup>22</sup>.

Um terceiro caso ainda mais notável é do Hospital Moinhos de Vento em Porto Alegre<sup>23</sup> que colocou em seu portfólio virtual a questão da responsabilidade social como um dos destaques da gestão. Indo além dos outros, o hospital porto-alegrense, não apenas

descreve suas ações nesta área, mas disponibiliza seu balanço social<sup>b</sup>, incluindo ainda os projetos ambientais sob o “guarda-chuva” da responsabilidade social, revelando assim estar afinando com o estágio mais avançado deste conceito<sup>c</sup>.

Sabemos que a responsabilidade social é um termo muito ambíguo e tem recebido várias definições, Ashley (2001)<sup>24</sup>. Mas à luz dos casos aqui citados, sugerimos entender este conceito, no contexto específico tratado neste texto, como sendo uma postura assumida por uma clínica ou hospital de integrar em sua gestão ações capazes de beneficiar outros públicos além dos seus pacientes e colaboradores. É uma extensão de suas atividades visando intervir socialmente na vida e realidade de pessoas que por suas posses naturais não teriam acesso a elas. Ao fazerem isto, os gestores justamente ganham benefícios indiretos, mas nos revelam como este aspecto não pode ser mais desprezado por este tipo de organização no Brasil.

Buscando ir ainda além do que nos revelam os exemplos citados sobre quão estratégica é a ética na gestão, devemos ainda lembrar que esta dimensão da relação paciente - médico - clínica ou hospital não é consciente ou fácil de se explicitar. Raramente na condição de paciente se faz uma pergunta do tipo: *vocês aqui são realmente éticos?* Entretanto, a conduta ética é uma premissa implícita nesta relação, posto que, não se espera desses profissionais e estabelecimentos, por exemplo, que submetam pacientes a exames desnecessários ou que os retenham em unidades de terapia intensiva somente para ganhar um pouco mais de dinheiro do plano responsável pela cobertura dos procedimentos. Quando se vive a experiência de uma ressonância magnética, espera-se implicitamente que o aparelho diagnóstico esteja com sua manutenção absolutamente em dia, pois caso contrário, o resultado do exame estaria drasticamente comprometido acarretando imprevisíveis consequências posteriores. Mas se por um momento imaginarmos que venha a conhecimento público uma conduta não ética de uma determinada clínica ou hospital, não é difícil supor como isso causaria um impacto negativo na receita, afinal quem de posse de tal informação confiaria a si mesmo ou seus queridos aos cuidados de tal estabelecimento? O raciocínio é elementar demais não carecendo de maior aprofundamento: é óbvia a constatação de que conquanto o critério ético não seja a variável explícita, uma gestão ética na saúde é uma exigência implícita, uma imposição, não só da consciência pessoal de médicos e gestores, como também de mercado. Se uma transgressão ética, quando descoberta é capaz de abalar profundamente a confiança dos pacientes-clientes podendo

causar prejuízos financeiros até mesmo irreversíveis, como não considerar a ética um aspecto estratégico na gestão de instituições prestadora de serviço em saúde que tem no lucro um dos seus objetivos?

Frédéric Bastiat, economista liberal Francês, do século XIX, fazendo uma diferenciação entre um bom e um mau economista diz que *“na esfera econômica, um ato, um hábito, uma instituição, uma lei não geram somente um efeito, mas uma série de efeitos. Entre esses, só o primeiro é imediato. Manifesta-se simultaneamente com sua causa. É visível. Os outros só aparecem depois e não são visíveis. Podemos nos dar por felizes se conseguirmos prevê-los(...) Entre um bom e um mau economista existe uma diferença: o último se detém no efeito que se vê; o primeiro leva em conta tanto o efeito que se vê quanto aqueles que se devem prever”*. Parafraseando o brilhante Bastiat, pode-se dizer que a diferença entre a boa e a má gestão na área da saúde é aquela capaz de se deter nos efeitos visíveis de suas ações e posturas, bem como nas invisíveis, aquelas implícitas como a ética, mas com enorme poder de repercussão em todos aqueles que direta ou indiretamente são afetados por ela.

### A responsabilidade ambiental

Junta-se ao lucro ético e a responsabilidade social, o terceiro pilar deste tripé de uma gestão sustentável: a responsabilidade ambiental.

Cumprir com sua responsabilidade para com o meio ambiente é o óbvio exigido na gestão de uma clínica, hospital, laboratório, indústria da saúde. O rigoroso cumprimento da legislação ambiental, embora algo elementar, já traz consigo enormes benefícios para o negócio em si e para toda sociedade. Adequar suas atividades ao que rege a lei é evitar passivos que podem sair muito caro e a depender da gravidade, até mesmo inviabilizar o negócio. Por isso, assumir a responsabilidade ambiental, não é uma opção é uma obrigação.

Porém, mais do que a obediência ao que preconiza as obrigações legais, a gestão verdadeiramente sustentável na questão ambiental é aquela que busca a inovação. Inovar é também ir além do simples atendimento do aspecto legal. É buscar ações e práticas capazes de fazer com que a relação com meio ambiente seja além de respeitosa, lucrativa, Trigueiro (2005).<sup>25</sup>



Aqui estão algumas ações que gestores e gestoras podem promover e que farão toda a diferença. Senão veja:

- a. Medir o impacto de emissão de gases nocivos a atmosfera. A atividade hospitalar, do laboratório e da indústria da saúde, como qualquer outra, impacta o meio ambiente. Mensurar este impacto é o primeiro passo para geri-lo.
- b. Diminuição dos resíduos dos serviços de saúde. O resíduo é a pegada que a essencial prestação de serviço em saúde deixa. Diminuí-la é de vital importância.
- c. Buscar a eficiência energética. Fazer a transição de uma economia baseada em combustível fóssil que esgarça os recursos renováveis para uma economia verde é um desafio mundial. Contudo, dentro do universo de hospital, laboratório ou das indústrias da saúde pode-se tomar medidas práticas que possam alcançar esta eficiência do uso de energia, com claros benefícios econômicos.
- d. Construir uma criteriosa lista de fornecedores comprometidos com uma agenda ambiental cujos produtos sejam mais sustentáveis e eficientes. Clínicas, hospitais, laboratórios, operadoras verticalizadas e indústrias da saúde devem e podem fazer parte de um já existente grupo de empresas que vem adotando compras sustentáveis e assim trazendo significativo diferencial ao negócio.

## Conclusão

Como numa tela de tapeçaria qual o desenho somente se faz perceber pelas linhas mestras que costuram sua forma, este texto, tem igualmente algumas ideias-chave costuradas uma na outra para oferecer uma imagem conceitual e prática do conteúdo exposto. Vale a pena, à guisa de conclusão, retomar estas linhas. São elas:

- (a) A ética nasceu como resultado de mentes inquietas em busca de uma resposta racional para uma das mais célebres questões da nossa existência. O milenar conhecimento advindo desta jornada intelectual constitui-se numa profunda sabedoria capaz de trazer para nosso viver o bom, o justo e o belo. Portanto, nada mais impreciso com a história

deste esforço mental para produzir valores éticos, do que achar que ética é uma questão pessoal e que cada indivíduo ou sociedade deve ter a sua.

- (b) Ética e saúde são duas das mais importantes dimensões do nosso existir. Há uma profunda ligação subjetiva e objetiva entre elas. Uma saúde integral e sólida nos faz viver bio-psico-socialmente melhor. A ética é o alicerce invisível desta construção! No campo da saúde existe muitas encruzilhadas, questões de profunda complexidade para se discernir eticamente. Entrelaçam-se muitas vezes as dimensões legais, pessoais, sociais, familiares, estatais com a dimensão ética, o que dificulta nossa capacidade de encontrar neste emaranhado o mais certo e justo a fazer. Enquanto não investirmos intensamente na saúde ética dos profissionais estratégicos que atuam na saúde, não teremos ética na saúde. Médicos, equipe de saúde e gestores são, por assim dizer, “*major players*” neste cenário. Esses são intrinsecamente responsáveis pela qualidade ética das organizações prestadoras de saúde.
- (c) A gestão de uma clínica ou hospital é de particular dificuldade. Não se pode tratar estas instituições apenas como negócios, esquecendo que passam em seus leitos e corredores pessoas vivendo em profunda vulnerabilidade, carentes de uma segurança que sua enfermidade lhes rouba. Portanto, como ser gestor nesta área sem entender esta dimensão humanitária de tal instituição? Por um outro lado, estamos falando sim de um negócio, legítimo em sua busca de lucro e digno de receber as melhores técnicas de gestão a fim de que eficácia e eficiência gerem a melhor lucratividade possível aos seus acionistas. Alcançar este delicado equilíbrio é uma tarefa para um novo tipo de gestor, alguém capaz de pensar mais integralmente o negócio como sendo uma plataforma de geração de lucro e também de sustentabilidade para todos quantos estão expostos à sua influência. A ética, a responsabilidade social e ambiental são os elementos capazes de atingir este equilíbrio. Isto porque, é a consciência ética que pode ajudar a dizer não a tentação de mergulhar com voracidade no lucro, esquecendo o certo e o errado. É pela via da responsabilidade social e ambiental que essas instituições podem transferir conhecimento, abrigar pessoas e ser um ponto de encontro de um exército de voluntários a favor da vida humana e do planeta. Estes são aspectos estratégicos de uma gestão afinada com os novos tempos, que requerem que os negócios além de lucrativos sejam social e ambientalmente justos e responsáveis, criando assim uma forma de gestão, uma gestão sustentável de organizações de saúde.

## Referências Bibliográficas:

1. Stout, L. Why We Should Stop Teaching Dodge v. Ford. Virginia law and business review. 2008; 3(1): 164-76.
2. Friedman, M. The New York Times. 1970 Set 13: Section SM: 17.
3. Pinto, M. C. S. A Economia de Comunhão sob o Olhar da Teoria dos Stakeholders [dissertation's thesis]. Rio de Janeiro: PUC. 2004.
4. Elkinton, John. The triple bottom line. In: Russo, M. Environmental management: Readings and cases. Los Angeles: Sage Publications Inc.; 1997
5. Marchionni, A. Ética a arte do bem, 1ª ed, Petrópolis, Vozes: 17, 2008
6. Ferry, J.L. Aprender a Viver. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
7. Maingueneau, D. A propósito do ethos. IN: Mota, A. & Salgado, L. Ethos discursivo. São Paulo: Editora Contexto, 2010.
8. Cortina A. O fazer ético: guia para a educação moral. São Paulo: Moderna; 2003.
9. Russ, J. Pensamento ético contemporâneo. São Paulo: Paulus, 1999.
10. Smith, D.W. Recognizable Patterns of Human Malformation Saunders, Third Edition, 1982.
11. Medeiros, M. Anencefalia no Brasil: o que os dados mundiais revelam? In: Anencefalia, o pensamento brasileiro em sua pluralidade, Brasília, Anis: 15, 2004.
12. Brandt, R.A. Ética médica no novo milênio. Einstein. Educação continuada em saúde, v. 5, p. 91-92, 2007.
13. Ruibal, A. A controvérsia constitucional do aborto no Brasil: Inovação na interação entre movimento social e Supremo Tribunal Federal. Rev. Direito e Práx., 2020, 11 (02), p. 1166-1187.
14. Chartrand, Sabra. New York Times, Legal Definition of Death Is Questioned in Florida Infant Case, 1999. Disponível na internet: <http://www.nytimes.com/1992/03/29/us/legal-definition-of-death-is-questioned-in-florida-infantcase.html?pagewanted=1> (03/02/2010).
15. Becker, M. Anencéfalo: um natimorto cerebral. In: Anencefalia, o pensamento brasileiro em sua pluralidade. Brasília: Anis, 2004.

**Comentado [AA1]:** A bibliografia deve ser por ordem de aparecimento no texto iniciada com o número 1 e não em ordem alfabética

16. Rego, S. A formação ética dos médicos - saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz: 2005.
  17. Arruda Lo Re, B. Aspectos emocionais da relação auditor-auditado. Dissertação De Mestrado, Rio de Janeiro, Fundação Unimed e Universidade Gama Filho, 2006.
  18. Morano, M.T.A.P. Ensino da ética para os profissionais de saúde e efeitos sociais. In: Rev. Humanidades, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 28-32, jan./jun. 2003
  19. Santos Pinheiro, Malone; Brito, Ana Maria Guedes de; Jeraldo, Verônica de Lourdes Sierpe; Pinheiro, Kariny Souza, Aspectos éticos em uma disputa de mercado entre laboratórios clínicos e um plano de saúde: relato de caso. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (1) 2011, pp. 731-734
  20. Joint Commission International. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/>. Acesso em 03/03/2010
  21. Disponível em: <http://www.redelabsdor.com.br/copador>. Acesso em 25/02/20
  22. Disponível em: <http://www.einstein.br/responsabilidade-social/Paginas/Responsabilidade-social.aspx>: Acesso em: 25/02/2010
  23. Disponível em: [http://www.hospitalmoinhos.org.br/content/responsabilidade\\_social/apresentacao.aspx](http://www.hospitalmoinhos.org.br/content/responsabilidade_social/apresentacao.aspx): (26/02/2010)
  24. Ashley, A (coord), Ética e Responsabilidade Social nos Negócios, São Paulo, Saraiva: 2002.
  25. Trigueiro, A. Mundo Sustentável. Rio de Janeiro: Editora Globo, 2010
-