

A INTERFACE ENTRE A ÉTICA E A ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

ELMA LOURDES CAMPOS PAVONE ZOBOLI

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Departamento de
Prática em Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do grau de Mestre

Área de Concentração: Serviços de
Saúde

**ORIENTADOR: PROF. DR.
PAULO ANTONIO DE
CARVALHO FORTES**

São Paulo
2000

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura: _____

Data: _____

Para Rodolfo, com muito carinho, pois sem sua compreensão, paciência, amor e estímulo este trabalho não seria possível e não faria sentido.

A meus pais

AGRADECIMENTOS

Muito do que recebemos na vida ultrapassa o mérito, não é fruto do simples merecimento. É presente, fruto de amizade e carinho, às vezes imerecidos, e isto nos move a um profundo agradecimento:

Ao Prof. **Paulo Antonio de Carvalho Fortes** pela dedicação, disponibilidade e respeito na orientação deste trabalho e também por, como verdadeiro mestre, corporeificar suas palavras pelo exemplo.

Aos Professores **José Eduardo de Siqueira** e **Marcos Kisil** pelos preciosos aportes no processo de construção deste trabalho, não só nos momentos das bancas de qualificação e defesa, mas nas diferentes oportunidades de encontro que a vida acadêmica nos proporcionou.

Aos Professores Pe. **Leo Pessini** e Pe. **Christian de Paul de Barchifontaine** pelo desvelo com que me introduziram no campo da Bioética, abrindo um novo horizonte para minha vida.

Ao Prof. **Gabriel Oselka** pelo apoio em meus primeiros passos na Bioética.

À Profa. **Marcia Furquim de Almeida** pelo cuidado e incentivo manifestos nesta trajetória.

À Profa. **Maria Cristina S. Cassim** pela paciência e dedicação na revisão dos originais.

À Profa. **Mahal da Costa**, do Programa Regional de Bioética para a América Latina e Caribe da OPAS/OMS, por disponibilizar material de seu acervo particular para este trabalho.

Aos funcionários dos serviços de Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP, do Centro Universitário São Camilo, do Conselho Federal de Medicina e do Programa Regional de Bioética para a América Latina e Caribe da OPAS/OMS pelo imprescindível auxílio na pesquisa da documentação utilizada neste estudo.

Aos colegas da Prefeitura Municipal de Santo André, do Centro Universitário São Camilo e da Faculdade de Saúde Pública pelas manifestações de estímulo e apoio.

Um trabalho de dissertação de mestrado não é momento pontual em nossa vida, outrossim, é resultado de experiências vividas no curso do cotidiano. E é claro que, neste caminhar, os presentes recebidos são tantos que os limites impostos pelo papel e pela memória podem nos trair à hora de agradecer. Neste momento, o que nos resta, é contar com a compreensão do perdão destes amigos.

RESUMO

Zoboli ELCP. **A interface entre a ética e administração hospitalar**. São Paulo; 2000 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

O hospital, no transcurso de sua história, experimenta distintos processos de reorganização. De abrigo para pobres e viajantes transforma-se em centro de alta tecnologia para diagnóstico, tratamento e pesquisas. Isto lhe confere uma complexidade ímpar, pois mescla a nobre missão social de cuidar das pessoas com traços administrativos e econômicos comuns a outras organizações de negócios. O administrador hospitalar, que chega aos hospitais para fazer frente a esta complexidade, acaba centrando suas atividades na busca do bom funcionamento e da sobrevivência organizacionais. Ofusca-se a missão social do hospital e o administrador hospitalar parece não perceber a repercussão, muitas vezes maleficiente, de suas decisões na qualidade da atenção de saúde prestada ao paciente. Parece claro que o administrador deve trabalhar para a viabilidade econômico-financeira da instituição, no entanto o propósito primário do hospital é cuidar das pessoas e, esta especificidade, não pode ser perdida de vista. Urge uma atitude ética consonante com a vulnerabilidade das pessoas que acorrem ao hospital, pois elas conformam o fundamento, o sujeito e o fim de toda atividade sanitária. Fica patente, desta forma, a essencialidade de uma interface entre administração hospitalar e ética. É necessário enfrentar o desafio de construir uma ética própria da administração hospitalar. Uma ética que se mostre capaz, através do diálogo, da tolerância, da participação e do manejo adequado de valores, como a honestidade, a sinceridade, a integridade, a coerência pessoal, a humildade, o respeito e a justiça, de harmonizar a excelência do cuidado com a excelência da organização.

Descritores: Ética. Bioética. Administração em Saúde. Administração Hospitalar.

SUMMARY

Zoboli ELCP. **A interface entre a ética e administração hospitalar.** [The interface of and ethics and healthcare management] São Paulo (BR); 2000 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

The hospital undergoes a reorganization process in the course of its history. Of shelter for poor and travelers it becomes a high technological center for diagnosis, treatments and researches. This means that it has become a complex organization, because it mixes the noble social mission of care with general business practices. The health services manager concentrates his activities on the good operation and on the survival of the organization. The hospital social mission is forgotten and the health services manager seems not to realize that the administrative decisions have repercussions throughout the healthcare quality. Of course, a healthcare executive must to work to ensure the financial viability of the institution, however he can't forget that the primary purpose of the hospital is to care of people. It's necessary an ethical attitude compatible with the vulnerability of those served by the hospital. The person is the reason, the subject and the end of the healthcare. It's urgent an interface between healthcare administration and ethics. It's necessary to face the challenge of building an ethics to the healthcare management. An ethics that is able to harmonizing the excellence of the healthcare with the excellence of the business practices. And it must be able to do this through dialogue, tolerance, participation and proper handling of values, as honesty, integrity, personal coherence, humility, respect and justice.

Descriptors: Ethics. Bioethics. Healthcare Management.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	1
1.1. O Hospital como Empresa	12
1.2. Peculiaridades da Administração no Hospital	21
1.3. Administração Hospitalar: Trabalho Profissional	29
2 O REFERENCIAL PRINCIPALISTA	40
3 A ÉTICA NAS ORGANIZAÇÕES	58
3.1. Motivações para o Interesse em Ética Organizacional	61
3.2. Aspectos Históricos	67
3.3. Conceituação	73
3.4. Obstáculos à Ética Organizacional	78
4 ÉTICA E LIDERANÇA	83
4.1. Direção por Valores	103
5 ÉTICA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	116
5.1. <i>Managed Care</i> : um Novo Desafio	134
6 A ÉTICA CODIFICADA NA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	158
6.1. <i>ACHE</i> : o Código de 1941	165
6.2. <i>ACHE</i> : o Código de 1945	169
6.3. Brasil: o Código de 1952	174
6.4. Brasil: o Código de Ética do Administrador Hospitalar	177
6.5. Brasil: o Código de Ética Profissional do Administrador Hospitalar	184
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	193
8 REFERÊNCIAS	195
ANEXOS	
Anexo 1 – Anúncio do Jornal O Estado de São Paulo	A1
Anexo 2 – Folder I Congresso de Negócios, Economia e Ética na América Latina	A2
Anexo 3 – Normas Éticas do Administrador Hospitalar da Associação Americana de Hospitais – Código de Ética Hospitalar de 1941	A3

Anexo 4 – <i>American College of Healthcare Executives – Code of Ethics</i>	A5
Anexo 5 – Código de Ética do Administrador Hospitalar	A16
Anexo 6 – O Código de Ética do Administrador Hospitalar	A18
Anexo 7 – Código de Ética Profissional do Administrador Hospitalar	A21

1 INTRODUÇÃO

O entendimento de que a pessoa enferma necessita de abrigo e cuidados parece acompanhar a história da humanidade. As instituições sociais destinadas, nos diferentes momentos históricos, a este fim configuram-se com diversidades em suas finalidades e formas de organização, reflexo das realidades econômicas e sociais do contexto onde se inserem.

Segundo ANTUNES (1991), todas as cidades, em todas as épocas, mobilizam-se de alguma maneira para tentar dar conta desta necessidade de atenção aos doentes, sendo que os templos, conventos e mosteiros figuram entre as primeiras instituições que recebem estas pessoas, providenciando-lhes atenções especiais. As organizações especificamente médicas surgem, por motivos de ordem econômica e militar, no Império Romano.

Porém, na Idade Média ainda é vigente a convicção de que a assistência espiritual é o remédio por excelência para as doenças e outros infortúnios, fazendo com que os hospitais deste período sejam mantidos, em sua maioria, pela cristandade. Esta instituição caracteriza-se por ser um local bastante precário, de más condições higiênicas, destinado a oferecer alimento e abrigo aos pobres, viajantes e doentes sem casa. Na verdade, constituem asilos pobremente equipados que albergam a toda sorte de desprovidos e proporcionam cuidados médicos mínimos aos doentes. O trabalho, considerado como caridade ou penitência, é realizado por pessoal pouco qualificado e em pequeno número (ANTUNES 1991; RIBEIRO 1993).

Como decorrência do ensino universitário a cargo de médicos leigos e da retração, por iniciativa da própria hierarquia eclesiástica, da atuação médica das ordens monásticas, que durante muito tempo detém a sabedoria médica clássica no

Ocidente, os hospitais cristãos são paulatinamente transferidos para a alçada da administração pública municipal, geralmente como fruto de um acordo mútuo entre clérigos e munícipes. Este processo de transformação não leva à alterações imediatas no funcionamento dos hospitais, pois a secularização das instituições cristãs de assistência e os limites sucessivamente impostos à atuação médica dos religiosos não fazem com que a Igreja e suas confrarias deixem o cenário. Ao contrário, elas continuam presentes, atuando nas atividades de enfermagem, celebrando os serviços religiosos e muitas vezes, até mesmo, respondendo por tarefas e encargos administrativos (ANTUNES 1991).

Assim, durante quase toda a Idade Moderna, os hospitais mantêm seu caráter de entidade promotora de assistência social. Porém, as transformações sociais e econômicas do Renascimento os afetam, alterando sua inserção no cotidiano urbano. O êxodo rural provocado pela emergência da burguesia, além dos problemas próprios causados aos viajantes pelas péssimas condições de transporte, alimentação e abrigo, provoca o fenômeno da vadiagem, percebido como um fator de desestabilização social. O grande número de pobres, mendigos e vadios que perambula livremente pelas ruas das cidades é visto como responsável pela propagação de “males” de toda sorte, como doenças contagiosas, crimes e condutas imorais (ANTUNES 1991).

O hospital é chamado a participar da tentativa de solução deste problema social, sendo-lhe confiada a “higiene do espaço urbano, através da circunscrição da miséria e dos miseráveis”. Este novo objetivo, supostamente entendido como de interesse coletivo, sobrepõe a finalidade benemérita dos hospitais, convertendo-os em uma das principais formas institucionais de controle e disciplinamento da vida urbana, sendo possível perceber-se em seu funcionamento pontos similares aos observados nos estabelecimentos penais do mesmo período (ANTUNES 1991).

Apesar de todas estas mudanças, não é na Idade Moderna que a feição institucional do hospital adquire sua aparência contemporânea. Esta época pode ser considerada como uma fase intermediária da prefiguração de transformações que

paulatinamente, a partir do final do século XVIII, vêm a marcar o surgimento da organização hospitalar com o perfil contemporâneo (ANTUNES 1991)

O período de reorganização do hospital, quando ele passa de abrigo caridoso ou de controle social a estabelecimento médico destinado ao tratamento e recuperação dos doentes, ocorre durante os séculos XVIII e XIX. Depois de 1650, os defensores do emergente mercantilismo vêm o trabalho como um recurso chave para o crescimento das nações e, torna-se importante manter a força de trabalho sadia e no máximo de sua produtividade. As políticas populacionais desta época visam aumentar o número de habitantes como base para o poder estatal, ao desenvolvimento econômico e à força militar. É dentro deste contexto que o desejo de promover a saúde dos cidadãos inspira novos programas de saúde pública, higiene e cuidados médicos (RISSE 1995).

Ao mesmo tempo, visões mais otimistas de preservação e recuperação da saúde, elaboradas pelos pensadores do Iluminismo, sugerem que a doença pode ser evitada e controlada. Este novo cenário da realidade leva o hospital a ser visto, caso supere sua condição insalubre, como um lugar para a reabilitação física, a cura, o estudo e o ensino da medicina, iniciando-se assim a aliança da profissão médica com o hospital e a confluência do desenvolvimento de ambos, o que até então ocorria de maneira independente. O hospital passa a ser procurado como o primeiro e não o último recurso, principalmente para os militares e os trabalhadores. Durante o fim do século XVIII e início do XIX, os objetivos médicos advindos da reorientação pragmática da medicina, convertida em prática eminentemente hospitalar, redesenham o espaço e as rotinas do hospital desde a admissão à alta de um paciente, seja esta por cura, melhora ou óbito. Isto faz com que, gradualmente, o hospital vá adquirindo o perfil que o representa na contemporaneidade (RISSE 1995; ANTUNES 1991).

Graças aos avanços do conhecimento médico-sanitário e da tecnologia, o processo de medicalização da sociedade ocidental já estava bem avançado antes da II Guerra Mundial. No início do século XX, pacientes de classe média e alta, nos

Estados Unidos da América e Europa, procuram e pagam por cuidados de saúde nos hospitais. Contando com um quadro de competentes médicos e enfermeiras profissionais, equipados com laboratórios e outros meios diagnósticos disponíveis para a época, os hospitais tornam-se o destino preferido daqueles que estão doentes e precisam de cuidados clínicos ou cirúrgicos. A nova demanda por cuidado que chega ao hospital, incentivada pelo processo de industrialização e urbanização, logo é expandida para incluir as necessidades de cuidados no parto e para as crianças (RISSE 1995).

O novo panorama de patologias de causas externas e violentas, como as doenças ocupacionais e os acidentes, consequência do processo de industrialização e adensamento urbano, também contribui para esta socialização do uso do hospital. Com o advento da indústria de quimioterápicos e de equipamentos, em meados do século XX, o hospital assume as características e as finalidades próprias do hospital contemporâneo (RIBEIRO 1993).

Portanto, a transformação fundamental do hospital situa-se justamente nesta passagem de uma função social de controle de desvios e de proteção à sociedade para uma função técnica de assistência, sustentada na dinâmica da pesquisa e inovação. Ou seja, na passagem de um sistema “repressivo” a uma “indústria de ponta”, com todas as consequências, sobretudo organizacionais e econômicas, que pode trazer este fenômeno (LÉVY e col. 1981).

O hospital então, com a crescente incorporação tecnológica, passa a ser uma instituição de serviços com alta função social e características técnicas, administrativas e econômicas gerais similares a de outras organizações de negócios e, como tal, necessita da direção de pessoas qualificadas para sua administração. Inicialmente, e durante anos, elas emergem da medicina ou enfermagem, no entanto, à medida em que o hospital se torna mais complexo e, ainda que de maneira imperfeita, insere-se no mercado, a tendência passa a ser a de se formar profissionais especificamente para a administração hospitalar. Em 1934, nos Estados Unidos, Michel Davis dirige o primeiro curso de administração hospitalar, em nível de

mestrado, na Universidade de Chicago, na Escola de Graduação em Administração. Antes disto, em 1930, já se registra o primeiro programa em nível de especialização, na Duke University (LÉVY e col. 1981; BELLIN e WEEKS 1981; KISIL 1989).

O início do século marca o surgimento, nos Estados Unidos, da figura do superintendente ou administrador hospitalar já gozando de relativa importância no cenário hospitalar e vários são os fatores que contribuem para isto:

- a competição entre as diversas especialidades médicas criadas, fazendo com que o administrador desempenhe um papel de porta-voz da comunidade nas decisões relativas à alocação dos recursos, que são privados e canalizados pela comunidade com o propósito de manter os hospitais, em sua maioria, comunitários;

- a função de coordenar a disponibilidade e utilização das tecnologias emergentes que é assumida pelo administrador com a introdução e/ou apoio a novos serviços, como o arquivo médico e os comitês de qualidade dos serviços prestados pelo hospital;

- o apoio público que o *American College of Surgeons* confere ao administrador, em 1915, com o lançamento do movimento de padronização dos hospitais;

- o caráter constante da presença administrativa, contrapondo-se ao tempo parcial da atuação médica, o que atende melhor às necessidades dos hospitais, na sua maioria comunitários que, funcionando como organizações independentes sem afiliação a sistemas maiores, atendem à clientela específica, têm missão própria e, conseqüentemente, necessitam captar recursos, recrutar e treinar pessoal, estabelecer normas e procedimentos administrativos (KISIL 1989).

Cabe destacar, segundo assinala KISIL (1989), que há diferenças entre o surgimento da figura do administrador hospitalar, nos Estados Unidos e na América Latina, que acabam por influenciar sua futura profissionalização. No primeiro, os três

atores da vida hospitalar - o médico, a enfermeira e o administrador - entram em cena quase que concomitantemente, pois a consolidação dos hospitais enquanto instituições de tratamento e recuperação da saúde, no início do século, atrai a presença do médico para uma prática intra-hospitalar, introduz a enfermeira como um elemento essencial no apoio à prestação de serviços e cria a figura do superintendente como uma posição de tempo integral. Além disto, o aparecimento da ocupação de administrador hospitalar é acompanhado pelo surgimento de uma nova profissão, a de sanitarista, que tem em seu currículo de formação uma forte carga de temas de organização de serviços de saúde, sem que isto faça com que se considere este profissional como um administrador de serviços de saúde. Enquanto isto, na América Latina, o administrador hospitalar surge quando já estão consolidadas as profissões médica, de enfermagem e, principalmente, de sanitarista, sendo este um fator explicativo para as dificuldades futuras de institucionalização da ocupação em uma profissão (KISIL 1989).

Quanto à formação do administrador hospitalar, a América Latina, devido à diversidade de idiomas, de valores e de regimes políticos, não apresenta homogeneidade, sendo que este assunto, conforme levantamento de KISIL (1989), tem sido mais estudado no Brasil, México Colômbia e Chile ou ainda pela Organização Panamericana de Saúde (OPS), abarcando a região como um todo. As necessidades encontradas no campo da saúde pública marcam o início do ensino de conteúdos de administração que são introduzidos na formação do sanitarista, em 1929, com a criação da primeira Escola de Saúde Pública na América Latina, pertencente à universidade, hoje Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Somente em 1951 é criado o primeiro curso, em nível de especialização, para administração hospitalar, na mesma Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com o apoio financeiro da Fundação W. K. Kellog. A construção do Hospital das Clínicas de São Paulo, com 1.000 leitos, demandando a formação de administradores, não só favorece a criação deste curso, como determina várias de suas características, fazendo com que ele se dirija, primordialmente, à administração

de hospitais públicos e filantrópicos. Passados mais de 25 anos deste fato, em 1976, gradua-se a primeira turma da primeira faculdade de administração hospitalar da América do Sul, do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e Pesquisas Hospitalares. Este processo histórico determina a dicotomia administração sanitária / administração hospitalar (KISIL 1989; CHERUBIN 1996).

Portanto, é o processo de transformação pelo qual passa o hospital, de abrigo para pobres e viajantes a centro de diagnóstico e tratamento de alta tecnologia, tornando necessário mais recursos para seu financiamento e exigindo mudanças na sua organização administrativa, que requer a introdução da forma empresarial de organizar e estruturar o trabalho nos hospitais e a conseqüente incorporação de profissionais com formação ou conhecimentos em administração e economia nas suas atividades de apoio administrativo, ou mesmo na sua direção e gestão. Isto traz para o dia-a-dia da área da saúde novas preocupações, como lucro, eficiência, eficácia, qualidade e satisfação do cliente.

O papel, socialmente aceito, para o hospital é o de cuidar dos doentes, já que, apesar de todas as mudanças e transformações pelas quais passa esta instituição, seu elemento fundamental e constante é o ser humano que sofre e morre (RIBEIRO 1993). À primeira vista, os conceitos que acompanham estas novas preocupações que chegam com as modificações observadas na organização hospitalar parecem se opor a este papel social, interferindo na relação de cuidados que se estabelece entre os profissionais da área da saúde e as pessoas que sofrem.

As decisões administrativas, algumas vezes, podem estar em conflito com as dos técnicos de saúde. No entanto, hoje em dia, a relação dos profissionais de saúde com o paciente, dificilmente, ocorre fora de uma instituição, ou seja, é geralmente mediada por este complexo com características empresariais e pelos atos administrativos:

“Há no hospital contemporâneo uma linha demarcatória que coloca, de um lado, os que cuidam diretamente do enfermo e, de outro, os que dão sustentação ao que aqueles fazem. Entre os primeiros, estão os médicos, o corpo de enfermagem, o pessoal dos

serviços auxiliares de diagnósticos e terapia. Entre os segundos, o pessoal de apoio administrativo e dos serviços de infra-estrutura. Dois terços do pessoal se inclui habitualmente no primeiro agrupamento.

O segundo grupo, de apoio, chamemos assim, sem contato permanente com o doente, pode exercer suas profissões fora do setor saúde. Ele não trabalha com ou sobre o doente, o trabalha cursando no sentido de que o cuidar, que é dos outros, se faça do melhor modo possível.

Não há portanto um categoria única de trabalhadores hospitalares, mas diversas, em função das diferentes atividades desenvolvidas, quer dentro de um como do outro daqueles grupos. O primeiro daqueles é mais homogêneo, posto que seu objeto de trabalho é o doente ou a doença, limitado, obrigatoriamente, a atuar em instituições médicas. O segundo, de múltiplas categorias e funções, permite que seus trabalhadores possam exercer suas profissões em outros ramos ou atividades econômicas. Neste último caso pode se materializar o trabalho, mensurando-o em termos de números de roupas lavadas, refeições feitas, material comprado e distribuído, entradas e saídas do caixa, pessoal selecionado ou dispensado, internações procedidas.” (RIBEIRO 1993, p. 34).

Esta situação leva a alguns questionamentos sobre a natureza ética das decisões e dos atos administrativos que ocorrem neste tipo de instituição. O administrador conhece sua responsabilidade e o papel ético do hospital, como instituição de saúde? Quais os critérios, valores e princípios que este profissional leva em conta no processo de tomada de decisões? Influenciam mais os aspectos econômicos, financeiros e gerenciais ou o enfermo enquanto pessoa com dignidade e direitos? É possível delinear-se um perfil ético do administrador hospitalar? Este profissional conhece e avalia a dimensão ética de sua prática profissional?

Historicamente, as atividades que visam lucro parecem ter um relacionamento conflituoso com a ética¹ e isto ocorre não só na área da saúde onde estes conflitos tendem a assumir proporções maiores pela missão e finalidade social do hospital. “Por diversas razões, que vão desde a eterna ganância até os modos muito diferentes pelos quais tendemos a pensar em administração e moralidade, a ética e os negócios têm parecido, com freqüência, se não completamente contraditórios, pelo menos extremamente distantes.” (NASH 1993). Como obter lucros aceitáveis, garantir a sobrevivência da organização, manter-se competitivo e, ao mesmo tempo, adotar princípios e valores éticos?

Atualmente, esta preocupação com a ética nas empresas e nos negócios é uma constante: “enquanto, no passado, o anúncio de padrões éticos preocupava apenas alguns poucos líderes excepcionais, hoje, o tema da ética nos negócios reconhecidamente invade todas as áreas da empresa, da mesma forma que é assunto presente na mídia”. (NASH 1993).

Na área da administração hospitalar, este tipo de reflexão torna-se, então, essencial, por duas razões. A primeira, encontra-se na própria origem do hospital contemporâneo, extremamente ligada às atividades médicas marcadas, desde o seu início, pela ética. A segunda, extremamente ligada à primeira, está no fato de a preocupação pela ética ter invadido a administração em geral. Se todas as organizações estão se preocupando com a ética de seus dirigentes, de seus

¹ A palavra ética, do grego *éthos*, refere-se aos costumes, a conduta de vida e as regras de comportamento. Refere-se ao agir humano, aos comportamentos cotidianos, às opções existenciais. Abrange como campos de ação: a pesquisa (de normas ou de regras de comportamento, análise dos valores, reflexão sobre os fundamentos dos direitos, valores e normas); a sistematização da reflexão e a prática concreta (a realização dos princípios e valores). Etimologicamente, significa o mesmo que moral (do latim *mos, moris*) e muitos autores consideram ambos os termos sinônimos. No entanto, é comum a distinção entre ética e moral, entendendo a primeira como o estudo dos fundamentos da segunda. E há ainda que considerar-se o aspecto histórico. No Ocidente, a primazia cultural do cristianismo conferiu à palavra moral uma conotação religiosa, referindo-se a um sistema de princípios imutáveis e aparentemente definidos. Assim, este termo revestiu-se de um sentido fechado e conservador. Dentro deste contexto, o realce para a palavra ética, ocorre na intenção de destacar uma conotação de moral não religiosa, secular. E, apesar de se reconhecer a sinonímia etimológica entre as duas, evita-se o uso como sinônimos, preferindo-se ética à moral. (Durand G. *A bioética: natureza, princípios e objetivos*. Trad. de PFA Netto. São Paulo: Paulus, 1995.) No presente trabalho, os termos ética e moral, são utilizados considerando-se este último referencial. Assim, apesar de reconhecida a sinonímia entre eles, dar-se-á preferência ao uso da primeira palavra.

empregados e de suas atividades, ainda mais o deve fazer o hospital, pela sua origem e missão.

Como todos os administradores, o da área hospitalar também enfrenta situações que lhe trazem dilemas éticos, ou seja, aquelas circunstâncias nas quais frente a uma escolha difícil, não há respostas claramente certas. À uma opção tida como eticamente adequada, freqüentemente, opõe-se um outro curso de ação possível, ou talvez vários outros, que também podem ser vistos como corretos, pois os dilemas envolvem distintos valores e/ou princípios éticos por vezes conflitantes. A liberdade é um elemento indispensável do mundo ético e, está estreitamente ligada à responsabilidade. A ética supõe que as pessoas tenham liberdade e poder para considerar as diferentes opiniões, analisar os pontos fortes e fracos destas opiniões e das diferentes possibilidades de ação que elas colocam e eleger, com base nos méritos de cada alternativa, nunca esquecendo que em qualquer escolha há riscos e custos potenciais (TOFFLER 1993; CORTINA e col. 1996; BADARACCO JÚNIOR e ELLSWORTH 1996). “A ética é uma atividade humana (...) ligada ao processo de tomada de decisão de uma organização. Na realidade, ela pode aumentar os recursos de tomada de decisão e garantir que as pessoas tomem as melhores decisões possíveis.” (BROWN 1993).

Nestas situações de dilemas e conflitos, as empresas estão frente a duas opções: ou fomentam o processo decisório ético ou o retardam (BLANCHARD e PEALE 1994). O hospital, enquanto organização, também pode optar por um destes dois caminhos e, neste ponto, o papel do administrador é essencial, pois é através do alto escalão de uma organização que os valores, os princípios, a visão e a missão de uma instituição transmitem-se e são colocados em prática: “uma companhia precisa de uma política clara (...) se deseja estimular uma conduta ética em seus empregados.” (BLANCHARD e PEALE 1994).

As decisões tomadas dentro da estrutura de uma organização não afetam somente a sua vida, mas também as de todos os seus participantes: trabalhadores, consumidores, investidores e cidadãos (BROWN 1993). Isto é especialmente

importante na organização hospitalar, porque, não se pode esquecer, que ela lida com os limiares críticos e preciosos da vida e da morte das pessoas. Assim, as decisões dos administradores hospitalares envolvem uma dimensão ética, pois, como afirma FORTES (1994), “as decisões dos administradores de saúde, por afetarem tanto os indivíduos como a coletividade, são atos de natureza ética, diversificados em razão do posicionamento do administrador dentro da estrutura organizacional de uma determinada instituição.”.

Um administrador ético é aquele que se conduz eticamente o tempo todo e não apenas quando lhe é conveniente. No entanto, apesar de todo o movimento pela ética nos negócios, há administradores que, alegando uma imensa área cinzenta entre o que é certo ou errado, não se preocupam com a ética. Transferem a atenção dos dilemas éticos para os problemas da administração, esquecendo-se que, muitas vezes, a tomada de decisão exige a análise de uma série de fatores que vai além dos números, por mais precisos que sejam.

O presente trabalho, que tem por motivação o contexto até aqui exposto, busca tratar do tema da ética na administração hospitalar, com ênfase nas diferentes dimensões da responsabilidade ética dos que atuam nesta área, acreditando que esta proposta está em consonância com o momento atual de volta para a ética no mundo dos negócios e das instituições de saúde.

1.1. O Hospital como Empresa

As transformações pelas quais tem passado a organização hospitalar, com a introdução de matizes administrativas, financeiras e econômicas no seu dia-a-dia e a conseqüente incorporação dos profissionais que dão conta destes aspectos, provocam algumas inquietudes e questionamentos. Seria o hospital realmente uma empresa? Esta é uma destas questões que se coloca.

A complexidade da medicina atual requer não somente um plantel de profissionais qualificados, mas também um importante aporte de meios técnicos e econômicos, uma infra-estrutura e uma organização científica e burocrática compatíveis com as tarefas que tem para cumprir (SALA 1994). Frente a esta nova realidade parece natural questionar se o hospital pode ser considerado e administrado como uma empresa.

Alguns economistas, principalmente os anglo-saxões, partindo de modelos organicistas, consideram o hospital como uma empresa, com objetivos próprios, que podem ser expressos em resultados a serem alcançados. Dentre os objetivos figuram a maximização do lucro, a fim de facilitar a produção máxima de serviços, e a maximização da qualidade. Desta forma, os médicos são vistos como produtores de um tipo de serviço e consumidores de outros produzidos pelo hospital. (LÉVY e col. 1981).

Na América Latina, este questionamento adquire um sentido especial, pois, na maioria dos países deste continente, o setor saúde viu-se obrigado a reflexionar e redimensionar uma mudança no esquema de “beneficência-caridade” que os hospitais traziam desde seu início. Para fazer frente às dificuldades financeiras, à má qualidade, à falta de equidade e à ineficiência, o setor saúde tem implantado a proposta do hospital como empresa social de saúde, tornando impossível conceber o seu desenvolvimento institucional e a sua gestão de forma isolada do enfoque empresarial. Muitos defendem que o hospital terá sua viabilidade facilitada se for

concebido como uma empresa, do tipo que assume com a coletividade um papel na produção de serviços, com seus dirigentes desenvolvendo um planejamento criativo, uma organização racional, uma direção eficiente e um rigoroso controle de qualidade (MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996; LIMA-GONÇALVES e ACHÉ 1999).

O hospital é parte integrante da organização médica social e, sob este termo entende-se, independentemente de sua denominação, todo estabelecimento dedicado à atenção médica, ambulatorial ou por meio de internação, não importando se é público ou privado, o seu nível de complexidade, se ele se declara de fins lucrativos ou não, se está aberto a toda a comunidade ou circunscrito a um setor dela. O fundamental é que ofereça internação, sendo esta, um dos objetivos principais desta instituição (MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996; PAGANINI e NOVAES 1994).

Portanto, o hospital não existe isoladamente, ao contrário, relaciona-se de maneira integrada em um sistema coordenado de unidades médicas a fim de garantir a assistência à saúde da coletividade. Dentro desta estrutura do sistema de saúde, o hospital é a instituição que tem sob sua responsabilidade a recuperação do indivíduo, retornando-o à sociedade na melhor condição física e psicológica possível. Desta forma, deveria constituir o serviço com menor índice de ocupação dentro da hierarquia de um sistema de saúde, pois somente 1% dos problemas de saúde requer atenção hospitalar, não podendo ser resolvido nos outros níveis de atenção (GONÇALVES 1983; MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996). No entanto, na prática dos serviços de saúde, devido à falhas na estruturação e organização da rede de atenção primária, a realidade observada está bem distante deste ideal do sistema hierarquizado, com hospitais universitários de alta complexidade cuidando de problemas que poderiam ser resolvidos nas unidades básicas de saúde.

Como se pode notar, o hospital abarca um universo de variados recursos, elementos e dispositivos que se articulam dentro de ações coordenadas com as finalidades de assistência à saúde, ensino e pesquisa nesta área. Isto faz dele uma das mais complexas organizações da sociedade atual ou, como afirma Peter Drucker, em entrevista concedida ao *Healthcare Forum Journal*, o hospital, como conhecido hoje,

é uma organização que não tem precedentes (SCHULZ e JOHNSON 1979; GONÇALVES 1983; FLOWER 1991a; MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996).

Esta conceituação do hospital situa sua complexidade e posição na estrutura do sistema de saúde, porém não responde ao questionamento inicial: o hospital é uma empresa? No encaminhamento da resposta a esta inquietude, faz-se ainda necessária uma discussão prévia acerca do que é uma empresa. Somente depois disto, é que será possível identificar as confluências e divergências entre hospital e empresa.

O processo produtivo, nas sociedades modernas, é realizado no contexto das organizações. As pessoas gastam a maior parte de seu tempo dentro de organizações, pois delas dependem para nascer, viver, aprender, trabalhar, ganhar seu salário, curar doenças, obter os produtos e os serviços dos quais necessitam. É a própria necessidade primária de cooperação das pessoas, capazes de atingir certos objetivos somente com a colaboração de seus semelhantes, que justifica o grande número e a enorme importância das organizações (CHIAVENATO 1994).

Uma organização é composta de duas ou mais pessoas que interagem entre si por meio de relações recíprocas, a fim de atingirem objetivos comuns voltados para o exterior, para o ambiente que condiciona seu comportamento, pois ela não existe apenas por existir, mas para atingir certas finalidades para as quais foi constituída. Um dos principais objetivos da organização e a chave para que ela seja bem sucedida é produzir algo necessário à sociedade. Quando isto ocorre e a sociedade absorve e aceita o produzido porque lhe é necessário, a organização está atendendo a uma função social (DRUCKER 1975; CHIAVENATO 1994). Em outras palavras, pode-se dizer que, ao contrário das pessoas, as organizações necessitam da legitimação social para sua existência e, com este fim, devem produzir os bens delas esperados, respeitar os direitos reconhecidos e os valores compartilhados pela sociedade na qual se encontram (CORTINA e col. 1996).

As organizações podem se dedicar à produção de bens e produtos - empresas industriais - ou de serviços especializados - hospitais, escolas, universidades, clínicas

médicas, partidos políticos, lojas, bancos, seguradoras, igrejas, instituições religiosas, associações, empresas de transporte, de comunicação, de entretenimento, dentre outras. Cada um dos diferentes tipos de organização deve produzir os bens para os quais é constituído, caso contrário perde seu sentido. Como exemplo deste desvio dos bens que lhe são próprios, pode citar-se o fato de profissionais da saúde que, dedicando-se a fazer política no hospital, dão mais importância à conquista e distribuição do poder do que à eliminação da enfermidade ou dor. Estas desvirtuações constituem um dos fatores para que as organizações não primem pela excelência, não valorizem os que cumprem os seus fins e destinem seus postos de responsabilidade às pessoas inadequadas (CHIAVENATO 1994; CORTINA e col. 1996).

As organizações ainda podem estar voltadas para a persecução de objetivos lucrativos ou não lucrativos. As empresas são classes de organizações típicas do primeiro caso, pois qualquer definição de empresa inclui, necessariamente, o objetivo de lucro. A partir desta consideração, a empresa pode ser entendida como todo empreendimento humano e social que procura reunir e integrar variados recursos, humanos e não-humanos (financeiros, físicos, tecnológicos, mercadológicos), para a consecução de objetivos de auto-sustentação e de lucratividade, pela produção e comercialização de bens ou serviços (CHIAVENATO 1994).

Há algumas características que diferenciam as empresas das outras organizações:

- orientação para o lucro, que é seu propósito imediato;
- assunção de riscos inerentes aos negócios, que envolvem tempo, dinheiro, recursos e esforços;
- direção, segundo uma filosofia de negócios, para a produção de bens ou serviços e a assunção de responsabilidades com relação aos empregados, aos consumidores, aos acionistas e à sociedade;

- abordagem e avaliação sob o ponto de vista contábil, com retorno sobre seus investimentos;

- reconhecimento como negócio, pelas outras organizações e pelas agências do governo (CHIAVENATO 1994).

A partir da noção de empresa caracterizada pela busca de lucros e pela venda de seus produtos para um mercado, e do hospital como uma complexa organização social que tem por finalidade essencial a assistência à pessoa, cabem algumas considerações, objetivando destacar os pontos de convergência e distanciamento entre estes dois conceitos:

- o hospital, de fato, não é uma instituição que, como a empresa, tem seu fim em si mesma e em seus resultados financeiros. Ele se sustenta no interesse coletivo da saúde e não pode agir independentemente dos objetivos deste interesse coletivo, mesmo que em contradição com a maximização de suas atividades e receitas. A eficiência econômica, muitas vezes, é incompatível com os trabalhos humanitários do hospital e com as orientações para o melhor serviço, pois estes nem sempre representam o menos oneroso;

- como uma empresa, o hospital procura atender uma demanda e o consumo de seus produtos é divisível. No entanto, a qualidade destes é indivisível e caracteriza a produção de serviços em uma região;

- o hospital tem uma série de fatores de produção de diferentes tipos para obter um ou mais “*outputs*”;

- as possibilidades de um hospital estabelecer lucro podem ser limitadas pela forma de pagamento dos serviços prestados, muitas vezes determinada pelos tomadores de serviços, sejam públicos ou privados. No Brasil, o segmento privado (medicinas de grupo, cooperativas médicas, seguro saúde, autogestão ou planos de

administração) e o SUS (Sistema Único de Saúde) fixam tabelas de preços que remuneram segundo o procedimento realizado.

- na organização e gestão do hospital há certos instrumentos e procedimentos que, formalmente, são próprios das empresas;

- no hospital não há uma autoridade única e o grupo médico interfere no processo de decisão, exercendo uma grande influência em todos os níveis organizacionais, gozando de considerável autonomia em seu trabalho e de autoridade sobre os outros profissionais. Em realidade, no hospital podem ser identificados quatro centros de poder: a diretoria superior, os médicos, a administração e os outros profissionais, entre os quais destaca-se a enfermagem (figura 1). Assim, a autoridade, em um hospital, não emana e flui por uma linha única de poder, como em muitas organizações formais (LÉVY e col. 1981; GONÇALVES 1983).

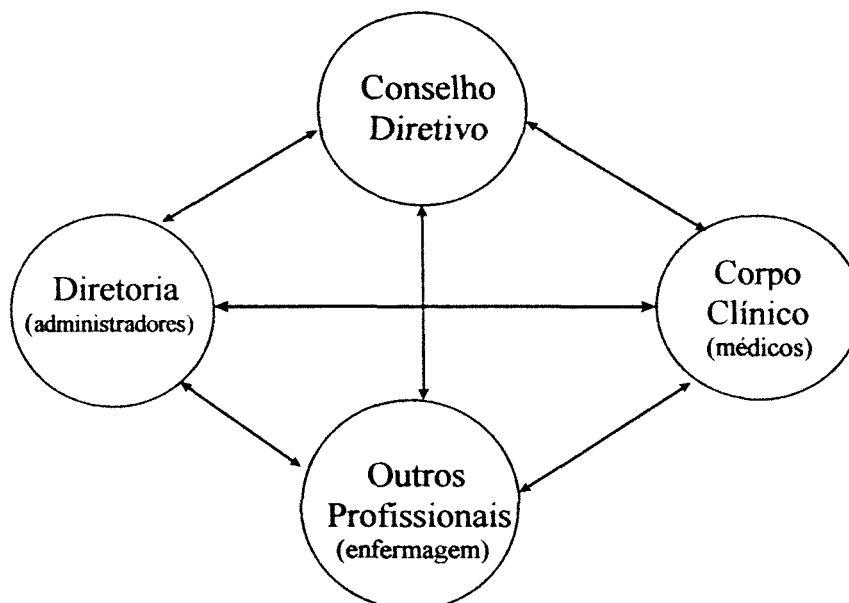


Figura 1 - Centros de poder em um hospital

Adaptado de Gonçalves EL, coord. **O Hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira; 1983.

A última consideração colocada, merece ser mais explicitada, pois implica profundas conseqüências na configuração organizacional do hospital. Dos quatro centros de poder mencionados há dois grupos de principal importância, os médicos e os administradores que, freqüentemente, opõem-se. As razões desta oposição podem estar em pontos como:

- sistema de valores sociais: consagra o poder carismático do médico e desvaloriza o papel do funcionário administrativo;

- status específico: em termos teóricos, o poder dos médicos está desvinculado do hospital. Já o administrador é um experto, essencialmente sujeito ao bom funcionamento e à continuidade da organização hospitalar, pois é através destes indicadores que será avaliado seu desempenho profissional.

- objetivos perseguidos: os médicos buscam os objetivos relacionados com os cuidados aos doentes e suas afecções individualizadas e procuram melhorar a qualidade pela crescente especialização e tecnicidade, reclamando para tal cada vez mais recursos. Os administradores, por sua vez, estão mais ligados à satisfação dos objetivos globais oficialmente acordados, ao respeito da regulamentação e das restrições financeiras, porque é através desses instrumentos que cumprem suas obrigações profissionais (LÉVY e col. 1981).

- origem histórica do hospital contemporâneo: a aproximação entre a medicina profissional e o hospital traz conseqüências para ambos os lados. A medicina assume uma prática e um ensino eminentemente hospitalares e os hospitais passam a ser lugares diferenciados, especialmente ordenados pelo saber médico para cumprirem os desígnios clínicos, o que confere a estes profissionais ascendência aos diferentes aspectos do funcionamento da organização hospitalar (ANTUNES 1991).

Como conseqüência desta diferenciação, coexistem, no hospital, dois sistemas de lógicas distintas: o assistencial e o administrativo. A alta especialização é a estratégia que permite a continuidade do poder médico e, sobre este fato está

assentada a lógica da significação, que suporta o sistema assistencial. Já o sistema administrativo tem na lógica racionalizadora típica da empresa a base do seu domínio, buscando através do controle social e dos meios de produção fazer frente aos altos custos, o que nem sempre constitui tarefa simples (LÉVY e col. 1981).

Assim, o hospital configura uma organização social complexa que apresenta alguns aspectos peculiares que o diferenciam:

- a individualidade e a personalização que caracterizam seus serviços de atenção e tratamento;
- a menor importância do valor econômico do que ele produz quando este é comparado aos valores social e humanitário desta produção, pois os hospitais são organizações sociais com uma dimensão econômica antes que uma organização econômica com dimensão social;
- a dependência das necessidades e demandas da comunidade, apesar dele também poder ser um fator indutor destas;
- a vulnerabilidade às situações de emergência;
- a conformação de pessoas cuidando de pessoas que, por sua vez, participam ativamente do processo de produção;
- o controle limitado sobre os seus pacientes e funcionários, principalmente os médicos;
- a inexistência de uma única linha de mando, restringindo a autoridade do administrador;

- a operacionalidade baseada na coordenação dos esforços e das atividades dos diferentes grupos profissionais especializados e interdependentes, consequência do fato dele ser uma organização formal e, em certa medida, burocrática;

- a demonstração de sua eficiência e de seu desempenho através do benefício social, que constitui a medida de sua efetividade²;

- a constante incorporação de tecnologia, aumentando sua influência na sociedade e, ao mesmo tempo, fazendo com que esta deposite nele mais confiança (GONÇALVES 1983; DARR 1997)

Portanto, a partir destas reflexões é possível entender o hospital como uma complexa organização social que abarca um universo de variados recursos (humanos e não-humanos), elementos e dispositivos que, na busca das finalidades de assistência, ensino e pesquisa, articulam-se em sistemas de lógicas distintas. Estes sistemas incluem o assistencial, que é próprio dos que estão voltados aos cuidados diretos à pessoa e está marcado pela lógica da significação, e o administrativo ou burocrático, que guia os profissionais voltados a fornecer os meios necessários àqueles envolvidos na assistência direta e é possuidor da lógica típica da empresa, a racionalizadora. Desta forma, se o hospital por suas peculiaridades não pode ser tido como uma empresa propriamente dita, fica claro que ele, no transcurso de suas transformações de “elemento repressivo” à “indústria de ponta”, incorpora uma dimensão empresarial necessária a seu funcionamento e ao atendimento de suas finalidades e que não pode ser esquecida em sua gestão e direção (LÉVY e col. 1981).

² Por eficiência entende-se a melhor maneira pela qual as coisas devem ser feitas ou executadas a fim de que os recursos sejam aplicados de forma mais racional possível. A atenção está nos meios, nos métodos e nos procedimentos mais indicados, que precisam ser planejados e organizados com a finalidade de assegurar a melhor utilização dos recursos disponíveis. Preocupa-se em fazer corretamente as coisas e da melhor maneira possível. A eficácia volta-se para os resultados, para o alcance dos objetivos visados a partir dos recursos disponíveis. A preocupação está em fazer as coisas corretas para atender às necessidades da empresa e do ambiente que a circunda. E efetividade é o grau máximo de melhoria da saúde que é possível alcançar com a melhor atenção disponível. (CHIAVENATO 1994; MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996)

1.2. Peculiaridades da Administração no Hospital

A palavra administração origina-se do latim: *ad*, direção para, tendência; *minister*, comparativo de inferioridade e *ter*, sufixo que indica subordinação ou obediência, isto é, aquele que realiza uma função sob o comando de outrem, aquele que presta serviço a outro (CHIAVENATO 1994).

Como profissão, a administração nasce na área pública designando uma função subordinada aos conselhos, às assembleias ou ao poder político. O administrador surge como o executor das decisões emanadas dos órgãos políticos superiores ou dos parlamentos e das assembleias legislativas (MOTA 1995).

A tarefa essencial da administração focaliza-se em interpretar os objetivos propostos por uma organização e buscar a sua consecução, transformando-os em ação por meio de planejamento, organização, direção e controle de todos os esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis organizacionais (CHIAVENATO 1994).

Após esta rápida definição de administração, sente-se a necessidade de aclarar alguns outros termos de uso corrente, como *gerência*, *gestão* e *gerente*. Gerência, termo originário da área privada, denomina a função subordinada aos conselhos superiores. Assim, gerentes ou executivos em uma organização são aquelas pessoas encarregadas de executar as ordens dos diretores, proprietários ou membros dos conselhos de administração. Na prática, esta dissociação entre diretores e executores não é tão clara, pois executivos, gerentes ou administradores trabalham essencialmente na decisão e, mais que seus superiores, estabelecem sentidos de direção para a organização. No Brasil, as expressões administrador e gerente são usadas para significar qualquer posição de direção ou chefia e vale ressaltar que neste sentido também serão usadas neste trabalho (MOTA 1995).

O termo gestão chega ao Brasil para qualificar formas participativas em administração, como co-gestão e autogestão. Estas expressões vêm da terminologia européia, na qual gestão é uma palavra mais genérica e abrange administração e gerência, de significados tecnicamente distintos. No inglês britânico e no francês, a palavra *management*, habitualmente traduzida para o português por gerência, é empregada para a gestão privada, cabendo à pública *administration*. No inglês norte-americano, o termo *management* é usado indistintamente como *administration*. Por gozar este último idioma de intensa influência na terminologia administrativa brasileira, as palavras administração e gerência são qualificadas como pública ou privada segundo a situação a que se apliquem, diferentemente do que ocorre na terminologia européia. Gestão é, portanto, um termo genérico que sugere a idéia de dirigir e decidir. Os termos gestão, direção e administração são usados, muitas vezes, em obras da literatura administrativa e na prática, indistintamente, e é desta forma que serão tratados no presente trabalho (MOTA 1995).

Administrar é, basicamente, um lidar com o processo de tomada de decisão. Tudo que um administrador faz é por meio de decisão, seja ela do tipo rotineira e tomada de forma quase imperceptível ou daquelas que afetam a existência e a sobrevivência futuras da organização, exigindo uma análise mais sistemática. Uma situação clara e com requisitos evidentes implica em decisão tática ou operacional, na qual a preocupação está em encontrar a melhor utilização dos recursos conhecidos e disponíveis. A decisão estratégica é aquela envolvendo uma situação que exige verificação ou modificação pela apuração dos recursos existentes ou dos que deveriam estar disponíveis. Estas últimas são as decisões específicas administrativas e, embora qualquer administrador deva tomar este tipo de decisão, elas aumentam quanto mais alto o seu nível na hierarquia da organização (DRUCKER 1970; CHIAVENATO 1994).

É crucial compatibilizar, entre si e com as metas organizacionais, as decisões tomadas nas diversas partes da empresa, em todos os seus diferentes (DRUCKER 1970). Com este fim e visando o funcionamento da organização, o administrador deve dar conta de outras três tarefas: conhecer a finalidade e a missão específicas da

organização; tornar o trabalho produtivo e proporcionar realização ao trabalhador e administrar os impactos e as responsabilidades sociais (DRUCKER 1975).

E não importa se o gestor atua na área pública ou privada, as pautas de trabalho e os papéis ou funções diretivas genéricas, a essência do trabalho diretivo, são as mesmas, há uma identidade no essencial. Diversos estudos, entre eles o realizado por Costin (1970) citado por LOSADA (1997, p.12-16) - *Management Profiles in Business and Government* - comparando 100 dirigentes médios do setor público e outros 100 da área privada, aponta não existirem diferenças significativas, qualitativa ou quantitativamente, nas funções básicas que são obrigados a desempenhar no cotidiano de seu trabalho, ou seja, na natureza diretiva deste tipo de trabalho. O que pode ocorrer é a diferenciação de alguns aspectos desta função gerencial nos dois setores a partir de algumas variáveis, como o tipo de organização da unidade onde atuam; o sistema técnico envolvido e utilizado (tecnologia e métodos de trabalho); o nível do cargo (quanto mais próximo do topo do pirâmide a função é mais afetada), a função supervisionada (pessoal, produção etc.); a cultura organizacional (valores e comportamentos dominantes na unidade de trabalho); a estrutura e o clima organizacionais; os tipos de relações pessoais estabelecidas entre as chefias e os empregados e o setor ou subsetor da economia em que atua a organização, pois há especificidades do mercado, do nível de competitividade e das situações conjunturais.

Apesar de essencialmente voltada para a decisão, a função do dirigente não se resume a isto. Gerenciar é a arte de pensar, de decidir, de agir, de fazer acontecer e de obter resultados. Portanto, para entender o trabalho de um administrador não é suficiente analisar o processo decisório. A capacidade gerencial compreende habilidades complexas, como a capacidade analítica, de julgamento, de decisão, de liderança e de enfrentamento de riscos e incertezas (MOTA 1995).

Por ter a seu cargo a direção de uma organização, o administrador deve ser o mais capacitado e apto para alcançar os objetivos organizacionais, aplicando seu saber para produzir os resultados esperados na consecução destes últimos. Em

consonância com o tipo de organização que dirige, as qualidades necessárias incluem: o saber para atuar; a agilidade; a capacidade de projetar e divulgar seus projetos; a habilidade para colocar os membros da organização no lugar certo; a criatividade e a capacidade de inovar para melhor adaptar-se à uma realidade social em mudança constante. Além disto, deve servir de modelo a todos que desejem levar adiante projetos organizativos, contando com o recurso por excelência: o recurso humano, pois como defende Peter Drucker, nenhuma organização pode ir além de seu dirigente e, se este quer ser efetivo, tem que possibilitar um boa performance de seu pessoal; seu trabalho é capacitá-los para o trabalho deles. (FLOWER 1991b; CORTINA e col. 1996).

A complexidade do universo hospitalar exige uma direção bem preparada, com grande capacidade de liderança, habilidosa, pró-ativa, com autoridade, sensata e que aja com base em princípios e valores éticos, pois o administrador hospitalar não pode ser um tecnocrata eticamente neutro. Isto faz do administrar hospitais um trabalho complexo e com uma gama de componentes como poucos outros. O diretor é, antes de mais nada, um coordenador de pessoas, esforços, grupos, atividades e tecnologias que, através do manejo eticamente correto e profissional das relações humanas, conduz todo o pessoal a um compromisso com a filosofia, as estratégias, as metas e os objetivos da organização. Os administradores não podem ser líderes efetivos através de um desempenho apenas mínimo, para tal devem configurar exemplos de excelência (FLOWER 1991a; DARR 1993; MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996).

Dentro da realidade atual, a gestão do hospital não ocorre alheia à concepção de uma dimensão empresarial destas organizações sociais enquanto prestadoras de um tipo único de serviço personalizado. Dispostas, permanentemente, a atender as expectativas e demandas de quem tem a primazia - o paciente - as organizações hospitalares devem buscar funcionar no contexto da competência com base na qualidade e nos pilares do planejamento, da coordenação, da satisfação do trabalhador, do orçamento, da avaliação da gestão, da retroalimentação permanente e dos princípios e valores éticos, pois, como todos os seres humanos, as organizações

de saúde também constituem-se sujeitos éticos, mas com uma peculiaridade, sua responsabilidade ética somente pode ser assumida e concretizada pela equipe que nele trabalha com destaque para o administrador enquanto líder. (DE GEORGE 1982; DARR 1993; MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996).

Como todos os administradores, os da área hospitalar também estão sempre às voltas com a urgência da tomada de decisões, devendo saber quando decidir rapidamente ou quando uma decisão pode ser adiada ou talvez nem tomada. Neste envolvimento, cabe ao administrador desde as decisões referentes às obras e reformas, objetivando uma planta física funcional que permita um fluxo adequado às atividades de cada área, até aquelas que dizem respeito ao cuidado na formulação das diretrizes necessárias, pois muitos são os erros cometidos em decorrência da falta de diretrizes ou de seu excesso. E o administrador deve ter sempre presente que suas decisões trazem implicações para os pacientes, as equipes, a organização e a comunidade (SCHULZ e JOHNSON 1979; DARR 1993; LODOVICI s.d.).

Dentre as tarefas e funções do administrador no hospital figuram:

- participar do processo de formulação das metas e dos objetivos organizacionais;
- definir o planejamento, as diretrizes, as estratégias e as táticas para atingir as metas;
- estabelecer o planejamento do hospital, enquanto um conjunto de sistemas e subsistemas devidamente interrelacionados;
- executar o planejado, através da direção das atividades e do estabelecimento de um ambiente de trabalho integrado e coordenado e de um clima organizacional propício para o alcance das metas;

- integrar, avaliar e controlar os diversos sistemas e subsistemas integrantes do hospital (SCHULZ e JOHNSON 1979; LODOVICI s.d.).

A finalidade do trabalho de um administrador hospitalar, como integrante da alta administração de uma organização social com características empresarias, consiste em alcançar resultados positivos que possam ser mensurados econômica e médico-assistencialmente, a fim de garantir o funcionamento, presente e futuro, da instituição. Com intuito de atender a esta finalidade deve lançar mão das ferramentas administrativas para revisar resultados, identificar necessidades, corrigir erros, reprogramar atividades e promover mudanças, tendo sempre presente que sua atuação e seu estilo administrativo constituem exemplos de disciplina, trabalho, liderança e ética (MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996).

Entendendo a administração hospitalar como um fator de viabilização da gestão correta, eficiente e responsável da assistência médico-sanitária aos pacientes que ocorre dentro dos marcos dados pelos objetivos, sistemas e valores próprios do hospital, a maior aspiração do administrador deve ser o desenvolvimento de um sistema hospitalar eficaz, com todos os seus componentes funcionando como uma equipe para atender, primeiramente, às necessidades da comunidade, em seguida às da instituição e, só então, às necessidades individuais dos empregados, dos médicos e dele próprio (SCHULZ e JOHNSON 1979; DARR 1997; GORRICO s.d.). Quando a ordem nesta relação inverte-se, os hospitais perdem de vista seu objetivo social e tornam-se pouco efetivos (MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996). Quanto a isto, Drucker observa que o hospital tem se mostrado muito pouco consciente acerca de suas responsabilidades humanas, sociais e comunitárias e do impacto que provoca na sociedade (DRUCKER 1975).

Como para todo gestor, a liderança é indispensável ao administrador hospitalar, pois é somente através dela ou seja, da iniciação, integração, facilitação e apoio que o dirigente será capaz de implementar mudanças institucionais e sociais que levem à melhorias no acesso e na qualidade da atenção à saúde e à contenção de

custos (4,14). Segundo Darr, propiciar melhor acesso aos serviços de saúde é uma das grandes contribuições do administrador hospitalar:

“Improving efficiency in the organization and delivery of services is the greatest contribution hospital managers can make; the result will be increased access and affordability of care to all segments of society. There is no contradiction between efficiency and quality.” (DARR 1997, p. 6)”

A liderança é necessária em todos os tipos de organizações humanas, pois ela é essencial na implementação todas as funções administrativas, desde o planejamento e a organização até a direção e o controle. Todo bom dirigente deve ser um bom líder, porém um bom líder nem sempre é um bom dirigente. Assim não se pode confundir liderança e direção (CHIAVENATO 1994).

Uma função primordial do administrador está na liderança facilitadora de uma atuação orientada para as metas organizacionais traçadas. Para isto lhe são exigidas algumas habilidades no lidar com assuntos internos e externos tais como, coordenação, comunicação, negociação, busca de fatos, investigação ou pesquisa, apreciação e avaliação das pessoas e dos programas, desenvolvimento e educação administrativa (SCHULZ e JOHNSON 1979).

O administrador hospitalar passa parte significativa de seu tempo negociando. A negociação interna abrange os funcionários e os profissionais. Exteriormente, negocia com as entidades tomadoras dos serviços do hospital (seguradoras, convênios ou o Estado), com os órgãos reguladores e com os grupos de planejamento, dentre outros. A verdadeira negociação implica chegar a um acordo mútuo entre as partes envolvidas, o que exige do administrador empenho em encontrar soluções criativas para os conflitos que enfrenta ou seja, ele deve mover-se de uma situação “ganha-perde” para um resultado final de “ganha-ganha”. Somente assim este profissional passa de uma situação de “escolha” para uma “solução criativa do problema”, na qual ambos os lados concentram-se em metas mutuamente consensuais (SCHULZ e JOHNSON 1979).

Neste ponto, faz-se possível concluir que o administrador no hospital é o responsável pela manutenção e funcionamento de seu sistema administrativo ou burocrático. Suportado na lógica racionalizadora típica da empresa, este sistema tem como função propiciar e facilitar a assistência de qualidade às pessoas que buscam a atenção e os cuidados dos profissionais que integram o sistema assistencial da organização hospitalar. Portanto, esta manutenção do sistema administrativo deve ocorrer com a finalidade precípua de desenvolver um sistema hospitalar eficaz que atenda com primazia às necessidades do paciente ou usuário, pois ao se deixar isto para trás o hospital fica sob risco de perder sua função social.

1.3. Administração Hospitalar: Trabalho Profissional

Uma questão essencial que se coloca na discussão da ética para o administrador hospitalar é se a administração dos serviços de saúde configura uma profissão ou ocupação. Alguns textos de origem anglo-saxã preferem tratá-la mais como carreira do que profissão, justificando-se no fato de faltarem aos administradores a definição de valores definidos comuns e a assunção de métodos como objetivos a serem perseguidos (SEIDEN 1983). Outros afirmam, explicitamente, que os administradores não são membros de uma profissão e apontam como consequência a falta de controle sobre quem pode vir a ser ou não um administrador de serviço de saúde: “(...) *strictly speaking, they are not members of a profession and this means that they have no control of entry or exit. Anyone can become a manager and there are no means – except through incompetence or criminal activity – by which can be removed.*” (WALL e COLE 1995). Em trabalhos brasileiros também encontram-se referências a esta preocupação. Carvalhal, citado por KISIL (1989, p.18), afirma que o administrador de serviços de saúde exerce uma ocupação não adequadamente profissionalizada. Assim, parece que se configura como necessária a discussão acerca desta polêmica como um quesito prévio à abordagem da ética do administrador hospitalar.

Talvez o ponto de início desta reflexão deva estar na própria falta de consenso para a definição de profissão, pois como afirma Freidson (1998), uma palavra com tantas conotações e denotações não pode ser empregada num discurso preciso sem um esforço por defini-la. Durante muito tempo, o conceito de profissão é aceito sem questionamento e até a expansão da sociologia acadêmica, nos EUA depois da II Guerra Mundial, é alvo de pouca elaboração sistemática. Ao atribuir à profissão uma posição de particular destaque em sua visão da sociedade moderna, Talcott Parsons torna-se o primeiro teórico norte americano a abordar esta questão de maneira teórica (FREIDSON 1998).

Na década de 60, as histórias “reversionistas” das profissões e de suas instituições focalizam a persecução de seus interesses econômicos e políticos próprios e analisam como suas atividades facilitam o controle dos pobres, da classe trabalhadora e do divergente, negando sua neutralidade. Assim, no início dos anos 70, a teorização das profissões ressalta as questões de conflito e poder, deixando de enfatizar seu papel de preservação da unidade na sociedade. Ganham destaque as abordagens que enfocam como as instituições profissionais organizadas criam e mantêm autoridade sobre os clientes, as ocupações afins e a forma de julgar comportamentos divergentes ou indesejáveis. Ainda na década de 70, a produção literária desta área volta-se para a profetização do declínio da medicina, da advocacia e das profissões em geral. Especula-se quais as conseqüências para as profissões de mudanças externas, como as políticas financeiras e administrativas empreendidas pelas companhias privadas e pelo Estado e de mudanças internas, como o aumento do número de praticantes, a maior estratificação interna, a fragmentação em especialidades e o movimento em defesa dos consumidores. Atualmente, o foco das atenções volta-se para as importantes transformações pelas quais passam as profissões em quase todas as nações industriais (FREIDSON 1998).

Freidson (1998) afirma que é inútil esperar que um conceito único, invariável e aceito globalmente venha resolver a polêmica que cerca a palavra profissão. O caráter histórico, concreto e as muitas perspectivas sob as quais uma definição pode ser legitimamente observada frustram a esperança de qualquer tentativa que almeje valor analítico geral. Antes de mais nada, profissão ou profissionalismo constituem um conceito popular, um rótulo social desenvolvido a partir do uso cotidiano e aplicado pelos leigos a um número limitado de ocupações consideradas, de algum modo, superiores às ocupações ordinárias. Portanto, não se deve buscar determinar seu sentido absoluto, mas identificar como as pessoas de uma determinada sociedade distinguem quem é e quem não é profissional, como “fazem” ou “constroem” profissões a partir de suas atividades e quais as conseqüências da maneira como vêem e realizam seu trabalho. Em sociedades tão complexas e pluralistas como as atuais, é de se esperar que a diversidade de interesses e de perspectivas dos grupos

acabe por determinar distintas concepções de profissão que cada um apresenta a seu público reconhecido.

As ocupações que, em inglês, são chamadas de profissões, têm uma história especial. As primeiras profissões liberais, como a medicina e a advocacia proliferam com as universidades medievais da Europa. O desenvolvimento da estrutura ocupacional do industrialismo capitalista, na Inglaterra do século XIX e depois nos Estados Unidos, traz confusão para o consenso terminológico por causa das tentativas de recém reorganizadas ou recém-formadas ocupações de classe média perseguirem o título de “profissão” associado à condição de honradez das profissões liberais tradicionais. Estas duas nações têm em comum um aparelho estatal passivo para este aspecto da vida social, forçando cada ocupação a montar seu próprio movimento em prol do reconhecimento e da proteção, o que resulta no uso do título de profissão para estabelecer o status de ocupação bem-sucedida. Situação diferente é observada em países como a França, a Alemanha e a Suécia, nos quais o Estado desempenha um papel ativo no começo da institucionalização de algumas profissões e na reforma de outras, sendo em muitos casos um empregador expressivo. Esta realidade contribui para que a profissionalização adote um rumo distinto do observado nos países de língua inglesa (FREIDSON 1998).

O que quer que seja uma profissão, ela representa um tipo de trabalho que as pessoas fazem para ganhar a vida, ela é parte de um trabalho ou força de trabalho. Por este motivo uma teoria verdadeiramente adequada das profissões deve estar radicada numa teoria geral do trabalho concebido em todas as suas formas produtivas e não apenas nas que ocorrem no mercado convencional. Essa abordagem mais global da questão do trabalho, sem isolá-lo de seus elos com a estrutura ocupacional como um todo, dá relevância ao profissionalismo e permite compreender como algumas ocupações foram se fortalecendo e constituindo-se profissões, enquanto outras perderam esta condição. Desta forma, constrói-se uma perspectiva teórica para as profissões vinculada à análise das ocupações em um enfoque comparativo e histórico. Dentro desta visão, as profissões são focalizadas apenas como uma ocupação mais forte (FREIDSON 1998; BONELLI 1998).

Ocupação é o modo genérico de organizar o trabalho, sendo apenas “emprego” na sua versão menos organizada e “profissão” na sua forma mais organizada. A profissão constitui um método formal, lógica e empiricamente possível, de controlar a organização do trabalho, que é diferente do método da “mão invisível” do mercado perfeito ou do controle administrativo da burocracia racional-legal, por pautar-se no princípio central de que os membros de uma ocupação especializada controlam seu próprio trabalho. Esta concepção de profissão localiza-a como uma relação inserida na estrutura ocupacional e não como uma unidade fechada em si mesma ou como uma organização isolada de outras interações no mundo profissional (FREIDSON 1998; BONELLI 1998).

Assim, genericamente, pode-se afirmar que uma profissão é uma ocupação e o que distingue as ocupações entre si são o conhecimento e a competência especializados que se necessita para a realização das diferentes tarefas de uma divisão de trabalho:

“Profissão é sinônimo de ocupação: diz respeito ao trabalho especializado pelo qual uma pessoa ganha a vida numa economia de troca. Mas não é simplesmente qualquer tipo de trabalho que os profissionais fazem. O tipo de trabalho que realizam tem caráter esotérico, complexo e arbitrário: requer conhecimento teórico, competência e discernimento que as pessoas comuns não possuem, podem não compreender completamente e não podem avaliar prontamente. Além do mais, o tipo de trabalho que realizam é considerado especialmente importante para o bem-estar dos indivíduos ou da sociedade em geral, e tem um valor tão especial que o dinheiro não pode lhe servir de única medida: é também Boa Obra. É a capacidade de realizar esse tipo especial de trabalho que distingue os chamados profissionais da maioria dos outros trabalhadores.” (FREIDSON 1998, p. 246).

Os profissionais diferem-se dos outros trabalhadores pelo grau de controle que exercem sobre seu trabalho, o que, juntamente com a autonomia técnica, constitui o poder profissional mais decisivo. Dentro de certos limites, os profissionais podem escolher o trabalho que fazem e decidir como fazê-lo. Na legislação trabalhista norte americana, os trabalhadores profissionais são distinguidos dos

trabalhadores comuns por se considerar o julgamento e o arbítrio parte legítima e reconhecida de seu trabalho, deles se esperando um arbítrio com base numa rotina diária durante a realização de seu trabalho. Essa característica e outras, como o treinamento comum, as credenciais e o diferencial salarial são consideradas suficientes para justificar seu tratamento como tipos especiais de trabalhadores, com direito a escolher um agente de negociação coletiva independente de outros empregados. Enquanto os supervisores de trabalhadores industriais e não profissionais são pessoas treinadas para administradores, os trabalhadores profissionais ficam sujeitos a um sistema diferenciado de supervisão, no qual membros de sua profissão ocupam posições de supervisão, de gerência e, freqüentemente, os postos executivos. Isto confere à profissão monopólio administrativo ou supervisional quanto aos assuntos práticos associados a seu trabalho, com seus membros ocupando as classes organizacionais que estabelecem os padrões, direcionam e avaliam o trabalho. A norma é a “revisão pelos pares” e não a diretriz hierárquica (FREIDSON 1998; BONELLI 1998).

A partir deste critério básico de controle ocupacional sobre o trabalho, pode-se construir um modelo em torno das circunstâncias e características necessárias para que as ocupações ganhem e mantenham este controle. Para receber tal delegação de poder a ocupação deve organizar-se como um grupo identificável e não ser um mero agregado de indivíduos, que alegam ter o mesmo conjunto de competências. Uma ocupação pode ser tratada coletivamente como categoria social definida somente quando apresentar-se como um grupo organizado com alguém que, falando em seu nome, consiga estabelecer uma identidade corporativa. A ocupação também deve exibir arranjos institucionais que tornem plausível a auto-regulação, destacando-se entre eles os métodos seletivos e restritivos para recrutamento dos novos membros, através de critérios de triagem da capacidade ou probidade e a manutenção de instituições de treinamento suficientemente padronizadas para permitir supor que todos os que completarem com êxito seu treinamento terão uma competência ao menos minimamente aceitável. Uma garantia adicional pode advir da exigência de aplicação de exames aos que tenham completado seu treinamento antes de lhes autorizar o trabalho. Além da competência, a confiabilidade também deve ser assegurada com a

criação de códigos de ética que forneçam a seus membros orientações para um desempenho adequado no trabalho que, por sua vez, será garantido através da revisão colegiada ou dos pares feita pela comissões disciplinares e pela efetividade da profissão em desenvolver atividades educativas que informem acerca deste código, especialmente, no que diz respeito a sua interpretação, aplicação e necessidade de observância. A retórica da liderança paira acima de todas estas alegações e atividades (DARR 1993; FREIDSON 1998).

A profissionalização compreende o estabelecimento da autoridade para coordenar uma divisão de trabalho, com base na autoridade da expertise. Em meio às diferentes noções do termo profissão, é possível identificar como denominador comum a expertise, o credencialismo e a autonomia. A autonomia profissional inclui dois aspectos decisivos: o controle sobre o lado tecnológico e o conteúdo da profissão, entendendo-se que somente os que possuem certo tipo de conhecimento especializado são capazes de avaliar e julgar o mérito destas questões. É deste tipo de autonomia que emana o poder profissional. Ela requer a capacidade da profissão controlar uma área do conhecimento, com monopólio, não dependendo de outras profissões para sua prática rotineira. Assim, na base do profissionalismo encontram-se o conhecimento e a competência especializados, que são entendidos como valiosos para a vida humana. É a combinação entre o treinamento no conhecimento formal e o credenciamento que garante às profissões um acesso exclusivo às suas posições no mercado de trabalho (FREIDSON 1998; BONELLI 1998).

Esta consideração remete à distinção entre o conhecimento de senso comum, compartilhado nas atividades diárias, e o conhecimento específico e especializado, compartilhado por grupos particulares de pessoas que realizam atividades especializadas e específicas. O último tipo de conhecimento pode ser formalizado em teorias ou abstrações a fim de sistematizar ou justificar as atividades executadas. Para que se obtenha o máximo de eficiência social no uso do conhecimento formal, as universidades, progressivamente dele se apropriam e através da pesquisa e do ensino passam a sistematizá-lo e transmiti-lo. No entanto, para que este conhecimento cause um impacto social, deve ser colocado em ação por meio de agentes que o detém e

que estejam em posições que possibilitem seu exercício. Estes agentes são identificados por expressões como: especialistas, técnicos, tecnocratas, intelectuais, intelligentsia ou profissionais (KISIL 1989). Portanto, os profissionais podem ser entendidos como agentes deste conhecimento formal, pois como afirmam CORTINA e col. (1996, p.105) *“una profesión no sólo se tiene, se ejerce”*.

Compreendendo as profissões dentro desta perspectiva teórica de caráter histórico, social e vinculada à questão do trabalho e seus elos com a estrutura ocupacional, é possível traçar uma abordagem para o processo de profissionalização que aufere fortalecimento à algumas ocupações. A identificação de uma necessidade social não atendida ou mal atendida pelas profissões existentes determinando a criação de uma ocupação específica para atendê-la configura seu ponto inicial. A depender do grau de complexidade das atividades a serem executadas, essa ocupação pode ser exercida por profissionais que já atuam no setor ou define-se um conhecimento formal específico para executá-la e a conseqüente necessidade de treinamento educacional formal para aprendê-la, sendo isto mais provável para aquelas mais complexas. A etapa seguinte inclui a transformação dos programas de treinamento em programas acadêmicos nas universidades. Os egressos destes programas conformam uma massa crítica que compete com os profissionais tradicionais do setor para o exercício das atividades da nova ocupação, cujos limites institucionais traçam-se no bojo dos conflitos gerados por este confronto. O próximo passo está na formação de entidades associativas que defendam os interesses de seus associados e através dos canais legais pressionem a sociedade para o reconhecimento dos direitos profissionais dos que se dedicam à nova ocupação (KISIL 1989).

Parece claro que este processo de profissionalização não ocorre dissociado da divisão social do trabalho, que concretiza a interconexão, na sociedade, das atividades especializadas. As necessidades sociais, tomadas como finalidade, presidem o processo de trabalho que conduz a sua satisfação através da produção de bens e/ou serviços. Os agentes das atividades especializadas e os portadores das necessidades específicas relacionam-se, entre si e com a sociedade, através de seus produtos na divisão social do trabalho Assim, para que tenham êxito em sua tentativa

de conquistar o título oficial de profissão, não basta que as ocupações construam a profissão interpessoalmente negociando suas tarefas diárias com as outras com que trabalham. Sem confundir emprego e profissão, convém ponderar que é somente depois de conseguirem empregos de determinado caráter é que os membros de uma ocupação podem negociar a profissão com outros trabalhadores. Por sua vez, para poderem obter empregos que proporcionem os recursos para negociação as características institucionais de uma ocupação, de seus membros e de sua educação formal devem adequar-se a critérios oficiais de profissão (CORTINA e col. 1996; ALMEIDA e ROCHA 1997; FREIDSON 1998).

A partir do panorama traçado, faz-se oportuno mencionar consideração de A. Hortal, citado por CORTINA e col. (1996, p.105), que entende uma profissão como uma atividade ocupacional de características especiais:

(...) una profesión es una actividad ocupacional:

- a) en la que de forma institucionalizada se presta un servicio específico a la sociedad,
- b) por parte de un conjunto de personas (los profesionales) que se dedican a ellas de forma estable, obteniendo de ellas su medio de vida,
- c) formando con otros profesionales (colegas) un colectivo que obtiene o trata de obtener el control monopolístico sobre el ejercicio de la profesión,
- d) y acceden a ella tras un largo proceso de capacitación teórica y práctica, de la cual depende la acreditación o licencia para ejercer dicha profesión.”

Disto decorre o caráter do trabalho profissional que sugere como elementos básicos do profissionalismo a obrigação de praticar um *corpo de conhecimento* e competência de valor especial e a manutenção de uma relação fiduciária com os clientes. O sistema de saúde está radicado no profissionalismo, podendo ser distintas, entre os profissionais de nível universitário, as profissões primárias e as secundárias. O primeiro grupo inclui as que têm no sistema de saúde seu ponto natural e quase exclusivo de aplicação, como a medicina, a enfermagem, a odontologia, a farmácia etc. No segundo agrupamento estão as profissões que vêm na área da saúde apenas um campo a mais de aplicação entre os possíveis, sendo habitualmente caracterizadas por um nome composto formado pela adjetivação de sua formação primária: engenharia biomédica, arquitetura hospitalar, administração sanitária etc.

Geralmente, as profissões primárias confinam estes profissionais a papéis menores como, por exemplo, ao entender os administradores de serviços saúde como meros “zeladores” da organização. (KISIL 1989; FREIDSON 1998)

No interior das instituições hospitalares, como já foi descrito, traça-se uma clara linha demarcatória entre estes grupos profissionais. Os membros das profissões primárias, sendo os responsáveis técnicos pelas atividades finais da organização, gozam da autoridade profissional ou seja, detém o poder profissional que emana da autonomia. Assim, é natural acreditarem que devem assumir o controle do trabalho e acabarem ocupando posições administrativas dentro das organizações ou mesmo exercerem ocupações de administrador de serviços de saúde. No entanto, cabe ponderar que a habilidade técnica nem sempre faz-se acompanhar da competência gerencial indispensável à administração. Embora em alguns casos o profissional primário de saúde possua capacidade gerencial inata, ou procure desenvolvê-la de maneira autodidata, na maioria das vezes, revela-se incapaz de responder às demandas das posições administrativas (KISIL 1989).

Tendo em vista a complexidade das funções administrativas em suas diferentes fases, que englobam o planejar, o organizar e o controlar, Bendito Silva, citado por Kisil (1989), salienta a necessidade de treinamento e atualização para um desempenho a contento. O autor reconhece que há administradores bem sucedidos que agem de maneira empírica e pondera que este fato não autoriza precipitar a conclusão de que, se tivessem contado com um treinamento específico eles não seriam melhores.

Para a área da saúde, Cherubin (1978) reforça esta idéia afirmando que a administração de um hospital implantada e coordenada por quem não tem qualificação profissional ao ser observada superficialmente pode até parecer razoável, entretanto uma minuciosa investigação nas diversas unidades administrativas e nas diferentes atividades é capaz de revelar déficits e resultados distantes dos ideais.

Estudo realizado para a *“Commission on Education por Health Administration”* por Allison, Dowling e Munson (1974), citado por KISIL (1989, p.18), conclui ser necessário aos administradores de saúde adquirirem e demonstrarem competência que os credencie como pares dos profissionais provedores dos cuidados diretos e que os habilite ao apoio de outros elementos do sistema, do governo e do público. A mencionada comissão, observando que a simples injeção de recursos no sistema de saúde não tem sanado suas falhas, atribui ao administrador um papel essencial no sistema, pois muitos dos problemas existentes reclamam uma solução administrativa com melhor adequação do planejamento, da organização, do financiamento e da avaliação da assistência médico-sanitária.

A profissionalização da administração é um instrumento imprescindível para a adequação dos serviços de saúde às necessidades da sociedade, pois constata-se que há um corpo de conhecimento formal capaz de possibilitar um melhor entendimento destes serviços e de facilitar a compreensão e a solução de vários dos problemas complexos de sua organização. Ademais, reconhece-se a importância social do setor saúde, o que demanda a ampliação deste conhecimento (KISIL 1989).

Portanto, elementos como a necessidade da sociedade que demanda serviços de saúde de melhor qualidade e maior extensão e efetividade; a existência de um corpo formal de conhecimentos de administração capaz de imprimir melhorias no planejamento, organização, avaliação e controle das instituições de assistência médico-sanitária; a ocorrência de programas acadêmicos de treinamento para este conhecimento formal, embora ainda falte padronização que garanta uma competência mínima aceitável após a sua conclusão; a inserção dos egressos destes programas de formação no mercado de trabalho em saúde confrontando-se com os que administram de maneira empírica e a falta de uma entidade associativa capaz de criar uma identidade corporativa fazem crer, como afirma Miller, citado por Kisil (1989, p.14), que a administração de serviços de saúde representa uma ocupação que está em transição para se tornar uma profissão.

Cabe ressaltar, a guisa de conclusão, que neste processo de organização profissional a ética é relevante para a obtenção de apoio por parte do sistema, do governo e do público, pois, complementando a expertise, denota a capacidade dos trabalhadores profissionais se auto-regularem. A organização formal de uma profissão compreende a esfera na qual se professam a competência e a conduta ética construídas, histórica e socialmente, por seus membros para uma audiência externa (DARR 1993; FREIDSON 1998; BONELLI 1998).

2 O REFERENCIAL PRINCIPALISTA

A despeito do uso corrente das palavras ética e moral há divergências nas definições destes termos e uma diversidade de teorias éticas. Estes fatos tornam imperioso, ao iniciar-se este trabalho, um esclarecimento acerca do referencial teórico que embasará as reflexões nele desenvolvidas.

Como já mencionado em nota explicativa do capítulo anterior, segundo DURANT (1995), a palavra ética, do grego *éthos*, refere-se aos costumes, à conduta de vida e às regras de comportamento. Circunscreve-se ao agir humano, aos comportamentos cotidianos e às opções existenciais. Etimologicamente, significa o mesmo que moral (do latim *mos, moris*) e muitos autores consideram-nas sinônimos. No entanto, é comum a distinção entre ética e moral, entendendo a primeira como o estudo dos fundamentos da segunda ou seja, considera-se a ética como a “ciência da moral”.

Na busca de uma abordagem secular, interdisciplinar, prospectiva, global e sistemática para os temas de ética, consonante com a afirmação e a construção dos direitos humanos que marcam o mundo moderno nos anos 70, tem se instaurado nas últimas décadas, na área da saúde, a Bioética. Antigas concepções verticais, autoritárias, com deveres e princípios absolutos, não são mais aceitas e passam a ser substituídas por alternativas de caráter horizontal e democráticas, com responsabilidades recíprocas e bilaterais (GRACIA 1989; DURANT 1995).

Dentre as motivações que explicam a gênese e o desenvolvimento da bioética, destacam-se os avanços no campo da biologia molecular e na ecologia humana; a crescente preocupação com o futuro da vida no planeta e a transformação ocorrida na prática da assistência médico-sanitária com a incorporação das conquistas propiciadas pelo desenvolvimento da tecnociência biomédica (PESSINI e

DE BARCHIFONTAINE 1997; GRACIA 1998a; DE ALMEIDA e SCHRAMM 1999).

O termo bioética, que literalmente significa ética da vida, é cunhado como um neologismo, em 1971, pelo oncologista Van Ressenlaer Potter num livro chamado “*Bioethics: bridge to the future*”, com o objetivo de, ao juntar num só campo os conhecimentos da biologia e da ética, ajudar a humanidade em direção a uma participação racional, mas cautelosa, no processo da evolução biológica e cultural. O vocábulo de raiz grega *bios* designa o desenvolvimento observado nas ciências da vida, como a ecologia, a biologia e a medicina dentre outras. *Ethos* busca trazer à consideração os valores implicados nos conflitos da vida. (PESSINI e DE BARCHIFONTAINE 1997; GRACIA 1998a).

Desta forma, a definição de bioética abraça este processo de confronto entre os fatos biológicos, mormente os decorrentes dos avanços da tecnociência, e os valores humanos na tomada de decisões envolvendo os problemas práticos em diferentes áreas da vida, como na assistência médico-sanitária:

“(...) cobra todo su sentido la definición de la bioética como el proceso de contrastación de los hechos biológicos con los valores humanos, a fin de globalizar los juicios sobre las situaciones y de esa forma mejorar la toma de decisiones, incrementando su corrección y su calidad. Una área particular de la bioética sería la bioética sanitaria ou bioética clínica, que en consecuencia se podría definir como la inclusión de los valores en la toma de decisiones sanitarias, a fin de aumentar su corrección y su calidad.” (GRACIA 1998a, p. 30).

Na introdução à segunda edição da Enciclopédia de Bioética (REICH 1995) encontra-se o termo bioética definido como:

“o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo a visão, a decisão, a conduta e as normas, das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar.”

Desta definição, é possível depreender que há diferentes tendências na configuração das formas de sistematizar e tratar a análise teórica em bioética. Entre os paradigmas mais comuns destacam-se o do liberalismo que tem nos direitos humanos a justificativa para o valor central da autonomia do indivíduo sobre seu próprio corpo e as decisões relativas à sua vida; o das virtudes que coloca a tônica na boa formação do caráter e da personalidade das pessoas ou dos profissionais; o da casuística que incentiva a análise de casos a fim de elaborar características paradigmáticas para analogias em situações semelhantes; o narrativo que entende a intimidade e a identidade experimentadas pelas pessoas ao contarem ou seguirem histórias como um instrumental facilitador da análise ética; o do cuidado que defende a importância das relações interpessoais e da solicitude e o princípioalista (DOS ANJOS 1997; PESSINI e DE BARCHIFONTAINE 1998).

Este último modelo de análise, também conhecido como princípialismo, tem como seus protagonistas Tom Beauchamp e James Childress, autores da clássica obra *“Principles of Biomedical Ethics”*, cuja primeira edição data de 1979. Estes autores propõem quatro princípios como os orientadores referenciais da ação: a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça.

Esta talvez seja uma das teorias mais conhecidas na área biomédica. Sem ela, torna-se impossível compreender a recente história da bioética, pois as demais teorias, em sua maioria, construíram-se a partir de um diálogo com ela, seja corroborando-a ou contradizendo-a. Tal a sua preponderância que, por vezes, é chamada de “mantra da bioética” (GRACIA 1998a).

O princípialismo mostra-se atrativo para a prática da atenção médico-sanitária por propiciar aos profissionais de saúde uma linguagem simples, objetiva e que possibilita a verbalização de percepções e sentimentos éticos, permitindo uma abordagem sistematizada dos problemas práticos do cotidiano (PESSINI e DE BARCHIFONTAINE 1998; SCHRAMM 1999).

Sua utilização não se restringe à prática clínica, pois Darr (1993) sugere a introdução da teoria principialista como guia para a administração dos serviços de saúde:

“Ethical theories and derivative principles guide development of the rules that produce specific judgments and actions. Four principles should be included in health services management: respect for persons, beneficence, nonmaleficence, and justice. Utility is included as an adjunct to beneficence. These principles should be reflected in the organization’s philosophy, as well as the managers’ personal ethic.” (DARR 1993, p. 199.)

Não é possível colocar em dúvida sua utilidade, porém cabe considerar as críticas que, nos anos 80, são feitas a esta teoria dos quatro princípios. Figuras no cerne desta apreciação crítica, além da simplificação de conteúdo, uma suposta ênfase a um dos princípios, o da autonomia individual, levando conseqüentemente ao detrimento dos demais. Outra objeção encontra-se no entendimento de que, sendo o referencial principialista um típico produto do individualismo protestante norte-americano, seus valores não estão necessariamente presentes em outras culturas, como a “mediterrânea” e a “latino americana” (SCHRAMM 1998; GRACIA 1998a).

Segundo Schramm (1998), um dos defensores da teoria principialista no Brasil, quando corretamente aplicada ela não leva à ênfase da autonomia em detrimento dos demais princípios. Se assim fosse, consideraria, pareceria razoável estigmatizá-la em um contexto de injustiças sociais como o das sociedades atuais, especialmente na América Latina. De fato, segundo o autor, o principialismo constitui uma “metodologia de análise moral” que busca ponderar, de forma racional e imparcial, “os argumentos morais” em situações conflituosas concretas com vistas a dirimir, se possível, os conflitos pela escolha dos “melhores argumentos”. Ao contrário do que difunde a crítica antiprincipialista, ela não compõe uma teoria reducionista, pois necessariamente não se restringe aos quatro princípios “canônicos” podendo integrar ou excluir princípios segundo o *ethos* vigente em uma determinada sociedade.

O principlismo não faz abstração dos casos, porque a compreensão dos princípios e de suas implicações tornam-se possíveis com a realização de juízos em circunstâncias concretas. Assim, nas deliberações relativas à assistência médico-sanitária, esta teoria ética pode, e deve, dialogar com outras. Os princípios constituem referenciais que alertam para a necessidade de não ser maleficiente, de não ser injusto, de respeitar a autonomia das pessoas e de ser beneficente para com elas. Determinar como estas orientações se dão em concreto, conforma tarefa para a razão ética (SCHRAMM 1998; GRACIA 1998a).

Neste sentido, cabe destacar afirmação dos próprios Beauchamp e Childress (1999) na tradução ao idioma espanhol da quarta edição de sua clássica obra, cujo original data de 1994:

“En el razonamiento moral frecuentemente apelamos a mezclas de principios, reglas, derechos, virtudes, pasiones, analogías, paradigmas, parábolas e interpretaciones. Normalmente, no es posible priorizar y determinar cuál de los elementos es el principal, como tampoco lo es prescindir de la teoría ética en general. Los principios, reglas, teorías, etc., más generales, y los sentimientos, percepciones, juicios sobre casos concretos, prácticas, parábolas, etc., más particulares, deberían actuar conjuntamente en la reflexión moral.” (BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999, p. 104 e 105).

A partir das teorias éticas defendidas por W. D. Ross (1930), Beauchamp e Childress (1999) propõem que os quatro princípios obrigam *prima facie*. Em outras palavras, funcionam como guias de ação normativa que estabelecem as condições de permissividade, obrigatoriedade, correção ou incorreção dos atos. Como não há uma hierarquia *a priori*, ou seja eles não são absolutos e dependem do contexto no qual transcorrem os conflitos, nestas situações há lugar para o compromisso, a mediação e a negociação. Disto também decorre a possibilidade de sua revisão.

Esta inexistência de hierarquia é contestada por Gracia (1998a) que advoga a prioridade da não maleficência e da justiça sobre a beneficência e a autonomia. O autor considera que o dever de não causar danos a outros é superior ao de beneficiá-los. Um ato de beneficência deve ser dado e recebido livremente, o que o relaciona

intrinsecamente à autonomia. A beneficência diz respeito ao sistema de valores religiosos, culturais, políticos e econômicos e é neste nível, por assim dizer privado, que cada pessoa faz-se distinta, acalenta suas diferentes idéias de perfeição, de felicidade e sua particular concepção de vida boa. Mas, continua o autor, há um outro nível, o público. A convivência social obriga à aceitação de certos preceitos éticos exigíveis a todos igualmente. São os deveres públicos de não maleficência e justiça que, juntamente com os deveres privados de beneficência e autonomia, conformam a vida ética. Em caso de conflito, os primeiros têm prioridade sobre os últimos.

Schramm e De Almeida (1999) argumentam que esta divisão hierárquica entre deveres públicos e privados não constitui o cerne do debate em torno ao princípalismo. Isto porque, os quatro princípios não são propostos para uma aplicação automática, mas para serem ajustados a cada caso em seu contexto específico. Desde que eles são *prima facie*, a transgressão a qualquer um deles deve ser justificada.

A palavra autonomia deriva dos termos gregos *autos* (próprio) e *nomos* (regra, autoridade, lei, norma). Tem significados distintos, como autogoverno, direitos de liberdade, intimidade, eleição individual, livre vontade, eleger o próprio comportamento e ser dono de si mesmo. É um conceito constituído por várias idéias, de forma que deve ser especificado com base em objetivos concretos e nos contextos das teorias (BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

A autonomia pode ser entendida como a regulação pessoal, livre, sem interferências externas de controle e sem limitações individuais, como a compreensão inadequada que impedem de fazer uma eleição entre alternativas apresentadas. É o poder da pessoa para tomar decisões quanto aos assuntos que afetam sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais. Refere-se à capacidade do ser humano de decidir sobre o que é “bom”, ou que é seu “bem estar”, de acordo com seus valores, suas expectativas, suas necessidades, suas prioridades e suas crenças (FORTES 1998; MUÑOZ E FORTES 1998; BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

O ato autônomo pressupõe liberdade de escolha entre alternativas existentes ou a possibilidade de criá-las. Quando há somente um curso de ação possível, não ocorre o exercício da autonomia propriamente dito. Além disto, faz-se necessário liberdade para agir em conformidade com as opções feitas e as decisões tomadas. Pode-se dizer que as diferentes teorias acerca de autonomia concordam sobre estas duas condições essenciais: a liberdade, entendida como atuar independentemente das influências que desejam exercer controle e a capacidade de ser agente, compreendida enquanto poder conduzir-se intencionalmente (FORTES 1998; MUÑOZ E FORTES 1998; BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

É em função de seus agentes que as ações autônomas são analisadas. Estes precisam proceder de maneira intencionada, com conhecimento e na ausência de solicitações externas controladoras e determinantes do agir. A primeira destas três condições não permite gradação, os atos são ou não são intencionais. No entanto, dentro de amplo e contínuo espectro de possibilidades que vão desde a sua satisfação ou ausência completas, as outras duas podem estar presentes em maior ou menor grau. Assim, as ações podem ter distintos graus de autonomia, segundo o atendimento das últimas condições (BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

O ideal de autonomia é utópico e na prática são poucos os atos totalmente autônomos. Para que se tenha uma ação como autônoma, não se faz necessário dispor de conhecimento e independência totais. Bastam, simplesmente, um certo grau de ambas. O limite entre o suficiente e o insuficiente podem parecer arbitrários, demandando seu estabelecimento em função de objetivos e contextos específicos. Uma vez que é pouco provável que se consigam procedimentos completamente autônomos, o que se deve aspirar é que sejam substancialmente autônomos (GRACIA 1989; BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

Na área da saúde, devido ao caráter dependente do paciente e da posição arbitrária dos profissionais, apresentam-se muitos problemas relativos à autonomia. Há quem critique a ênfase conferida pela teoria ética atual à autonomia,

argumentando que ela tem por base a independência e subestima a importância das relações íntimas e dependentes. Estas críticas dirigem-se às teorias mais inflexíveis e individualistas de autonomia e não às mais equilibradas, que não negam o fato da vida em comunidade e das relações humanas proporcionarem a base para o desenvolvimento da pessoa (BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

Ser autônomo não equivale a ser respeitado como agente autônomo. Respeitar uma pessoa como agente autônomo implica, no mínimo, em acatar seu direito de ter opiniões próprias, de fazer escolhas e de agir de acordo com seus valores e crenças individuais. É essencial um respeito ativo, que ultrapasse os limites da não intervenção nos assuntos alheios e busque assegurar as condições necessárias para que as eleições ocorram autonomamente com a mitigação do medo e de outras circunstâncias dificultosas ou impeditivas da autonomia do ato. Muitas ações autônomas são impossíveis sem a cooperação ativa de outros, a fim de se vislumbrarem as opções viáveis. Respeitar a autonomia obriga os profissionais de saúde a informar, a intentar e garantir a compreensão e a voluntariedade e a fomentar a tomada de decisões substancialmente autônomas (GRACIA 1989; BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

Na opinião de Beauchamp e Childress (1999), dois filósofos destacam-se nas interpretações atuais sobre o respeito à autonomia: Immanuel Kant e John Stuart Mill. O primeiro considera que o respeito à autonomia deriva do reconhecimento que toda pessoa possui valor intrínseco incondicional e capacidade de determinar seu próprio destino, constituindo um fim em si mesma e não somente um meio. Em outras palavras, Kant recorre a uma das formulações do imperativo moral que determina o dever de respeitar as pessoas como fins e não simplesmente como meios. Mill centra-se na individualidade como determinante da vida das pessoas. A todo cidadão deve ser permitido desenvolver-se em função de suas convicções pessoais, sempre que estas não interfiram na liberdade dos demais quando, então, há a obrigatoriedade de tentar persuadi-lo. Esta postura exige, além de não interferir, reforçar ativamente a expressão da autonomia.

Na prática da assistência médico-sanitária, é comum a utilização da autoridade profissional para favorecer ou perpetuar a dependência dos pacientes em lugar de promover sua autonomia. É a relação fiduciária existente entre os profissionais de saúde e o enfermo que determina esta obrigação positiva de respeitar a autonomia, incluindo o dever de conversar e de expor a informação, tornando-a compreensível. Neste sentido, a meta deve consistir em zelar e promover os interesses dos pacientes (BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

No âmbito da administração dos serviços de saúde, o respeito à autonomia abarca a forma como a organização e, conseqüentemente, sua direção vêem e interagem com os pacientes e a equipe multiprofissional (DARR 1993).

O princípio da não maleficência emana da ética médica e caracteriza-se pela obrigação de “não causar danos”, de “não prejudicar” intencionalmente. É o “*primum non nocere*” da tradição hipocrática. O termo “dano” não fica restrito aos aspectos físicos, como a dor, as incapacidades e a morte, mas abraça os âmbitos psíquico, social, moral e outra série de prejuízos. Ele pode ser entendido como obstaculizar, dificultar ou impedir que se cumpram os interesses de uma das partes por motivos que incluem as condições autolesivas e os atos de outra parte (GRACIA 1989; PESSINI e DE BARCHIFONTAINE 1997; BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

A exemplo de outros filósofos, Willian Frankena (1973), citado por BEAUCHAMP e CHILDRESS (1999), arrola a não maleficência e a beneficência em um único princípio. Ao proceder desta forma, incluindo a idéia de beneficiar os outros e a de não provocar danos em um mesmo princípio, o autor vê-se obrigado a distinguir na beneficência diferentes deveres, como o de não causar danos ou mal, de preveni-los, de evitá-los e o de fazer ou promover o bem.

A despeito da similitude entre beneficência e não maleficência e da dificuldade em discriminar os dois conceitos, a inclusão deles em um mesmo princípio pode dificultar a compreensão de certas diferenças essenciais. A obrigação

de não prejudicar, como não roubar, não lesar ou não matar é distinta do dever de ajudar os demais, proporcionando-lhes benefícios, protegendo seus interesses ou propiciando seu bem-estar. O princípio da não maleficência é devido a todas as pessoas e o da beneficência, na prática, mostra-se menos abrangente (KIPPER e CLOTET 1998; BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

Desta forma, pode-se entender que as obrigações impostas pelo princípio da não maleficência costumam ser mais imperiosas do que as advindas da beneficência, determinando sua prevalência em certos casos. Segundo Beauchamp e Childress (1999), caracteristicamente na ocorrência de conflitos sobreleva-se o princípio da não maleficência, mas a exemplo do que acontece com os outros princípios o peso deste depende das circunstâncias, não sendo possível estabelecer *a priori* uma regra que outorgue mais importância a evitar danos do que a beneficiar. Os autores acreditam que é preferível distinguir os dois termos no aspecto conceitual, sem assentar uma ordem normativa ou uma estrutura hierárquica.

Enquanto a beneficência, quase sempre, compreende a ajuda ativa requerendo uma ação transitiva, a não maleficência, muitas vezes, envolve a abstração, implicando apenas em abster-se intencionalmente da realização de atos que possam causar dano. Tanto que, as regras derivadas deste princípio são geralmente expressas de forma negativa, como não matar ou não roubar porque envolvem a restrição de serviço e não sua prestação. Além de habitualmente constituírem regras negativas de ação, elas devem ser obedecidas imparcialmente e oferecem razões para o estabelecimento de proibições legais a determinadas normas de conduta (KIPPER e CLOTET 1998; BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

Nos diferentes casos enfrentados na prática profissional cotidiana, faz-se mister ponderar conjuntamente os princípios da beneficência e da não-maleficência, visto que para justificar riscos graves os objetivos têm que ser importantes. Em caso de conflito, o profissional de saúde deve considerar que causar dor ou dano a uma vida humana torna-se admissível quando o próprio paciente é a primeira pessoa a ser beneficiada. Com isto, não se diminui a importância do princípio da não

maleficência, mas facilita-se a inclusão de particularidades, pois o que representa dano para uma pessoa pode não sê-lo para outra, em função de seus distintos entendimentos de bem estar, seus interesses e do que se considera como obstáculo a estes, enfim, de sua autonomia (KIPPER e CLOTET 1998; BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

A beneficência representa um critério tradicional da ética médica. Suas máximas incluem “fazer o bem”, “cuidar da saúde”, “favorecer a qualidade de vida”, enfim, dilatar os benefícios, evitar, ou ao menos minorar os danos. Não existem rupturas claras no *continuum* não provocar prejuízos e oferecer benefícios. De maneira geral, pode-se afirmar que uma ação beneficente é toda aquela que pretende beneficiar as pessoas (DARR 1993; GRACIA 1989; PESSINI e DE BARCHIFONTAINE 1997; BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

Não somente a prática médica tem se norteado pelo princípio da beneficência, também a da enfermagem, a da odontologia e a da psicologia, dentre outras. Cada qual, de acordo com os fundamentos advindos do saber e da especificidade profissionais, buscam o que entendem ser bom para o paciente, promovendo seu bem estar e protegendo seus interesses. No entanto, parece claro que estes profissionais de saúde não podem exercer o princípio da beneficência de modo absoluto. Há limites, e ultrapassá-los pode significar, muitas vezes, aniquilar a manifestação da vontade, dos desejos, dos sentimentos e das crenças pessoais do paciente (KIPPER e CLOTET 1998).

Usualmente, as regras emanadas do princípio da beneficência representam demandas positivas de ação; nem sempre têm que ser obedecidas imparcialmente e raro oferecem razões para a sanção legal quando se fracassa em cumpri-las. Isto leva, em algumas ocasiões, ao entendimento do comportamento beneficente muito mais como ideal do que obrigatório, o que dificulta estabelecer uma linha limítrofe entre o dever e o ideal éticos. Parece possível atuar de maneira não maleficente em relação a todas as pessoas, mas soa como impossível ser beneficente com todas elas. No entanto, há contextos nos quais as obrigações de beneficência são suficientemente

sólidas para predominarem sobre as de não maleficência. Constituem exemplos disto alguns programas de saúde coletiva, como os de vacinação que podem prejudicar algumas pessoas individualmente para oferecer um benefício maior à população (BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999)

Cabe distinguir a beneficência geral e a específica, detendo-se mais na explicação da última por ser a de maior interesse para o contexto do presente trabalho. A primeira dirige-se a todas as pessoas, independentemente de relações especiais entre elas. A específica volta-se a grupos determinados, como as crianças, os amigos e os pacientes. Portanto, sustenta-se em relações éticas especiais entre as pessoas, freqüentemente ligadas a funções institucionais e a acordos contratuais. Estas obrigações derivam de compromissos explícitos, como nas promessas ou de implícitos, como é característico a algumas funções, por exemplo as com responsabilidades de assistência. Existe uma assunção implícita de beneficência entre as profissões de saúde nos seus contextos institucionais, pois a promoção do bem estar dos pacientes não consiste unicamente em evitar o prejuízo, mas expressa o objetivo, a razão fundamental e a justificação da prática dos profissionais (BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

Conduzir a prática da assistência médico-sanitária pelos trilhos da beneficência tem lhe rendido, em certas oportunidades, o título de paternalista. São característicos do paternalismo a superproteção, o autoritarismo, a inibição e o infantilismo. Pode ser visto como resultado da assimetria da relação entabulada entre os profissionais de saúde e os pacientes, que deixam de ser considerados como sujeitos do cuidado para serem entendidos como objetos. Ocorre uma passagem despercebida do saber ao poder, apagando, conseqüentemente, a individualidade singular de cada pessoa (KIPPER e CLOTET 1998).

O paternalismo está justificado em alguns contextos e, em muitos ensejos, pode configurar a única forma possível de atendimento, especialmente em situações de vulnerabilidade, quando os pacientes apresentam comprometimento de algum dos elementos constitutivos da autonomia. Desta forma, o paternalismo deve ser

contemplado e ponderado à luz dos princípios da beneficência e da autonomia, sob risco de ofuscação da análise se aceito somente um deles (GRACIA 1989; KIPPER e CLOTET 1998).

Conforme afirma Freidson (1998), se o lado técnico do tratamento de uma doença consiste responsabilidade do profissional de saúde, o aspecto da interação social dos procedimentos indicados é da alçada do paciente e sua família. Na opinião do autor, quando os profissionais, com base em seu saber técnico ou em seus valores, usam de sua autoridade para dirigir ou constranger a decisão de alguém, deixam de ser expertos e passam a compor uma classe de privilegiados disfarçados de expertos.

É impossível aos profissionais de saúde se furtarem aos juízos e às decisões de natureza e caráter éticos. Isto exige fazer opções e agir pautados pelo princípio da busca do que é bom e pela recusa do que é mal. Estes tipos de escolhas e atitudes se vêm propiciadas pela Prudência, cujo significado original representa a virtude que facilita a escolha dos meios certos para um bom resultado. Ter esta disposição de reconhecer o que é bom e levá-lo a cabo é possuir a virtude que Aristóteles chama de *Phronesis*, traduzida pelos autores latinos como Prudência. Todas as atividades e cada decisão dos profissionais de saúde devem ser acompanhadas do exercício da Prudência, a fim de se possibilitar a adequada ponderação entre beneficência e não maleficência (GRACIA 1989; KIPPER e CLOTET 1998).

Darr (1993), considerando a beneficência e a não maleficência como extremos de um mesmo *continuum*, avalia a importância destes princípios na administração dos serviços de saúde ao afirmar que *“failing to provide benefits when one is able to do so violates the concept of the professional duties of clinician and manager”* (p. 202). O autor alerta que o princípio da beneficência requer que a organização de saúde e seus dirigentes façam todo o possível pelo bem dos pacientes. Confere destaque ao balanço entre riscos e benefícios que, segundo ele, está na base da análise custo/benefício. Argumenta que nenhum “bem maior” justifica atropelar os interesses dos pacientes ou sacrificá-los. Por outro lado, lembra que o princípio da

não maleficência é igualmente aplicável à prática dos administradores hospitalares, pois não se pode tolerar situações nas quais os riscos superam os benefícios.

No intento de explicar a justiça, termos como equidade, mérito e titularidade são usados com frequência. Estas tentativas de explicação interpretam justiça como trato igual ou equitativo, tendo por referencial o que é devido às pessoas ou o que é propriedade delas. No principialismo, a justiça é vista em seu sentido comutativo ou seja, diz respeito à distribuição social igual ou equitativa, definida por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social. Seu âmbito inclui as políticas que alocam diferentes benefícios e cargas, como a propriedade, os recursos, os impostos, os privilégios e as oportunidades. Diversas instituições públicas e privadas estão implicadas com a justiça distributiva, incluindo o governo e o sistema sanitário. Em um sentido mais amplo, este termo pode ser compreendido como a distribuição de todos os direitos e as responsabilidades na sociedade, abrangendo os direitos civis e políticos, como o direito ao voto e à liberdade de expressão (BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

Os problemas de justiça distributiva surgem sob condições de escassez, contexto não raro na área da saúde atualmente. Nenhum princípio de justiça por si só é capaz de fazer frente a tais questões. As proposições filosóficas das teorias de justiça, que por vezes amparam as decisões tomadas no âmbito das políticas de saúde, mostram-se insuficientes para determinar concretamente as medidas de alocação de recursos. No entanto, ao influenciá-las desempenham papel importante na sustentação dos argumentos que as justificam (DE SIQUEIRA 1998; BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

Também na administração hospitalar as teorias de justiça são essenciais. Ao prover um marco para o desenvolvimento de uma ética pessoal do administrador e para a análise de dilemas éticos, sua utilidade não restringe-se à alocação de recursos, mas abarca a forma de tratamento dos pacientes e dos trabalhadores nas relações que se encadeiam entre estes e os dirigentes (DARR 1993).

Não há uma compreensão única para justiça distributiva, assim diferentes teorias são desenvolvidas para especificar e apresentar com coerência os distintos entendimentos. De acordo com GRACIA (1989), as mais aceitas abarcam:

- justiça como proporcionalidade natural;
- justiça como liberdade contratual;
- justiça como igualdade social;
- justiça como bem-estar coletivo;
- justiça como equidade.

A teoria da justiça como proporcionalidade natural, que se inicia com os pensadores gregos, por volta do século VI A.C, defende a justiça enquanto propriedade natural das coisas, restando unicamente como opção conhecê-la e respeitá-la. Tudo tem seu lugar natural e o justo é que permaneça assim. A justiça encontra-se no fato de cada qual ocupar o posto que naturalmente lhe cabe, seu lugar natural. Partindo deste entendimento do caráter natural da desigualdade e da hierarquia sociais, a distribuição das riquezas, honrarias etc. entre os membros da sociedade ocorre em consonância com estas proporções estabelecidas pela natureza, com esta estratificação justificada por um princípio metafísico. Nesse modelo de justiça, os pacientes são destituídos de autonomia e recebem atenção à saúde proporcional a sua categoria social (GRACIA 1989; GRACIA 1998b; DE SIQUEIRA 1998).

Na modernidade, ocorrem inovações fundamentais no tema da justiça, com a introdução das idéias da autonomia e da liberdade das pessoas. Surgem o que usualmente se conhece como as teorias liberais de justiça, que vêem o homem em uma posição acima da natureza e como única e exclusiva fonte de direitos. Com o objetivo de proteger os direitos civis e políticos dos indivíduos, insiste-se no pacto

social como base da justiça. O papel do Estado restringe-se à garantia e proteção das liberdades e dos direitos individuais. O que excede a isto é injusto, uma vez que a justiça é entendida como liberdade contratual. Nestas teorias, rejeita-se o direito à saúde como direito à assistência médico-sanitária, limitando-o à idéia de preservação da integridade física. O acesso aos serviços de saúde é regido pelas leis de mercado, sem aceitar-se a intervenção do Estado no provimento da atenção médica aos cidadãos. Assim, ocorre a divisão destes em três grupos: os que têm recursos suficientes para arcar com os custos do modelo liberal baseado no mercado; os que, frente às dificuldades para custear os gastos com a assistência médica, lançam mão de um terceiro pagador e os que não conseguem acesso aos serviços de saúde. No intento de se corrigir a última situação, criam-se as instituições de beneficência, não por uma questão de justiça, mas de caridade, de misericórdia (GRACIA 1989; GRACIA 1998b; DE SIQUEIRA 1998).

Contraopondo-se a esta compreensão da justiça como mera liberdade contratual, encontram-se as teorias igualitárias com destaque, por sua importância, ao marxismo. Argumentando que a distribuição deve contemplar os meios de produção e não os de consumo, defendem que a cada um deve exigir-se, segundo suas capacidades, e dar-se de acordo com suas necessidades. A saúde configura uma capacidade e a doença representa uma necessidade. Assim, na sociedade comunista o sistema de saúde constitui um serviço público que, obrigatoriamente, é oferecido a todos os cidadãos em acordo com suas precisões, não havendo lugar para a prática liberal da medicina (GRACIA 1989; GRACIA 1998b; DE SIQUEIRA 1998).

O socialismo democrático, que como o próprio nome indica, mescla a democracia liberal com o Estado social, dá lugar ao chamado Estado social de direito e, sobretudo, ao Estado de bem estar social. A justiça não é entendida como mera liberdade contratual, tampouco como igualdade social, mas como bem estar coletivo. As tábuas dos direitos humanos civis e políticos são complementadas com os direitos econômicos, sociais e culturais. Surge assim, a idéia de que todo ser humano tem direito à educação, à moradia digna, ao trabalho bem remunerado, ao subsídio desemprego, à aposentadoria e à assistência sanitária. À idéia do Estado mínimo,

opõe-se a do Estado máximo, que deve garantir a todos os cidadãos estes direitos (GRACIA 1989; GRACIA 1998b; DE SIQUEIRA 1998).

Entre o liberalismo extremo e o socialismo ortodoxo encontra-se a compreensão da justiça como equidade. Provavelmente, seja a teoria de mais repercussão na sociedade ocidental moderna, tendo em John Rawls seu precursor. Para ele, uma sociedade só pode ser considerada justa quando os valores sociais - incluídos a liberdade, as oportunidades, os ingressos e as riquezas - as bases sociais e o respeito a si mesmo forem distribuídos igualitariamente, a menos que uma distribuição desigual de algum ou de todos estes valores redundem em vantagem para todos, especialmente para os mais necessitados. Também no âmbito da justiça sanitária, a influência desta teoria faz-se sentir, sendo que nos últimos tempos não há estudo sobre o tema que dela não parta, ainda que seja para criticá-la (GRACIA 1989; GRACIA 1998b; DE SIQUEIRA 1998).

A este ponto, pode-se perceber a existência de controvérsias quanto às bases teóricas da justiça. Cada uma das teorias de justiça consiste em uma reconstrução filosófica de uma perspectiva válida da vida ética, entretanto é capaz de captar apenas parcialmente sua extensão e sua diversidade. As barreiras de acesso à assistência sanitária são ainda muitas e para os dela excluídos, um sistema de saúde justo soa como um ideal distante. A justiça é, pois, necessária para a proteção dos sujeitos autônomos, mas igualmente indispensável é a solidariedade. Se a primeira postula igual respeito e direitos para cada sujeito autônomo, a segunda exige empatia e preocupação pelo bem estar do próximo. Os sujeitos autônomos são insubstituíveis, mas também o é a atitude solidária de quem reconhece sua inserção em uma forma de vida compartilhada (CORTINA 1995; BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999).

Uma ética política que faz justiça à realidade social é a que colabora para a formação de pessoas autônomas e solidárias, tão distantes do coletivismo homogeneizador como do individualismo sem sinais humanos de identidade. Tornar possível uma sociedade de sujeitos autônomos na solidariedade é tarefa política de

uma época herdeira do liberalismo e do socialismo, que aposta nos pilares éticos da autonomia e da solidariedade (CORTINA 1995).

3 A ÉTICA NAS ORGANIZAÇÕES

A essencialidade das organizações na vida pessoas leva alguns expertos a considerarem que os tempos atuais configuram uma “época *managerial*” e que a sociedade hodierna conforma uma “sociedade de organizações”, cujo paradigma é a empresa. Esta concepção ganha tal força que a transformação das organizações, com a empresa desempenhando um papel de exemplo ou modelo, é vista como o caminho para a melhoria da humanidade. A empresa é compreendida como um motor para a renovação social e todas as organizações e os que nelas trabalham devem buscar aprender da ética empresarial o modo de atuação exigido a fim de possam sobreviver, crescer e superar-se, evitando os defeitos anteriores e propondo valores adequados a esta reconstituição proposta (CORTINA e col. 1996). Disto também decorre o uso indistinto dos termos ética organizacional ou nas organizações; ética empresarial ou nas empresas e ética nos negócios. No Brasil, registra-se uma preferência pelo uso das expressões ética nas organizações ou organizacional e ética nos negócios, provavelmente pela mencionada influência do idioma inglês que utiliza *business ethics* e *organizational ethics*.

Desta forma, parece premente que a abordagem da ética para o administrador hospitalar dedique um momento a explorar a ética nas organizações e instituições, tendo como fio condutor desta discussão, a ética empresarial. Além do mais, a inclusão deste aspecto ganha mais pertinência ao se considerar, como já foi discutido, que se o hospital por suas peculiaridades não pode ser tido como uma empresa propriamente dita, ele ao menos incorpora uma dimensão empresarial necessária a seu funcionamento e ao atendimento de suas finalidades.

Cabe ressaltar que, embora no presente trabalho a reflexão restrinja-se ao âmbito organizacional, não se desconhece o fato de que a ética empresarial ocorre no contexto da ética social e que também tem peso a ética pessoal de cada membro da

organização. Pode-se dizer que a ética organizacional representa a confluência de uma mobilização de cidadania e de uma opção da consciência individual. Desde suas origens, na Antiga Grécia, a ética convida a forjar-se um bom caráter que leve a boas escolhas. O caráter que uma pessoa tem é decisivo para sua vida, pois, ainda que os fatores externos condicionem em um sentido ou outro, o caráter, se a pessoa o assumir, é o centro último da decisão, pois a ética é uma prática irrenunciavelmente individual, intransferível e íntima. Porém, é oportuno lembrar que as organizações com seus valores influenciam neste processo decisório, podendo facilitar as boas escolhas ou torná-las um ato heróico de quem assim queira agir, pois a ética pessoal assinala que existem situações nas quais é necessário confrontar o grupo ou a comunidade a que se pertence e atuar de maneira determinada, sem importar-se com os interesses afetados. Portanto, pode-se dizer que o primeiro sentido da ética é um saber que pretende orientar as pessoas na forja do caráter (CORTINA e col. 1996; SAVATER 1998; SROUR 1998).

A ética social, que acompanha a experiência do pluralismo religioso, político e moral reconhecido como o ideal de sociabilidade, consiste em um denominador comum compartilhado pela sociedade em meio a esta diversidade. Compreende a fecundidade da convivência de concepções distintas e defende que cada qual tem direito de tentar levar a cabo seu projeto de felicidade sempre que isto não impossibilite aos demais também o concretizarem. Parte da convicção de que cada membro da sociedade é um cidadão capaz de tomar decisões como um sujeito ético autônomo. Assim, um dos primeiros valores que compõem a ética social é o da autonomia ética, com seu correspondente político, a cidadania. A estes, junta-se a igualdade, entendida como a consecução de iguais oportunidades para todos desenvolverem suas capacidades, corrigidas as desigualdades naturais e sociais e eliminada a dominação de uns pelos outros, já que todos são iguais enquanto autônomos e capacitados para a cidadania. Estes valores da ética social servem de guia para as ações, mas para que eles sejam encarnados na vida das pessoas e das instituições, é necessário concretizá-los e, os direitos humanos, em suas distintas gerações, podem ser considerados como tal (CORTINA e col. 1996).

A pluralidade também exige como componentes da ética social a tolerância e o diálogo. O primeiro vai além de seu sentido passivo isto é, uma inclinação a não imiscuir-se nos projetos alheios por simples comodidade, mas abraça um sentido ativo, a predisposição em respeitá-los porque podem ter um valor, mesmo que não compartilhado por todos. O diálogo é uma atitude que considera cada um como ser autônomo igualmente capaz de dialogar sobre as questões que afetam sua vida e que se dispõe, por solidariedade, a incluir os interesses de cada um na tomada de decisões. A única maneira de cada qual se fazer compreender é nesta atitude de diálogo na qual se fala e se pergunta (FLOWER 1991; CORTINA e col. 1996).

Para o desenho de uma ética nas organizações faz-se necessário:

- determinar o fim específico da atividade organizacional que é responsável por sua legitimação social;
- averiguar os meios adequados e os valores a serem incorporados no desempenho desta atividade específica;
- indagar pelos hábitos a ser adquiridos e ir forjando um caráter que permita deliberar e tomar decisões acertadas em relação às metas;
- discernir que relação deve ocorrer entre as atividades e as organizações;
- identificar quais são os valores éticos da sociedade na qual está inserida a organização e quais os direitos que essa sociedade reconhece às pessoas (CORTINA e col. 1996).

Feitas estas breves delimitações iniciais, passa-se à questão específica da ética empresarial e sua interface com a administração hospitalar. Os motivos para o florescimento da preocupação ou interesse com a ética nas empresas e nas organizações, de maneira geral, inicia esta discussão que segue com os aspectos históricos e uma conceituação.

3.1. Motivações para o Interesse em Ética Organizacional

Ultimamente, o interesse ou a preocupação com a ética empresarial e de seus dirigentes e empregados, tem crescido, sendo alvo da mídia e da literatura sobre administração. Já se encontram, nos jornais, anúncios selecionando supervisores ou consultores éticos, sinal de que a empresa está incluindo a preocupação com a ética formalmente em sua estrutura organizacional. (anexo 1).

Possivelmente, o domínio do movimento positivista durante a metade do século passado e início deste, convencendo a todos que os saberes científicos e técnicos deveriam se ater, ao que chamou seu fundador Augusto Comte, de “regime dos fatos”, relegando a um segundo plano os valores, tenha determinado a ausência destes, na teoria empresarial clássica. Isto, segundo alguns autores, poderia explicar porque resolver problemas éticos em administração apresenta-se como uma questão tão complexa (GRACIA sd; DARR 1993).

No entanto, o *best-seller* de autoria de Peters e Waterman (1984), *In Search of Excellence*, através de uma pesquisa junto à empresas norte-americanas bem sucedidas, desfaz este mito ou tradição, mostrando que, tudo que os administradores vinham desprezando como intratável, irracional, intuitivo e aspectos informais da organização, pode ser manejado na busca da excelência. As abordagens quantitativas e racionalistas da administração resultam incapazes de explicitar o que as companhias, tidas como excelentes, aprenderam, pois, é provável que elas tenham alcançado a excelência devido a atributos culturais que as distinguem das concorrentes no mesmo ramo de negócios (PETERS e WATERMAN 1984).

A pesquisa deste *best-seller* demonstra que uma abordagem inteligente acerca de organizações deve abarcar, obrigatoriamente, como interdependentes pelo menos sete variáveis:

- a estrutura;

- a estratégia;
- as pessoas (a equipe);
- o estilo de direção;
- os sistemas e os procedimentos;
- os conceitos que servem como guias para as ações;
- os valores compartilhados no bojo da cultura organizacional;
- as forças e as habilidades, presentes e esperadas, da corporação.

Estas variáveis formam o que foi chamado *7-S³ Framework* (figura 2), numa tentativa de torná-las de mais fácil explicação, compreensão e incorporação pelos dirigentes (PETERS e WATERMAN 1984).

Os atributos que emergem como os mais característicos da excelência, nesta pesquisa são:

- preferência para a ação;
- proximidade do consumidor;
- autonomia e espírito empreendedor;
- produtividade através das pessoas;
- orientação pelos valores;
- circunscrição ao negócio que a organização conhece melhor;
- forma simples e *staff* enxuto;
- clima, no qual há dedicação para os valores centrais da companhia, combinado com a tolerância para com os empregados que os aceitam (PETERS e WATERMAN 1984).

³ das iniciais das palavras em inglês *structure, systems, style, staff, skills, strategy, shared values*

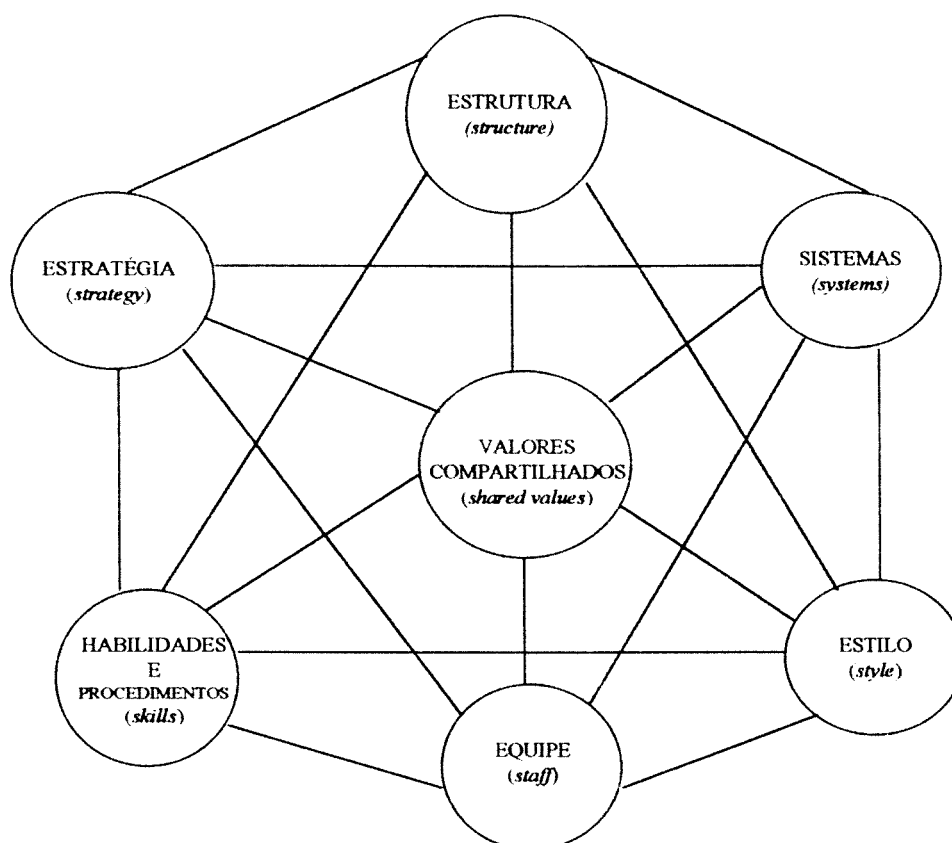


Figura 2 - As variáveis interdependentes na organização (*7-S Framework*)

Adaptado de Peters TJ, Waterman RH. **In search of excellence. Lessons from America's best-run companies.** New York: Warner; 1984.

Mas quais seriam as motivações para todo este interesse quanto à ética empresarial? Alguns autores como Cortina e col. (1996), Srour (1998) e Gómez (sd) destacam dentre as razões de todo este movimento:

- a urgência de recuperar a credibilidade na empresa. Escândalos como Watergate fazem com que a confiança volte a ser um valor no mundo empresarial, o que, em realidade, nunca havia deixado de ser, assim ela reassume a sua posição como tal;

- a empresa que busca somente os resultados ou as vantagens imediatas é suicida, a responsabilidade a longo prazo é uma necessidade de sobrevivência e, neste aspecto, a ética constitui um fator importante para os ganhos. Por si só, a ética não é condição para um bom negócio, mas o propicia;

- uma mudança na concepção de empresa, de um terreno de homens sem escrúpulos movidos pela ganância e lucro em direção a uma instituição socioeconômica que tem uma responsabilidade ética para com a sociedade (os consumidores, os acionistas, os empregados e os provedores). Neste aspecto, Bernardo (1993) defende que cada dia é mais vigente uma conceituação antropológica de empresa, que parte do entendimento da pessoa como autora, centro e fim de toda atividade econômico-social. Esta conceituação concebe a empresa como um grupo social constituído por pessoas livres que organizadas, hierárquica e profissionalmente, cooperam de diversas formas como sujeitos de direitos com base em contratos livremente tratados e com a finalidade comum de produzir bens ou serviços para intercâmbio econômico. Em outras palavras, pode-se dizer que uma vez que a empresa, enquanto uma organização social, deve dar conta de funções que a sociedade dela espera e exige assumindo suas responsabilidades neste âmbito, ela está obrigada a tomar decisões com implicações éticas. A ética não é só individual, mas corporativa e comunitária. Assim, no mundo empresarial começa-se a esclarecer que não só os indivíduos são eticamente responsáveis, também o devem ser as empresas. Portanto, faz-se necessária e urgente uma ética das empresas, que comecem a se preocupar com o tipo de formação que dão a seus membros, especialmente a seus dirigentes;

- as organizações, nos países pós capitalistas, são a célula do tecido social e a sua transformação está sendo considerada essencial no processo de construir uma sociedade mais inclusiva. Frente às velhas e anquilosadas organizações, propõe-se novas, livres dos defeitos anteriores e com os valores adequados à esperada renovação, o que confere à ética da empresa um lugar de destaque;

- na ética das empresas vai se mostrando indispensável a capacidade gerencial e, conseqüentemente, a figura do executivo que pouco a pouco vai se tornando um personagem central do mundo social atual. O gestor é uma pessoa com claros objetivos que se propõe a alcançá-los através do desenvolvimento de grande habilidade para imaginar e criar meios que permitam isto. De comportamento pró-ativo, criativo e com capacidade inovadora, não se prende a soluções já conhecidas, mas com instinto de adaptação imagina possibilidades e estratégias novas, sempre no marco da negociação, menos custoso que o do conflito;

- para o entendimento dos processos de tomada de decisão é imprescindível a compreensão das finalidades da organização. Neste sentido, a educação e a preocupação com um atuar eticamente correto deverão formar parte do desenvolvimento da organização;

- a cultura do individualismo, característica da modernidade, é geradora de insatisfações. Como conseqüência, os indivíduos buscam se integrar a uma comunidade ou corporação para recuperar seu “eu concreto”. Os seres humanos tornam-se pessoas dentro de comunidades concretas, nas quais aprendem os valores éticos que vão seguir defendendo. A empresa pode ser entendida como uma comunidade que propõe a seus membros uma identidade, um sentido de pertença, valores a compartilhar, uma tarefa comum, um bem comum não distinto do bem de cada um dos seus integrantes e, até mesmo, um sentido de excelência que o “universalismo individualista” é incapaz de considerar. Esta é a cultura das organizações que, começando pela família e continuando através dos demais grupos humanos que cada indivíduo integra, leva ao resgate do sentido concreto da vida de cada um;

- as organizações sociais, hoje em dia, reclamam um atuar eticamente adequado, mas não querem que as pessoas sejam heróis. No entanto, ao pertencer a uma empresa, cujo desenho e funcionamento põem os resultados econômicos a curto prazo adiante do respeito dos direitos das pessoas ou da satisfação da necessidade dos consumidores, tomar decisões eticamente corretas pode tornar-se um ato heróico,

no qual o trabalhador arrisca seu posto de trabalho. Assim, outra razão pela qual fala-se de ética nas empresas é a situação de insegurança e intranquilidade na qual se encontram muitos diretivos que devem tomar as decisões exigidas pela empresa, mas sentem-se, segundo sua consciência, como se estivessem agindo de maneira eticamente censurável;

- a insistência na qualidade ética leva, por extensão, à qualidade em sentido mais amplo, resultando em maior rentabilidade;

- contribui para a boa imagem da empresa, pois nenhuma das grandes e excelentes companhias distingue-se pela falta de princípios éticos, mas pela qualidade do produto que colocam à disposição do mercado. As empresas têm uma imagem a resguardar, patrimônio essencial para a continuidade do próprio negócio. A imagem da empresa não pode ser vilipendiada ou reduzida à simples peça publicitária, uma vez que ela representa um ativo econômico sensível à credibilidade que inspira. A dimensão ética é uma parte decisiva dentro do conceito de qualidade que a empresa apresenta à sociedade.

Resta, dentre as motivações para a preocupação com a ética nas empresas, levantar a questão do modismo. Gómez (sd) coloca este ponto como uma das razões para este crescente florescimento da ética dos negócios, já Cortina e col. (1996) defende uma outra posição, afirmando que a ética empresarial não consiste nem em uma moda passageira, nem em último intento de justificar relações injustificáveis, mas em uma nova forma de orientar a atividade empresarial e o desenho das organizações. Também, segundo Ortiz-Ibarz (1995), mais que um modismo, a ética nas atividades empresariais e de qualquer organização é uma necessidade mais exigida à medida em que se aprofunda a complexidade do tecido social. Estas últimas posições expressam as reais funções e os objetivos da introdução da preocupação com a ética no mundo dos negócios. No entanto, a colocação feita pelo primeiro autor traz um aspecto que não pode ser desprezado, há um risco de que a ética nas organizações revista-se de um caráter de modismo e perca de vista suas finalidades.

3.2. Aspectos Históricos

A época do grande florescimento da ética nos negócios, nos Estados Unidos, ocorre nos anos 80, no entanto é possível encontrar marcos históricos deste assunto anteriores à década de 70.

Em 1940, Rensis Likert publica o livro *Moral and Management*. Dez anos mais tarde, o sociólogo Katz publica, na *Harvard Business Review*, o artigo *Los valores personales y las decisiones*. No mesmo periódico, em 1969, Keneth Andrews, no artigo *Toward Professionalism in Business Management*, expõe sua tese de que a direção de negócios não pode receber o qualificativo de profissional enquanto não aceitar um código ético independente e que se encontre acima do mando máximo da empresa, de tal modo que o diretor deva respeitá-lo de maneira absoluta (LLANO 1990).

Segundo Llano (1990), estes autores não representam um movimento isolado, são consequência de uma corrente poderosa, demonstrada em estudos do sociólogo Wright Mills, que busca reafirmar os valores éticos das “antigas classes médias dos EUA” que durante mais de 40 anos mantiveram-se na defensiva. E estes valores derivados da tradição cristã incluem a honradez, a laboriosidade, o altruísmo, a mentalidade cívica, a prática religiosa e o auto - controle ou a disciplina pessoal.

No final dos anos 60, o conceito de ética nos negócios toma impulso e isto se deve principalmente aos ataques à indústria automotiva e ao desenvolvimento de um movimento em defesa dos direitos dos consumidores. Uma onda de escândalos, levando ao questionamento da segurança dos produtos, da proteção do meio ambiente e do comportamento dos homens de negócios, provoca intensas reações da opinião pública e a ameaça de intervenção por parte do Estado. O mundo dos negócios norte-americano descobre a necessidade de uma reflexão acerca das responsabilidades sociais da empresa e dos aspectos éticos do comportamento na área dos negócios. Os meios de comunicação interessam-se pelo assunto e, é assim

que nos anos 80, vive-se o florescimento da ética nos negócios (LLANO 1990; ORTIZ 1995).

Em 1980, os jesuítas abrem, em Wall Street, um Centro de Reflexão para os banqueiros e os bolsistas católicos. Cinco anos mais tarde, já estão em funcionamento nas escolas de administração mais de 500 cursos sobre o tema, com cerca de 40.000 estudantes. Em Harvard, que recebe uma doação de 23 milhões de dólares do presidente da *Securities and Exchange Commission* (SEC) para financiar pesquisas nesta área, a partir do outono de 1988, ética nos negócios é matéria obrigatória para todos os estudantes de administração de empresas. Criam-se, com pauta na lógica casuística, numerosos manuais para o ensino, abrangendo conceitos básicos e soluções práticas. A ética dos negócios converte-se em tema de um *best-seller*: o autor do *Manager Minute*, Kenneth Blanchard, publica com Norman Peale, *The Power of Ethical Management*. Em 1988, outra obra sobre o tema, *Practical Ethics* de Gordon Shea, é publicada e promovida no meio dos negócios e nas universidades pela *American Management Association* (AMA) (SCHERRER 1991).

Além das publicações, o tema torna-se objeto de um mercado no qual atuam consultores especializados, como o *Deyford Group* que propõe um programa de formação. O *Managing Ethical Issues* aborda desde a definição de ética até a gestão de problemas cotidianos, como o absentismo e as notas de gastos. Robert C. Solomon, da Universidade do Texas, organiza seminários para executivos de grandes empresas. Como consequência de todo este movimento, mais de 75% das grandes empresas norte-americanas têm um código de conduta e algumas, como o Chase Manhattan e a General Electric, contam com cursos internos de formação e com comitês de ética e de responsabilidade social (SCHERRER 1991).

Na Europa, são os ingleses que dão início a este interesse pela ética nos negócios. Neste país, também os escândalos financeiros e os numerosos problemas de produtos alimentícios deteriorados provocam a desconfiança do público. O *Institute of Business Ethics* (IBE) elabora um modelo de código de ética a ser explicado e difundido, pelos diretivos, a todas as partes implicadas desde os

empregados até os acionistas. Recomenda-se que cada empresa decida sobre a inclusão do código no contrato de trabalho, a sua aplicação em todas as filiais, incluindo aquelas fora do país e as sanções para o desrespeito das normas nele contidas. O *King's College* de Londres conta com um centro de investigações sobre ética nos negócios e mantém cátedras especializadas nas universidades. A *Christian Association of Business Executives* (CABE) publica, em 1983, um código de ética nos negócios. O *Journal of Business Ethics* tem um grande número de assinantes (SCHERRER 1991).

Em novembro de 1987, em Bruxelas, é criada a *European Business Ethics Network* (EBEN) com o objetivo de proporcionar um espaço para o debate e o intercâmbio entre os responsáveis por empresas e estudantes de administração (SCHERRER 1991).

Na França, a quebra da bolsa de valores de 1987 impulsiona o florescimento da ética dos negócios. Nesta ocasião, o Instituto *La-Boétie* publica a obra de Michael Novak, com temas de ética econômica e dos valores da economia de mercado, e promove estudos acerca dos princípios éticos implicados na direção e nas instituições. Na primavera de 1988, um jantar que debate o tema *El hombre de negocios y la santidad*, promovido pela Associação Francesa de Ex-alunos da Harvard Business School, conta com a sala lotada. Um pouco mais tarde, o Centro de Jovens Dirigentes escolhe a ética como o tema do congresso que comemora seu cinquentenário. Entre 1989 e 1990, o Instituto da Empresa reúne diversas associações para uma reflexão sobre dos problemas éticos (SCHERRER 1991).

Quanto ao ensino da ética nos negócios na Europa, tem-se a cátedra na *London School of Economics* e na *University of Nottingham*, Grã-Bretanha, na Universidade de Erlangen-Nuremberg, Alemanha, na Universidade de Saint-Gall, Suíça, na *The Netherlands School of Business*, Holanda e na Escola Superior de Comércio de Lyon, França (SCHERRER 1991).

Para o Brasil, não há uma literatura disponível que permita traçar o desenvolvimento histórico e o atual estado em que se encontra o interesse pela ética nos negócios. No entanto, cabe destacar que a Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas, conta com um Centro de Ética nos Negócios que, no início do segundo semestre de 1998, promove I Congresso de Negócios, Economia e Ética na América (anexo 2). Neste sentido, também faz-se oportuno evidenciar afirmação de Srouf (1998) considerando que a maioria dos empresários brasileiros ainda confunde ética e legalidade, pensando que “para ser ético, basta não ser pego”. Isto parece colocar o país em posição distinta da descrita no cenário mundial.

Durante estes marcos históricos, observa-se uma mudança nos tópicos que merecem a atenção nas discussões. Os acordos sobre preços e a desumanização da força de trabalho configuram as duas grandes preocupações dos anos 50 (NASH 1993).

Frente a indignação de todos com a agressividade militar e a política do complexo industrial militar, originada pela Guerra do Vietnã, nos anos 60, a ética empresarial volta sua atenção para a destruição ambiental (NASH 1993).

Os códigos corporativos de conduta marcam a discussão ética dos anos 70. Isto ocorre em resposta aos escândalos internacionais, como Watergate e em consequência dos movimentos em defesa dos direitos dos consumidores, em franco crescimento. Estes códigos voltam-se contra as práticas danosas e/ou enganosas nas propagandas, embalagens e rotulagens dos produtos (NASH 1993).

Duas fases dividem os anos 80. Na primeira metade desta década, a ética nas empresas é caracterizada pela preocupação com a responsabilidade institucional. Na segunda, a capacidade moral dos indivíduos ganha destaque. Os valores pessoais de um administrador tornam-se uma questão essencial para a empresa. Em uma pesquisa realizada em 1989, pela *Korn/Ferry* e pela *Columbia University Graduate School of Business*, com mais de 1.500 executivos de 20 países, a ética pessoal é

classificada como a característica primordial para o presidente da empresa ideal no ano 2.000 (NASH 1993).

O foco de atenção da ética nos negócios, no anos 90, está centrado em como obter e manter a excelência. Dentro do contexto competitivo e das grandes mudanças, característico da maior parte dos setores da atividade empresarial, buscase um conjunto de premissas gerenciais que estimulem a integridade pessoal e possibilitem fazer frente ao mercado econômico. Ganha evidência a idéia de que os administradores tomam decisões com implicações éticas, pois a maioria das atividades empresariais tem impacto sobre outras pessoas, além daquelas diretamente envolvidas, ficando assim sujeitas a uma avaliação das conseqüências de benefício ou malefício originadas para todas as contrapartes. As questões éticas básicas devem fazer parte do cálculo para a solução dos problemas enfrentados no cotidiano gerencial de uma organização, pois quem decide faz escolhas entre diferentes cursos de ação e deflagra conseqüências (NASH 1993; SROUR 1998).

Apesar de sua breve trajetória, a ética no mundo dos negócios tem apresentado mudanças, provavelmente em conseqüência da tentativa de acompanhar o dinamismo próprio do mundo empreendedor e de superar dificuldades enfrentadas que, segundo Cortina e col. (1996), encontram-se especialmente em dois fatos:

a) a desconfiança, por parte do próprio empresariado, quanto à ética, suscitando arraigadas predisposições, como:

- quem quer fazer bons negócios tem que deixar a ética na porta da empresa;
- o negócio é o negócio, e a missão da empresa consiste em maximizar benefícios, assim não há valor superior à conta dos resultados;
- a empresa deve preocupar-se em ganhar dinheiro, deixando as questões sociais para os mecanismos do mercado e os poderes públicos.

b) o questionamento que se faz frente aos reclames da sociedade por uma maior ética nos negócios: está realmente aludindo a uma necessidade que ela sente

ou simplesmente tranquilizando a sua consciência com a aparência de que a ética é fundamental na empresa, a exemplo da política ou das informações?

3.3. Conceituação

Antes de mais nada, é preciso distinguir ética econômica e empresarial. O primeiro termo, ética econômica, refere-se ao campo geral das relações entre economia e ética ou, especificamente, à reflexão ética acerca dos sistemas econômicos (CORTINA e col. 1996).

A ética empresarial ou dos negócios, centra-se, principalmente, na concepção da empresa enquanto organização econômica e instituição social ou seja, um tipo de organização que desenvolve uma atividade que lhe é peculiar e na qual resulta fundamental a função diretiva e o processo de tomada de decisões (CORTINA e col. 1996).

Para definir ética empresarial Cortina e col. (1996) destacam várias correntes de pensamento com caracterizações distintas:

a) **enquanto processo de decisão**: nesta corrente, está M.T. Brown, que entende por ética o processo de decidir o que se deve fazer. A reflexão ética é vista como a análise da argumentação que permite tomar decisões melhor justificadas e chegar a consensos. Parte-se da concepção das organizações como agentes éticos que podem escolher, dentre diversos, um curso de ação (CORTINA e col. 1996).

b) **enquanto preocupação às relações externas e internas**: nesta linha, a ética dos negócios é vista como aquela que concerne às relações externas das empresas ou dos profissionais independentes com os clientes, com os provedores e com o poder público e às relações internas entre as pessoas na empresa, incluindo os dirigentes. Esta relação opta sempre por um modelo de cooperação em lugar do conflitivo, ganhando sentido os códigos de conduta. Em uma empresa, o código de ética e uma política de normas de conduta constituem meios excelentes para comunicar seus propósitos e expor os valores e convicções de sua liderança. Porém, quando os executivos baseiam-se demais em regras e padrões, é provável que

acabem se escondendo atrás de um código de ética e acreditando que para ser ético basta não violarem as regras, assim o papel dos ideais e do julgamento profissional pode ser perdido (BLANCHARD e PEALE 1994; CORTINA e col. 1996; CHEN e col. 1998).

c) **enquanto ramo da ética**: em uma primeira fase, esta vertente defende a ética empresarial como um ramo da ética que trata de aplicar princípios éticos aos negócios. Em uma segunda fase, passa-se ao entendimento de que as organizações têm obrigações sociais que vão além das econômicas. Quando a responsabilidade social das organizações passa a ser alvo de uma visão mais objetiva, que busca compreender as suas finalidades como a chave para o processo de decisão, constitui-se a terceira fase desta corrente de pensamentos (CORTINA e col. 1996).

d) **enquanto inserida no contexto de uma ética das instituições**: para esta corrente que engloba as demais, S. García Echevarría, citado por Cortina e col. (1996, p.87), destaca alguns elementos:

- a empresa é, primeiramente, um sistema de valores com potencialidades que podem aflorar na cultura organizacional;
- as empresas, como instituições, devem definir suas finalidades a partir dos valores que as identificam;
- a ética constitui uma exigência dos sistemas abertos e desregulados, pois os seres humanos necessitam de normas de comportamento baseadas nos valores da organização empresarial;
- o ético é rentável pois possibilita uma identificação com a organização e, conseqüentemente, uma motivação eficiente;
- a cultura própria da empresa permite a sua diferenciação frente aos competidores;
- a clara concepção do papel do diretivo, que deve se identificar com a organização e ter capacidade e habilidade para integrar pessoas.

Portanto, a ética empresarial ou organizacional pode ser entendida como o descobrimento e a aplicação dos valores e normas compartilhados pela sociedade no âmbito da empresa ou organização, especificamente, no processo de tomada de decisões a fim de aumentar sua qualidade (CORTINA e col. 1996; GRACIA sd).

Sua tarefa principal consiste em elucidar o sentido e fim da atividade empresarial e propor orientações e valores éticos específicos para alcançá-los. As decisões concretas ficam nas mãos dos sujeitos que são responsáveis por elas e, portanto, não podem tomá-las sem considerar o fim que se persegue, os valores éticos orientadores, a consciência ética socialmente alcançada e os contextos e conseqüências de cada decisão (CORTINA e col. 1996). Srour (1998) considera que a introdução da reflexão ética nas organizações ajuda a diminuir a indefinição que por vezes cerca algumas situações:

“(....) a introdução da reflexão ética nas organizações serve para elucidar as questões que suscitam polêmicas ou controvérsias morais, sem o quê, corre-se o risco de patinar na indefinição e de estimular abusos por parte do corpo funcional. Ao revés, se houver respostas consistentes aos dilemas, a nervura central da cultura organizacional será consolidada, porque tais respostas transformam-se em orientações emblemáticas; dizem o que justo e injusto, certo e errado, lícito e ilícito; esclarecem o que se espera dos funcionários e dos dirigentes; demarcam os padrões culturais validados pela organização; anunciam o que será recompensado e inibem possíveis racionalizações individuais, ao formular proibições e licenças.” (SROUR 1998, p.307).

A ética não é um valor acrescentado, mas intrínseco da atividade econômica e empresarial, pois atrai para si uma grande quantidade de fatores humanos e os seres humanos conferem ao que realizam, inevitavelmente, uma dimensão ética. A empresa, enquanto instituição capaz de tomar decisões e como conjunto de relações humanas com uma finalidade determinada, já tem, desde seu início, uma dimensão ética (CORTINA e col. 1996; ORTIZ-IBARZ 1995).

Uma ética empresarial não consiste somente no conhecimento da ética, mas na sua prática. E este praticar concretiza-se no campo comum da atuação diária e não apenas em ocasiões principais ou excepcionais, geradoras de conflitos de

consciência. Ser ético não significa conduzir-se eticamente quando for conveniente, mas o tempo todo (BLANCHARD e PEALE 1994; GÓMEZ sd). Neste sentido, Srour (1998) advoga que é indispensável a adoção de uma abordagem ética coerente com os valores nucleares da cultura organizacional, não bastando exortações ou ações pedagógicas, pois há muitos fatores em jogo, como os apelos do consumismo, do enriquecimento rápido, o ambiente de incertezas, o desemprego estrutural e as pressões para obtenção do sucesso pessoal que, dissolvendo as convicções, estimulam uma postura de egoísmo ao gosto do “eu-primeiro” e do “salve-se quem puder.

Como características da ética empresarial, Cortina e col. (1996) assinalam:

- não é uma ética de convicção, mas sim de responsabilidade pelas conseqüências das decisões tomadas⁴. No entanto, deve-se evitar extremos, pois aquele que pauta seu agir puramente pela ética da responsabilidade, sem convicções, pode transformar-se em um frio calculador de conseqüências;

- uma vez que a atividade empresarial tem uma função social que a legitima, a empresa que esquece deste aspecto não logra esta legitimação. Desta forma, os consumidores são interlocutores válidos e constitui-se uma exigência para a ética da empresa ter em conta seus interesses através de mecanismos de participação efetiva;

- os membros da empresa também são interlocutores válidos, cujos direitos devem ser respeitados

- os membros da empresa devem cumprir com suas obrigações e co-responsabilizarem-se pelo andamento de suas atividades, com a cooperação suplantando o conflito e a apatia.

⁴ Entende-se por ética de convicção a que prescreve ou proíbe determinadas ações, incondicionalmente, como boas ou más em si, sem levar em conta as condições em que devem realizar-se ou omitir-se ou, ainda, sem considerar as conseqüências que podem advir de sua realização ou omissão. E por ética da responsabilidade, a que ordena ponderar as conseqüências previsíveis das próprias decisões ou das circunstâncias em que ocorrem (CORTINA e col. 1996).

Assim, pode-se concluir que uma empresa ou organização que atua de forma eticamente adequada é a que persegue os objetivos pelos quais existe (satisfazer as necessidades humanas) e caracteriza-se pela agilidade e iniciativa, pelo fomento da cooperação entre seus membros, pela solidariedade, pelo “risco racional” (“*riesgo razonable*”) e pela co-responsabilidade. Mas, tudo isto deve ocorrer dentro do marco da justiça, sem o que a organização está eticamente incorreta. E este marco de justiça, ao qual a empresa atual deve ater-se, é pós-convencional ou seja, não somente legal, mas, sobretudo, ético (CORTINA e col. 1996).

Na medida em que as atividades das organizações tornam-se mais complexas, a função diretiva, na maioria delas, passa a ser desempenhada por um administrador treinado em um corpo de conhecimento formal que o habilita para a função. Dentre os instrumentos que este administrador deve lançar mão, a fim de que a organização produza resultados, destaca-se o uso adequado de incentivos para obter motivação e a liderança essenciais a todas as funções administrativas. Ele deve conhecer a motivação humana e saber conduzir as pessoas, isto é, liderá-las (CHIAVENATO 1994).

Cortina e col. (1996) propõem a liderança empresarial como liderança ética, pois o diretivo converteu-se em um dos personagens mais significativos da cultura deste fim do século, não apenas pela importância das decisões que toma ou por sua capacidade de gestão, mas porque sua liderança ultrapassou os limites da empresa. O administrador desempenha papel decisivo para que a empresa converta-se em um verdadeiro espaço ético que decorre de um processo de aprofundamento, esclarecimento e determinação das responsabilidades dos membros que a compõem. Desta forma, gera-se o *êthos* da organização que lhe outorga identidade distinta e é dinamizado como âmbito de inovação, de cooperação e de responsabilidade.

3.4. Obstáculos à Ética Organizacional

Cada organização tem uma missão que define todo seu sentido. Um delineamento bem preciso da missão serve de constante alerta para a necessidade de olhar-se para fora da organização em busca de medidas de sucesso e não somente de clientes. Assim, é mais importante definir claramente a meta e a finalidade da organização, estimulando seus membros a alcançá-las, do que determinar um conjunto de normas e regulamentos. São os fins que conferem sentido às atividades e as regras só podem ser fixadas se eles forem levados em conta (CORTINA e col. 1996; DRUCKER 1996).

Os empresários “excelentes” indicam que, hoje em dia, tem mais peso a clareza dos fins do que das normas e dos regulamentos. Aqueles que têm lucidez sobre as finalidades e sabem, partindo delas, ordenar os objetivos intermediários estão mais capacitados a adaptar-se e/ou criar soluções inovadoras frente às mudanças que surjam. Ter consciência dos propósitos a serem perseguidos e habituar-se a escolher e agir segundo eles, constitui um fator imprescindível na configuração de uma ética pessoal e das organizações (CORTINA e col. 1996).

Segundo Drucker (1996), as organizações sem fins lucrativos, nos EUA, crescem em resultados e em número de voluntários envolvidos em suas atividades porque começam seu planejamento pelo desempenho de sua missão, ou seja pelo ambiente externo, pela comunidade ou os futuros “clientes”. As melhores organizações sem fim lucrativos dispensam grande atenção à definição de sua missão, evitando declarações abrangentes e concentrando-se em objetivos com implicações claras para o trabalho a ser realizado pelos seus membros, funcionários e voluntários. O autor defende que isso focaliza a organização na ação, define as estratégias específicas necessárias na consecução das metas vitais e cria um organização disciplinada.

Vale registrar dois exemplos relatados por Drucker (1996):

- o primeiro diz respeito à experiência de uma grande cadeia de hospitais católicos localizada no sudoeste dos EUA e retrata como um claro senso da missão e o foco nos resultados podem tornar-se produtivos. Apesar dos cortes nos pagamentos do *Medicare*, essa cadeia aumentou suas receitas em 15%, conseguindo, ao mesmo tempo, chegar a um ponto de equilíbrio e elevar os padrões de qualidade no atendimento ao paciente. E isto deve-se ao fato da diretoria ter compreendido que o negócio de sua equipe é prestação de cuidados à saúde, sobretudo aos mais pobres e não a direção de hospitais. Quando, por razões médicas, a assistência médico-sanitária começa a transferir-se para fora dos hospitais, a cadeia promove esta tendência ao invés de lutar contra ela. Abre, dentre outros serviços, centros cirúrgicos ambulatoriais, centros de reabilitação, redes de centros radiológicos e de laboratórios de análises. O lema da cadeia é: “Se isso é no interesse do paciente, devemos promovê-lo; nosso trabalho será torná-lo autosustentado”. Esta política enche os hospitais da rede; as instalações tornam-se tão populares que geram um fluxo constante de referências e recomendações. A organização alvo deste exemplo parte da missão e daquilo que deveria fazer acontecer fora dos seus limites para merecer recompensa e legitimação social, não principiando pela recompensa em si.

- o segundo exemplo refere-se ao fato da maioria dos alunos do programa para executivos de alto e médio nível, no qual o autor leciona, servir no corpo de voluntariado de organizações sem fins lucrativos. Provenientes de uma ampla gama de empresas, desde bancos e seguradoras até companhias aeroespaciais, eles atuam como voluntários em igrejas, conselhos de faculdades, orquestras sinfônicas, escoteiros, ACM, Fundo Comunitário etc. O que chama a atenção é a razão que boa parte deles apresenta para tal comportamento, alegando que no trabalho de cada um não há muitos desafios, nem realizações ou liberdade de ação suficientes e, principalmente, que não existe uma missão, mas apenas conveniência.

Assim, uma missão organizacional explicitamente definida, compartilhada e respeitada faz com que as pessoas sintam orgulho da organização, do que ela representa e, conseqüentemente, lutem pela sua integridade. Além disto, sentindo-se

apreciados, é mais provável que os partícipes da organização resistam à tentação de se desviarem de condutas eticamente corretas (BLANCHARD e PEALE 1994).

Uma organização atua de forma eticamente adequada quando persegue suas metas e respeita os valores e os direitos compartilhados pela sociedade na qual está inserida. No entanto, no atuar ético não cabe a expressão a qualquer preço, pois há preços que nem as pessoas, nem as organizações podem pagar, se é que querem agir de maneira, além de prudente, também justa. Para assegurar o bem comum, deve-se observar procedimentos idôneos. As empresas nas quais a transparência do processo decisório não é comprometida, colocada de lado ou minimizada com vistas à obtenção de resultados almejados, constituem palco de boas práticas éticas. (BERNARDO 1993; BLANCHARD e PEALE 1994; CORTINA e col. 1996; GÓMEZ sd).

A impaciência e a pressa para chegar aos objetivos e metas constituem fatores para a negligência no trato das questões éticas dentro das organizações. Isto pode por em risco a satisfação dos clientes e dos empregados, iniciando um ciclo negativo que termina por afetar os resultados (BLANCHARD e PEALE 1994).

Etklin (1993) chama este desvio da missão organizacional, especialmente em seu aspecto social, de perversidade. Em outras palavras, a perversidade ocorre quando uma organização, através das ações de seus participantes, afasta-se de sua razão de ser, do que é esperado para o seu tipo de atividade. Ao isolar-se das necessidades e demandas sociais, a organização deixa cair no esquecimento a causa primeira de sua existência e mina a motivação de seus integrantes. Como exemplo, dentre outros, o autor refere-se a um hospital que se apresenta com a missão social específica de curar e na prática, como um desvio na direção oposta ou um distanciamento desta missão organizacional, só cura quando se trata de um negócio viável ou rentável.

Neste sentido, vale destacar a opinião de Seiden (1983), apresentada ao discutir o tema da viabilidade e sobrevivência dos hospitais como um desafio ético que se impõe aos administradores hospitalares:

“(....) survival is valuable only in so far as it guarantees the societally-defined mission of the institution. (....) The mission of hospitals is determined by the unique demands society makes regarding health care. An individual who appears at an automotive showroom without a dime to his name and asks to be given a new car will be shown to the door, no matter how valid his reasons for needing private transportation. There are very few who will argue for any other outcome. However, an individual who appears at a hospital without a dime to his name and asks to be given care that is worth the price of many multiples of the new car can expect to be shown to an inpatient bed. A majority of society will argue that this is not merely the best possibility, but that is the only possible outcome.” (SEIDEN 1983, p.81 e 82)

Os sistemas perversos ou também chamados de dupla moral fazem alusão à corrupção social que provoca a mudança arbitrária de valores, de acordo com as circunstâncias e as conveniências dos envolvidos. Desta forma, pode-se dizer que a perversidade sustenta-se, conceitualmente, em uma definição que requer contextualização. O invariável é a coexistência de requerimentos contraditórios, como a possibilidade de ser, simultaneamente, juiz e parte em um processo (ETKIN 1993).

Falar de perversidade significa referir-se a modelos de relação e formas de pensar passíveis de ocorrer em qualquer grupo social. A perversidade emerge de uma relação marcada pela assimetria e desigualdade e é plasmada por uma racionalidade destrutiva. As vítimas são submetidas à regras injustas que não controlam, mas que lhes causam danos. A perversidade implica que os envolvidos incorporem em suas relações um esquema explicativo que torne admissível ou justificável a desigualdade, podendo chegar a considerá-la normal ou mesmo a não distingui-la. Por isto, é relativamente comum que os protagonistas de relações permeadas pela perversidade não admitam que em sua forma de agir exista algo de desvio ou destruição. Alegam tratar-se de alternativas escolhidas a fim de conseguirem seus fins pessoais dentro dos grupos ou organizações às quais pertencem. Muitas vezes, o que é eticamente

incorreto aparece sob o rótulo de adaptação ao meio. Desta forma, é bem comum as pessoas não se sentirem responsáveis pelas conseqüências negativas que causam aos outros (ETKIN 1993).

Os desvios e as deformações podem restringir-se a pontos específicos da organização, mas é possível que se estendam, propiciando condutas antes não aceitas e revestindo de ambigüidade a definição da missão organizacional. Brechas no controle social, como a falta de sanções e punições e a dissuasão ou a supressão deste através de meios indefensáveis, como a corrupção e a intimidação facilitam a ocorrência do fenômeno da perversidade nas organizações. A burocracia também pode constituir fator facilitador da instalação da perversidade quando consome uma parte exagerada dos materiais, da energia e dos recursos, a ponto de suplantar o que é gasto na geração dos serviços ou dos produtos tidos como os característicos da atividade organizacional (ETKIN 1993).

Frente a este risco da perversidade, é necessário que as diferentes organizações, tendo patente o sentido da atividade que lhes é característica, reflitam sobre quais os bens internos a esta atividade e os meios adequados para atuar nesta direção. Talvez, seja esta a primeira tarefa de uma ética para as organizações (CORTINA e col. 1996).

4 ÉTICA E LIDERANÇA

A empresa não é um grupo humano qualquer. Enquanto organização, constitui uma rede de interações humanas que pode ser considerada como um tipo de comunidade de pessoas, integrada por colaboradores, dirigentes, empresários, associados e capitalistas capaz de gerar riquezas, de responder a algumas necessidades sociais e de avaliar as dimensões de sua produtividade. Esta organização reafirmará sua condição de grupo humano especial na medida em que se apresente à sociedade legitimada no marco de alguns valores éticos compartilhados por aqueles que se relacionam com a empresa, desde os trabalhadores até os dirigentes, passando pelos provedores e clientes (BROWN 1992; BERNARDO 1993; CORTINA e col. 1996).

Neste sentido, é importante que o dirigente esteja atento a sua responsabilidade em desenvolver uma memória de empresa capaz de orientar o projeto integral da organização. Este projeto, por sua vez, remete a um modo de atuar que, gerando uma cultura organizacional, baliza algumas questões:

- o papel desempenhado pela tecnologia, ou seja a interface entre as racionalidades instrumental, estratégica e calculadora e as racionalidades cooperativa e comunicativa;
- o entendimento e a forma de avaliar a qualidade dos serviços, a produtividade no trabalho, o grau de satisfação profissional e de resposta às exigências sociais;
- o modo de exercer o poder em cada um dos níveis de administração;
- o esclarecimento da imagem implícita de pessoa que permeia o projeto integral da organização (CORTINA e col. 1996).

Portanto, através da liderança e exemplos, os administradores desempenham uma função de destaque dentro da organização. E também fora dela, eles são percebidos como um grupo de liderança (DRUCKER 1989; DRUCKER 1996; CORTINA e col. 1996).

Mas, o que é liderança? No que consiste ser um líder? São os líderes pessoas dotadas de qualidades ou dons excepcionais, inatos?

Primeiramente, vale deixar claro o que não é liderança. Ela não é mágica, mistério, propriedade de algumas pessoas eminentes, fruto de qualidades pessoais inatas, panacéia para a solução de todos os problemas e uso de poder pessoal para garantir seguidores ou propósitos pessoais (MOTA 1995).

Os líderes são pessoas comuns que aprendem habilidades corriqueiras, cujo conjunto conforma uma pessoa incomum. Habilidades da liderança, como o autoconhecimento, a comunicação, a expressão e a capacidade de enfrentar o futuro com confiança, ousadia e flexibilidade podem ser aprendidas através de ensinamentos e da experiência da vida. Por isto, atualmente é corrente a idéia de que a maior parte das pessoas pode converter-se em um líder (MOTA 1995).

Assim, a moderna teoria gerencial tem o enfoque de suas ações mais centrado na tentativa de propor alternativas de comportamento que transformem dirigentes em líderes, do que na explicação da natureza da liderança. Isto porque, sendo esta uma função gerencial, do seu efetivo exercício pode decorrer, em parte, a eficácia da gerência (MOTA 1995).

A liderança, enquanto facilitadora das interações pessoais e grupais na consecução de objetivos comuns, é uma função primordial da gerência a ser ansiada e assimilada por todos os dirigentes ou administradores:

“Por constituir essencialmente uma interação pessoal, a liderança pode ser vista como uma função gerencial, embora, evidentemente, não seja privativa da gerência. Outras

pessoas do mesmo grupo, instituição ou empresa podem exercê-la, independentemente de ocuparem posições gerenciais. Da mesma forma, dirigentes podem exercer várias funções gerenciais e falhar na liderança. No entanto, sendo a liderança um meio que facilita as interações pessoais e grupais, inclusive para o alcance de objetivos comuns, ela deve ser almejada como uma função primordial na gerência. Assim é que, modernamente, recomenda-se a chefes e dirigentes a dedicação ao aprendizado da liderança e o esforço individual em enriquecer a própria experiência.” (MOTA 1995, p. 207).

Liderar constitui um meio, um instrumento. A pergunta agora deve ser: liderar para quê? Se a função do dirigente tem entre suas metas conseguir o êxito da organização, é neste sentido que se encaminha a liderança. No entanto, este sucesso não deve ser buscado a qualquer custo, pois isto pode proporcionar dinheiro, auto-estima, poder e prestígio, mas também pode exigir o pagamento de um alto preço por ele (CORTINA e col. 1996).

Tomando-se a definição dada por Siliceo (1997) que entende o líder como aquele que exerce influência sobre os outros para a consecução de um fim valioso, o objetivo a ser alcançado deve, obrigatoriamente, ter um conteúdo ético benéfico a todo o grupo e constituir um fim positivo, de crescimento e de benefício comum. Aquele que persegue ou consegue um fim eticamente incorreto, desumano, egoísta, negativo, gerador de retrocesso e destrutivo é um “anti-líder” ou “pseudo-líder”.

Cabe ressaltar que não se deve confundir liderança e posição hierárquica na estrutura da organização, da qual decorrem poder, título e autoridade. Estes elementos complementam-se na capacidade de influência positiva que todo líder exerce frente aos outros, mas não se equivalem.

Isto remete a consideração de diferentes situações, segundo a configuração destes elementos complementares à liderança. Se há influência positiva acontece a liderança, independentemente, da posição, título ou poder na estrutura hierárquica da organização. Por outro lado, se a uma colocação, título ou poder de destaque na hierarquia não corresponde uma influência positiva, em estrito senso, pode-se considerar que não há liderança. E, por último, quando a influência positiva acontece

acompanhada da posição, do título ou do poder correspondente na estrutura hierárquica a liderança adquire maior força e completeza (SILICEO 1997).

Desta forma, considerando-se liderar como uma função essencial da gerência que implica descobrir as potencialidades existentes nas pessoas tornando-as capazes de criatividade, auto-realização e visualização de um futuro melhor para si próprias e para a organização onde trabalham, a ética da direção não deve ficar reduzida ao estudo do caráter do administrador. Ela deve ampliar seu espectro, incluindo a preocupação com o modo que este caráter incorpora-se às atitudes e às atividades funcionais, gerando um modo de trabalhar, um estilo de dirigir e uma cultura (MOTA 1995; CORTINA e col. 1996).

Em resposta às transformações ocorridas na concepção da forma empresarial de organizar a produção de bens e serviços, o papel do administrador tem passado por modificações. Suas responsabilidades encontram-se ampliadas em quantidade e natureza, visto que de um grupo humano, desejoso de gerar riquezas através da oferta de alguns produtos a empresa, converte-se em um projeto de cooperação. A função do dirigente, portanto, não se limita mais a executar, administrar ou gerir, mas alarga-se no sentido de dinamizar e mobilizar as capacidades humanas com o fim de harmonizar um espaço ético no qual integra-se, converge e mantém-se coesa a vontade do grupo. Na administração de uma organização, um executivo deve ser um líder responsável pelo comportamento de outras pessoas, da instituição e, obviamente, do seu próprio. Para bem dirigir não é suficiente saber administrar e gerir, é necessário comunicar-se eficazmente e exercer uma liderança integral (APPLEY 1969; NASH 1993; CORTINA e col. 1996).

O dirigente deve ser um experto em comunicação a fim de gerar espaços para o diálogo e o intercâmbio de expectativas. Para que a organização realize suas possibilidades de reflexão ética faz-se necessário desenvolver suas capacidades de comunicação, de acordo com as responsabilidades de cada um de seus membros. A comunicação, enquanto fator de facilitação do intercâmbio de informações e da transmissão de significado, representa a essência do sistema social configurado pela

organização. Ela é necessária para a manutenção de toda e qualquer organização, porque para sobreviver e crescer elas têm que falar (BROWN 1992; CORTINA e col. 1996).

Para que uma organização concretize suas potencialidades de comunidade responsável seus membros devem criar situações nas quais tenham oportunidade de considerar os juízos de valor e os supostos⁵ envolvidos no processo de tomada de decisão. Assim, os critérios de quem participa do diálogo, do quê e como falam determinam se a organização é responsável ou não. O processo comunicativo potencializa a capacidade das pessoas para ponderar cursos de ação alternativos e justificar a eleição feita com razões válidas e, em última instância, é esta capacidade de render contas que configura a responsabilidade (BROWN 1992).

A todos os interessados em uma decisão deve ser permitido participar do processo de discussão que culminará na sua tomada, pois as decisões gerenciais nunca são de âmbito privado, já que podem afetar a vida de terceiros, o meio-ambiente etc. Uma possibilidade de considerar ações ou normas justas ou corretas está no fato dela resultar de um diálogo inclusivo, livre e simétrico de todos os afetados que leve a escolhas benéficas às contrapartes. Este critério não rompe o pluralismo, pois estão presentes o diálogo e o posterior acordo dos afetados. Da mesma forma, não implica no relativismo porque supõe aceitar as condições que tornam o diálogo possível: o reconhecimento, a tolerância em seu sentido ativo e a reciprocidade (BROWN 1992; CORTINA e col. 1996; SROUR 1998).

O administrador, devido à sua posição privilegiada na estrutura organizacional, é aquele que deve buscar envolver a todos neste processo de comunicação, diálogo, reflexão e discussão sempre ampliando sua visão de quem são os interessados ou afetados a serem incluídos no horizonte das considerações.

⁵ Segundo Marvin Brown, o juízo de valores consiste na determinação do mérito das coisas ou fatos, de acordo com os valores de cada um. E, por supostos, entende-se crenças elaboradas a partir da experiência, da educação e da reflexão pessoal, que são dadas por certas (BROWN 1992).

Também é o administrador quem trata de mediar as racionalidades comunicativa e estratégica. Ou seja, ao mesmo tempo que recorre à estratégia para o alcance da finalidade da organização que consiste na satisfação de necessidades sociais, procura considerar todos quantos intervêm na atividade organizacional (diretivos, trabalhadores, consumidores, provedores) como interlocutores válidos com os quais é forçoso relacionar-se comunicativamente, respeitando seus direitos e interesses (CORTINA e col. 1996).

A estrutura das relações hierárquicas não significa, obrigatoriamente, desigualdade na pauta de comunicação. Isso depende de como a organização e seus membros interpretam as diferenças e semelhanças impostas pela estrutura formal. Na medida em se evitam os modelos organizativos que fragmentam as tarefas administrativas, a comunicação vê-se facilitada. Por outro lado, quando em uma organização as pessoas comunicam-se entre si apenas por memorandos, informes, formulários e reuniões repletas de rituais e sinais, as discussões diretas, francas e abertas em torno de questões difíceis são raras e dificultadas. Além disto, observa-se a diluição e a debilitação dos valores pessoais do líder. (BROWN 1992; CORTINA e col. 1996; BADARACCO JUNIOR e ELLSWORTH 1996).

Cumpramos ressaltar que não se pretende com esta ponderação invalidar a existência da formalidade de postos, níveis hierárquicos e relações estabelecidos em organogramas. Apesar dos reconhecidos defeitos deste procedimento ou prática administrativa, como a simplicidade demasiada e a rigidez extrema, há uma virtude que os compensa: conforma um elemento importante de transparência na empresa ou organização. Sua ausência, sobretudo quando deliberada, com frequência indica a existência de vícios escondidos em zonas de sombra, que não se deseja expor à claridade brutal e simplificadora de um organograma (SCHERRER 1991).

Em uma empresa, esta e outras práticas de transparência, como os procedimentos financeiros, as definições de funções e as avaliações periódicas analisadas com os interessados podem evitar ocorrências não muito raras. Entre elas, destacam-se o uso de influências, o favoritismo e a camuflagem de fatos por

covardia, temor, adulação ou servilismo. Entretanto, estas práticas de transparência não são suficientes para proteger a empresa e seu pessoal do abuso do poder. Para tal, é necessário que existam os contra-poderes, no seio da empresa e no seu exterior (SCHERRER 1991; SROUR 1998).

Neste sentido, faz-se mister assinalar que o poder da e na organização requer os limites da justiça e dos direitos, a fim de não causar danos ou abusar da situação. Para a manutenção de uma organização é necessário que a estruturação de papéis e relações e a geração, a distribuição e o uso de poder tenham alguma correspondência positiva com os reclames comunitários, internos e externos, de justiça e dignidade. O poder na organização, quando guiado pela justiça e direitos, busca possibilidades de agir de forma eticamente correta. E para que possa concretizar estas probabilidades, seus membros precisam ter momentos e espaços para a reflexão ética, os quais, por sua vez, dependem da cultura cotidiana da organização e das situações de comunicação nela existentes (SCHERRER 1991; BROWN 1992).

Isto traz à baila, mais uma vez, a importância do processo comunicativo e do papel do administrador como fomentador destas condições do diálogo inclusivo e participado, que favorece e possibilita a reflexão ética.

Para efetivar a comunicação, os administradores ou diretivos lançam mão de todos os meios disponíveis: a palavra, a ação, as decisões, os sistemas e as estruturas. No entanto, não há forma mais convincente de comunicação que o exemplo. Como líderes, e como tal vistos e considerados, tudo o que eles fazem, acreditam e valorizam é observado, ponderado e interpretado em toda a organização. E nada é percebido mais depressa e tido como mais significativo que a contradição entre o que pregam e o que praticam ou esperam que os trabalhadores realizem. Desta desarmonia entre o que é dito e o observado na prática do dia a dia, decorrem a falta de compromisso e o absentismo psíquico por parte dos partícipes da organização. Para obter o máximo de eficiência, os gerentes devem esforçar-se para serem coerentes em todas as situações. É indispensável que seus comportamentos estejam

em conformidade com sua personalidade, suas crenças e seu juízo (GARCIA e SHIMON 1996; DRUCKER 1996; BADARACCO JUNIOR e ELLSWORTH 1996).

Por esta razão, os japoneses defendem que a liderança traz em si duas exigências:

- aceitar que a posição mais impõe responsabilidades que traz privilégios;

- reconhecer que os líderes estão obrigados à integridade pessoal, isto é devem exigir de si mesmos congruência entre atos, palavras, comportamentos, crenças e valores professados (DRUCKER 1996).

A palavra integridade em suas origens etimológicas significa “manter junto”. Nos negócios, implica na capacidade integradora para manter juntos valores igualmente importantes e conflitantes e, assim, colocar na mesma dimensão a moralidade pessoal e as exigências gerenciais. Isto significa que há uma obrigação de buscar a integração entre os critérios éticos e os econômicos, ou seja, de conciliar as exigências funcionais e éticas da empresa e de equilibrar os custos sociais e os resultados. Administradores íntegros optam pelo que é economicamente saudável e eticamente sensato, o que constitui para eles o desafio ético mais enfrentado (NASH 1993; CORTINA e col. 1996).

Em um mundo cheio de dilemas, a liderança não é, fundamentalmente, uma questão de estilo, carisma ou técnica administrativa profissional, mas uma busca diária de integridade. Pesquisa desenvolvida por Wentz e Moore (1981), citada por DARR (1993) com diretores de hospitais, nos Estados Unidos, aponta a integridade como o traço mais importante, a frente de qualquer outra habilidade ou fator. E quando os gerentes pagam o preço de seu compromisso com a integridade têm a satisfação de saber que estão dando bom exemplo e abrindo precedentes que reforçam os interesses intangíveis da organização, como a ética pessoal, os valores, a visão estratégica e as obrigações sociais (DARR 1993; BADARACCO JUNIOR 1996).

Sob o ponto de vista ético, o esforço de toda empresa por melhores resultados deve incorporar princípios de conduta compatíveis com o respeito de todas as pessoas que, de uma ou outra forma, se relacionam com ela: empregados, acionistas, clientes, provedores e cidadãos em geral. Os dirigentes precisam voltar seus interesses para as pessoas e para a coletividade, sendo que a preocupação com esta última e seu bem-estar devem representar um marco para o comportamento da organização (CHANLAT 1992; BERNARDO 1993; GARCIA e SHIMON 1996).

Akio Morita, presidente da Sony, citado por Gómez (sd), afirma que uma condição necessária para a qualidade e o sucesso de uma organização empresarial é a otimização de seu capital humano:

“No hay ingrediente secreto, ni fórmula oculta, que sea el responsable del éxito de las mejores compañías japonesas. Ninguna teoría, ni plan, ni política gubernamental hace que una empresa triunfe: eso sólo lo puede conseguir la gente. La misión más importante de un gerente japonés es desarrollar una sana relación con sus empleados, crear dentro de la sociedad comercial un sentimiento de familia, la sensación de que sus empleados y directivos comparten el mismo destino. En ninguna parte del mundo observé que se aplicara este sencillo sistema de administración empresarial y, sin embargo, hemos demostrado de modo convincente que funciona... La gente necesita dinero pero también quiere estar feliz en su trabajo, y orgullosa de él. Por eso, si a un hombre joven la damos mucha responsabilidad, ese hombre, aun cuando no tenga un cargo jerárquico, creará que tiene un buen futuro y estará feliz al trabajar con intensidad”. (GÓMEZ sd, p.63)

Encontra-se, assim, entre as tarefas dos dirigentes o apoio aos integrantes da organização visando que cada um possa cumprir, eficazmente, com suas atividades e, dessa maneira, responder às necessidades dos clientes. Apoiar significa motivar, capacitar, reconhecer, orientar, dar segurança, ser exemplo, tornar claros os objetivos, informar, dotar de recursos e confrontar. Enfim, é influir em benefício do grupo humano e de seus resultados. Aquele líder, diretor, gerente ou chefe que não cumpre com este princípio não é, verdadeiramente, um líder e está falhando na condução da equipe para atingir a qualidade e a produtividade em benefício do

cliente, da organização e da sociedade. Isto não significa que os administradores deixem de lado outras tarefas, como o controle e a avaliação da rentabilidade, mas é que estas ganham mais sentido se integradas à otimização do capital humano (CORTINA e col. 1996; SILICEO 1997).

Com esta potencialização do que cada um é capaz, o cliente passa a ser visto como causa final de toda gestão administrativa. Uma conformação da estrutura organizacional, que lembra uma pirâmide invertida (figura 3), é proposta como a adequada para atender este posicionamento.

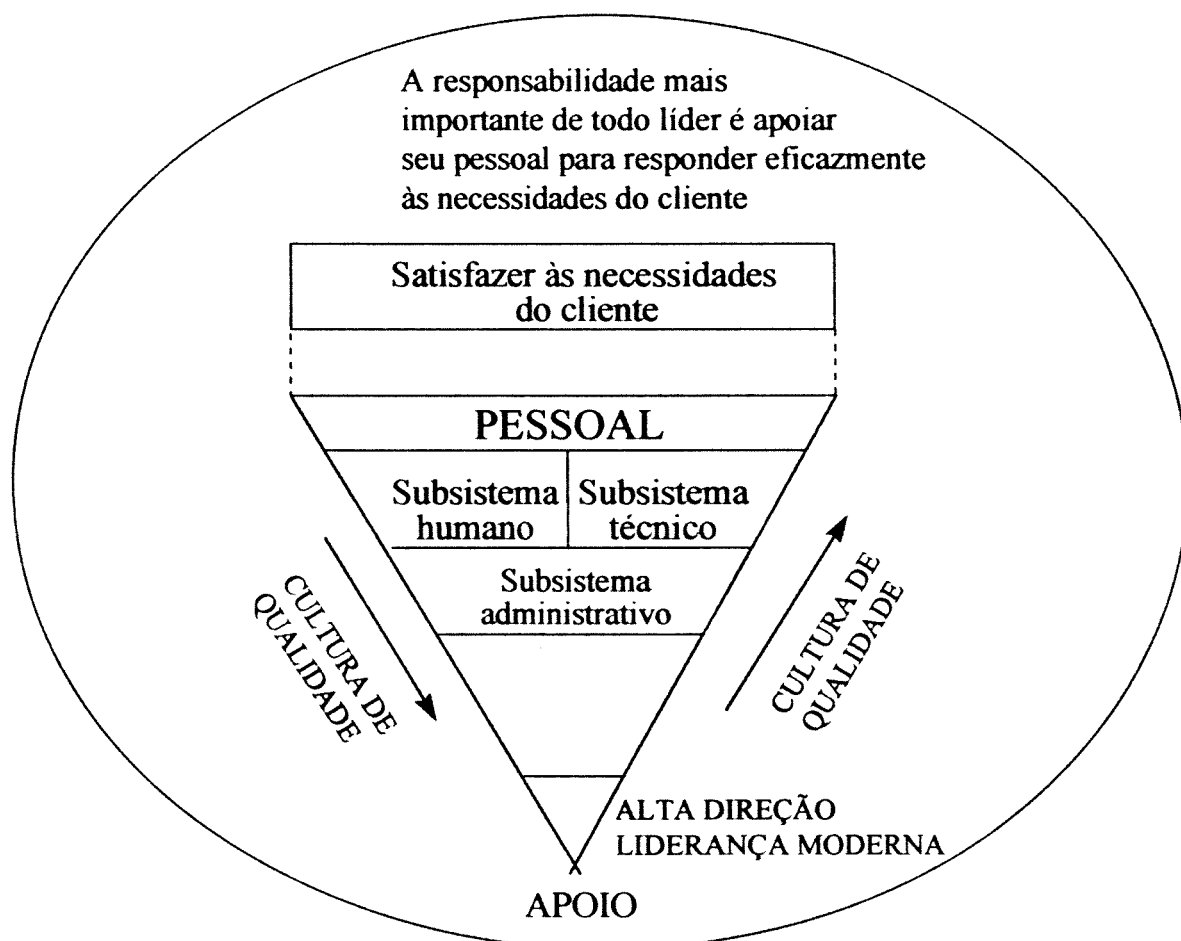


Figura 3 - Estrutura organizacional com foco no cliente

Adaptado de Siliceo A. *Líderes para el siglo XXI*. México: McGrall-Hill; 1997.

Dentro desta configuração estrutural, os funcionários da empresa são considerados geradores de produtividade, qualidade e excelência no serviço e os dirigentes, como o apoio e a direção necessários para que os resultados, requeridos pela empresa e esperados pela sociedade sejam alcançados (SILICEO 1997).

Apesar do ambiente ser importante no encorajamento dos administradores para que se interessem pelas pessoas, não há reforma de mercado, de organograma ou de estrutura administrativa que possa gerar esta capacidade individual de ser sensível às necessidades dos outros, buscando atendê-las. Isto sempre constitui uma opção pessoal que leva à mudanças nas prioridades empresariais (NASH 1993).

O compromisso com a organização, expresso na lealdade, no vínculo, na participação e no trabalho bem feito, somente se concretiza quando há o interesse pelas pessoas. Uma direção profissional considera os trabalhadores sujeitos e não meros instrumentos dentre os fatores de produção. Se os valores em destaque forem os econômicos e os instrumentais, com ênfase na mobilidade, no curto prazo e na juventude, a ligação dos empregados com a organização enfraquece (CORTINA e col. 1996; GARCIA e SHIMON 1996).

A maneira como os empregados são tratados pela empresa reflete-se no tratamento que dispensam aos clientes. Como esperar que os funcionários importem-se com os clientes, se a empresa não lhes dá importância alguma? Neste caso, as conseqüências em reação a esta falta de consideração às pessoas, freqüentemente, costumam ser a alta rotatividade da mão-de-obra, o alto índice de absenteísmo, o não engajamento, as respostas mecânicas, o desinteresse, a desumanização das relações com a clientela e a baixa produtividade. (DRUCKER 1975; ETKIN 1993; BLANCHARD e PEALE 1994; MCDANIEL 1995).

Logo, como a empresa, seus dirigentes devem atender a uma função social: contribuir para o aperfeiçoamento do ser humano, fazendo da organização um ambiente no qual o desenvolvimento pessoal não somente é permitido, mas fomentado (BERNARDO 1993).

Este processo de valorização das pessoas inclui, naturalmente, o pagamento de salários justos. Por salário justo pode-se entender aquele que, ao mesmo tempo, é suficiente para atender às necessidades do trabalhador e sua família, proporcional ao rendimento do trabalho e acomodado à situação da empresa e ao bem comum (BERNARDO 1993).

E, esta opção pela otimização do capital humano igualmente requer a não imposição ao trabalhador de atribuições que comprometam sua saúde e o não prolongamento excessivo da jornada de trabalho ou a renúncia ao descanso semanal remunerado, ainda que, com o pagamento das horas extras (BERNARDO 1993). Poder-se-ia acrescentar aqui a determinação de tarefas que causem constrangimento ao trabalhador frente suas opções religiosas.

Uma das liberdades fundamentais do ser humano, universalmente reconhecida, é a de associação. Assim, sob nenhuma hipótese pode-se impedir aos trabalhadores de uma organização que se afilem aos sindicatos ou a outras entidades de classe, como as associações e os conselhos profissionais. Estas entidades, juntamente com aquelas que congregam consumidores, acionistas, defensores de meio ambiente ou outros afetados pela atividade empresarial, constituem um contrapoder exterior à empresa que se presta a protegê-la do abuso do poder, pois, conforme já discutido, a estrutura por si só não é suficiente para tal proteção. Sem mecanismos democráticos de controle e uma sociedade civil articulada e engajada nos processos de fiscalização e de defesa dos cidadãos, contribuintes, consumidores, usuários e trabalhadores não há como garantir a prevalência de ética orientada para o bem de uma maioria (SCHERRER 1991; BERNARDO 1993; SROUR 1998).

Também, de aquiescência universal é o direito das pessoas emitirem, receberem e investigarem informações. Em uma organização é preciso analisar este direito à luz da necessidade de garantir serviços básicos de comunicação e de proteção da intimidade (ORTIZ-IBARZ 1995). A importância da comunicação para

uma organização já foi abordada anteriormente, a atenção agora volta-se à informação, enquanto um dos componentes deste processo comunicativo.

Nos tempos atuais, a informação representa uma das mercadorias mais valiosas e sua posse não pode ser desvinculada de seu uso. Qualquer trabalho proporciona acesso à informações confidenciais. A responsabilidade fiduciária quanto a este tipo de informação não é violada pelo simples fato de sua comunicação a outras pessoas, pois o contexto de qualquer profissão implica a transmissão a determinadas pessoas de dados confidenciais. Assim, por si próprios, o uso e o manejo de informação privilegiada não podem ser qualificados como algo incorreto, porquanto são necessários para o funcionamento das organizações. O matiz ético centra-se nas responsabilidades fiduciárias derivadas da posse de determinados conhecimentos (ORTIZ-IBARZ 1995).

Todos possuem informações mais ou menos privilegiadas com as quais vêm-se obrigados a trabalhar. Parte importante deste trabalho funda-se em comunicá-las a outras pessoas. A qualificação ética de incorreção não se encontra no domínio destas informações privilegiadas, mas na posse, em qualquer momento do processo, de algo obtido injustamente ou na oferta de alguma informação de que se dispõe a quem não se deve. A transmissão de informação privilegiada é imprópria quando viola uma responsabilidade fiduciária, ou seja, quando quem a oferece tem consciência de que se trata de algo importante, não disponível ao público. Da mesma forma, é indevido o uso fraudulento, o roubo, a venda ou a obtenção de informações por meios ilícitos, como a chantagem (ORTIZ-IBARZ 1995).

O administrador, em virtude da posição que ocupa dentro da estrutura organizacional, controla um sem número de informações. Este controle implica saber comparti-las de tal modo que cada um disponha do poder e da responsabilidade compatíveis à execução de seu trabalho. Assim, a quantidade e a qualidade da informação que cada integrante da organização empresarial necessita é distinta. Dar conta desta tarefa é um dos assuntos éticos mais importantes para a administração,

porque envolve, por uma parte, o direito das pessoas à informação e por outra, o bem futuro da organização (ORTIZ-IBARZ 1995).

No decorrer deste trabalho, mencionou-se, anteriormente, que a tomada de decisões, apesar de não ser a única, constitui uma das tarefas específicas e típicas da direção. O dirigente está obrigado a tomar iniciativas e a inovar caminhos de ação, para si e para a organização (DRUCKER 1989; CORTINA e col. 1996). Para Drucker (1970, 1989), o processo de tomada de decisão inclui fases ou etapas:

a) definição do problema: a primeira tarefa é chegar a essência do problema, pois, muitas vezes, o que a primeira vista parecem ser os seus elementos não passam de meros sintomas. Isto implica identificar o elemento cuja modificação representa condição, prévia e obrigatória, para que outros possam ser alvo de atuação ou mudança. O segundo passo nesta etapa é determinar as condições e os objetivos para a solução, sendo essencial que estes estejam de acordo com as metas da empresa, enfoquem o seu desempenho e resultados, harmonizem o futuro imediato e o mais distante e considerem a organização como um todo e em cada uma de suas atividades. As decisões ocorrem no bojo do sistema de valores da empresa e isto configura um marco ético que, apesar de não decidir qual o curso de ação a ser seguido, distingue aqueles aceitáveis dos inaceitáveis, o que configura pré-requisito essencial para a tomada de decisão.

b) análise do problema: envolve classificar o problema e aclarar os fatos. Com a classificação, faz-se possível determinar os interessados que devem participar no processo de tomada de decisão. A não realização desta etapa pode levar ao comprometimento da eficácia da decisão, porque é nela que são identificadas as pessoas responsáveis pela sua efetivação. A maioria das decisões são tomadas com base em conhecimento incompleto, pois é impossível para o administrador obter a totalidade de informações que envolvem os fatos. Assim, para uma decisão correta é preciso saber quais são as informações faltantes, com vistas a avaliar-se o risco envolvido.

c) criação de soluções alternativas: elencar uma variedade de alternativas evita cair na visão míope de “ou isto ou aquilo”, consequência da habitual tendência humana de por em foco os extremos. Embora quase ninguém se aperceba disto, a deliberação de não agir, também é decisão, e a alternativa de nada fazer deve ser considerada em todas as situações.

d) decisão sobre a melhor solução: para isto devem ser ponderados alguns critérios:

- risco: advindo do equilíbrio entre custo e benefício;
- economia de esforços: a tendência deve estar em buscar melhores resultados com esforços mínimos;
- momento: algumas situações pedem uma solução definitiva e outras somente um primeiro passo;
- limitação de recursos: a visão, a competência, a habilidade e a compreensão daqueles que executam a solução conformam fatores determinantes do que pode ou não ser feito. Entretanto, o motivo de faltarem pessoas ou capacidade para implementar a decisão mais acertada não justifica a escolha da errada.

e) conversão da decisão em ação efetiva: constitui a etapa mais demorada do processo. Uma característica das decisões administrativas é que, freqüentemente, efetivam-se pela atuação de terceiros. Isto não deve ser esquecido no momento de identificar os interessados ou envolvidos a serem incluídos no processo que culminará na decisão. Quando há a necessidade de despender tempo para convencer alguém da solução a ser executada, além de se correr o risco do prejuízo ao bom andamento desta etapa, isto constitui sinal de que a decisão não foi tomada dentro de um processo adequado. A decisão deve sempre auxiliar as pessoas atingidas pela sua implementação na conquista de seus objetivos individuais e no melhor desempenho de seu trabalho, representando um fator gerador de realização e satisfação. De um administrador eficaz são esperadas decisões que provoquem impacto significativo e positivo em toda a organização, sentido em seu desempenho e resultados.

De acordo com Mota (1995), a tomada de decisão é um processo contínuo e sistemático de identificar fatores críticos que diferenciam a forma de atuar da organização, sinalizando a direção para o alcance dos objetivos. Assim, estas etapas ou fases não constituem momentos específicos ou predeterminados, mas um *continuum*.

O objetivo aqui não é esgotar uma discussão acerca do processo decisório, mas possibilitar algumas observações de como a inclusão da reflexão ética, enquanto uma forma de ampliar a consideração ou visão de problemas ou situações, pode levar à melhoria da qualidade deste procedimento inerente à função diretiva.

Uma característica fundamental das organizações é sua estrutura para tomada de decisões. Dentro desta estrutura, cada membro da organização toma decisões que afetam não só a vida organizacional, mas a de todos a ela vinculados. O processo de reflexão ética pode ajudar na tomada de decisões, pois possibilita a consciência dos juízos de valor e dos supostos⁶ que operam de modo implícito neste processo, muitas vezes, de forma mais determinante que os dados explícitos disponíveis e facilita antecipar conseqüências danosas ou benéficas dos possíveis cursos de ação. Esta natureza de reflexão, não pode ser vista como algo isolado dos processos regulares de tomada de decisão, pelo contrário, a eles pertence e com eles dialoga para decidir o que deve ser feito (BROWN 1992; SROUR 1998).

Uma decisão fruto de deliberação não é obrigatoriamente correta, mas, com grande chance, é responsável porque os participantes do processo de tomada de decisão fizeram a melhor escolha em função dos recursos e informações disponíveis. Quando as pessoas em um grupo conseguem abrir-se e considerar os diversos pontos de vista, aumentam seus conhecimentos e, em uma organização, isto gera o incremento dos recursos para a decisão, pois leva cada parte a considerar idéias diferentes sobre o que deve fazer ao invés de manter sua posição, fechando-se a outras informações. Naturalmente, cada qual tende a crer que a sua posição é a correta, apostando na defectibilidade da opinião do outro. Para entender as diferentes

⁶ A nota 3 explica o que o autor entende como supostos e juízos de valor.

posições, é necessário que se compreenda como cada um interpreta os fatos, interrogando sobre as observações, os juízos de valor e os supostos que dão forma a cada ponto de vista. Ao compartilhar este tipo de informação, ampliam-se o conhecimento e o entendimento do que está ocorrendo e, conseqüentemente, melhora-se a qualidade da decisão tomada. Desta forma, a ação torna-se responsável pelo fato das pessoas terem às mãos mais recursos para “render contas” (BROWN 1992).

Compartilhar diferentes entendimentos e interpretações requer que se considere um aspecto importante das comunicações autênticas: ouvir. O dirigente deve aprender a ouvir e aceitar opiniões contrárias às suas, pois discordar não é sinônimo de não estimar. É impossível a concordância entre todos, e o que deve ser buscado é o entendimento comum, resultante de comunicações francas e autênticas que incorporem consensos e dissensos sobre a realidade da organização e seu entorno (MOTA 1995).

Para possibilitar este entendimento consensual, é mister superar uma visão pobre do desacordo que enxerga o ganho de um, como a perda de outro e gera um tom de ameaça bloqueador da comunicação e da indagação pelos méritos das propostas diferentes ou opostas (BROWN 1992).

Antes de finalizar, vale destacar as cinco dimensões básicas na atuação ética de um líder nas organizações, como elucida Siliceo (1997):

a) Em relação ao interior da organização:

- concepção valiosa da dignidade das pessoas e de seus direitos e obrigações;
- lealdade à organização da qual é integrante;
- compromisso e exemplo cotidianos de eficácia, qualidade e produtividade;
- compromisso pessoal para a capacitação e o crescimento próprios e dos outros;
- interesse no desenvolvimento integral das pessoas;

- coerência entre crenças, condutas, planos, ações, resultados e conhecimentos;
- honestidade e clareza na comunicação;
- reconhecimento e compensação do trabalho realizado com base na justiça e equidade;
- compromisso de promover e defender os valores e a cultura organizacional em que vive;
- assunção da melhoria da qualidade de vida do pessoal e suas famílias como alta prioridade;
- compromisso permanente com a saúde, a seguridade social, a integridade mental e física do pessoal;
- respeito e cuidado com os recursos (dinheiro e equipamentos), buscando sempre seu máximo aproveitamento para incrementar os índices de produtividade;

b) Em relação ao cliente:

- qualidade integral e permanente dos produtos e serviços, sem engano ou manipulação;
- respostas às necessidades dos clientes;
- compromisso de resposta às falhas e deficiências dos bens e serviços;
- busca permanente de melhor competitividade no mercado, mediante melhorias tecnológicas em processos e materiais;
- compromisso e criatividade para inovações que permitam menores custos, traduzidos em menores preços aos clientes;

c) Quanto às relações de trabalho:

- respeito, valorização e reconhecimento recíprocos entre entidades representativas de classe e a organização;
- confiança, evitando os medos, os preconceitos e a falta de credibilidade no diálogo, na negociação e nas relações interpessoais;

- integridade e coerência no cumprimento do acordado e na exigência de reciprocidade;

- aplicação prudente da justiça, nivelando e ajustando direitos e obrigações;
- consecução de objetivos comuns que transcendam a organização com vistas ao bem estar social.

d) Em relação ao Estado:

- respeito solidário às instituições públicas e aos órgãos governamentais;
- cumprimento das obrigações fiscais e legais;
- consciência solidária e subsidiária quanto às responsabilidades e tarefas sociais e políticas;

e) Em relação à sociedade:

- promoção do bem comum;
- consciência de responsabilidade social;
- mediação compromissada dos interesses organizacionais e comunitários;
- promoção e defesa permanentes dos programas que visam a melhoria da qualidade de vida na comunidade.

Neste sentido, Srour (1998) esclarece que a responsabilidade social deve ser compreendida como uma orientação para os outros, refletindo um sentido de realidade e um olhar para o futuro. Engloba a consideração de múltiplas exigências, como as relações de parceria entre clientes e fornecedores; a produção de qualidade levando à satisfação dos usuários; a contribuição para o desenvolvimento da comunidade; os investimentos em pesquisa tecnológica; a preservação do meio-ambiente; a participação dos trabalhadores no processo decisório e nos resultados; o respeito aos direitos dos cidadãos; a não discriminação de qualquer natureza (gênero, raça, idade, etnia, religião, ocupação, preferência sexual etc.); os investimentos em segurança do trabalho e em desenvolvimento profissional. Em suma, a

responsabilidade social diz respeito à constituição de uma cidadania organizada no âmbito interno da empresa e à implementação de direitos sociais no âmbito externo.

Parece que a máxima *business is business*, atualmente, está superada, visto que os negócios não constituem mais meros negócios, sendo-lhes imputada uma reconhecida transcendência social e uma projeção comunitária do ambiente de trabalho, que tornam o *management* e a ética indissolavelmente unidos (LLANO 1990; GÓMEZ sd).

4.1. Direção por Valores

A vida das organizações está saturada de valores implícitos ou explícitos que lhe dão sustentação, marcam as regras de ação e balizam os julgamentos e condutas. Um dos atributos da excelência empresarial consiste na orientação dos negócios pelos valores (PETERS e WATERMAN 1984; BROWN 1992; CHANLAT 1992).

O vocábulo valor, provém do grego *axios*, que significa aquilo é valioso, estimável, digno de ser honrado, ou ainda, eixo ao redor do qual giram elementos essenciais. Os valores podem ser entendidos como aprendizagens estratégicas, relativamente estáveis, de que uma forma de atuar é melhor que a sua oposta na consecução de um fim ou na tentativa de que as coisas saiam bem (GARCIA e SHIMON 1996).

Os valores constituem critérios de apreciação para o aceite ou a rejeição das normas, entendidas como regras de conduta consensuadas. Também servem de parâmetro para a estimação de um fato. Não há observação isenta de valores. As pessoas frequentemente concordam sobre os fatos, mas discordam acerca de seu significado, pois partem de valores distintos para avaliá-los (BROWN 1992; GARCIA e SHIMON 1996).

Com vistas a garantir a “vida boa” de determinado sistema, os valores configuram eleições deliberadas ou preferências estratégicas por um dos possíveis modos de atuação e, desta forma, os valores localizam-se no núcleo da liberdade humana. Representam exemplos de valores opostos que podem ser alvos de eleição: boa qualidade vs. má qualidade no trabalho; interesse vs. desprezo pelas pessoas da empresa; geração de riqueza vs. ruína; autonomia vs. dependência; felicidade vs. desgraça; honestidade vs. conduta fraudulenta; espírito de cooperação em equipe vs. individualismo (GARCIA e SHIMON 1996).

Os valores ou as eleições estratégicas que eles representam fundam-se em supostos básicos ou crenças a respeito da natureza humana e do mundo, conformados a partir da experiência, da educação e da reflexão pessoais. As crenças podem ser definidas como estruturas de pensamento elaboradas ou arraigadas ao largo da aprendizagem, que se prestam à explicação da realidade e precedem à configuração dos valores. Quando ocorrem desacordos quanto aos supostos ou às crenças que fundamentam os valores, estes costumam ser de mais difícil solução por indicarem diferentes orientações quanto a si próprio, os outros e o mundo (BROWN 1992; GARCIA e SHIMON 1996).

Segundo Badaracco e Ellsworth (1996), algumas das empresas norte-americanas mais representativas, como a IBM, a Johnson & Johnson, a Hewlett-Packard e a Procter&Gamble contam com credos ou declarações de crenças. Estas confissões públicas definem os propósitos essenciais pelos quais existem as organizações e conformam guias no processo de tomada de decisões. Em todas as companhias mencionadas, os gerentes empenham-se para que estes documentos sejam significativos e não letra morta.

Neste sentido, merece destaque a afirmação de Thomas Watson Jr. da IBM, citada por PETERS e WATERMAN (1984), condicionando o sucesso de uma empresa à aderência a suas crenças e enfatizando que, sob nenhuma hipótese, estas devem ser abandonadas:

"I firmly believe that any organization, in order to survive and achieve success, must have a sound set of beliefs on which it premisses all its politics and actions. Next I believe that the most important single factor in corporate success is faithful adherence to those beliefs. And, finally, I believe if an organization is to meet the challenge of changing world, it must be prepared to change everything about itself except those beliefs as it moves through corporate life." (PETERS e WATERMAN, p.280)

A conformação dos valores em uma organização é um fenômeno complexo e dependente de variáveis, como as crenças e os valores dos fundadores; as crenças e os valores da direção atual; as crenças e os valores dos empregados, a formação e a

influência de consultores; a normativa legal existente; as regras do jogo de mercado; os valores sociais de cada momento histórico; a tradição cultural de cada sociedade e os resultados da empresa (MOTA 1995; GARCIA e SHIMON 1996).

Os valores, enquanto elementos do conjunto de idéias, conhecimentos, costumes, hábitos, aptidões, símbolos e ritos que caracterizam uma organização, tomam parte na conformação da cultura organizacional. Esta representa, então, o resultado da adaptação da organização ao meio ambiente. A socialização dos novos membros encerra a transmissão dos valores julgados relevantes para a preservação (MOTA 1995).

Estudo feito por Peters & Waterman (sd), citado no *best-seller* de autoria deles, *In Search of Excellence*, demonstra que as empresas mais bem sucedidas possuem um conjunto básico de crenças que as guiam. Das com pior desempenho, algumas não contam com este conjunto de crenças e outras, apesar de terem objetivos bem discutidos, os únicos buscados com ânimo são os quantificáveis, como os financeiros e os de crescimento econômico. E ainda assim, estas metas nestas últimas organizações, apresentam resultados menos satisfatórios do que nas organizações com afirmações mais qualitativas quanto a seus propósitos (PETERS e WATERMAN 1984).

Além dos valores e das crenças em si, importa também o seu conteúdo. As crenças dominantes nas empresas, tidas como excelentes, apresentam um teor de espectro estreito, incluindo apenas uns poucos valores básicos:

- crença em ser o “melhor”;
- crença na importância dos detalhes da execução;
- crença na importância das pessoas como indivíduos;
- crença na superioridade da qualidade e do serviço;
- crença que a maioria dos membros da organização deveria ser inovadora e, por decorrência, ter disposição para suportar falhas;

- crença na importância da informalidade como meio de efetivar a comunicação;
- crença explícita e reconhecimento da importância do crescimento econômico e dos lucros (PETERS e WATERMAN 1984).

Como exemplo de conteúdo das declarações de crenças de empresas, pode-se fazer menção aos casos da Johnson & Johnson e da IBM, citados por BADARACCO e ELLSWORTH (1996). No credo da primeira, são apresentadas as responsabilidades quanto aos clientes, às comunidades e aos acionistas. Na IBM, destaca-se o respeito pela dignidade e pelos direitos dos indivíduos, o compromisso com a excelência e o serviço superior aos clientes.

Os valores compartilhados em uma organização conformam dois grandes grupos: o dos valores finais e o dos instrumentais. Os primeiros estão associados à visão e à missão organizacionais. E os instrumentais, também chamados operativos, vinculam-se às formas de pensar e de atuar, a partir das quais a organização pretende afrontar as demandas de seu entorno e integrar suas tensões internas, a fim de atingir sua visão e sua missão. Ambos os grupos devem estar em consenso, pois é isto que confere coerência à organização (GARCIA e SHIMON 1996).

Também a missão organizacional apresenta este caráter de duplicidade. Ela é socioeconômica, ou seja, a missão de uma organização comporta em si duas dimensões: a econômica e a social. A segunda ao mesmo tempo que depende da primeira, justifica-a. A missão econômica refere-se à necessidade crítica de ser rentável. A social abarca aspectos inespecíficos de toda empresa, como gerar emprego ou desenvolver profissionais, e específicos, segundo o setor ou a atividade econômica: ensinar, transportar, limpar, assegurar, curar (MOTA 1995; GARCIA e SHIMON 1996). A figura 4 elucida a estruturação dos dois grupos de valores e desta dupla missão das organizações.

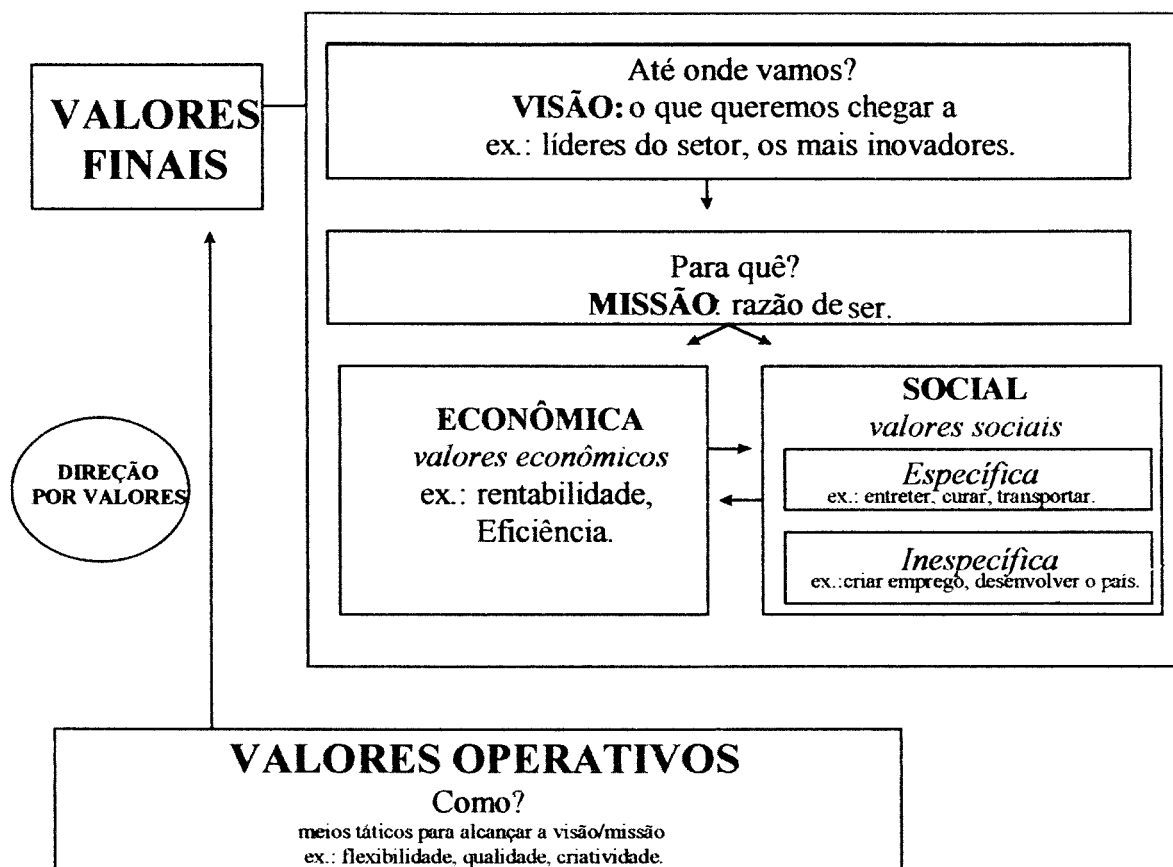


Figura 4 - Os valores e a missão da organização

Adaptado de GARCIA S e SHIMON D. *La Dirección por Valores (Dp V). El cambio más allá de la dirección por objetivos.* Madrid: MacGraw-Hill; 1996.

Os valores também podem estar voltados ao sistema, isto é, à própria empresa, ou à pessoa. A tensão entre eles não constitui dilema raro na vida empresarial. Em caso de prevalecerem os primeiros, a sobrevivência e o crescimento da empresa têm preferência sobre a liberdade dos indivíduos. Já na situação contrária, a liberdade individual tende a dominar, em detrimento da sobrevivência da empresa. Pode-se afirmar que uma das chaves para o sucesso do dirigir encontra-se na adequada alternância e integração entre os valores orientados ao sistema e aqueles voltados à pessoa. O quadro 1 identifica alguns destes valores.

Valores de orientação à supremacia da empresa	Valores de orientação à supremacia da pessoa
<ul style="list-style-type: none"> - identificação com a empresa e orgulho de a ela pertencer - preservação da estrutura do sistema - obediência - ordem e clareza de direção - respeito à autoridade - manutenção da tradição - lealdade à empresa - capacidade de sofrimento: não se queixar - sentido de dever - não criar problemas 	<ul style="list-style-type: none"> - identificação com o gênero, a profissão ou outras características individuais - respeito à liberdade individual - auto aperfeiçoamento - participação - a autoridade não é dada, conquista-se - abertura às mudanças - coerência pessoal - capacidade de desfrutar: buscar prazer - capacidade de agradecimento - valentia

Quadro 1 - Possibilidades de orientação dos valores de uma organização

Adaptado de GARCIA S e SHIMON D. **La Dirección por Valores (Dp V). El cambio más allá de la dirección por objetivos.** Madrid: MacGraw-Hill; 1996.

Neste sentido, é oportuno destacar duas pesquisas realizadas com administradores e integrantes de equipes que apontam alguns valores considerados importantes por estes grupos para os líderes. Nash (1993), a partir de seus trabalhos de pesquisa e consultoria junto a empresários e dirigentes, destaca como básicos os seguintes valores: honestidade, confiabilidade, justiça e pragmatismo. Os três primeiros ajudam a evitar a falsidade, os danos internacionais, o favoritismo, o conflito de interesses e a não assunção da responsabilidade pelos erros. O último auxilia a prevenção da ineficiência, do desperdício e da corrupção. Chanlat e Bédard (1996), em investigação acerca da opinião dos participantes de equipes sobre as qualidades mais apreciadas em seus líderes, identificam o senso de equidade, a capacidade de estimar, a abertura de espírito, a honestidade, a generosidade, a coragem, o senso de responsabilidade e de julgamento.

Parece natural que os dirigentes esperem poder contar com um certo grau de liberdade para exercerem sua atividade e darem conta de suas funções e tarefas. No entanto, o exercício diretivo responsável traz como exigência que o administrador tenha claro que no campo das reflexões ou das decisões, quem deve ocupar o primeiro lugar é a pessoa, o ser humano (BERNARDO 1993).

E, dirigir impulsado por valores é, justamente, dirigir com base nas pessoas, é apoiar a capacidade diretiva em um compromisso de valores que reconheça a prioridade das pessoas (GARCIA e SHIMON 1996).

A direção por valores facilita a inclusão na liderança das empresas de princípios ou referenciais éticos, sem os quais a sobrevivência no mundo de hoje é inimaginável. Falar de ética empresarial deixa de ser percebido como ameaça para ser visto como uma oportunidade de diferenciação e êxito (GARCIA e SHIMON 1996). Assim, a direção por valores pode ser tida como um instrumento precioso para que o administrador dê conta de suas responsabilidades éticas. Desta forma, justifica-se a dedicação de um espaço para a abordagem da direção ou liderança impulsada por valores ao se discutir a ética do administrador hospitalar.

Como meio de sobrevivência e diferenciação de suas carreiras, muitos diretivos, ainda que intuitiva e imperfeitamente, já estão começando a praticar esta sorte de liderança, de uma maneira ou outra. Isto porque, atualmente, a palavra de ordem é humanizar o propósito estratégico básico da empresa que, sem sombra de dúvida, consiste na obtenção do máximo de benefícios econômicos, possibilitando a sua viabilidade. A estratégia de uma empresa define-se com a inclusão do fator econômico, mas não se deve reduzir a ele, é imperativo que o transcenda. As metas devem abarcar aspectos quantitativos e qualitativos (GARCIA e SHIMON 1996; BADARACCO e ELLSWORTH 1996).

Dentre as finalidades ou funções da direção por valores encontram-se:

- simplificar, absorvendo a complexidade organizacional derivada das crescentes necessidades de adaptação às mudanças, em todos os níveis da empresa;

- orientar, proporcionando fundamentos à visão estratégica da empresa;

- comprometer, promovendo a integração da direção estratégica com a política de pessoal e fomentando o desenvolvimento de um compromisso profissional cotidiano, fundado no rendimento de qualidade (GARCIA e SHIMON 1996).

Uma das vantagens do sistema de valores na organização é motivar todos os seus participantes e não apenas os que compõem a alta administração, como é comum com os incentivos financeiros, cujos beneficiários restringem-se a este nível organizacional (PETERS e WATERMAN 1984).

Para um rendimento profissional de alta qualidade, os valores, como a confiança, a criatividade, a honestidade e a beleza são tão ou mais importantes que os conceitos quantitativos econômicos tradicionais, como a eficiência e o retorno sobre o investimento. A organização é muito mais que uma arena política ou um instrumento de alguma personalidade vigorosa para conseguir fins econômicos. Antes de tudo constitui uma comunidade na qual as pessoas buscam a satisfação de suas necessidades individuais. Aquelas empresas que se fiam unicamente em minuciosos sistemas de transações, através dos quais as pessoas trocam tempo e esforço por dinheiro, seguridade e posição, correm o risco de tornarem-se incapazes de satisfazer as necessidades mais íntimas daqueles que nela trabalham. Este conceito puramente transacional do trabalho pode levar ao aborrecimento, à insatisfação, à apatia e à alienação. Tal qual comunidades, as organizações auto-regulam a conduta de seus integrantes, não só por meio de sistemas de remuneração, relações de dependência e interesses das subunidades, mas também por intermédio de normas, valores, lealdades, aspirações e regras não escritas (CHIAVENATO 1994; BADARACCO e ELLSWORTH 1996; GARCIA e SHIMON 1996).

A incorporação de determinados valores e crenças ao trabalho intensifica a dedicação dos empregados, seu entusiasmo e seu empenho, fazendo da organização um forte competidor no mercado. Quando amplamente aceitos, os valores como a confiança, a justiça e o respeito ao indivíduo levam à melhoria da qualidade e da precisão das comunicações, ao aumento da integridade no processo de tomada de decisão e ao incremento da capacidade da administração para avaliar o pessoal e os projetos. Por outro lado, as pessoas expõem-se a riscos maiores, pois sabem que podem contar com um tratamento regido pela igualdade em caso de falha nos seus planos. Estes sentimentos de igualdade e confiança mútuas são estimulados à medida que a organização institui uma meritocracia baseada no reconhecimento dos valores compartilhados e na idoneidade técnica (CHIAVENATO 1994; BADARACCO e ELLSWORTH 1996).

Além da inclusão dos valores ao trabalho, há outras maneiras de uma organização fazer-se mais competitiva no mercado. No entanto, estas formas têm uma desvantagem: gozam de certa transitoriedade. As inovações, mesmo as tecnológicas, podem ser incorporadas pelos competidores com relativa facilidade, enquanto que um ambiente ético não. Copiar um complexo sistema social competitivo é tarefa mais difícil que a cópia de um produto. Os valores internos da empresa, como a criatividade, a amabilidade e a qualidade transcendem ao exterior através da publicidade, fazendo com que o cliente, visto como uma pessoa com critérios e liberdade de eleição, passe a confiar mais no produto ou no serviço prestado (GARCIA e SHIMON 1996; BADARACCO e ELLSWORTH 1996).

O comportamento de um líder imprime a tônica moral da organização e reforça seu propósito. A sua forma de atuação nas grandes e pequenas questões interfere na crença das pessoas quanto à sustentação dos princípios-chaves por parte da organização e quanto à personificação destes, por parte dos dirigentes. O jeito de agir do líder consiste elemento crucial na garantia de que as decisões ocorram no sentido de promover e defender os valores (PETERS e WATERMAN 1984; BADARACCO e ELLSWORTH 1996)

A proteção e o incentivo dos valores requerem do administrador constante vigilância, configurando tarefa e responsabilidade a serem compartilhadas, mas jamais delegadas. Os dirigentes estão obrigados à medidas sólidas e congruentes a fim de fazer dos valores algo real, vivido e eficaz. Quando as forças das realidades cotidianas pressionam, no sentido do ultraje dos valores, a liderança deve ser clara, firme e coerente para socorrer e fomentar os que estiverem sob ameaça. Antes de mais nada, o líder institucional deve ser um experto em promover e defender valores. (PETERS e WATERMAN 1984; BADARACCO e ELLSWORTH 1996).

Nas organizações tidas como grandes, esta tônica moral ou clima ético ganha mais importância, pois como a alta gerência goza de influência apenas parcial na conduta cotidiana é a própria organização que deve constituir fonte de propósito significativo e objeto de lealdade e de compromisso e não a personalidade ou a conduta de uma única pessoa, extraordinariamente notável (BADARACCO e ELLSWORTH 1996).

Victor e Cullen (1988), citados por OLSON (1995, p.87), definem clima ético como a percepção dos procedimentos e práticas organizacionais que podem conter um componente ético, ou ainda, como o compartilhar de entendimentos do que vem a ser uma conduta eticamente adequada e de como as questões éticas deveriam ser manejadas. White e Wallace (1988), citados pela mesma autora, conceituam clima ético como as práticas ou as condições que contribuem para que a organização faça suas escolhas de forma eticamente correta (OLSON 1995).

Alguns atributos conformam o clima ético de uma organização:

- diz respeito à compreensões e crenças a serem compartilhadas;
- desempenha papel de diretriz nas decisões organizacionais;
- goza de relativa estabilidade, sem ser estático (OLSON 1995).

Logo, se como componente da cultura organizacional o clima ético é passível de ser modificado, manejado, aprimorado e inovado uma troca de liderança, especialmente na alta direção, pode implicar uma mudança nos entendimentos compartilhados no clima ético. Isto será mais provável ainda no caso da nova liderança fomentar alterações nos valores e na missão da organização. Neste sentido, cabe lembrar que as organizações que se distinguem por partilharem valores bem conhecidos, logram maior fortaleza em seu clima ético (OLSON 1995).

O dirigentes devem estar fortemente comprometidos com os valores e as normas vitais da organização, a fim de terem capacidade e habilidade para identificar os conflitos que os afetam. A inconseqüência e a vacilação podem fazer com que os empregados deixem de levar a sério os valores. Assim, os dirigentes devem estar atentos a isto e evitar parecer inconseqüentes ou pouco sinceros, pois as suas ações gozam de um significado central e contínuo, sendo, freqüentemente, reverenciadas como símbolos dos valores institucionalizados (PETERS e WATERMAN 1984; BADARACCO e ELLSWORTH 1996).

Os administradores tampouco devem fugir dos conflitos. Estes, ao contrário, devem ser enfrentados, explorados e incorporados porque qualquer negócio desenvolve-se sempre em uma amálgama de importantes contradições e conflitos, como custo vs. serviço; operações vs. inovações; formalidade vs. informalidade; orientação para o controle vs. orientação para as pessoas (BADARACCO e ELLSWORTH 1996). Na obra, *In Search of Excellence* (PETERS e WATERMAN 1984), um dos executivos entrevistados, James Mac Gregor da Blue Bell, destaca não só a importância de enfrentar os conflitos que permeiam a organização, mas também a premência de identificá-los: *"The cardinal responsibility of leadership is to identify the dominant contradiction at each point in history."* (p.285).

Os diretivos devem perceber estas situações como um estímulo às mudanças e um desafio constante para as forças geradoras fortalecedoras do *status quo*, além de as utilizarem com um meio de tornar as decisões melhores. Pautar o enfrentamento do conflito pela essência das questões e não pela personalidade dos envolvidos ou

pelos interesses pessoais afetados, torna transparente aos integrantes da organização que a resolução de situações conflitivas considera o mérito, não sendo aceitos os ataques pessoais (BADARACCO e ELLSWORTH 1996).

O mundo administrativo atual exige o desenvolvimento de lideranças que superem a tendência dos gestores administrativos “defensivos” e orientados ao controle hierárquico, próprios do princípio e meados deste século. As chefias devem constituir-se agentes catalisadores e facilitadores de processos, distribuidoras e coordenadoras de recursos e transmissoras de valores. Representam fatores do êxito dos membros da organização e não controladoras de irresponsáveis. Contar com alguns valores claros e compartilhados, apesar de não parecer, resulta em maior eficiência para suportar e assumir a complexidade e a incerteza típicas do mundo empresarial, do que receber uns objetivos estabelecidos ou um manual de procedimentos. Com isto, não se pretende invalidar os manuais de rotinas e procedimentos, que são úteis e indicados para as situações rotineiras ou emergenciais que demandam respostas simples e automáticas a estímulos bem definidos. O absurdo está na sua conversão em pautas rígidas a ordenar condutas (GARCIA e SHIMON 1996).

Antes de desenvolver refinados sistemas formais, a ordem é perguntar-se pelo propósito do processo. Se a resposta for a criação de uma organização formal e não a melhoria da capacidade das pessoas na condução das questões essenciais de estratégia e operação, deve-se ter cautela na adoção deste novo processo. A burocracia e os processos podem configurar ameaça na conciliação dos valores pessoais com as visões da organização, esforços essenciais para a integridade e a liderança. A demasiada ênfase no processo faz mais lenta a tomada de decisão; languescer a criatividade; torna menos aberta a comunicação; frustra os talentos e corrói a confiança. No entanto, sem processos na medida suficiente, uma organização pode desbaratar-se (BADARACCO e ELLSWORTH 1996).

Como é possível concluir, os valores e seu adequado manejo são essenciais para a motivação das pessoas em uma organização, implicando, conseqüentemente,

em um rendimento de qualidade e de bons resultados econômico-financeiros. No entanto, a direção por valores, apesar de poderoso e valioso instrumento para a busca e a consecução da ética organizacional não equivale a esta. De espectro mais amplo, a ética nas organizações inclui outras preocupações, especialmente as voltados para o exterior da empresa como o respeito aos direitos humanos e ao meio ambiente.

5 ÉTICA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

A dimensão empresarial na organização e estruturação dos serviços de saúde não modifica as expectativas sociais em relação aos profissionais que neles atuam, que continuam tendo a mesma obrigação ética de sempre: buscar a excelência. O que muda é o caminho para alcançar esta excelência, que atualmente não fica restrito ao benefício do paciente, mas passa, obrigatoriamente, pela gestão eficaz, eficiente e efetiva das organizações sanitárias. No entanto, a despeito de seu papel importante na arena ética e política da assistência à saúde, as instituições freqüentemente não são alvo da merecida consideração nas discussões e reflexões destes temas (BULGER e CASSEL 1995; GRACIA sd).

Também o papel e o significado da ética para os administradores hospitalares parece não estar claro. Estudo desenvolvido por Chown (1990), citado por LEMIEUX-CHARLES e col. (1993, p. 282), demonstra não ser evidente para os administradores na área da saúde a percepção de que exercem um papel de liderança crítico no desenvolvimento dos valores organizacionais, que são imprescindíveis para decisões éticas apropriadas. Poucos destes profissionais são treinados em ética e, assim, não é de se estranhar que esta fique reduzida a uma questão de etiqueta.

Porém, já há sinais de mudanças, pois, segundo L.R. Jordan, professor de administração de serviços de saúde, na *University of Alabama*, atualmente, a ética nesta área tem sido mais pesquisada, está sendo ensinada nos cursos e mencionada em discursos (ANONYMOUS 1992).

Outro sinal de transformação pode ser sentido no fato da *Joint Commission* considerar a ética das organizações no processo de acreditação dos hospitais. No manual de 1996, dedica um capítulo a este aspecto, no qual afirma a responsabilidade ética da organização hospitalar quanto aos pacientes e à comunidade e que sua

declaração de missão e o seu plano estratégico constituem um marco, consistente e ético, da assistência prestada e de suas atividades econômicas (JCAHO 1995).

Este requisito vem ao encontro do que afirma Frank A. Buttler, diretor do hospital da Universidade de Kentucky. Para ele, incorporar a avaliação dos aspectos éticos como um dos elementos constitutivos das decisões administrativas representa uma demanda da sociedade preocupada com a qualidade dos serviços prestados. Pondera, ainda, que é impossível lidar com as questões de qualidade sem enfrentar os dilemas éticos (ANONYMOUS 1992).

De acordo com Robert M. Dickler, diretor geral do hospital e da clínica da “*University of Minnesota*”, é patente a presença da ética no dia-a-dia do administrador de serviços de saúde, principalmente se for levada em conta a razão de ser das organizações que dirigem, o paciente:

“It’s very hard to really separate health care ethics from business ethics. Since our primary purpose is to care for people, treatment is affected by the business decisions we make. I see it more as a spectrum ranging from institutional issues to individual patient issues, but there’s no clear separation of the two.” (ANONYMOUS 1992, p.23)

É o enfermo, enquanto ser humano necessitado de ajuda, quem impõe ao hospital a obrigação de comprometer-se eticamente. Faz-se necessária a construção de uma imagem ética da organização hospitalar, pois a própria medicina consubstancia a resposta humana e ética à vulnerabilidade da pessoa doente. A responsabilidade ética suprema do hospital é com o paciente. Assim, ele não pode correr o risco de ser visto como uma organização que interpõe suas preocupações econômicas como empecilho para a excelência da atuação dos profissionais de saúde. Ao contrário, a imagem cultivada deve transparecer uma atitude de zelo na defesa das pessoas com problemas de saúde (DE GEORGE 1982; OGLESBY JUNIOR 1985; HERRANZ 1994).

Ao acorrem para o hospital, as pessoas configuram impressões acerca dos serviços prestados e de sua qualidade. Assim, forma-se a imagem da organização que, aos poucos, vai se firmando como sua tradição. Os valores dos que administram o hospital e dos profissionais que nele atuam contribuem para a gênese destas percepções pessoais, pois uma organização tende a se apresentar como um reflexo daqueles que a dirigem e que nela trabalham. Merece destaque o papel dos dirigentes, uma vez que, segundo estudo desenvolvido por Hage e Dewar (1973), citado por Schulz e Johnson (1979, p.158), os valores da alta administração exercem uma influência maior na organização do que as próprias características organizacionais. Neste sentido, é mister tomar em consideração que muita forças influentes plasmam os valores do administrador e, por conseguinte, os da organização (SCHULZ e JOHNSON 1979; LODOVICI sd.).

Atualmente, os hospitais conformam organizações complexas que associam inovações tecnológicas, serviço social, pessoal assalariado e autônomo, financiamento público e privado, uma missão de caridade e uma orientação aos negócios. Os dilemas éticos por eles enfrentados em seu cotidiano também não são simples, nem poucos. Podem abarcar aspectos variados, como a identidade e a missão, a prática clínica e o relacionamento com os médicos e outros profissionais de saúde. Pesquisa realizada junto a administradores de 1107 hospitais públicos e privados, na Austrália, identifica como dilemas éticos mais comumente enfrentados, as ordens de não ressuscitar (62%), o tratamento de pacientes com HIV e AIDS (61%), a variabilidade de condutas entre os profissionais de saúde segundo a equipe a que pertencem (59%) e a alocação de recursos em saúde (51%). (McNEILL e col. 1994; BAYLEY 1995).

Possivelmente, o mais fundamental destes dilemas seja o relacionado com a identidade e a missão do hospital. Assim, uma das funções mais importantes da liderança nos hospitais está em estabelecer e articular a missão organizacional. O hospital é instituição social destinada a atender as necessidades de saúde da comunidade? Ou é um negócio como outro qualquer que, quando vinculado ao

segmento privado, sujeita-se às pressões de mercado e, primariamente, motiva-se pelos lucros e incentivos financeiros, econômicos ou comerciais? (BAYLEY 1995).

Estas tensões entre o papel de servidor da comunidade e o de empresa são uma constante para os hospitais, especialmente para os que integram o segmento privado. Os dois papéis podem coexistir, como têm tentado demonstrar alguns hospitais com fins lucrativos. Entretanto, para aqueles sem finalidade lucrativa, a exigência social é maior. Não é esperado que pautem os cuidados prestados pela garantia de pagamento. Ao contrário, conta-se com a manutenção de serviços que dão prejuízo, se estes forem necessários à comunidade. Mesmo assim, algumas destas organizações têm conseguido articular em sua missão o cuidado excelente ao paciente e o ótimo retorno aos mantenedores (BAYLEY 1995).

Os hospitais, sejam eles com ou sem finalidade lucrativa, ao adotar algumas práticas próprias dos negócios têm arranhado a imagem de benevolência esperada para este tipo de organização social. Dentre estas iniciativas, destacam-se o *marketing* agressivo; a publicidade; a competição pelos pacientes com a duplicação de serviços, muitas vezes desnecessários, a um alto custo; a criação de parcerias, principalmente com os médicos, gerando conflitos de interesses; a resistência ou a recusa em atender pacientes considerados como “não lucrativos” (BAYLEY 1995).

Este panorama, provavelmente, justifique o cepticismo e o criticismo que têm sido enfrentado pelos hospitais. Há um descontentamento que surge da expectativa social de que estas organizações comportem-se de maneira diferente daquela observada para as empresas comuns, pois elas devem ter uma proposta superior. Isto porque os hospitais lidam com benefícios singulares como saúde/doença e vida/morte, que são percebidos pela sociedade como algo entre um direito e uma obrigação (SEIDEN 1983; BAYLEY 1995).

As escolhas envolvendo a quem servem, como alocam seus recursos e que tipo de visão e de liderança querem, devem ser fundadas na ética, a fim de prover cuidados à saúde de qualidade. Laurence J. O’Connell, presidente do “*Park Ridge*

Center on Health, Faith and Ethics”, considera uma indicação de qualidade o fato dos empregados conhecerem a missão, a visão e o tom ético de uma organização. E acrescenta que é essencial à direção ser um exemplo de comportamento eticamente adequado para todos os trabalhadores do hospital, pois uma organização somente terá sua ética se o seu líder a tiver primeiro (ANONYMOUS 1992; BAYLEY 1995).

A identidade profissional tem sido conquistada pelas vias da excelência técnica e ética. Quando o gestor desconhece isto, sobrevêm conseqüências desastrosas para os profissionais de saúde. A enorme dureza da atividade assistencial requer que estes possam contar com um suporte organizacional na persecução da excelência, de outra forma os serviços de saúde funcionam mal ou, simplesmente, não funcionam (GRACIA sd).

Entretanto, as mudanças pelas quais tem passado a área da saúde, especialmente no que diz respeito a seu financiamento e a sua organização, criam novos problemas e dificuldades para a consecução deste objetivo da excelência. Fatores econômicos perpassam todas as facetas da assistência sanitária. A incorporação de alta tecnologia provoca a elevação dos custos em tal ordem, que uma decisão médica envolve grandes quantias de dinheiro (RODWIN 1993; SPECE JUNIOR e col. 1996).

E estes constantes incrementos nos custos assistenciais podem ser apontados como um dos principais responsáveis pelas tensões existentes entre o serviço ilimitado do médico ao paciente e a necessidade imperiosa de reduzir gastos e otimizar benefícios. O primeiro caracteriza a ética médica e o segundo constitui exigência da ética em administração. Esta situação tensiva leva ao divórcio ético destes dois grupos, os médicos e os administradores, pondo fim a uma relação harmônica que marca os primeiros decênios da entrada do último no hospital. Nesta época, os administradores percebendo a si mesmos como uma simples extensão dos médicos, consideram-se obrigados às mesmas normas éticas que regem a atividade destes profissionais (HERRANZ 1994).

Outra consequência da alta nos custos é a incapacidade do paciente custear os gastos advindos dos procedimentos diagnósticos e dos tratamentos com seu próprio dinheiro. Isto leva à introdução da figura de um terceiro na relação clínica: o responsável pelo pagamento. Instala-se, assim, um conflito de interesses para o médico que tem sua lealdade dividida entre o paciente e o agente pagador. Isto pode fazer do paciente, muitas vezes, uma vítima de restrições orçamentárias (RODWIN 1993).

Em um mundo de recursos finitos, é inevitável e imperativa a racionalização dos gastos em saúde. Parece natural que se deseje obter uma excelente atenção à saúde com a aplicação de alguns critérios de justiça e eficiência. No entanto, cabe ressaltar que tirar proveito da confiança e credibilidade, implícitas na relação clínica, constitui perversidade, pois o paciente acredita que o profissional sempre agirá em seu melhor interesse. Pode-se afirmar que isto equivale a pedir aos médicos que removam das paredes de seus consultórios o juramento hipocrático e o substituam por uma advertência de que eles trabalharão pelos direitos e benefícios dos pacientes até o ponto em que estes não sejam tão ínfimos que não compensem os custos.

ENZEL 1990; ETKIN 1993; LEMIEUX-CHARLES e col. 1993; VEATCH (197a).

Sem dúvida, contrabalançar a eficiência dos custos com as considerações sobre as consequências, os direitos, o respeito às pessoas e a justiça constitui mensagem conflitante para o médico: você está entrando em um negócio e deve ser competente para baixar os custos dos cuidados médicos, mas você deve olhar para além do mercado e cumprir integralmente as extraordinárias obrigações que tem para com seus pacientes e a sociedade. Porém, este conflito de interesses não é exclusividade dos médicos, também os outros profissionais que atuam na área da saúde, como enfermeiros, administradores hospitalares e assistentes sociais devem levar em conta o seu alcance e sua natureza (SPECE JUNIOR e col. 1996).

Para os administradores hospitalares este aspecto adquire especial importância, pois além de serem eles, muitas vezes, os que introduzem no hospital

esta mensagem conflitante, devem também manejar mais este conflito, exemplarmente.

Pouca atenção tem sido dispensada aos conflitos de interesse que surgem dos incentivos para diminuir gastos. No entanto, eles podem ser mais significativos do que os surgidos da prática dos médicos referenciarem os pacientes para os serviços onde têm participação ou incentivos financeiros. Os estímulos para se gastar menos podem tornar-se extremamente perigosos para os pacientes, principalmente se não houver a contrapartida equivalente para a melhoria da qualidade da assistência prestada (SPECE JUNIOR e col. 1996).

Tentativas de limitar serviços freqüentemente nascem de boas intenções, como eliminar os desperdícios e limitar o consumo dos serviços médicos, tornando-os, assim, suportáveis para os orçamentos. Mas na prática, geralmente os incentivos desencorajam o uso dos recursos de maneira ampla, inclusive aqueles que podem beneficiar o paciente (SPECE JUNIOR e col. 1996).

Boa parte das políticas de incentivos à contenção dos custos assistenciais, tanto nas instituições privadas como nas estatais, surgem em resposta às distorções da prática de remunerar por serviços prestados. Os médicos, em sua maioria, são remunerados com base em cada serviço prestado e isto, por si só, constitui incentivo para incrementar a indicação de procedimentos. As mudanças na forma de pagamento do *Medicare*, nos EUA, e do sistema público, no Brasil, configuram exemplos de tentativas para conter gastos gerados por distorções. Em ambos os casos, um sistema de remuneração por procedimentos dá lugar a um de reembolso, segundo a patologia diagnosticada no paciente (RODWIN 1993; SPECE JUNIOR e col. 1996; CONH e ELIAS 1996).

Mas, esta forma alternativa de pagamento também pode gerar distorções. Só que esta ocorre em sentido contrário, o de uma sub-indicação de procedimentos. O caso mais famoso, nos EUA, é o plano de incentivos oferecido aos médicos pela *Paracelsus Healthcare Corporation*, em um hospital de sua propriedade, o

Hollywood Community Hospital, em 1985. O hospital, com base nos custos, divide com os médicos a diferença entre as despesas hospitalares e o pagamento feito pelo *Medicare*. Os resultados lucrativos são divididos com os médicos, assim quanto maior o lucro do hospital, maior o pagamento dos incentivos aos médicos. Frente a este acontecimento, o Congresso norte-americano mobiliza-se e aprova legislação proibindo tal tipo de prática (RODWIN 1993; SPECE JUNIOR e col. 1996).

Este não um caso único. Outros hospitais, nos EUA, elaboram seus planos de incentivo à diminuição dos gastos com a prestação de assistência médica. O do *Central DuPage Hospital*, em Infield, Illinois, paga uma compensação adicional em razão do desempenho médico e de outros critérios, como a média de permanência e o uso de serviços auxiliares. Os médicos que utilizam os recursos abaixo da média ou que dispensam seus pacientes em menos dias que a média de permanência, recebem um crédito a ser incorporado em sua aposentadoria (SPECE JUNIOR e col. 1996).

Alguns hospitais contratam serviços ou profissionais especializados em auditoria para reverem os prontuários, objetivando determinar se a internação e o tratamento têm indicações precisas, buscando ensinar os médicos a reduzirem o uso desnecessário de recursos. Ainda outros vinculam o pagamento dos médicos à economia de recursos que estes fazem ou conferem incentivos para reduzir a sua utilização (SPECE JUNIOR e col. 1996).

A partir dos gastos que a organização hospitalar tem com as decisões clínicas dos médicos, mais uma tendência emergente é o hospital negar ou cancelar os privilégios de internação de que gozam. Antes, a administração do hospital avaliava os médicos com base na sua competência profissional e na qualidade do cuidado que prestavam aos pacientes. Hoje em dia, esta avaliação incorpora aspectos financeiros, negando ou limitando as internações àqueles profissionais que levam o hospital a perder dinheiro ou a ganhar muito pouco. Apesar de serem denominados programas de custo-benefício, eles não avaliam o impacto clínico decorrente do uso dos recursos. Na verdade, privilegiam os comportamentos médicos que minoram os custos dispensando pouquíssima atenção aos benefícios. *Joint-ventures* com o

hospital, parcerias limitadas e crédito econômico são outras armas usadas pela administração hospitalar para que os médicos reduzam a prestação de serviços (SPECE JUNIOR e col. 1996).

Estes programas de incentivos configuram formas de diminuir a utilização dos recursos, independentemente das necessidades reais dos pacientes. Ocorrem, ainda, práticas no sentido oposto, com os hospitais incentivando a utilização frugal dos recursos.

Os chamados programas de vínculo, *bonding programs*, buscam a lealdade do médico ao serviço hospitalar através dos privilégios para a admissão de pacientes, das garantias de lucros, dos subsídios em aluguéis, da propaganda ou do encaminhamento de pacientes para seus consultórios. Outros, como o elaborado pelo administrador do *Pasadena General Hospital*, pagam aos médicos uma soma em dinheiro a cada paciente que eles encaminham para internação no hospital. Estes tipos de acordos, da mesma forma que os anteriores, implicam em benefício para o hospital e os profissionais envolvidos e não para os pacientes. (RODWIN 1993; SPECE JUNIOR e col. 1996).

Os pacientes internados estão com a sua autonomia mais comprometida do que os não hospitalizados. Usualmente, não podem trocar de médico no meio do tratamento. Quando a administração dos hospitais paga os médicos para que promovam os objetivos da organização, isto compromete a lealdade destes profissionais para com os pacientes. A influência econômica que cada paciente exerce sobre o médico é pequena, pois o consultam quando tem algum problema de saúde que demanda cuidados. Em compensação, a relação entre o hospital e o médico é totalmente diferente. O primeiro depende do segundo para a admissão dos pacientes e este, por outro lado, precisa dos privilégios do hospital para ganhar sua vida. Esta relação constitui o que se pode chamar de “simbiose econômica” (SPECE JUNIOR e col. 1996).

Portanto, mesmo que seja esperado dos médicos lealdade a seus pacientes, os hospitais têm uma influência muito maior sobre as decisões destes profissionais do que os primeiros. Maior ainda é a influência dos objetivos econômicos. Estes fatores distorcem a relação entre os hospitais, médicos e pacientes, geralmente em favor dos interesses comuns dos dois primeiros. Como resultado, freqüentemente, observa-se um desrespeito aos direitos dos pacientes (SPECE JUNIOR e col. 1996).

Esta falta de respeito aos direitos do paciente chega a tal ponto que George Annas (1988), citado por Spece Jr. e col. (1996, p.213), chama o hospital de “*a human rights wasteland*”. Também Gaylin (1978) e Deliege e Leroy (1978), citados por Fortes (1996, p.48), consideram que, depois das prisões, os serviços de saúde, especialmente os hospitais, são os locais onde mais se desrespeitam os direitos de cidadania (SPECE JUNIOR e col. 1996; FORTES 1996).

Segundo Ziegenfuss (1996), as organizações, os programas e as direções dos serviços de saúde têm a responsabilidade de proteger os direitos dos pacientes. Esta proteção concretiza-se na medida em que estes contam com:

- sustentação dada pelos objetivos, pelos valores e pela cultura da organização;
- consonância no desenvolvimento do trabalho técnico da organização;
- lugar e suporte na estrutura das organizações;
- atitudes e sentimentos de apoio por parte da equipe;
- garantia de consideração, por parte da direção, no planejamento, na organização, na administração e no controle das atividades.

Como se pode notar, o administrador tem responsabilidade na implementação de políticas e ações administrativas que zelem por estes direitos. O administrador volta suas preocupações para os pacientes em um sentido coletivo, enquanto que os profissionais da área assistencial o fazem individualmente (MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996; FORTES 1996).

Portanto, os incentivos aos profissionais envolvidos diretamente na assistência, especialmente os médicos, deveria recompensar comportamentos promotores dos interesses dos pacientes, não comprometendo a lealdade que deve pautar a relação clínica. Os profissionais de saúde, como qualquer pessoa, são motivados por ganhar dinheiro, mas não parece adequado fomentar esta motivação como critério para escolhas clínicas. Não se deve estimular ações de interesse próprio quando criam conflitos de interesse. Os hospitais, através de suas administrações, poderiam oferecer incentivos que encorajassem o provimento de cuidados de alta qualidade, a devotação de horas extras ao serviço, a produção de um elevado nível de satisfação do paciente, o empreendimento de pesquisas e de publicações, o desenvolvimento de habilidades e de capacidades ou a assunção de tarefas administrativas essenciais (SPECE JUNIOR e col. 1996).

A auditoria dos prontuários deveria guiar-se pelo objetivo de identificar tanto a indicação correta dos procedimentos, como a negação apropriada. As penalidades, desta forma, seriam aplicadas para o uso dos recursos disponíveis acima ou abaixo do recomendado e os incentivos concedidos àqueles profissionais que cometessem nenhum ou pouquíssimos erros. Esta prática desencorajaria igualmente os gastos insuficientes ou os desperdícios; recompensaria os profissionais por prestarem cuidados de boa qualidade e não minaria a fidelidade aos pacientes. Os revisores deveriam ser expertos independentes sem qualquer tipo de vínculo com o hospital. Dever-se-ia também preservar o sigilo da identidade dos avaliados. O desafio consiste em encontrar o ponto médio ideal entre a super e a sub utilização, pois ambas são potencialmente maleficientes ao paciente. É necessário identificar com propriedade o que vem a ser qualidade, recompensando através de incentivos os profissionais por orientarem sua prática nesta direção (SPECE JUNIOR e col. 1996; THOMASMA 1996).

Um dos direitos fundamentais da pessoa é a informação. Provê-la aos pacientes não constitui responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde envolvidos na atividades assistenciais. Cabe ao administrador facilitar este processo, criando as condições necessárias para que a equipe de saúde possa concretizá-lo.

Para tal é essencial disponibilizar aos pacientes os direitos que têm ao serem assistidos e zelar pela elaboração de prontuários adequados e de fácil acesso (FORTES 1996).

No hospital, o acesso à informações constitui condição indispensável para que a pessoa possa consentir, de forma esclarecida, aos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos que sejam necessários, segundo sua patologia e quadro clínico. Sem ater-se à fórmulas padronizadas, típico de quando se busca apenas cumprir rituais legais, a informação deve adequar-se a cada um, respeitando seus valores e condição psicológica e social: “Cabe informação simples, aproximativa, inteligível e leal, ou seja, disposta dentro de padrões de entendimento acessíveis à compreensão psicológica, intelectual e cultural do usuário, não sendo necessário precisar especificações técnicas.” (FORTES 1996, p. 49)

Isto remete à diferenciação de duas possíveis concepções deste consentimento: como processo e como evento. Esta última, é a que se contenta com o cumprimento das exigências legais. Partindo do pressuposto que a decisão na relação clínica circunscreve-se a um dado momento, usualmente antecedendo um tratamento, enfatiza que as informações devem ser fornecidas nesta ocasião. Já o consentimento como processo, é aquele construído a partir da ativa participação do paciente na tomada de decisão que plasma todos os instantes da relação clínica (LIDZ e col. 1988).

É primordial que os profissionais envolvidos na assistência e os administradores concebam o consentimento livre e esclarecido como um processo que vai além dos interesses políticos, econômicos, legais ou profissionais. Seu verdadeiro marco é o ético (SIMÓN e CONCHEIRO 1995).

Os incentivos financeiros concedidos aos médicos para aumentar ou diminuir os serviços prestados podem minar o processo de consentimento, comprometendo a informação e o esclarecimento desinteressados. E, mesmo que a maioria dos médicos, apesar dos incentivos, mantenha-se neutra no aconselhamento aos

pacientes, ainda assim, terão razões para duvidar desta neutralidade. Uma vez que o processo de consentimento fundamenta-se na comunicação, cooperação e confiança entre os envolvidos, se o paciente duvida da neutralidade do médico, ele pode estar prejudicado (BADARACCO e ELLSWORTH 1996).

O estabelecimento de uma adequada relação clínica requer um ambiente adequado e tempo suficiente para o diálogo capaz de preservar e promover a autonomia e a participação do enfermo nas decisões que o afetam. É responsabilidade do hospital e, conseqüentemente, do administrador prover estas condições favoráveis (MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996). No entanto, as responsabilidades do administrador hospitalar não se restringem às circunstâncias de tempo e estrutura. O seu espectro amplia-se e atinge o cuidado e a atenção para que medidas administrativas não acabem por interferir na confiança que o paciente deposita nos profissionais de saúde.

A privacidade, da mesma forma que o acesso às informações, constitui um direito individual do paciente. As exigências para o seu respeito estendem-se do projeto arquitetônico às relações diárias, como o recebimento ou não de visitas e cartas, a conservação de objetos pessoais, a possibilidade de comunicar-se com o exterior ou a permanência no anonimato, caso o paciente assim o queira (FORTES 1996).

Este direito do paciente à privacidade traz consigo um dever para os profissionais e as organizações de saúde: a confidencialidade. Esta obrigação em resguardar a confidencialidade e observar o sigilo profissional existe independentemente do pedido do paciente. Refere-se a tudo aquilo que os profissionais venham tomar conhecimento pelo exercício de suas atividades que, se reveladas, podem causar danos ao indivíduo. Devem ser criadas condições para que se mantenha sob sigilo os dados relativos à intimidade do paciente (WINSLADE 1995; FORTES 1996, 1998).

Os profissionais devem ter claro que todas as informações relativas aos pacientes são estritamente confidenciais e somente podem ser reveladas por solicitação ou permissão da própria pessoa, por dever legal ou justa causa⁷. Agências governamentais, seguradoras, empregadores, familiares, pesquisadores, docentes, estudantes e muitos outros procuram informação específica sobre pacientes em particular. O simples interesse destes terceiros não lhes confere legítima autoridade para ter acesso à informação que é de caráter sigiloso. Auditores e peritos que precisem averiguar a prestação de serviços a um paciente podem ter acesso aos prontuários no próprio hospital, estando obrigados ao segredo profissional (WINSLADE 1995; FORTES 1996, 1998).

A preservação do sigilo profissional, além de constituir respeito a um direito do paciente, é benéfica para a relação terapêutica, pois garante a sinceridade das informações e encoraja a procura dos serviços. Desta forma, a história clínica ou o prontuário devido à quantidade de informações de caráter privado que contém, merece cuidado especial. No entanto, não pode ser esquecido que diagnósticos e procedimentos tomam parte de documentos com fins administrativo-financeiros manuseados em diversos setores do hospital (WINSLADE 1995; FORTES 1996, 1998; MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996).

A organização hospitalar é a guardiã fiduciária do prontuário e de outras informações de caráter íntimo do paciente. Assim, o administrador é responsável por agir ativamente na garantia da privacidade, criando condições para que isto ocorra (CORMIER 1994; MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996; FORTES 1996).

Na medida em que a informatização dos registros expande-se e as tecnologias para os sistemas de informação tornam-se mais sofisticadas, os instrumentos para a

⁷ O dever legal está fundamentado na preservação da saúde da coletividade e abarca as situações envolvendo doenças de notificação compulsória, maus tratos à criança e ao adolescente, apuração de casos de crimes relacionados à prestação de socorro médico ou omissão de socorro. A justa causa diz respeito às circunstâncias de colisão de interesses e direitos, devendo ser sacrificado o direito à privacidade em benefício de outro direito, com a vida ou a saúde de outra pessoa ou da coletividade (FORTES 1998). Mais recentemente, também os maus tratos aos idosos são incorporados ao dever legal.

preservação da confidencialidade também se diferenciam e tornam-se mais refinados e exigentes (WINSLADE 1995).

A Convenção do Conselho da Europa nº 108, de 28/01/1981, que trata da proteção das pessoas quanto ao tratamento automatizado dos dados de caráter pessoal, em seu artigo 6º define que as informações relativas à saúde ou vida sexual somente podem receber tratamento informatizado se o direito à privacidade for preservado. E no artigo seguinte, especifica que esta proteção deve abranger a destruição ou perda acidentais, o acesso, a modificação, a divulgação ou a eliminação sem autorização (CORMIER 1994).

Uma sofisticada infra-estrutura para as informações em saúde se faz necessária para na consecução de objetivos como a garantia de qualidade, a eficiência administrativa, a contenção de custos, a vigilância epidemiológica e sanitária e a pesquisa. Em última instância, o uso extensivo das informações em saúde para o bem da coletividade pode constituir ameaça à privacidade, forçando a sociedade a abrir mão de uma, em razão da outra (LAWRENCE 1997).

Cabe destacar que segurança e privacidade dos sistemas de informação não são conceitos iguais. A segurança refere-se às práticas, aos procedimentos e às políticas tecnológicas, organizacionais e administrativas desenhadas para proteger os sistemas de dados contra usos não autorizados. A privacidade constitui um reclame individual para controlar as circunstâncias nas quais informações pessoais são coletadas, usadas e transmitidas. Invasões de privacidade certamente ocorrem quando, devido a inadequações na segurança de um sistema, os registros são acessados sem permissão. Nenhuma medida de segurança, entretanto, pode prevenir a invasão de privacidade por aqueles que têm autoridade para acessar os registros (LAWRENCE 1997). Já é bem reconhecido que são os usuários autorizados que impõem os riscos mais sérios à privacidade, o que ratifica o papel essencial do administrador hospitalar na garantia deste direito das pessoas.

Outro direito do paciente é a liberdade de expressão. Disto deriva a possibilidade dele manifestar sua opinião sobre o serviço ou sobre os profissionais sem risco ou temor de represálias. Compete ao administrador criar canais de comunicação entre a administração e os usuários, permitindo que estes expressem seus direitos e reclamações (FORTES 1996).

O administrador responde por um papel importante também na humanização do hospital, devendo estabelecer e zelar pela manutenção de atitudes que marquem o respeito pelas pessoas que aí trabalham ou acorrem em busca de atenção e cuidados. Dentre estas atitudes merece destaque a exigência de chamar a pessoa por seu nome, jamais utilizando termos impessoais de pretendido afeto, como “mãe”; “tio”; “vôzinho”, “meu filho”; “minha querida” e outros (MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996).

Na área da saúde o administrador sempre enfrenta um problema adicional: os recursos disponíveis nunca são suficientes para atender as necessidades e demandas, o que implica estabelecer uma ordem de prioridades para o seu atendimento. Deste fato decorre a obrigação ética do administrador fundamentar suas decisões em uma cuidadosa deliberação que inclua seus colaboradores e a comunidade. A participação da última na gestão do hospital representa um recurso importante e necessário para a melhoria da qualidade das decisões do administrador, pois uma comunidade consciente de como se desenvolve o processo administrativo fortalece as ações internas com suas recomendações e seus esforços e efetiva o controle social nos serviços de saúde (MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996).

Em parágrafos precedentes foi abordado o conflito de interesses originado pelos incentivos financeiros relacionados à prestação de serviços. Entretanto, há mais duas áreas potencialmente geradoras de conflitos no hospital: medicamentos e pesquisa. Quanto a esta última, o foco do conflito está principalmente no recrutamento do número suficiente de participantes para garantir o financiamento de protocolos de pesquisa (SPECE JUNIOR e col. 1996).

No Brasil, a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes para as pesquisas envolvendo seres humanos, exige que a instituição onde se desenvolve uma pesquisa declare publicamente sua responsabilidade em um termo de compromisso. Outra exigência deste dispositivo legal é a formação de um comitê institucional que analise os projetos e acompanhe a sua realização, buscando resguardar os direitos dos sujeitos de pesquisa. Assim, constitui responsabilidade ética, além de dever legal, do administrador estimular a formação e zelar pelo funcionamento destas comissões de ética em pesquisa.

Restam os conflitos quanto aos medicamentos, questão não muito desvinculada da anterior, pois igualmente envolve a penetrante influência da indústria farmacêutica. Esta ascendência sobre a classe médica chega ao ponto de muitos profissionais apoiarem-se nos anúncios e monografias dos representantes para fazerem suas prescrições (SPECE JUNIOR e col. 1996).

A influência destas companhias é conseguida graças a algumas práticas comuns em quase todos os países, como: financiamento de pesquisas; gasto de grandes somas de dinheiro na promoção dos produtos; subsídios para a participação de profissionais em congressos, simpósios, cursos e outros eventos; distribuição de incentivos e presentes; influência nas publicações médicas através dos pagamentos de anúncios; ligações com os formadores de opinião na comunidade médica e propagandas enganosas (SPECE JUNIOR e col. 1996).

Portanto, convém ao administrador manter-se atualizado quanto aos avanços tecnológicos e quanto a importância de incorporar os novos insumos, equipamentos e medicamentos. Ele deve atentar para o fato de que, muitas vezes, estas incorporações favorecem mais aos que as produzem e as comercializam do que aos pacientes (MALAGÓN-LONDOÑO e col. 1996).

Neste sentido, os comitês de ética médica e de enfermagem podem exercer um papel importante de assessoria à administração. Assim, a criação destes, além de

atender exigências dos respectivos conselhos profissionais, pode ser de grande valia para o administrador.

A responsabilidade pelas deficiências nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos não afeta somente os profissionais diretamente envolvidos na assistência, mas atinge também os encarregados de coordenar e dirigir as organizações de saúde. O mau funcionamento destas pode interferir nos resultados do tratamento dos pacientes. Apesar da atuação correta e eficaz de cada profissional individualmente, a envergadura e a complexidade dos serviços de saúde podem produzir, por ação ou omissão, danos ou lesões. Por exemplo, a entrega equivocada do resultado de um exame diagnóstico devido a problemas organizacionais ou a demora excessiva no agendamento de um portador de uma patologia grave configuram circunstâncias danosas ao paciente que poderiam ser evitadas com o correto funcionamento da organização. Além de evitar os erros, o funcionamento adequado dos serviços de saúde permite a sua detecção em um ponto de fácil solução sem expor a instituição (SALA 1994; CONDE 1994).

Se toda decisão administrativa, por envolver terceiros tem uma dimensão ética intrínseca e inexorável, as que ocorrem no âmbito da administração hospitalar são ainda mais especiais neste aspecto. Isto porque o terceiro envolvido é uma pessoa vulnerável por sua enfermidade ou pela necessidade de cuidados. O administrador hospitalar não pode perder de vista esta especificidade da administração dos serviços de saúde no exercício de suas atividades e na tomada de decisões.

5.1. *Managed Care*: um Novo Desafio

Nos últimos anos, uma nova modalidade de gerir os sistemas e a assistência médico-sanitária vem avançando a largos passos e impondo uma reviravolta qualitativa nas discussões e reflexões a respeito de gestão em saúde e dos dilemas éticos que seu cotidiano impõe ao administrador hospitalar. É o cuidado administrado ou *managed care*, como é mais conhecido por sua nomenclatura em inglês.

Segundo Stobo (1997), até aproximadamente uma década atrás, o *managed care* despertava pouco interesse ou preocupação. Pondera, no entanto, que duas ocorrências deste período criam um vácuo que propicia a emergência deste conceito de gestão em saúde: os inaceitáveis aumentos no custo da assistência médico-sanitária e as inexplicáveis variações na prática clínica corrente.

Outro fator que pode ser relacionado dentre os influentes neste fenômeno do *managed care* é o chamado “paradoxo do excesso e da privação”. Os economistas Alain Enthoven e Richard Kronick (1991), citados por Powers (1997, p. 353), assim referem-se às duas principais deficiências do sistema norte americano de atenção à saúde apontadas em uma pesquisa junto a médicos e pacientes: os custos incontroláveis e a falta de acesso universal.

De fato, a despeito de contarem com o quinto maior orçamento para a saúde no mundo há, depois de 1993, cerca de 41 milhões de norte americanos que não contam com qualquer tipo de assistência médico-sanitária ou têm seguros com coberturas limitadíssimas. Quanto aos custos, apesar de todos os esforços para diminuí-los ou ao menos contê-los, eles crescem a uma velocidade equivalente ao dobro da inflação registrada a cada ano nos EUA (THOMASMA 1996).

Parece claro que os problemas de acesso e custo devem ser tratados de maneira conjunta. Entretanto, as opções para tal são limitadas. Os sistemas

financiados e administrados pelo Estado, como os do Canadá e de alguns países da Europa, têm se mostrado mais habilidosos para controlar os custos e prover acesso universal. Eles proporcionam atenção universal à saúde e operam dentro dos limites de uma soma fixa de dinheiro a ser alocada em benefício da população. A estrutura do sistema de saúde norte americano situa-se justamente no extremo oposto, operando com base no pagamento por serviços em combinação com seguros que praticam indenizações. Apesar do sucesso, os sistemas centralizados como o canadense encontram muito pouco apoio da liderança política dos EUA. O consenso é por uma solução distinta, norte americana, construída a partir dos mecanismos existentes das companhias de seguro privadas, dos planos de benefícios dos empregadores e da rede descentralizada de provedores de assistência médico-sanitária já em operação (POWERS 1997).

Desta forma, os arranjos do *managed care* foram concebidos com o principal intuito de controlar custos, imitando um componente chave dos modelos centralizados, mas dentro das peculiaridades do sistema de saúde norte americano. Como frisa McCullough (1999, p. 80) “into American Medicine in the typical American fashion”. As organizações de *managed care* têm a responsabilidade de zelar pela saúde de uma população definida. As decisões de procedimentos individuais são feitas dentro dos limites de restrição de um orçamento que controla o total de recursos disponíveis para a prestação de serviços a cada pessoa inscrita (POWERS 1997; McCULLOUGH 1999).

Cabe ressaltar que o *managed care* sozinho não é entendido como uma solução completa. Ao invés de se confiar em orçamentos globais definidos diretamente pelo Estado, um modelo administrado de competição abre espaço para as organizações de *managed care* concorrerem nos negócios dos consumidores conscientes dos custos. Apesar dos planos específicos diferirem em aspectos importantes, os delineamentos principais são largamente aceitos. As organizações de *managed care*, por um prêmio per capita anual fixo, integram em um sistema os provedores de cuidados à saúde e as facilidades médico-sanitárias necessárias para uma eficiente provisão de serviços a seus assegurados. Com base no preço e na

qualidade da atenção, os indivíduos têm uma escolha entre os planos de *managed care*. O objetivo do acesso universal seria alcançado pela combinação de exigências legais sobre os seguros custeados pelos empregadores e pelo financiamento do governo para as pessoas não cobertas por estes (POWERS 1997).

A competição no *managed care* não se torna uma realidade e o apoio público para a reformulação do sistema de saúde norte americano rui, com a protelação da lei da reforma sanitária. No entanto, nos anos 90, o *managed care* sem uma competição administrada, sem os mandatos aos empregadores e tampouco com as garantias de acesso universal, cresce rapidamente (POWERS 1997).

Nos modelos socializados, como o canadense e de alguns países europeus, as economias derivadas do limite de tratamentos caros são usadas para prover benefícios a outros na população. Na opção norte americana, devido ao lucro crescente ou às vantagens competitivas, não é uma equidade cada vez maior na distribuição dos cuidados médicos que constitui incentivo para as organizações de *managed care*. As economias no custo não estão diretamente conectadas com a necessidade de servir o interesse público de um acesso mais equitativo aos serviços de saúde. Não se acredita que a contenção de custos baixem o preço dos seguros a ponto de torná-los custeáveis para todos. Na verdade, nada no novo delineamento do mercado da saúde funciona como estímulo às organizações que operam em *managed care* para que abram suas portas aos membros da sociedade considerados “mais caros”, medicamente falando. Ao contrário, a atmosfera de intensa competição leva à marginalização e gradual exclusão de segmentos da população, como os idosos e portadores de patologias crônicas (THOMASMA 1996; POWERS 1997; PELLEGRINO 1997).

Um sistema de *managed care* implantado sem uma abordagem ampla dos problemas de acesso e controle de custos impõe sacrifícios sem a promessa de mais equidade em troca. Esquece-se que uma das poucas justificativas éticas para a racionalização custo X benefício nos serviços de saúde radica-se na justiça distributiva. Assim, não somente é de se esperar que muitos continuem tendo o

supérfluo antes que haja o essencial para todos, como muitos dos que têm o essencial podem contar com a probabilidade de menos no futuro (POWERS 1997; SHARPE 1997).

A este ponto cabe uma breve pausa para destacar que a prática do *managed care*, apesar de concebida nos EUA, atualmente não está restrita a este país, tendo já atingido outros locais com sistema de saúde socializado, como a Espanha. No entanto, como pondera Gracia (sd), os sistemas sanitários socializados podem oferecer algumas vantagens sobre os puramente liberais na implantação do *managed care*. O fato do sistema ser público e contar com acesso universal pode corrigir alguns dos defeitos originados pela forma de implementação do *managed care* que vem ocorrendo nos EUA, na qual não há uma abordagem mais ampla do “paradoxo do excesso e da privação”. Os sistemas públicos são, por definição, instituições sem fins de lucro e a experiência está mostrando que o *managed care* mais agressivo e perigoso é, obviamente, o praticado pelas organizações com finalidades lucrativas.

Cabe a ressalva, que justamente por isso, é que no presente trabalho dedicar-se-á mais atenção a esta prática do *managed care*. Além do mais, no Brasil, o ramo privado da assistência à saúde, com a convivência de diversas formas de gestão, aproxima-se, em certa medida, da realidade norte americana.

De forma geral, o *managed care* envolve um sistema de atenção à saúde que administra recursos, qualidade e acesso associados à prestação de cuidados. Com o *managed care*, pela primeira vez, o elemento chave centra-se na administração. Esta, intencionalmente, controla os recursos estendendo, por conseguinte, sua influência sobre as decisões clínicas dos profissionais de saúde que deles se utilizam, especialmente os médicos. O *managed care* impõe restrições às escolhas dos pacientes, no que diz respeito aos provedores e às opções de procedimentos e também limita a autonomia dos médicos. Com a inclusão do critério da alocação de recursos entre os objetivos da atividade clínica, ambos, profissionais de saúde e pacientes, são manejados ou administrados (RODWIN 1993; VEATCH 1997a; STOBO 1997; GRACIA sd).

A administração usualmente é feita por médicos, enfermeiros ou pessoal administrativo treinado através de severas técnicas administrativas. Envolve o uso de protocolos médicos para avaliar as decisões clínicas, negando-se pagamento para os procedimentos considerados desnecessários; de administradores de casos individuais para coordenar a prestação de serviços naqueles de maior complexidade e mais caros; da revisão retrospectiva da utilização de serviços; de clínicos gerais que funcionam como guardadores da porta de entrada do sistema (“*gatekeepers*”) controlando o tratamento médico e os encaminhamentos para especialistas; de autorizações prévias à admissão hospitalar de pacientes e de uma série de outros dispositivos administrativos. O fator crucial é que as escolhas tradicionalmente feitas exclusivamente dentro da relação médico/paciente são explicitamente controladas por arranjos organizacionais (RODWIN 1993; THOMASMA 1996).

No *managed care* há três grupos em posição de administrar a assistência: os pagadores, os receptores e os provedores. No primeiro agrupamento encontram-se os empregadores, o Estado, as companhias de seguro ou qualquer outro agente financiador do sistema de saúde. Os pacientes, considerados individual ou coletivamente, conformam o grupo dos receptores da assistência prestada. Aos médicos e aos outros profissionais de saúde toca a condição de seus provedores (STOBO 1997). Não há um consenso quanto a qual grupo deve pertencer a primazia deste controle. Assim, são pertinentes algumas considerações das vantagens e desvantagens atribuídas a cada um.

Os pagadores ficam sujeitos à influência dos critérios econômicos na tomada de decisões, visto que as seguradoras de saúde e os empregadores têm uma responsabilidade fiduciária para com seus acionistas. Tendem a assumir como objetivo, eliminar os usos menos eficientes de recursos, ou seja os mais prejudicados na relação custo X benefício. Isto simplesmente reflete um compromisso com a norma utilitarista. Por este motivo, há quem argumente que este grupo não deveria ser o de escolha para administrar a assistência (STOBO 1997; VEATCH 1997b; McCULLOUGH 1999).

Jensen e col. (1997), citados por Powers (1997, p.358), apontam as trocas de planos de saúde praticadas pelos empregadores por razões de custos como um dos motivos do frequente fluxo de entrada e saída das pessoas nos planos. Assim, as organizações de *managed care* trabalham com uma expectativa de responsabilidade de curto prazo, pois não esperam que seus assegurados estejam subscritos por mais de uns poucos anos. Esta perspectiva casada com a habilidade de limitar a cobertura compromete os incentivos para os administradores dos planos investirem recursos suficientes na manutenção da saúde das pessoas a longo prazo.

Quanto aos receptores dos cuidados prestados administrarem a assistência, há quem argumente que eles não são o melhor grupo porque apoiam suas decisões em critérios de equidade, deixando de lado a qualidade e o custo. Já outros defendem perguntar aos pacientes o que eles desejam abranger nas exclusões das coberturas, endereçando as questões maiores para os encontros anuais de assegurados ou para os conselhos representativos existentes em muitas organizações de *managed care*. Porém, reconhece-se a indispensabilidade de controles e ajustes nos casos das pessoas saberem previamente seus riscos. Para tal, aventa-se a possibilidade de pedir-lhes que adotem o “véu da ignorância”, perguntando-se o que os pacientes, em média, gostariam de ter coberto por seus seguros e, ao mesmo tempo, assumindo um estado de ignorância quanto a seus interesses, desejos e necessidades médicas pessoais. Admite-se a oferta de coberturas suplementares a um custo pré-determinado para os receptores que desejam cuidados mais caros e pouco benéficos (THOMASMA 1997; STOBO 1997; VEATCH 1997b).

O grupo dos provedores tem em Stobo (1997) um dos defensores de sua prioridade na administração da assistência. O autor alega que os profissionais de saúde e os administradores hospitalares, enquanto partícipes do sistema de assistência à saúde, são indicados para administrar a prestação dos serviços. São eles os que estão em condição de decidir quais mudanças têm que ser feitas com base no custo, na qualidade e no acesso porque se encontram na melhor posição para avaliar os resultados e a relação custo-efetividade.

Os argumentos contra atribuir aos provedores a tarefa de administrar a assistência centram-se na defesa do canon da lealdade. Consideram que o chamado dos profissionais de saúde é servir o paciente e nada deve intervir neste dever de fidelidade, na primazia de atuarem no melhor interesse da pessoa a quem assistem. (VEATCH 1997b; McCULLOUGH 1999)

Neste sentido, convém destacar a observação de Pellegrino (1997) de que o médico em face a dois tratamentos de igual efetividade e benefício para o paciente deve escolher aquele menos custoso. Isto constitui uma obrigação ética, pois em caso contrário, está atuando de modo eticamente incorreto por desperdiçar o dinheiro do paciente. Além do mais, segundo o autor, estes profissionais têm a responsabilidade de usar não só os recursos financeiros do paciente eficientemente, mas os da sociedade como um todo. Os médicos também estão obrigados eticamente a não propor procedimentos desnecessários, especialmente os fúteis. E isto não somente por razões econômicas, mas porque impondo custos sem razão e expondo o paciente a riscos sem os benefícios proporcionais, violam um dos canones da boa medicina, o de não causar danos.

Como o *managed care* refere-se a qualquer sistema de atenção à saúde que vise atingir uma proposta clara através do controle da atividade clínica, em si ele é eticamente neutro. Sua eticidade depende da proposta e dos meios empregados para consegui-la e de como estes elementos serão priorizados, em caso de conflitos. A proposta pode incluir, dentre outras, distintas metas como a qualidade da assistência a um paciente individual, o benefício pessoal do paciente, a contenção de custos, o bem da sociedade ou o ganho de lucros. Alguns destes objetivos são eticamente sustentáveis e outros repreensíveis (THOMASMA 1996; VEATCH 1997a; GRACIASD).

A ética do *managed care* consiste, fundamentalmente, em uma abordagem da possibilidade dos profissionais de saúde conciliarem sua visão tradicional de fazer o melhor pelo paciente com a realidade de perseguir cada último procedimento

disponibilizado pela tecnologia. O imperativo ético de agir no melhor interesse do paciente, se encarado literalmente, pode incluir esforços e tentativas caras e pouco específicas com um modesto benefício a um grande custo. O desafio que se coloca é se as várias profissões ainda podem ser praticadas com integridade em um cenário no qual alguém externo à relação clínica fica incumbido da racionalização e sistematização dos limites para o uso abusivo de recursos pouco benéficos (VEATCH 1997a).

Em outras palavras, a questão abarca como relacionar os reclames da economia e as demandas da ética. Em uma situação de conflito, a ética tem precedência sobre a economia, mas não pode esquecê-la. Isto porque ela possibilita à sociedade conseguir propostas almeçadas com eficiência, produtividade e otimização no uso dos recursos, muitas vezes escassos. Entretanto, a economia não deve determinar os fins e os objetivos das vidas das pessoas e das sociedades e tampouco prescrever se estes são eticamente corretos ou não. Sob a pressão e a tensão da probabilidade de um desastre econômico, provocado pela constante alta nos custos da assistência médico-sanitária, corre-se o risco de se permitir que a economia, os negócios e o comércio dirijam um sistema que apresenta seus efeitos mais deletérios precisamente onde ele deveria ser mais benéfico, junto ao leito da pessoa enferma (PELLEGRINO 1997).

O teste ético de qualquer sistema de atenção à saúde deve incluir seu impacto sobre o paciente e os profissionais de saúde. Na forma como o *managed care* está sendo correntemente implementado, observa-se a criação de conflitos éticos de tal magnitude que os profissionais conscientes podem se ver forçados a comprometer sua integridade pessoal para sobreviverem. Isto porque a racionalização da prestação de serviços, com base no custo, tem limitado acesso a alguns procedimentos potencialmente benéficos. Assim, uma questão fundamental de consciência emerge quando os médicos e outros profissionais de saúde têm que determinar se, e em que extensão, participam de práticas que consideram eticamente condenáveis (PELLEGRINO 1997; CHILDRESS 1997).

Vale recordar que a contenção de custos não é a única finalidade pela qual o *managed care* pode ser utilizado. Se o objetivo perseguido consiste no bem do enfermo resulta ética e politicamente ofensivo aos profissionais de saúde resistirem ao *managed care*. Portanto, esta forma de gestão dos sistemas de saúde pode ser uma empreitada eticamente defensável se, e somente se, for concebida e implementada no intuito de servir às necessidades daqueles que estão doentes ou venham a ficar doentes, enfim da sociedade. Porém, como existe hoje, não atende a este critério de eticidade, suscitando sérias questões éticas nos âmbitos clínico, administrativo e social (PELLEGRINO 1997; GRACIA sd).

Na clínica, os dilemas giram em torno da relação que ocorre entre os profissionais de saúde e o paciente. No âmbito administrativo, as questões abarcam o relacionamento dos administradores, dos conselhos diretivos, dos diretores e dos investidores com o enfermo. Quanto ao social, as questões surgem a partir das respostas dadas pela sociedade aos descapacitados, às pessoas doentes e aos vulneráveis. Isto porque, é ela que deve decidir se deseja a equidade no sistema de saúde e como esta se concretiza, no perímetro dos planos e seguros de saúde com seus subscritos ou no contexto social como um todo. Convém destacar que os três âmbitos encontram-se interligados. No caso de malefícios ao paciente, a responsabilidade dos administradores, dos investidores organizacionais e da sociedade não é menor. Aqueles que dirigem, investem ou lucram com o *managed care* não escapam à cumplicidade dos resultados maleficientes que ocorrem à beira do leito (PELLEGRINO 1997; SHARPE 1997).

É de suma importância não impor o fardo ético dos sistemas de *managed care* exclusivamente à consciência individual dos profissionais de saúde. As ações eticamente heróicas são louváveis, mas uma sociedade deve traçar políticas públicas que tornem cada vez menos necessários os apelos à consciência, que minimizem os conflitos de interesse criados pelos incentivos e que reduzam os riscos impostos àqueles que optam por ações conscientes, como as ameaças de demissão. Políticas públicas devem regular as organizações de *managed care* limitando o que elas

podem fazer, com vistas a assegurar uns padrões mínimos de conduta (CHILDRESS 1997).

As legislações estaduais, nos EUA, têm perseguido o objetivo de manter as organizações de *managed care* fiéis a certos valores, como a obrigação fiduciária de agir no melhor interesse do paciente, a importância da honestidade nas relações entre os profissionais de saúde e o paciente, o direito autônomo do paciente receber informações a fim de ser capaz de escolher entre as opções clinicamente razoáveis (SCHWARTZ 1997).

Martin and Bjernes (1996), citados por SCHWARTZ (1997, p.348), destacam que as legislações em alguns estados norte americanos tentam preservar o fluxo de informação entre os médicos e os pacientes, fundamento do consentimento livre e esclarecido. Buscando assegurar que os contratos firmados pelas organizações de *managed care* não interferiram na autonomia dos primeiros e tampouco na relação de confiança que se trava entre ambos, em 17 estados norte americanos encontram-se leis barrando as cláusulas do silêncio ou “*gag clauses*”.

Apesar de não estar claro em que extensão as “*gag clauses*” encontram-se difundidas no contexto do *managed care* e delas serem aplicadas com variado grau de severidade, sua forma geral é facilmente caracterizada. Em alguns contratos selados entre as organizações de *managed care* e os profissionais de saúde, especialmente os médicos, estão previstas cláusulas determinando a restrição da informação a ser providenciada por estes aos pacientes. A autonomia e a liberdade de escolha do enfermo são violadas pela falta de informação e os profissionais falham no cumprimento de sua obrigação fiduciária de honestidade e promoção da autonomia da pessoa sob seus cuidados (FADEN 1997; PELLEGRINO 1997).

A informação a ser excluída abrange alguns aspectos, como as intervenções médico-sanitárias relevantes não cobertas pelo plano por serem consideradas de custo proibitivo; os especialistas indicados na resolução do problema do paciente, mas que estão fora da rede de provedores aprovados e os incentivos financeiros

oferecidos aos médicos para que realizem ou peçam as intervenções em quantidade e custo menores (FADEN 1997).

A “*gag clauses*” atraem a atenção do público norte americano e vários estados daquele país, iniciando-se por Massachusetts, proíbem-nas. Este movimento estadual ecoa no nível federal. Chega-se a um consenso de que é inaceitável amordaçar os médicos de forma tão explícita. Este fato levanta a questão do acesso à informação no *managed care*, mas a controvérsia está longe de uma solução. Permanecem ainda questões mais sutis sobre a necessidade de reter-se, em certa extensão, a informação para os pacientes com vistas ao funcionamento eficiente do sistema de assistência à saúde (FADEN 1997).

A eficiência pode demandar a omissão de informações acerca de intervenções benéficas com custo não justificável, isto é, as que proporcionam um benefício adicional se comparadas a alternativas mais baratas, mas cujo custo adicional configura-se como muito alto em relação ao diferencial de benefícios proporcionados. Como exemplo, podem ser citadas a restrição de antibióticos e de indicações para estudos diagnósticos nos listados dos formulários de solicitação destes procedimentos. É provável que ao se dar a adequada informação aos pacientes cada vez que sua assistência seja afetada por tais políticas, crie-se um empecilho para a implantação eficiente destas (FADEN 1997).

Este racionamento silencioso vem tomando espaço e impondo questionamentos ao significado de se obter o consentimento livre e esclarecido. Levadas ao extremo, a restrição de informação e de opções aos pacientes reduz o consentimento livre e esclarecido ao mero direito de recusa a um procedimento diagnóstico ou terapêutico proposto (FADEN 1997).

No intuito de servir os interesses do paciente, alguns médicos são tentados a mentir aumentando a severidade da doença ou mudando o diagnóstico para um mais favorável, com uma cobertura que compreenda um leque maior de procedimentos. As opiniões se dividem com alguns afirmando que não se deve mentir em hipótese

alguma, nem mesmo para beneficiar o paciente. Já outros defendem que o fato das restrições serem injustas, primeiramente descredencia a obrigação ética de respeitá-las. Cabe ponderar que qualquer sistema médico-sanitário que faça da revelação da verdade um obstáculo à beneficência é passível de ser colocado sob suspeita a partir do prisma da obrigação de dizer-se a verdade (PELLEGRINO 1997).

Algumas leis estaduais, nos EUA, além de proibirem as “*gag clauses*” envolvem um mandato acerca do que as organizações de *managed care* devem revelar aos consumidores. Buscam regulamentar os materiais de marketing determinando que se divulgue em linguagem clara os acordos financeiros feitos, com o propósito de incentivar a limitação de serviços médico-sanitários e que podem impor conflitos de interesses aos profissionais de saúde. Parte-se do pressuposto que é imprescindível dar a conhecer os conflitos de interesse, pois somente quando os pagadores e os provedores colocam explicitamente suas obrigações e conveniências os pacientes podem consentir de forma livre e esclarecida. No entanto, fica esquecido que revelar amarras financeiras não equivale a apresentar os riscos e os benefícios de um procedimento, uma vez que na última situação, adverte-se dos limites do profissional como agente leal ou fiduciário do bem do paciente. Caracteriza-se ambos como adversários e, ao invés de incrementar a comunicação, a confiança, e a participação nas decisões clínicas, esta informação pode provocar dúvidas sobre o valor do conselho profissional (RODWIN 1993; THOMASMA 1996; SCHWARTZ 1997).

Leis desta ordem, se bem desenhadas, requerem a manifestação destas questões em formatos padronizados que possibilitam ao consumidor a comparação entre os planos. Naturalmente, este benefício é ilusório se um empregador oferece aos trabalhadores um único plano ou se as pessoas não podem consultar profissionais de saúde fora do painel de credenciados, provavelmente submetidos aos mesmos conflitos de interesses (RODWIN 1993; SCHWARTZ 1997).

Faz-se mister ressaltar que a maioria dos norte americanos recebe cobertura de assistência à saúde como um benefício do emprego, contando somente com uma

ou, quando muito, duas opções. Assim, os incentivos para as considerações quanto à qualidade da assistência médica figurarem nas decisões de compra de um plano ou seguro de saúde são poucos. Pesquisas junto a diretores de benefícios das empresas demonstram que a maioria dos empregadores está mais interessada na contenção de custos do que na qualidade, havendo obstáculos para taxar os diferenciais qualitativos na prestação de serviços (POWERS 1997).

Dentre as conseqüências do *managed care* é possível apontar a mudança de foco na prática da assistência médico-sanitária que não se volta mais somente para o paciente à frente do profissional de saúde, mas para a prestação de atenção às populações. Esta forma de gestão força os profissionais a perceberem-se como partes de times maiores e põe as questões a serem encaradas por eles e seus pacientes em um contexto diferente, que soma uma nova dimensão ao discurso ético. Não se considera mais o enfermo no singular, mas como parte de uma população e o tratamento guia-se por análises estatísticas. As organizações e os profissionais são represados em uma rede de relacionamentos e obrigações (WILDES 1997).

Em sua versão mais forte, a ideologia do *managed care* afirma que a tradicional ética centrada na pessoa deve dar lugar à orientação para a população, incluindo a preocupação do impacto de cada decisão clínica na disponibilidade de recursos para os outros cobertos pelo mesmo sistema. Os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, tornam-se prioritariamente advogados da sociedade, muitas vezes em prejuízo do paciente. Em sua forma mais fraca, requer ao menos igual consideração entre o bem da população e o bem do paciente individual, buscando um balanço entre os clamores éticos do próprio paciente e dos outros subscritos ao plano e da sociedade em geral (PELLEGRINO 1997).

Neste sentido, é oportuno registrar que nem a efetividade clínica determinada empiricamente e tampouco a eficiência econômica são suficientes para responder a questão de quais serviços devem ser alocados e para quem. Estas decisões configuram determinações normativas e políticas que podem ser guiadas, dentre outros fatores influentes, por dados relativos ao custo, aos benefícios e aos danos.

Assim, o *managed care* força a entrada na prática médica de novos instrumentos, como a medicina baseada em evidências, os estudos sistemáticos de resultados, os protocolos de ação, as revisões de uso etc. Parece haver uma ênfase na ciência da medicina em substituição à arte da medicina, impondo-se um confronto entre as suas concepções enquanto negócio e profissão (ANDERSON 1996; SHARPE 1997; WILDES 1997).

Os significados de apropriado e necessário passam a ser explicitados no contexto em que estão sendo usados, pois constituem conceitos fundamentalmente avaliativos. Antes de 1980, com uma percepção de abundância econômica, estes termos definem-se dentro da relação clínica que ocorre entre os profissionais de saúde e os pacientes. Portanto, referem-se ao clinicamente necessário ou apropriado já que a questão econômica não conforma um fator de peso (SHARPE 1997).

Atualmente, inseridos em uma sensação de escassez de recursos, as decisões são tomadas pelos pagadores que buscam otimizar cada unidade monetária investida na saúde. O espectro para a avaliação do necessário ou apropriado passa a ser plasmado pelo fator econômico, com a credibilidade do julgamento clínico posta em dúvida devido à grande variabilidade na utilização dos serviços médico-sanitários sem uma correspondência nos níveis de incidência dos agravos. Em um contexto de lucro, interpreta-se apropriado e necessário em relação aos objetivos de maximização dos ganhos. No não lucrativo, estes conceitos são entendidos a partir da meta de servir uma população na melhor relação custo / benefício. Sob qualquer um dos prismas, para efeito de exclusão das coberturas, consideram-se muitos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, especialmente os mais caros, como experimentais, até que haja suficiente evidência de sua efetividade (SHARPE 1997).

Segundo Mansheim (1997), a definição do que é medicamente necessário deve ampliar-se para além da noção simplista “do que o médico diga”, obedecendo a uma série de critérios:

- demonstração de que o servio oferece um balano positivo dos benefícios e riscos, que não causa danos e goza de efetividade;
- atendimento das necessidades individuais dos pacientes;
- coerência entre o diagnóstico e o servio prestado;
- consistência em tipo, freq ncia e durao de tratamento com protocolos demonstrados em pesquisas ou adotados por organizaoes profissionais;
- requisiao do servio não somente por conveniências do paciente ou do médico;
- provisão do servio na melhor relao custo / benefício.

Esta definio do que é medicamento necessário adquire importância vital, pois há um entendimento fundamental entre o pagador e a organizao de *managed care* para que isto seja coberto. Não se pode perder de vista que na forma como o *managed care* vem sendo implantado, um dos objetivos centrais é criar uma grande pressão no sentido de puxar para baixo os custos assistenciais através de uma diminuio no passo da inovao médica, particularmente a incorporao de intervenoes de alto custo e alta tecnologia na prática clínica. Assim, o modo como o *managed care* administra a assistência   saúde depende da interpretao dada aos benefícios definidos como cobertos. Por exemplo, se estão incluídas na cobertura as cirurgias, de que tipo são? Se prevista a cirurgia plástica, refere-se   est tica ou   reparadora? E ainda, o que se entende por cirurgia plástica reparadora? A reconstituiao de uma orelha perdida em acidente difere daquela indicada por uma anomalia cong nita? (MANSHEIM 1997; POWERS 1997).

As organizaoes de *managed care* acordam com um agente financiador um pr mio pré-determinado para prover ateno   saúde dentro de um protocolo de coberturas definido. Se os gastos ultrapassam o valor financeiro acordado, são as

organizações que assumem o risco e não o pagador. Entretanto, elas o repassam aos profissionais de saúde, de modo especial aos médicos, que se vêem-se obrigados a dividir as perdas e os lucros, individual ou coletivamente. Para tal, as organizações de *managed care* lançam de diferentes estratégias que guardam em comum a ausência de incentivos econômicos para a agressividade na provisão de serviços. Constituem alguns exemplos: a retenção de parte do pagamento devido aos profissionais em um fundo destinado à compensação dos riscos financeiros e a concessão de bônus segundo a economia nos procedimentos (RODWIN 1993; MANSHEIM 1997; POWERS 1997).

Como a definição do que é necessário muda dos médicos para as organizações, há um risco de que as necessidades dos pacientes passem a ser cada vez mais mecanicamente fixadas. O enfermo é atendido por médicos submetidos à esquemas e horários de trabalho e não segundo a sua necessidade. Parte-se do pressuposto que todos os médicos são igualmente eficazes, dando-se pouca atenção à química pessoal da relação terapêutica. Os riscos impostos aos pacientes pela descontinuidade na relação clínica não se resumem ao desconforto de ter que repetir sua história e suas queixas várias vezes a diferentes profissionais. Sendo os médicos profissionais de turno, sentem-se cada vez menos comprometidos com o enfermo e mais compromissados com o esquema de plantões e produtividade. Poucos deles encaram os pacientes como sua responsabilidade pessoal, mas antes o entendem como responsabilidade da organização. Tornam-se mais frequentes os casos de pacientes vistos cinco ou seis vezes, que dão uma história da doença, submetem-se à exames físicos e vêem-se dispensados com uma prescrição. Os sintomas persistem e o tratamento não surte o efeito desejado. O paciente e uma sucessão de profissionais ficam insatisfeitos uns com os outros. Consultas desnecessárias são multiplicadas e os custos, ao invés de diminuir, aumentam por influência destes esquemas conturbados. Um fator agravante é determinado pelo fato dos profissionais de saúde mais jovens, nos EUA, estarem sendo formados dentro desta ideologia do *managed care*. Não tendo experienciado outras opções de prática da assistência médico-sanitária, têm dificuldades para identificar as objeções (PELLEGRINO 1997).

O sucesso de mercado do *managed care* está prestes a trazer para a área da saúde uma facilidade na disponibilidade de informação que é hoje característica dos seguros e das indústrias de crédito. Segundo Lowrance (1997), citado por Gostin (1997, p. 362), dados são coletados, armazenados, usados e transmitidos por um número diverso de indivíduos e organizações, como os empregadores, os provedores de assistência e as seguradoras ou outros agentes financiadores. Estes dados incluem diferentes componentes - clínicos, financeiros e estatísticos - e apresentam-se em formas inovativas, como os registros médicos eletrônicos, as bases de dados informatizadas e a internet. Sua utilização abarca múltiplos propósitos que vão desde o tratamento, o reembolso de despesas e a pesquisa até a vigilância em saúde pública (BLOCHE 1997; GOSTIN 1997).

Várias pessoas, nos EUA, relatam a experiência de receber correspondências promovendo produtos médicos para patologias das quais são portadoras e cujo conhecimento desta condição está restrito a uns poucos amigos muito próximos ou a parentes, além, é óbvio, da equipe de saúde que lhes atendem. Não são raras as organizações de saúde que vendem dados de seus subscritos ou pacientes à agentes comerciais interessados em apurar os alvos de suas malas diretas. Além desta prática, uma nova geração de sofisticados investigadores particulares começam a oferecer para firmas de advogados e outros compradores informações médicas de caráter privado, obtidas de fontes computadorizadas. É urgente que as sociedades discutam amplas normas aceitáveis para o acesso e a proteção das informações de saúde emergentes da era do *managed care* (BLOCHE 1997).

A concepção e o desenvolvimento do *managed care*, nos EUA, é entendido por Wildes (1997) como uma continuidade do modelo de modernização da prática médica. O autor argumenta que os moldes do *managed care* são amarrados aos modelos da vida corporativa moderna e burocrática, representando uma complementação da troca do modelo gremial para o modelo corporativo e burocrático da assistência à saúde. Continua, ponderando que as mudanças na estrutura econômica completam esta transição da medicina para a idade moderna.

Seja como for, em todo este processo a função desempenhada pela direção das organizações de saúde é crucial. Exercendo um papel essencial na articulação da missão e da identidade organizacionais, tem uma peculiar responsabilidade para chamar e liderar o serviço de saúde na fidelidade a sua missão social. Pode-se dizer que um dos maiores desafios éticos que se apresenta para os administradores hospitalares é o conflito de interesses entre o bem dos pacientes e o da organização. Ele não pode deixar para trás nenhum dos seus deveres: cuidar dos indivíduos, administrar eficiente e eficazmente os recursos e fomentar o constante e contínuo aperfeiçoamento dos profissionais que atuam na organização hospitalar (THOMASMA 1996; WILDES 1997).

Isto remete à algumas considerações acerca da essência do profissionalismo para a área da saúde e de como promover e zelar, com coerência e integridade, por esta característica no seu agir e na cultura organizacional configuram desafio para o administrador hospitalar em tempos de *managed care*.

Antes de dar início a estas reflexões, cabe pontuar que o termo profissionalismo é usado para denotar o conjunto especial de instituições e a ideologia particular de experiência e utilidade que organizam e sustentam uma ocupação controlada pelo próprio trabalho, ou seja uma profissão. O profissionalismo envolve o compromisso com um determinado corpo de conhecimento cuja utilização deve ocorrer cercada de competência. Portanto, requer empenho na preservação, no aprimoramento e na elaboração desse saber e dessa habilidade. Exige que se faça um bom trabalho e concretizem-se “boas obras” em benefício da sociedade (FREIDSON 1998).

O entendimento de que a chave da contenção de custos encontra-se nas mãos dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos, pode ser denotado pelos esforços feitos com o propósito de influenciar direta ou indiretamente os padrões da prática clínica, como o *managed care*. Esta compreensão apoia-se em pressupostos conflitantes entre si. De um lado espera-se que os profissionais sejam motivados a mudar seu comportamento por incentivos materiais que visam seus próprios

interesses. Por outro, acredita-se que a resposta deles aos incentivos financeiros possa ser modulada pelo imperativo ético de buscar o bem estar daqueles a quem prestam serviços e pela preocupação de fazer um bom trabalho (FREIDSON 1998).

Neste sentido, convém destacar pesquisa junto a 643 administradores de *managed care*, realizada em 1989 e citada por RODWIN (1993), apontando que aproximadamente 4/5 destes gestores acreditam que a retenção de 5 a 30% dos pagamentos devidos aos médicos afeta o volume dos procedimentos solicitados e das internações hospitalares eletivas. Quase a metade deles crê que os bônus entre 5 e 15% também influenciam as decisões clínicas. Cerca de 1/3 mostram apreensão em segurar os pagamentos entre 15 e 30%. O curioso está no fato dos administradores, em geral, opinarem que os incentivos financeiros utilizados pela demais organizações de *managed care* são mais preocupantes do que os praticados na que dirigem.

Segundo Freidson (1998), a melhor forma de conceituar a organização e o financiamento do sistema de saúde é tratá-lo como um mercado de trabalho. Entretanto, para isto torna-se necessário o reconhecimento da existência de mais de uma maneira de organizar o mercado de trabalho. O autor distingue três formas de fazê-lo: a livre, a burocrática e a profissional.

No mercado livre os trabalhadores competem livremente por empregadores ou clientes, o que confere o comando ao consumidor. O interesse comum de todos os partícipes do mercado reside no preço monetário e no ganho. Os trabalhadores não têm, necessariamente, interesse pelo trabalho que realizam e tampouco prendem-se a um local em particular para trabalhar. O que importa é a maximização da renda auferida com sua atividade laborativa. Assim, agem individualmente concorrendo entre si e sem qualquer senso de interesse comum ou disposição para se organizarem coletivamente. Os que consomem os produtos ou os serviços também preocupam-se com os preços, buscando os menores. Este modelo requer um consumidor individual plenamente informado dos bens e serviços disponíveis e que seja capaz de calcular o valor e a vantagem de cada um, partindo-se do pressuposto que a qualidade está refletida no preço (FREIDSON 1998).

O mercado burocrático é organizado e controlado hierarquicamente, com o comando cabendo ao administrador ou executivo. Com incentivos e valores diferentes, as ações encontram-se mais coagidas. A ênfase volta-se para a produção segura e previsível de bens e serviços especificados, cujos preços estão subordinados a sua confiabilidade e à previsibilidade de sua oferta. A qualidade é definida por regras e padrões formais que orientam a revisão e a avaliação do desempenho dos trabalhadores. O consumidor tem suas opções de escolha restritas aos bens e serviços que o comando do mercado decide produzir e está obrigado a pagar um preço determinado para uma qualidade padronizada, sem a possibilidade de negociar um diferencial de qualidade a um preço distinto. Somente os trabalhadores que obtiverem as qualificações exigidas podem disputar os empregos no mercado burocrático. Uma vez empregados, competem obedecendo as regras da organização e conseguindo as qualificações adicionais necessárias para a mobilidade na carreira. Embora os incentivos monetários desfrutem de alguma importância, o principal incentivo para os trabalhadores, neste tipo de mercado, está na previsibilidade e na segurança das condições de trabalho que são obtidas com o ajuste aos padrões formais estabelecidos e aplicados pela hierarquia (FREIDSON 1998).

No mercado profissional, com a organização e o controle sendo efetuados pelas ocupações, cabe ao trabalhador especializado o comando. Os consumidores e os empregadores limitam suas escolhas aos trabalhadores que contam com licença para trabalhar, concedida pela ocupação corporativa ou por seus representantes. Apesar da existência de algum grau de competição entre os membros de uma determinada ocupação, o realce fica com a comunidade, a “irmandade” ou o coleguismo. Os incentivos de interesse material são consideravelmente reduzidos pelas tendências de estabelecer um piso básico de rendimentos ou um “preço único”. Com sua renda de certo modo protegida, o compromisso básico do trabalhador consiste em executar bem seu trabalho a fim de obter a aprovação e o respeito dos colegas. Importam a qualidade e o virtuosismo do trabalho, a despeito de seu custo e seu rendimento. Os trabalhadores acreditam que seu trabalho é intrinsecamente valioso e, ao mesmo tempo, benéfico para as pessoas. Assim, comprometem-se com

ele e ao realizá-lo crêem que contribuem para o bem estar da sociedade. Seu compromisso de trabalho é plasmado pelo empenho em praticar o bem aos outros (FREIDSON 1998).

No sistema de saúde, o paciente não é um consumidor comum. Isto porque, além da complexidade que caracteriza o conhecimento médico e o comprometimento de sua capacidade física e emocional que se seguem à doença impondo vulnerabilidades à sua autonomia, o sistema de saúde acrescenta uma restrição estrutural à sua liberdade de escolha, ditando um leque reduzido de alternativas de procedimentos e de profissionais autorizados. A relação clínica vem sendo modulada por um complexo sistema administrativo que concede ao enfermo o que considerar *necessário do pacote contratado junto a um agente pagador. Isto confere um certo clima de tensão e conflito a este relacionamento, com os pacientes desejando estar sob os cuidados de profissionais de saúde que valorizem mais seus problemas e que informem melhor sobre sua doença. A posição social da pessoa atendida e o tipo de organização médica a que está subscrita conformam elementos decisivos dos resultados obtidos nas negociações que caracterizam a relação médico/paciente (FREIDSON 1998).*

Segundo Freidson (1998), atualmente, nos EUA, o sistema de saúde configura uma mistura dos modelos de mercado de trabalho burocrático e profissional. Com a expansão da estrutura administrativa na prática da assistência médico-sanitária, os componentes do primeiro avançam rapidamente. De acordo com o autor, o risco de fracasso e as ameaças ao funcionamento efetivo do sistema são grandes, pois tenta-se introduzir incentivos e valores materiais próprios da forma de mercado livre em uma atividade que não conta com as condições essenciais para ao menos se assemelhar a tal. O mesmo pode ser dito dos elementos do modelo burocrático que abafam peculiaridades da organização profissional que tem caracterizado a prática médica. Na prestação de serviços de saúde, o paciente enquanto consumidor apoia-se, em última instância, na confiança depositada na competência e na probidade dos provedores e dos pagadores que, pretensamente, agem como seus agentes.

No modelo do mercado burocrático, as transações transformam-se em rotina e são organizadas com vistas a reduzir a incerteza através do estabelecimento de custos previsíveis e controláveis. O desempenho do trabalhador é regulado pela formulação de regras específicas que determinam as responsabilidades e pela definição de padrões que possibilitam sua avaliação, minimizando a atividade arbitrária. Busca-se criar uma estrutura administrativa que propicie a revisão e o controle das decisões clínicas nos hospitais (FREIDSON 1998).

Na apreciação dessa solução burocrática, Freidson (1998) considera imprescindível observar que os serviços de saúde lidam com o núcleo central da existência humana. A concepção de tarefas e de resultados em assistência à saúde e a sua conseqüente padronização a fim de medi-los e controlá-los pode significar a redução das pessoas à simples categorias formalmente definidas ou a meros objetos produzidos por métodos controláveis a um custo previsível. Embora o modelo de mercado burocrático, por sua credibilidade, apresente aspectos úteis no enfrentamento do problema da confiança, corre-se o risco de minar o julgamento arbitrário e flexível que se faz essencial na adaptação da atenção médica às necessidades individuais.

O modelo de mercado de trabalho profissional ou controlado pelo trabalhador, ao contrário do mercado livre cuja própria existência depende da confiança do consumidor, calca-se no coleguismo e na confiança mútua entre os membros, sustentada pela negociação das fronteiras e do tipo de competição permitida entre eles. A preocupação com a qualidade do trabalho, avaliada mais pelo julgamento direto dos pares do que pelo custo ou por categorias padronizadas, é essencial para o compromisso dos trabalhadores. Parece então, que esta forma de organização do mercado de trabalho fica indicada para as soluções dos problemas de confiança e arbítrio. Assim, dever-se-ia manter o modelo profissional no centro do sistema de saúde fiscalizando e corrigindo os vícios de seus praticantes por meio de elementos cuidadosamente escolhidos das demais formas: a do mercado livre e a do mercado burocrático (FREIDSON 1998).

Deixar tudo nas mãos dos médicos, sem controles e balanços meticulosos pode resultar em abuso de confiança e em ausência de fiscalização do arbítrio. Devido ao possível conflito entre os esforços da profissão no sentido de manter o coleguismo de seus membros e a relação fiduciária com a sociedade, por vezes, os profissionais mostram-se relutantes em julgar criticamente o desempenho de seus colegas e em exercer um controle efetivo sobre eles. Tendem a usar seu monopólio para a promoção de seus interesses econômicos além dos limites das necessidades. O modelo burocrático e o de livre mercado devem ser usados a fim de reduzir custos e controlar o desempenho, mas com a condição de não destruírem ou enfraquecerem o desejável do profissionalismo (FREIDSON 1998).

O sistema de saúde radica-se no profissionalismo que não dá lugar para a vantagem competitiva obtida com segredos de negócio e direitos de propriedade, pois constitui obrigação de cada profissional fornecer aos colegas os dados necessários a uma decisão ou conclusão, publicizando seus resultados. Assim, é fundamental inocular a prática com um espírito de transparência e com uma convicção de que as decisões devem ser abertas, rotineiramente, à inspeção e à avaliação (FREIDSON 1998).

Conquanto as pessoas extraordinárias sejam capazes de elevar-se muito acima das circunstâncias desencorajadoras para serem exemplares, é pouco provável que ao ter seu próprio modo de vida ameaçado a maioria dos profissionais, o que quer dizer a profissão como um todo, coloque o bem de seus clientes e do público acima dos seus próprios. A pressão das circunstâncias pode levar à degradação da prática. O profissionalismo só é capaz de florescer quando os trabalhadores, em uma organização, contam com o firme apoio da direção para tal. Além do mais, ele não deve exigir heróicos sacrifícios pessoais (FREIDSON 1998).

As políticas voltadas para a redução de custos e a melhoria da qualidade dos sistemas de saúde, por se apoiarem sobretudo em incentivos materiais e na competição individual ou no estabelecimento e aplicação de padrões burocráticos,

pode estar fadadas ao insucesso. A esperança de êxito pressupõe, de modo implícito, que as éticas ligadas convencionalmente ao profissionalismo impeçam a manipulação desonesta ou cínica do sistema. Entretanto, sem políticas adicionais que visem fortalecer os elementos positivos do profissionalismo, o ambiente social que sustenta e reforça estas éticas pode ser prejudicado. A meta deve incluir o fortalecimento do compromisso coletivo com a qualidade do trabalho em benefício dos pacientes, perpassando-o por considerações de custo e confiabilidade. Enfim, é urgente tornar o modelo do mercado profissional uma realidade e não fadá-lo à condição de mera promessa. Mais que isto, faz-se mister enfrentar o ataque do qual, muitas vezes, o profissionalismo é vítima, pois quando os líderes de uma profissão recorrem à ética e aos valores do profissionalismo há o risco de estarem invocando uma ideologia que pode advogar em causa própria e mascarar interesses particulares (FREIDSON 1998).

As metas da administração de um serviço de saúde devem centrar-se no desempenho da missão sócio-econômica da organização de forma eficiente, eficaz e com efetividade. Se o *managed care*, enquanto uma modalidade de gestão, for utilizado para tal fim, presta uma contribuição de valor para o sistema de saúde e colabora na consecução das expectativas sociais acerca dos profissionais de saúde: o imperativo ético da busca da excelência. Como líder, o administrador hospitalar deve compreender este novo desafio que se apresenta e empenhar-se na condução do *managed care* por este caminho marcado pela equidade e pelo profissionalismo.

6 A ÉTICA CODIFICADA NA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

A palavra deontologia, do grego *déon*, *déontos* - dever, obrigação, regras, aquilo que se deve fazer - historicamente aparece relacionada à experiência das profissões liberais tradicionais, como medicina e direito e mais tarde estende-se à outras, como enfermagem e arquitetura. Indica o conjunto de deveres inerentes ao exercício de uma profissão. De maneira mais precisa, a deontologia pode ser entendida como a reflexão sobre esses deveres, a pesquisa acerca das exigências éticas ligadas ao exercício de uma determinada profissão, com base no que pode favorecê-la ou prejudicá-la. O resultado desta reflexão, freqüentemente é reunido sob a forma de regras, nos códigos de deontologia adotados oficialmente pelos distintos corpos profissionais, impondo, em alguns países, sanções aos membros de tais corporações que porventura não o observem. Para marcar as diversas práticas profissionais surgem códigos de comportamento para advogados, fiscais, juízes, engenheiros, médicos, jornalistas, enfermeiras, investigadores, educadores etc. Atualmente, também no setor empresarial abundam as recomendações sobre como devem ser as relações com os acionistas, os subministradores, os provedores, os clientes, os distribuidores, os empregados, os dirigentes e o meio ambiente (FURLAN 1985; SPINSANTI 1990; TOFFLER 1993; ORTIZ-IBARZ 1995; DURANT 1995; FORTES 1998).

Correntemente fala-se de deontologia como a “ciência dos deveres”. Em sentido jurídico, ela é entendida como extensão do direito profissional. Desta forma, a deontologia equipara-se ao conjunto codificado das obrigações impostas aos profissionais pelo exercício de sua profissão. É um conjunto de regras que indica como deve alguém comportar-se na qualidade de membro de um corpo sócio-profissional determinado. Aponta os comportamentos

oportunos no âmbito profissional ou os que devem ser evitados para que a imagem social da profissão não seja ofuscada, não pretendendo guiar a consciência ética individual dos que conformam a categoria. A preocupação da deontologia não é com a qualidade ética da ação, mas com sua correção, tendo em vista a relação entre a profissão e a sociedade (FURLAN 1985; SPINSANTI 1990; TOFFLER 1993; DURANT 1995; FORTES 1998).

Os colegiados, os conselhos e as associações profissionais promulgam os códigos com a intenção de autoregular-se e de poderem resolver seus conflitos internamente, evitando acudir ao aparato judiciário comum à toda sociedade. O sentido dessas regras está em assegurar a convivência ou a utilidade de um corpo sócio-profissional, para que ele possa conseguir melhor o fim que deseja alcançar. Este modo de proceder é passível de uma leitura gremial, corporativista, na medida em que a categoria profissional pretende fechar-se em si e impedir qualquer juízo externo. Entretanto, não convém esquecer que é positivo o fato dos profissionais tomarem consciência das exigências de sua profissão e serem os primeiros interessados em dignificá-la. (DARR 1984; ORTIZ-IBARZ 1995; CORTINA 1997).

A utilidade dos códigos éticos reside na indicação de pontos de reflexão. Além disto, podem impedir o que Conill (1993) citado por ORTIZ-IBARZ (1995, p. 116) chama de o “paradoxo do isolamento” (“*paradoja del aislamiento*”), segundo o qual, cada um deseja atuar bem eticamente desde que os demais também o façam, mas se for o único a atuar dessa forma não o fará. A perspectiva dos deveres deontológicos, embora válida, é limitada. Os códigos configuram um esquema redutor incapaz, muitas vezes, de fazer frente aos dilemas éticos que surgem das experiências vivenciadas no cotidiano profissional. Daí a necessidade de plasmá-la com a perspectiva ética de abrangência mais ampla que vai além dos deveres mínimos expressos nos códigos e busca a excelência profissional (SPINSANTI 1990; ORTIZ-IBARZ 1995; CORTINA 1997).

Convém lembrar que a adoção de um código não supre a responsabilidade da decisão pessoal, pois a noção de ética não se resume a uma obrigação por efeito de coação externa, mas supõe o livre consentimento e a adesão espontânea do indivíduo. O sujeito ético não se submete à regras simplesmente por obrigação ou temor à determinada punição e sim porque acredita nelas, e está convencido de seu valor e de sua legitimidade. Daí a essencialidade do conteúdo dos códigos ser aceito pelos integrantes de uma categoria profissional. Na verdade, devem ser os próprios profissionais, que refletem e analisam a prática cotidiana do exercício da profissão de maneira crítica, os autores destes códigos. No entanto, cabe ponderar que se por um lado não é o temor à punições que garante a observância de um código de ética por outro, a previsão destas pode constituir fator de auxílio na sua eficácia. Como lembra ORTIZ-IBARZ (1995), é muito importante que um código não fique reduzido a uma declaração de boas intenções. Se quer ser eficaz deve especificar as conseqüências de sua inobservância.(DARR 1984; CORTESE e FEDRIGOTTI 1985; LE MOUËL 1992; TOFFLER 1993; DARR 1993; ORTIZ-IBARZ 1995).

Fundamentando-se no caráter inquestionável e inegociável da dignidade e da integridade pessoais, da veracidade, da necessidade de estabelecer relações justas e de atuar segundo a prudência, o conteúdo dos códigos de deontologia procura dar respostas a algumas questões, como:

- quem é o principal cliente do grupo profissional;
- quais os valores centrais da profissão;
- quais os parâmetros para um relacionamento ideal entre os profissionais e os clientes ou a comunidade;

- quais os sacrifícios exigidos aos membros da profissão e em que condições as suas obrigações devem constituir prioridade até mesmo em relação a outras questões éticas que os afetem;

- quais as normas de competência da profissão;

- no que constitui e baseia-se a relação ideal entre os membros de uma profissão;

- quais os deveres de cada profissional, a fim de preservar a integridade de seu compromisso com os valores e educar os demais quanto a este aspecto (OZAR 1995; ORTIZ-IBARZ 1995).

Os profissionais de saúde geralmente têm sua prática profissional regida pelas normas deontológicas estabelecidas em seus “códigos de ética”. Porém, convém ressaltar que não é comum a todos os países a previsão de sanções para as violações ao determinado nestes códigos deontológicos. Nos Estados Unidos, uma vez que os profissionais de saúde não estão obrigados a se filiarem aos órgãos colegiados de classe, as normas deontológicas constituem tão somente orientações diretivas para o seu agir profissional. Já no Brasil, as normas gozam de poder coercitivo com a garantia, pelo poder estatal, de sanções às violações. Isto porque, segundo a legislação brasileira, a fim de legalizar o exercício de sua profissão, todo profissional de saúde está obrigado a inscrever-se no órgão regional de sua categoria, o conselho profissional. Os conselhos representam órgãos de classe que, em conformidade com a legislação e a ética, fiscalizam o exercício profissional, podendo punir ou mesmo impedir o exercício da atividade de qualquer um dos profissionais sob sua jurisdição. O Conselho Federal configura o órgão máximo, com jurisdição em todo o país. Os “Conselhos Regionais” têm sua jurisdição restrita a uma região, freqüentemente uma Unidade Federativa. Cada profissão conta com o seu respectivo Conselho nas diferentes jurisdições. O bacharel em qualquer área (Administração, Engenharia, Enfermagem, Medicina) somente

torna-se um profissional (Administrador, Engenheiro, Enfermeiro, Médico) mediante seu registro no respectivo Conselho. Após a inscrição nestes órgãos, é que os bacharéis em toda profissão regulamentada podem exercê-las. A lei que regulamenta uma profissão fixa seu campo de atividade e as condições para o seu exercício. Geralmente, exige-se a conclusão de cursos, alguns em nível universitário (PINHO e NASCIMENTO 1997; FORTES 1998).

Neste sentido, é oportuno marcar que, no Brasil, a administração hospitalar constitui uma habilitação do curso de graduação em administração ou uma especialidade médica. Na primeira situação, após graduados, os bacharéis em administração deverão se registrar no Conselho de Administração, órgão legalmente reconhecido para autorizar e fiscalizar o exercício profissional de administradores. No caso dos médicos, respondem ao Conselho de Medicina, onde devem registrar, como médicos, o título de especialista em administração hospitalar depois de atenderem exigências regulamentares para tal. Assim, os administradores hospitalares ficam sujeitos às determinações dos códigos de ética profissional de sua profissão de base. Isto também vale para outros profissionais de saúde, como o enfermeiro, que venham a desempenhar funções de administração hospitalar (CFE 1973; CFM 1994; PINHO e NASCIMENTO 1997).

Estas peculiaridades da realidade brasileira não impedem que o administrador hospitalar conte com uma ética profissional codificada, a exemplo do que ocorre em outros países. O primeiro código de ética para o administrador hospitalar data de 1952, tendo sido elaborado durante um congresso da categoria. A Federação Brasileira de Administradores Hospitalares edita outros dois códigos, um na década de 70 e o segundo 20 anos mais tarde (MUNARO e MEZZOMO sd; PATERNO e BASSANI 1997; PESSINI e DE BARCHIFONTAINE 1997; SYMPOSIUM 1998).

Ocorre que, devido às particularidades mencionadas, não há previsão de sanções ou penalidades para o administrador hospitalar que não cumprir as

determinações do código, ficando estes reduzidos apenas ao papel de declaração de intenções ou de guias e orientações diretivas para as ações. De fato, a Federação Brasileira de Administradores Hospitalares não constitui um Conselho Profissional com as funções de fiscalização do exercício da administração hospitalar. Ela é uma entidade que congrega os administradores hospitalares com vistas a sua formação e ao aprimoramento profissional (SYMPOSIUM 1996).

Situação distinta vive o Canadá, onde o *Canadian College of Health Service Executives (CCHSE)* requer de todos os seus membros que observem os *Standards of Ethical Conduct* e logo no preâmbulo do documento, encontra-se a advertência de que a inobservância dos padrões éticos de conduta pode resultar na expulsão do colégio profissional. Estas balizas de atuação incluem as responsabilidades do administrador quanto aos indivíduos, à organização, à comunidade, à sociedade e à profissão, além de abordar os conflitos de interesse detalhando o que são e como conduzir-se nestas situações (CCHSE sd).

Na Inglaterra, o *Institute of Health Services Management* emite uma declaração de valores primários que o administrador deve levar em conta como indivíduo, como membro de uma organização e pessoalmente ao tomar decisões (WALL e COLE 1995).

Nos Estados Unidos, o *American College of Healthcare Executives (ACHE)*, organização internacional fundada em 1933 e que congrega 30.000 associados, publica seu primeiro código de ética em 1941. Ele passa por diversas revisões que refletem o crescente entendimento dos desafios éticos impostos pelas mudanças ocorridas na área da saúde, incorporando na última delas sanções para os violadores do código (PIERCE 1996).

A abordagem a seguir busca explorar os códigos do *American College of Healthcare Executives* e do Brasil. A opção de incluir os códigos norte

americanos nesta análise considera o caráter internacional da associação que os elabora e a influência dos EUA na administração hospitalar brasileira, principalmente nos aspectos ligados à formação dos que atuam nesta área.

6.1. *ACHE: o Código de 1941*

Em 1939, seis anos após a sua fundação, o *ACHE* adota um código de ética. Elaborado por um comitê de 12 representantes desta entidade⁸ e da *American Hospital Association*. Ele é aprovado em 1941 e aceito pelas duas associações como guias de ação para seus associados (FALGETANO SOBRINHO 1990; *ACHA* e *AHA* 1957).

Estas normas éticas para o administrador hospitalar, segundo o reproduzido em artigo de autoria de Falgetano Sobrinho (1990, p.75), encontra-se no anexo 3. Elas abrangem as obrigações relativas à organização; aos pacientes e seus familiares; ao corpo clínico e demais funcionários do hospital; aos fornecedores e representantes comerciais; a seus pares e à imprensa.

Logo no primeiro item, merece destaque o dever do administrador hospitalar em zelar para que todos os partícipes do hospital observem os princípios éticos estabelecidos, uma vez que ele é o diretor da organização e o representante do conselho administrativo:

“A) Em virtude de sua posição de diretor do Hospital e representante do Conselho Administrativo, você tem a obrigação de fazer observar todos os princípios estabelecidos.”

Desta forma, parece ficar patente sua condição de liderança na construção de um clima organizacional que prime pela ética. Isto, sem deixar para trás as metas e os objetivos organizacionais, cuja consecução é colocada como uma outra obrigação ética:

⁸ Na época chamada de *American College of Hospital Administrators* (ACHA).

“B) Deve administrar o Hospital de forma que os seus objetivos sejam cumpridos com eficiência, economia e satisfação, ao mesmo tempo conquistando a confiança e a simpatia da comunidade.”

A abrangência do sigilo profissional compreende as informações referentes aos pacientes e à organização. O administrador hospitalar, além de respeitar o segredo profissional, deve fomentar a sua observância por todos os funcionários do hospital:

“D) O Administrador Hospitalar tem que respeitar o segredo profissional e zelar para que todos os demais funcionários do hospital também o respeitem.”

“G) Sendo o órgão executivo da política ditada pelo Conselho Administrativo deve colaborar com ele, evitando parcialidade e revelações de assuntos confidenciais.”

“J) Em suas relações com visitas tem que ser amável, evitando revelar-lhes fatos que estejam incluídos no segredo profissional.”

O relacionamento com os pacientes é marcado pela primazia da beneficência, admitindo um certo grau de paternalismo. Os administradores hospitalares são vistos como protetores dos doentes “contra todo incômodo” (item F) e admite-se que eles devem ser firmes em sua atuação, apesar de “agradáveis e corteses” (item C):

“F) Deve proteger o doente contra todo incômodo, tais como barulhos, visitas desagradáveis ou outros quaisquer fatores. Deve proporcionar-lhes oportunidades para observar seus preceitos religiosos.”

“C) As relações do Administrador Hospitalar para os doentes e sua família devem ser agradáveis e corteses, não impedindo que sejam firmes na sua atuação.”

No entanto, alguns aspectos da individualidade do paciente já são alvo de atenção, permitindo-se o livre praticar das crenças religiosas e evocando-se

a necessidade de manter aberto um canal de comunicação entre a administração e os pacientes, seus familiares e a comunidade:

“E) O Administrador Hospitalar tem que atender toda e qualquer reclamação dos doentes tomando todas as providências que julgar justas, relacionadas com conforto e cuidados gerais que lhe são devidos.”

“F) Deve proteger o doente contra todo incômodo, tais como barulhos, visitas desagradáveis ou outros quaisquer fatores. Deve proporcionar-lhes oportunidades para observar seus preceitos religiosos.”

“L) Deve cultivar boas relações públicas, pessoalmente, pela imprensa ou pelo rádio, sem que isso prejudique suas obrigações administrativas e antes beneficie a boa reputação do estabelecimento que dirige.”

Neste sentido, não se pode esquecer que parte dos hospitais norte americanos são confessionais católicos e, talvez por isto, esteja explicitada a preocupação com a tolerância religiosa. Da mesma forma, convém lembrar o caráter comunitário de alguns deles como um possível fator para a determinação da disposição em ouvir e atender a comunidade.

O código estabelece que as relações entre os administradores hospitalares e o corpo clínico devem ser de colaboração mútua, de simpatia e de compreensão. Destaca-se o fato de que a administração não deve interferir na clínica, cabendo exceção somente se houver ato maleficiente ao paciente ou à reputação do hospital:

“H) Suas relações com o corpo clínico devem ser de simpatia, compreensão e auxílio mútuo, não intervindo nas funções do corpo clínico e suas comissões, mas, se as necessidades o exigirem, devem agir com decisão e firmeza, para assegurar o bem-estar do doente e a boa reputação do Hospital.”

Este ponto, hoje em dia, entraria em choque com a proposta emergente do *managed care*, baseado em medidas administrativas que visam controlar a clínica, no intuito de lograr objetivos organizacionais propostos.

A convivência com os funcionários é definida como de “consideração, imparcialidade e tolerância”:

“1) Em suas relações com pessoal, deve tratá-lo com consideração, imparcialidade e tolerância.”

A imparcialidade constitui requisito para que a organização conforme uma meritocracia e a consideração pelas pessoas representa o primeiro passo para que os funcionários importem-se com os pacientes. Já a tolerância é essencial na consolidação de um processo de tomada de decisão calcado em discussões de diferentes opiniões e posições, que resulte no aumento de sua qualidade.

De forma geral, percebe-se que o código de 1941 é marcado pela busca da beneficência do administrador hospitalar com algum espaço para a autonomia do paciente, representado pela garantia da livre prática religiosa e pelo respeito à privacidade, do qual deriva o dever do segredo profissional.

6.2. *ACHE*: o Código de 1995

Em consonância com a maior complexidade do setor saúde, a revisão de 1995 do Código de Ética do *ACHE* (anexo 4) torna-o mais extenso que o primeiro, em 1941. Enquanto este conta com uma única seção de 13 itens, cinco seções básicas conformam aquele. Seu conteúdo abrange padrões para um comportamento eticamente adequado dos administradores em saúde nas suas relações profissionais, dentro e fora da organização. Ele também toca na questão da conduta pessoal, particularmente quando ela diz respeito diretamente ao papel e à identidade do administrador (*ACHE* 1995; PIERCE 1996).

A primeira seção intitula-se “*The healthcare executive’s responsibilities to the profession of healthcare management*” e define os valores, a ética e a missão da profissão de administração em saúde. Denota que a conduta dos administradores deve ser marcada pela honestidade, pela integridade, pelo respeito, pela equidade e pela boa fé, tanto nas atividades laborativas como na vida pessoal (*ACHE* 1995; PIERCE 1996).

A seção II, “*The healthcare executive’s responsibilities to patients or others served, to the organization and to employees*”, aborda a necessidade do administrador ponderar em suas decisões os interesses, por vezes conflitantes, dos três partícipes do sistema de saúde: os pacientes, a organização e os empregados. Por exemplo, uma decisão de cortar custos através da redução de pessoal deve ser considerada à luz dos potenciais efeitos para o cuidado ao paciente, para os empregados que serão dispensados e para aqueles que continuam a trabalhar na organização. As responsabilidades para com os pacientes e outros usuários abarca a avaliação da qualidade do cuidado prestado pela organização, evitando discriminações e protegendo os direitos do paciente. No que se refere à organização, o administrador deve balancear os recursos disponíveis com os serviços prestados, empregando práticas

administrativas sólidas e sendo confiável em todas as formas de comunicação. Para os empregados, deve-se propiciar um ambiente de trabalho favorável a uma conduta eticamente adequada (ACHE 1995; PIERCE 1996).

Constituem alvo da terceira seção, “*Conflicts of Interest*”, os conflitos de interesse, como beneficiar-se de informação privilegiada e utilizar-se desta ou de autoridade para, deliberadamente, prejudicar a organização. Os administradores hospitalares são vistos como os responsáveis por conduzir as relações no sentido de permitir que as decisões administrativas ocorram no melhor interesse da organização e das pessoas por ela servidas, afastando possíveis conflitos de interesse e evitando aceitar presentes ou benefícios que possam criar a expectativa de influência (ACHE 1995; PIERCE 1996).

A quarta seção, “*The Healthcare Executive’s Responsibilities to Community and Society*”, delimita as responsabilidades para com a comunidade e a sociedade. Reconhece que o administrador precisa trabalhar para assegurar que a organização atenda as necessidades de assistência médico-sanitária da comunidade e para que as pessoas tenham um acesso a esta. Salaria a responsabilidade de participar nos esforços para a melhoria da saúde comunitária, considerando os efeitos das decisões administrativas sobre esta e provendo às pessoas informações necessárias para que sejam capazes de decidir acerca dos serviços de saúde (ACHE 1995; PIERCE 1996).

A seção V, “*The Healthcare Executive’s Responsibility to Report Violations of the Code*”, articula o dever dos membros da ACHE comunicarem violações ao Código de Ética. Complementam esta parte os apêndices I (*American College of Healthcare Executives Grievance Procedure*) e II (*Ethics Committee Action*) que explicitam os procedimentos frente uma possível infração e as penalidades previstas, que vão desde a declaração de improcedência da denúncia até à expulsão do membro (ACHE 1995; PIERCE 1996).

Nos testes para a admissão como membro do *ACHE* são exigidos conhecimentos acerca do Código de Ética e dos pronunciamentos da associação sobre tópicos específicos, como *downsizing*, responsabilidades para com os empregados, decisões envolvendo o fim da vida e confidencialidade dos registros clínicos, dentre outros. Cursos e publicações que incluem discussões e exemplos de como fazer jus as responsabilidades são continuamente oferecidos aos administradores hospitalares (PIERCE 1996).

Os esforços do *ACHE* para tornar o Código de Ética conhecido vêm ao encontro dos achados de pesquisa realizada por esta associação durante o ano de 1982. Em uma amostra de 241 questionários, mais de 90% dos 226 respondidos afirmaram não ter conhecimento de que a conduta do administrador em saúde era regida por um código e 82,3% indicaram interesse em aprender mais sobre ele (DARR 1984).

O código de 1995 expressa, de forma explícita, uma preocupação com a promoção da autonomia do paciente. Enquanto o primeiro, em 1941, propõe uma postura de proteção paternalista para o administrador em seu relacionamento com o paciente, o último defende o provimento de um processo que assegure a autonomia e a auto-determinação deste (item II.A.4). Afirma-se claramente a necessidade de se fornecer informações aos usuários quanto a seus direitos, às oportunidades, às responsabilidades e aos riscos (item II.A.3). Esta atitude parece em conformidade com a ética centrada no paciente que tem marcado a saúde nas últimas décadas, principalmente nos EUA:

“II.A.3. – Trabalhar no sentido de assegurar a existência de um processo que informe os pacientes e outros atendidos dos direitos, oportunidades, responsabilidades e riscos relativos aos serviços de atenção à saúde disponíveis

II.A.4 – Trabalhar no sentido de prover um processo que assegure a autonomia e auto-determinação dos pacientes e outros atendidos;”

Neste aspecto, dois pontos chamam a atenção e merecem consideração. O primeiro é a menção da expressão “outros atendidos” (“*others served*”), provavelmente no intuito de indicar o fato das pessoas não procurarem mais os serviços de saúde somente quando adoecem. O outro abarca o entendimento de processo na promoção da autonomia, o que não a restringe ao ato de caráter meramente jurídico de assinar um termo de consentimento e conferindo-lhe seu verdadeiro sentido ético de respeito à pessoa autônoma.

Na relação com os empregados, inclui-se um ingrediente ativo na tolerância defendida desde de 1941. Fala-se do diálogo e da necessidade de se favorecer um ambiente que conte com mecanismos para a discussão e a manifestação das preocupações éticas de cada profissional atuante na organização e que também permita as denúncias e as apelações de possíveis violações ao código. Isto parece conferir um papel mais incisivo ao administrador na promoção da ética profissional, passando de zelador à facilitador:

“II.C.2. – Trabalhar no sentido de assegurar que os indivíduos possam expressar livremente suas preocupações éticas e prover mecanismos para a discussão e encaminhamento destas preocupações

II.C.6. – Trabalhar no sentido de estabelecer mecanismos apropriados de denúncia e apelação”

A segurança dos empregados no trabalho também surge como uma responsabilidade ética do administrador hospitalar:

“II.C.5. – Dispensar especial atenção para o ambiente de trabalho dos empregados e para a segurança no trabalho”

Parece claro que em tempos de atenção às questões referentes à infecção hospitalar e com os agravos emergentes e reemergentes não poderia ocorrer de outra forma. Isto, sem mencionar os riscos físicos e químicos do

ambiente hospitalar e a centralidade que vem ganhando os assuntos relativos à saúde ambiental.

O sigilo profissional também constitui preocupação e o item II.A.5 fala da necessidade do administrador trabalhar para assegurar procedimentos que protejam a confidencialidade e a privacidade dos que ocorrem aos serviços de saúde:

“II.A.5 – Trabalhar no sentido de assegurar a existência de procedimentos que preservarão a confidencialidade e privacidade dos pacientes e outros atendidos”

Na seção I, respeitar os segredos profissionais aparece como uma responsabilidade para com a profissão:

“G – Respeitar os segredos profissionais”

A inclusão de uma seção dedicada aos conflitos de interesse na revisão de 1995 do código, provavelmente, deve-se às transformações vivenciadas na prática da assistência médico-sanitária com a introdução do terceiro pagador, que tem sido apontado como um dos fatores essenciais no surgimento de situações conflituosas. Além disto, não se pode esquecer o desenvolvimento da indústria de equipamentos, medicamentos e insumos com todos os seus mecanismos de *marketing* promocional e de concorrência bastante agressivos.

6.3. Brasil: o Código de 1952

No Brasil, o primeiro código de ética para o administrador hospitalar (anexo 5) é elaborado em 09 de julho de 1952, durante um congresso da categoria. Sua autoria é atribuída ao professor de administração hospitalar norte-americano Malcom T. MacEachern, presente no evento (FALGETANO SOBRINHO 1990; MUNARO e MEZZOMO sd).

Em seus 10 itens, traça as qualidades desejáveis ao administrador hospitalar, como: benevolência, paciência, tolerância, energia, entusiasmo, honestidade, adaptabilidade, lealdade e dedicação. Neste sentido, chega a determinar que o administrador deve ser uma pessoa de “qualidades especiais” (item B). Um altruísta, um administrador virtuoso que trabalha de modo desinteressado, pois a administração hospitalar, ao lidar com “os mais preciosos bens do homem” - a saúde e a felicidade - é entendida como um “privilégio sagrado” (item I):

“B) Você deve possuir qualidades especiais, de caráter, personalidade e adaptabilidade e ser dotado do ideal de servir da melhor maneira à humanidade sofredora dos males causados pela doença.”

“I) Você deve dedicar-se a uma vida de trabalho desinteressadamente, para fazer da carreira do Administrador Hospitalar um sucesso, pois é um privilégio sagrado lidar com os mais preciosos bens do homem: saúde e felicidade.”

Além de equiparar saúde à felicidade, este código parece assim conferir um caráter vocacional, uma perspectiva de dom divino, à opção pela administração hospitalar, revelando provável orientação religiosa. Portanto, mais do que marcado pela busca da beneficência do administrador, ele chega a preocupar-se com sua benevolência, inclusive atribuindo-lhe a necessidade de manter o “amor pela humanidade”:

J) Você deve manter sempre entusiasmo de jovem. A mocidade não é uma fase da vida, mas sim um estado de espírito. Não se traduz pelos anos vividos. Algumas pessoas aos 50 anos são tão jovens com um moço de 20 anos. Mocidade não é aparência física ou agilidade. No fundo do seu coração, existe uma estação radiotelegráfica, enquanto ela receber mensagens de alegria, beleza e esperança, ajuda e interesse, você será jovem, mas quando as comunicações forem interrompidas pelo gelo do pessimismo e perda do amor pela humanidade, você então estará envelhecendo, que Deus tenha compaixão de sua alma

Esta característica provavelmente tem suas raízes na configuração que marca o sistema de saúde brasileiro na época da elaboração do código. Quase como regra, a assistência aos enfermos, especialmente a hospitalar, ocorre por iniciativas filantrópicas, com poucas experiências privadas lucrativas na área. Nos centros urbanos dos anos 30-40, a assistência médica é prestada por médicos na prática privada e a assistência hospitalar concentra-se nas misericórdias, pertencentes a instituições religiosas ou filantrópicas. É somente a partir dos anos 50, com o ritmo acelerado da industrialização, que o desenvolvimento de uma prática da assistência médico-hospitalar orientada para a lucratividade encontra-se favorecido. A presença nas cidades de um contingente de trabalhadores que necessita ser mantido em boas condições de saúde concorre para a expansão da assistência médica da Previdência Social, que compra os serviços prestados pela iniciativa privada. Em meados da década de 50, a rede hospitalar privada é superior à rede pública. A presença estatal é marcada com a construção de hospitais como o Hospital das Clínicas em São Paulo (MERHY 1987; MERHY 1992; BUSS 1995; COHN e ELIAS 1996; TELAROLLI JÚNIOR 1996).

Chama a atenção neste código a presença de um item que aborda especificamente a necessidade do administrador hospitalar preocupar-se com sua formação, destacando que uma das oportunidades para tal é “a frequência a cursos de pós-graduação”:

“H) Você deve estar a par dos progressos da Administração Hospitalar, sendo um constante estudioso da arte e ciência da administração, e isto, você conseguirá da experiência obtida em sua própria instituição, da observação de outros hospitais, da frequência a cursos pós-graduação, jornadas e congressos de Administração Hospitalar, assim como através da leitura sistemática.”

Isto, possivelmente, deve-se ao fato de estarem se organizando na época, os primeiros cursos para administração hospitalar, em nível de especialização. E também não pode ser esquecido o fato deste código ter sido elaborado durante um congresso.

De forma geral, é possível notar que este código é marcado pela busca da beneficência, quase benevolência do administrador hospitalar, o que lhe imprime uma perspectiva de religiosidade. Além do mais, sua abrangência é restrita, não se mencionando as responsabilidades do administrador hospitalar em relação à comunidade.

6.4. Brasil: o Código de Ética do Administrador Hospitalar

Outro código de ética para o administrador hospitalar no Brasil é o elaborado pelo Colégio Brasileiro de Administradores Hospitalares, atualmente Federação Brasileira de Administradores Hospitalares (anexo 6). Em nenhuma de suas publicações consta a data de redação, no entanto, é provável que seja posterior a 1971 já que este é o ano de criação da entidade responsável por sua elaboração (MUNARO e MEZZOMO sd; PESSINI e DE BARCHIFONTAINE 1997; SYMPOSIUM 1998).

Este código concebe o hospital como uma “empresa complexa” e considera sua “atividades multiprofissionais”. No entanto, o trabalho do administrador hospitalar é entendido como um “compromisso de serviço ao paciente, aos funcionários e à comunidade” e tudo deve estar em função da “pessoa humana enferma”:

“A) A pessoa que administrar um hospital deverá ter plena consciência de estar perante uma empresa complexa, coordenando atividades multiprofissionais, em função da pessoa humana enferma.”

“F) O Administrador Hospitalar considerará o cargo que ocupa primordialmente como um compromisso de serviço ao paciente, aos funcionários e a comunidade.”

“L) O Administrador Hospitalar pautará sua administração pelo princípio de que a pessoa humana é o fundamento, o sujeito e o fim de toda instituição social, e, quando enferma, o centro e a razão de ser de toda atividade sanitária e hospitalar.”

Cabe assinalar o novo contexto que perfila o sistema de saúde ao longo das décadas de 70 e 80 quando o setor privado, de modo especial o ramo lucrativo, expande-se a passos largos, graças ao apoio federal para investimentos e à garantia de compra dos serviços prestados pela Previdência

Social, através de um diversificado leque de vínculos como convênios e credenciamentos. Em 1984, 65,2% dos estabelecimentos hospitalares privados são lucrativos, cabendo aos filantrópicos 21%, aos beneficentes 11,3% e aos outros 2,5%. Também os estabelecimentos privados sem internação apresentam distribuição semelhante: 13% para os filantrópicos, 14,3% para os beneficentes, 71% para os lucrativos e 1,7% para outros. No período que vai de 1984 a 1989, os estabelecimentos privados crescem 7,2% ao ano, sendo 15,5% em ambulatórios e -0,4% em hospitais. O crescimento negativo concentra-se nos segmentos beneficente e filantrópico. Parece configurar-se, portanto, uma nítida predominância dos segmento lucrativo, tanto nos hospitais como nos ambulatórios. Ao setor público fica reservada a responsabilidade pelos estabelecimentos de baixo custo, com grande produção de atendimento elementar e voltados para a atenção primária em saúde. O setor privado centra-se na atividade hospitalar e nas consultas médicas aos pacientes externos não internados em estabelecimentos hospitalares. A exceção fica por conta dos hospitais universitários que prestam assistência médico-sanitária de alta complexidade (BUSS 1995; MENDES 1995; COHN e ELIAS 1996).

É provável que seja este panorama o responsável pela especificação do hospital como uma “empresa complexa” (item A), levando à inclusão da preocupação com possíveis conflitos de interesse, como mencionado no item E:

“A) A pessoa que administrar um hospital deverá ter plena consciência de estar perante uma empresa complexa, coordenando atividades multiprofissionais, em função da pessoa humana enferma.”

“E) O Administrador Hospitalar não se deixará guiar por sentimentos ou vantagens pessoais ao tomar decisões.”

Nesta época, a figura do terceiro pagador começa a ser uma constante como o responsável pela compra dos serviços de atenção médico-assistencial oferecidos pela organização hospitalar. O superfaturamento nos sistemas de

pagamento por procedimentos prestados, como aponta COHN e ELIAS (1996), é prática frequente.

A dicotomia existente entre atenção médica individual e medidas de caráter coletivo, faz-se sentir quando, apesar de serem propostos como objetivos do hospital a prevenção da doença e a promoção da saúde (item H), a função desta instituição e a “razão de ser de toda atividade sanitária e hospitalar” continua sendo a “pessoa humana enferma”, como assinalam os itens A e L já mencionados anteriormente:

“H) O Administrador Hospitalar proverá o hospital de todos os recursos materiais e humanos, para que o mesmo possa atingir seus objetivos de prevenir a doença e promover a saúde.”

Além do mais, pode se denotar um certo hospitalocentrismo com a definição desta instituição como o “centro de saúde da comunidade”:

“T) O Administrador Hospitalar empenhará esforços para tornar o hospital um verdadeiro centro de saúde da comunidade, integrando-o aos demais recursos existentes.”

As finalidades de ensino e pesquisa, próprias do hospital contemporâneo e que se vêem consolidadas com o advento da indústria de insumos e equipamentos em meados do século XX, são fomentadas ao se colocar como responsabilidade do administrador hospitalar promovê-las em “todas as atividades da área hospitalar” (item Q). Também constitui seu dever manter “todos os serviços organizados, de forma a poderem receber estagiários” (item R):

“Q) O Administrador Hospitalar promoverá o ensino e a pesquisa em todas as áreas da atividade hospitalar, através da educação em serviço, palestras, cursos e demais formas da aprendizagem.”

“R) O Administrador Hospitalar manterá todos os serviços organizados, de forma a poderem receber estagiários.”

O impacto das decisões administrativas sobre a questão clínica aparece na proposição do administrador levar em conta que “uma boa administração poderá salvar vidas e prolongar existências”:

“G) O Administrador Hospitalar terá sempre que uma boa administração poderá salvar vidas e prolongar existências.”

Conformam responsabilidades do administrador prover o hospital de um “corpo clínico organizado” e conceder-lhe “recursos necessários ao desempenho eficiente de suas funções”:

“S) O Administrador Hospitalar providenciará um corpo clínico organizado, concedendo-lhe recursos necessários ao desempenho eficiente de suas funções.”

No último aspecto, chama a atenção o tratamento dispensado ao profissional médico, que é visto como “corpo clínico”. Isto pode ser reflexo da mercantilização da diminuição da prática médica liberal que tem na década de 70 seus primórdios.

Fala-se agora em empregados (item O), trabalhadores (item P) e funcionários (item F) do hospital e não mais em subordinados ou servidores, como na primeira versão do código em 1952. E mais um aspecto merece menção, o administrador é entendido como o um estimulador do “aprimoramento humano, cultural e técnico” destes (item P):

“O) O Administrador Hospitalar promoverá o bom relacionamento entre os empregados de todas as especialidades e categorias, destacando a importância das respectivas atividades.”

“P) O Administrador Hospitalar estimulará o aprimoramento humano, cultural e técnico dos que trabalham no hospital.”

“F) O Administrador Hospitalar considerará o cargo que ocupa primordialmente como um compromisso de serviço ao paciente, aos funcionários e a comunidade.”

Continua presente a preocupação explícita com a formação e o aprimoramento do administrador, com ênfase nos aspectos cultural e humanístico:

“B) O Administrador Hospitalar deverá estar ciente de que o bom desempenho de sua função requer formação especializada e aprimorada.”

“C) O Administrador Hospitalar deverá ter formação cultural e humanística que lhe permita acompanhar o processo da administração hospitalar, a um tempo, ciência, técnica e arte, devendo tomar parte ativa nos estudos, organizações e promoções específicas.”

Neste sentido, cabe observar que, segundo ORTIZ-IBARZ (1995), uma primeira aproximação ética da figura do dirigente aponta em direção à necessidade de que este possua hábitos culturais suficientemente desenvolvidos. No entanto, esta dimensão cultural não basta para expressar o caráter ético. O administrador necessita ser uma pessoa culta, pois deve ter bem arraigados hábitos capazes de motivar as pessoas, de delegar responsabilidades, de respeitar os âmbitos de decisão e de exercer controle para que as iniciativas orientem-se na direção da missão encomendada. E estes hábitos têm o suporte necessário nas qualidades com as quais costumam-se diferenciar as pessoas cultas.

Isto ganha importância na medida em que, no item N, o administrador é visto como um guardião dos “princípios legais, éticos ou morais”, não permitindo sua “transgressão” e “exigindo de cada profissional o cumprimento do código de ética da sua profissão”:

“N) O Administrador Hospitalar não permitirá a transgressão dos princípios legais, éticos ou morais, exigindo de cada profissional o cumprimento do código de ética da sua profissão.”

Apesar de se abandonar a imagem do administrador virtuoso que marca a versão de 1952 do código, ainda destacam-se a honestidade, a serenidade e o compromisso de serviço como características desejáveis a seu atuar:

“D) O Administrador Hospitalar deverá ter personalidade capaz de conduzir a empresa hospitalar com serenidade e segurança nas circunstâncias mais delicadas que possam surgir.”

“E) O Administrador Hospitalar não se deixará guiar por sentimentos ou vantagens pessoais ao tomar decisões.”

“F) O Administrador Hospitalar considerará o cargo que ocupa primordialmente como um compromisso de serviço ao paciente, aos funcionários e a comunidade.”

O respeito à autonomia do paciente aparece sob a determinação da necessidade do administrador hospitalar possibilitar que ele usufrua “de todos os direitos fundamentais da pessoa humana, sejam materiais, sociais ou espirituais” (item M). A preservação do sigilo também é explicitada, com destaque ao papel do administrador no zelo para que isto ocorra “em todas as circunstâncias” (item J). Estes aspectos estão ausentes no código de 1952:

“M) O Administrador Hospitalar possibilitará ao paciente usufruir de todos os direitos fundamentais da pessoa humana, sejam materiais, sociais ou espirituais.”

“J) O Administrador Hospitalar zelará pela preservação do sigilo profissional em todas as circunstâncias.”

A despeito da impunidade em termos de qualidade do serviço e da prestação de contas para os órgãos financiadores que marca a relação destes com o setor privado da assistência médica, há no código uma preocupação em manter “documentação completa e ordenada de todas as atividades desenvolvidas” a fim de possibilitar a “defesa do hospital”:

“I) O Administrador Hospitalar exigirá uma documentação completa e ordenada de todas as atividades desenvolvidas, possibilitando o estudo, a defesa do hospital, do paciente e de quantos nele trabalham.”

Provavelmente a justificativa para tal esteja na mobilização de segmentos da sociedade que, embora de maneira restrita, começa a acontecer na década de 70. Eles arriscam denunciar o descalabro do sistema de saúde vigente e defendem o fortalecimento do setor público de saúde como um direito de cidadania (COHN e ELIAS 1996).

De maneira geral, pode-se observar que este código além de manter presente a preocupação com a beneficência do administrador através da inclusão de questões como a de seu compromisso com o melhor bem do paciente, incorpora o respeito à autonomia dos usuários do serviço hospitalar ao recomendar o respeito aos direitos humanos fundamentais. Estas preocupações, no entanto, agora mesclam-se com o reconhecimento e a aceitação, dos aspectos empresariais que vão se introduzindo na forma de organizar o hospital.

6.5. Brasil: o Código de Ética Profissional do Administrador Hospitalar

A Federação Brasileira de Administradores Hospitalares promove uma revisão do primeiro código. A nova versão revista é publicada em julho de 1995, no número 4 do Informativo Hospitalar Brasileiro, órgão de divulgação da Gerência Hospitalar da Sociedade Beneficente São Camilo, que à época veicula, como suplemento, o Boletim Informativo, publicação da Federação Brasileira de Administradores Hospitalares (PATERNO e BASSANI 1997).

Este código, que se encontra reproduzido no anexo 7, conta com 33 artigos, os vinte da redação anterior, três com base no código elaborado em 1952 e dez novos. Os artigos 1º, 6º, 7º, 13, 19, 24, 29, 30 e 31 são os novos. Aqueles com base no código de 1952, são os de número 10, 32 e 33. Os demais artigos são os retirados do código dos anos 70 que, em alguns casos, sofrem pequenas modificações em sua redação, mas em outros, incluem mudanças conceituais.

No Brasil dos anos 90, o sistema de atenção à saúde está constituído por três segmentos principais: um público, formado pelos serviços vinculados às distintas esferas do governo - federal, estadual e municipal – um segmento privado contratado e pago pelo setor público e um segmento privado liberal ou contratado pelos planos de saúde pessoais ou de empresas. Os dois primeiros constituem o Sistema Único de Saúde criado pela Constituição Federal de 1988, que contempla a saúde como direito social e dever do Estado. O terceiro segmento configura o sistema de assistência médica supletiva que está composto por diferentes modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão, planos de administração e

seguro saúde.⁹ Convivem, então, um Sistema Público com vários outros privados e estanques entre si (BUSS 1995; MENDES 1996; COHN e ELIAS 1996).

O sistema de assistência médica supletiva que se fortalece e experimenta franco crescimento a partir da segunda década de 80, segundo Mendes (1993) citado por BUSS (1995, p.78), tem seu nascimento e desenvolvimento viabilizado, ainda nos anos 60, com a definição do convênio-empresa, uma nova forma de relacionamento entre a Previdência Social e a empresa que passa a responsabilizar-se, direta ou indiretamente, pela atenção médica a seus empregados e recebe em troca um subsídio da Previdência. O primeiro convênio-empresa data de maio de 1964 e é realizado entre o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) e a Volkswagen. A partir de então, cresce o número de empresas que contratam para a prestação de serviços de saúde a seus empregados um recente tipo de organização privada de assistência médica que surgia, a denominada medicina de grupo. Em 1989, o número de usuários do sistema de assistência médica supletiva ultrapassa a casa dos 31 milhões. Dois anos mais tarde, 1991, observa-se uma pequena retração neste número atingindo a cifra de 28,5 milhões de usuários. Entretanto, no ano seguinte volta a crescer quando chega a 32 milhões, em 1994 supera os 34 milhões e, finalmente, em 1999, perfaz 40 milhões de usuários (BUSS 1995; MENDES 1995; MENDES 1996; COHN e ELIAS 1996; ABRAMGE 1999).

Vale lembrar que a prestação de assistência hospitalar continua, assim, preponderantemente privada, salvo nos serviços de alta complexidade nos

⁹ Medicina de grupo: operam com o sistema de pré-pagamento e utilizam serviços próprios ou credenciados;

Cooperativas-médicas: regem-se pelo sistema universal de cooperativas, no qual os médicos cooperados participam através de cotas;

Autogestão: trabalham com serviços de terceiros através do ressarcimento de despesas;

Planos de administração: constituem modalidade de administração profissional dos planos privados de grandes empresas que operam com recursos de terceiros e realizam reembolso de despesas;

Seguro saúde: realizam reembolso de despesas de acordo com as condições contratuais fixadas entre as partes (COHN e ELIAS 1996, p. 70).

quais o setor público responde por uma fatia expressiva da oferta. Em 1990, a rede de estabelecimentos de saúde pública, com um perfil distinto do observado para o setor privado, tem sua maior parte (78%) voltada para a atenção básica de saúde com os hospitais conformando apenas 18% (COHN e ELIAS 1996).

Parece plausível que este complexo panorama do setor saúde tenha levado às mudanças desta revisão de 1995 do código de ética do administrador hospitalar, das quais a que chama mais a atenção é a concepção institucional do hospital e não mais a de empresa:

“Art. 2º - O Administrador Hospitalar tem plena consciência de estar dentro de uma instituição complexa e coordenando atividades pluriprofissionais, em função da pessoa humana que procura manter ou recuperar sua saúde.”

Segundo CORTINA e col. (1996), uma instituição caracteriza-se pela consideração explícita de uns valores. A perspectiva institucional confere à organização este aspecto de ser um conjunto social que encarna alguns valores. Estes, impregnam todas as suas atividades porque são capazes de conseguir a identificação dos membros da organização. E é justamente deste entendimento da empresa como uma instituição social que parte a ética empresarial.

De maneira coerente com esta concepção institucional, estimula-se o administrador a adotar um estilo de administração participativa, na qual os funcionários possam emitir opiniões, tomando conhecimento e avaliando o desempenho do hospital como um todo e em cada uma de suas unidades:

“Art. 29 - O Administrador Hospitalar adota uma administração participativa, para que os profissionais e servidores possam dar sua contribuição nos programas que são implantados e apreciar o desempenho do hospital como um todo e da cada unidade administrativa.”

Os funcionários são considerados capital humano do hospital, cabendo ao administrador fomentar o desenvolvimento de suas potencialidades através de uma política de pessoal adequada, de programas de formação e educação contínuos e do estímulo às pesquisas:

“Art. 19 - O Administrador Hospitalar tem consciência de que os recursos humanos são o principal e verdadeiro patrimônio do hospital e aplica uma política de recursos humanos que possibilite, de forma integrada, o desenvolvimento de todas as potencialidades de seus servidores.”

“Art. 21 - O Administrador Hospitalar estimula o aprimoramento humano, cultural e técnico dos que trabalham no hospital.”

“Art. 22 - O Administrador Hospitalar promove o ensino e a pesquisa em todas as áreas da atividade hospitalar, através da educação continuada, palestras, cursos, participação em simpósios e congressos e demais formas de aprendizagem.”

“Art. 24 - O Administrador Hospitalar institui no hospital um Centro de Estudos para estimular o ensino, a pesquisa, as publicações de demais possibilidades de desenvolvimento profissional dos que trabalham no mesmo.”

No tocante à primeira versão do código, registram-se algumas modificações que podem ter por trás mudanças conceituais. Assistir à pessoa continua sendo considerada a finalidade do hospital, porém não é mais a “pessoa humana enferma” que fundamenta a ação hospitalar e sim a “pessoa humana que procura manter ou recuperar sua saúde” (artigo 2º). Confere-se assim, aparentemente, maior amplitude às atividades de atenção à saúde. Isto porque, o artigo 16 pode ser entendido como uma contradição desta abrangência mais ampla, afirmando que a “pessoa humana é o fundamento, o sujeito e o fim de toda instituição assistencial e, quando enferma, o centro e a razão de ser de toda atividade de saúde e hospitalar”. Além disto, ele nega em certa medida as ações de promoção à saúde propostas no artigo 12:

“Art. 2º - O Administrador Hospitalar tem plena consciência de estar dentro de uma instituição complexa e coordenando atividades pluriprofissionais, em função da pessoa humana que procura manter ou recuperar sua saúde.”

“Art. 16 - O Administrador Hospitalar pauta sua administração pelo princípio de que a pessoa humana é o fundamento, o sujeito e o fim de toda instituição assistencial e, quando enferma, o centro e a razão de ser de toda atividade de saúde e hospitalar.”

“Art. 12 - O Administrador Hospitalar provê o hospital dos meios humanos e materiais necessários, para que o mesmo possa atingir seus objetivos de prevenir a doença, promover a saúde e desenvolver o ensino e a pesquisa.”

Ainda no artigo 16, chama a atenção o fato da pessoa ser considerada como “sujeito”. Isto pode ser entendido como referência a sua autonomia, a sua capacidade de decidir quanto a sua saúde. Com o advento da Bioética nos anos 70, como já abordado, a ética centrada no paciente é alvo de ampla discussão no período decorrido entre a elaboração das duas edições do código.

A preocupação com a repercussão das decisões administrativas sobre as atividades clínicas continua presente, com a introdução da idéia de que a boa administração leva à otimização das possibilidades da instituição:

“Art. 9º - O Administrador Hospitalar tem sempre presente que uma boa administração pode salvar vidas e prolongar existências, além de levar as instituições a otimizarem todas as suas possibilidades.”

Esta idéia pode ser reforçada pelas preocupações presentes nos artigos 30 e 31 que advogam a adequação dos instrumentos utilizados para “mensurar o padrão de atendimento do hospital, com vistas ao seu aprimoramento” e a necessidade de disponibilizar “informações das atividades do hospital, para que se possa tomar decisões, projetar resultados e prevenir dificuldades”:

“Art. 30 - O Administrador Hospitalar aplica instrumentos adequados para mensurar o padrão de atendimento do hospital, com vistas ao seu constante aprimoramento.”

“Art. 31 - O Administrador Hospitalar levanta em períodos muito curtos, a maior quantidade possível de informações das atividades do hospital, para que possa tomar corretamente decisões, projetar resultados e prevenir dificuldades.”

A caracterização da administração hospitalar como um trabalho vocacional torna a aparecer no artigo 10, que parte do item I do código de 1952, apontando para uma orientação religiosa também do presente código. Não se equipara mais a felicidade à saúde como um dos objetos do cotidiano do administrador hospitalar, mas destaca-se o caráter desinteressado do trabalho e do “privilégio sagrado” de “lidar com o mais precioso bem do homem, a saúde”:

“Art. 10 - O Administrador Hospitalar dedica-se a uma vida de trabalho desinteressadamente para fazer de sua carreira de administrador hospitalar um sucesso, pois é um privilégio sagrado lidar com o mais precioso bem do homem, a saúde.”

Nesta mesma linha conceitual, o artigo 6º define como “lema” do administrador hospitalar “a grande missão de servir”:

“Art. 6º - O Administrador Hospitalar compenetra-se da necessidade de sua profissão e tem sempre como lema a grande missão que lhe é confiada, de servir.”

Os alvos deste servir, que se estendem do paciente à comunidade, passando pelos profissionais de saúde, estão explicitados no artigo 11:

“Art. 11 - O Administrador Hospitalar considera o cargo que ocupa, primordialmente como um compromisso de serviço ao paciente, aos profissionais e servidores da instituição e à comunidade.”

Falando em serviço, chama a atenção que alguns artigos (11, 19, 20 e 29) referem-se aos que trabalham no hospital como “servidores”, termo usado na versão de 1952 e que não é mantido na edição dos anos 70. Esta designação é comumente usada para funcionários de órgãos estatais. Não fica claro se é com a idéia de referir-se a esta categoria de trabalhadores que aparece o termo, podendo indicar uma preocupação com a atuação do administrador hospitalar no setor público ou com a concepção de servir, colocada anteriormente, propondo também para os que atuam no hospital um caráter vocacional a suas atividades laborais. Uma outra possibilidade é que com a terceirização, prática usual nos hospitais durante os últimos anos, esteja se utilizando o termo “servidor” para fazer referência a todos que prestam serviços dentro da organização, independente do tipo de vínculo.

Há uma preocupação com o respeito a “todas as formas de manifestação de vida” e pede-se o empenho do administrador hospitalar em “preservá-la, mantê-la e desenvolvê-la, até o limite das suas possibilidades”:

“Art. 13 - O Administrador Hospitalar testemunha respeito a todas as formas de manifestação da vida e empenha-se em preservá-la, mantê-la e desenvolvê-la, até o limite das suas possibilidades, repudiando tudo quanto possa agredi-la ou diminuir sua plena expressão.”

É provável que a incorporação tecnológica ocorrida na área da saúde, principalmente nas últimas décadas, determinando dilemas quanto às situações extremas de início e fim de vida, como reprodução assistida, diagnóstico pré-natal, abortamento, eutanásia, distanásia etc. tenha levado a inclusão de tal artigo. Possivelmente, por mover-se em área tão dilemática, opta-se pela utilização de termos que admitem múltiplas interpretações, como “todas as formas de expressão da vida” e “limite de suas possibilidades”. Este fato pode ser compreendido como um sinal de que o administrador não está alheio às implicações éticas das tecnologias que adentram pela porta do hospital e interpõem-se entre o paciente e os profissionais de saúde.

O código de ética do administrador hospitalar assume o status de ferramental subsidiário ao processo de tomada de decisão, quando logo no primeiro artigo fica determinado que o “administrador hospitalar adota o seu código de ética como uma carta magna que norteia sua vida e seu comportamento profissional e fundamenta a tomada de decisão”. Note-se que ele é proposto como um norte para a vida do administrador de forma total e não somente profissionalmente. Exige-se do administrador coerência entre valores pessoais e profissionais, requer-se integridade.

Como traços necessários ao administrador hospitalar define-se segurança, serenidade, fé na sua missão, autoridade, espírito de decisão, iniciativa, disciplina, energia realizadora, desinteresse, compromisso, serviço, lealdade, sinceridade, transparência, acerto, rapidez e eficácia:

“Art. 5º - O Administrador Hospitalar tem personalidade capaz de administrar a instituição hospitalar com segurança e serenidade, mesmo nas circunstâncias mais delicadas.”

“Art. 7º - O Administrador Hospitalar tem fé na sua missão, autoridade para coordenar os que trabalham na instituição, espírito de decisão e iniciativa, disciplina e energia realizadora para levar o hospital a uma constante renovação, aprimorando sempre mais o seu desempenho.”

“Art. 32 - O Administrador Hospitalar é sempre leal e sincero com seus superiores hierárquicos, mantendo-os informados do que ocorre no hospital e revelando com absoluta transparência os comportamentos sobre os quais está assentada toda a dinâmica hospitalar na área social, assistencial, humana e econômica.”

“Art. 33 - O Administrador Hospitalar desempenha sempre suas tarefas com acerto, rapidez e eficácia.”

Neste código de 1995, a exemplo do que ocorre nas versões anteriores, não se contempla uma visão mais sistêmica da saúde e o fulcro está no

trabalho de administração realizado no hospital que é entendido como o “centro de saúde da comunidade”. Observa-se, desta forma, uma desconsideração das questões relativas à hierarquização da assistência médico-sanitária e um certo descompasso entre a política de saúde definida pela Constituição Federal de 1988 e a redação desta revisão, o que possivelmente justifica não se abarcar dos aspectos da justiça e da equidade e deixar-se de lado a necessidade de considerar a interface com a comunidade e suas necessidades. Apesar de escrito no mesmo ano da última revisão do código do *ACHE*, o código brasileiro apresenta-se mais incompleto e com uma abordagem mais restrita dos deveres éticos do administrador hospitalar, assinalando-se especialmente as questões dos conflitos de interesse e da responsabilidade em relação à comunidade. Enquanto o brasileiro menciona estes pontos em dois artigos, o norte-americano dedica uma seção a cada um destes aspectos. Além disto, o último explicita como deveres do administrador trabalhar para assegurar o acesso da comunidade aos serviços de saúde e participar nos debates a fim de propor soluções com vistas a promover a qualidade de vida da população. De maneira geral, pode-se dizer que a última edição do código brasileiro tenta resgatar alguns aspectos da beneficência e do modelo marcado pelo virtuosismo da redação de 1952. A preocupação com a não maleficência aparece na figura da defesa da vida e merece destaque a promoção da autonomia do paciente que fica patente no entendimento deste como sujeito da organização de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O hospital, no transcurso de sua história, experimenta distintos processos de reorganização. De abrigo para pobres e viajantes, transforma-se em centro de diagnóstico e tratamento de alta tecnologia e polo de desenvolvimento de pesquisas. Isto lhe confere o status de uma das organizações mais complexas da atualidade, pois mescla a nobre missão social de cuidar da saúde das pessoas com traços administrativos e econômicos comuns a outras organizações de negócios.

Esta complexidade torna necessário incluir no corpo profissional dos hospitais o administrador hospitalar. No início, sentindo-se obrigado aos ditames da ética médica, ele reconhece soberania à atividade clínico-assistencial e nela interfere somente para evitar atos maléficis ao paciente. Isto confere uma harmonia entre os profissionais voltados para assistência e os que atuam na administração.

Entretanto, aos poucos vai ocorrendo uma cisão entre estes dois grupos. O administrador entende como sua principal função buscar a viabilidade econômico-financeira e o bom funcionamento do hospital, sentindo a ética como algo que lhe é distante ou afeta somente aos que atuam diretamente na prática clínico-assistencial. Multiplicam-se as práticas administrativas que, deliberadamente, interferem na relação clínica com vistas a atingir os objetivos e as metas organizacionais. Ofusca-se a missão social do hospital e o administrador hospitalar parece não perceber a repercussão, muitas vezes maleficiente, de suas decisões na qualidade da atenção de saúde prestada ao paciente.

Porém, as expectativas sociais quanto ao hospital não mudam. A humanidade, de uma forma ou outra, sempre teve presente que constitui uma obrigação social dar resposta às pessoas que clamam por cuidados de saúde. Assim, reclama-se do hospital uma atitude ética consonante com a vulnerabilidade das pessoas que acorrem a esta instituição, já que elas colocam sob sua guarda e confiança os limiares críticos

e preciosos da vida e da morte. Reivindica-se a consideração da ética nas decisões administrativas em saúde, pois a pessoa conforma o fundamento, o sujeito e o fim de toda atividade sanitária.

Parece claro que o administrador hospitalar deve trabalhar para a sobrevivência do hospital, pois se não for assim, os trabalhadores ficam sem seus empregos e as pessoas sem os serviços de saúde prestados pela instituição. Pode-se afirmar que esta também configura uma de suas obrigações éticas. Entretanto, a viabilidade da organização não pode ser conseguida a qualquer preço; a administração precisa ter sempre presente que o propósito primário do hospital está em cuidar das pessoas, este é seu bem interno, sua razão de ser. Uma vez que o cuidado é afetado pela decisões administrativas, o administrador hospitalar não pode perder de vista a especificidade da administração dos serviços de saúde no exercício de suas atividades e no processo decisório.

Parece patente, desta forma, a interface entre a administração hospitalar e a ética. Mas, desta vez não basta ao administrador hospitalar abrigar-se sob a égide da ética médica. É premente fazer frente ao desafio da construção de uma ética que lhe seja própria. Uma ética que se mostre capaz, através do diálogo, da tolerância, da participação e do manejo adequado de valores, como a honestidade, a sinceridade, a integridade, a coerência pessoal, a humildade e a justiça, de harmonizar a excelência do cuidado com a excelência da organização.

REFERÊNCIAS

1. Almeida MCP, Rocha SMM., org. **O trabalho de enfermagem**. Cortez: São Paulo; 1997. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho; p. 15-26.
2. American College of Healthcare Executives. **Code of ethics**. sl; 1995. Disponível em <URL: <http://www.ache.org/code.html>> [1999 Jan 17]
3. American College of Hospital Administration, American Hospital Association. **Code of Ethics**, 1957; sl.
4. Anderson RJ. The ethical basis for the physician-patient relationship: covenants or contracts?. **Front Health Serv Manage**. 1996; 13 Suppl 2: 40-45.
5. [Anonymous]. Administrative ethics in the 1990s: CEOs confront payment, access dilemmas. **Hospitals**. 1992; january: 20-28.
6. Antunes JLF. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.
7. Associação Brasileira de Medicina de Grupo **Sistema de Assistência Médica Supletiva**. sl; 1999. Disponível em <URL: <http://www.abramge.com.br>> [1999 Jan]
8. Appley LA. **Values in management**. Westport: American Management Association; 1969.
9. Badaracco Junior JL, Ellsworth RR. **El liderazgo y la lucha por la integridad: el porqué de una gestión ética**. Trad. De JC Nannetti. Bogotá: Norma; 1996.
10. Bayley C. Hospital: contemporary ethical problems. In: Reich WT, org. **Bioethics Enciclopedya**. 2ª ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library, 1995.
11. Beauchamp TL, Childress JF. **Principios de ética biomédica**. 4ªed. Trad. de TG García-Miguel, FJJ Gutiérrez, LF Grande. Barcelona: Masson, 1999.
12. Bellin LE, Weeks LE. **The challenge of administering health services: carrer pathways**. Washington: Aupha; 1981.
13. Bernardo J. **Ética de los negocios**. Buenos Aires: Macchi; 1993.

14. Blanchard K e Peale NV. **O poder da administração ética**. Trad. de R Jungmann. São Paulo: Record; 1994.
15. Bloche MG. *Managed care*, medical privacy, and the paradigm of consent. **Kennedy Institute of Ethics Journal**. 1997; 7: 381-386.
16. Bonelli MG. Origem social, trajetória de vida, influências intelectuais, carreira e contribuições sociológicas de Eliot Freidson. In: Freidson E. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política**. Trad. de CM Paciornik. São Paulo: Edusp; 1998.
17. Brown MT. **La ética en la empresa: estratégias para la toma de decisiones**. Trad. de J Piatigorsky. Barcelona: Paidós; 1992.
18. Brown MT. **Ética nos negócios**. Trad. de FD Steffen. São Paulo: Makron Books; 1993.
19. Bulger RJ, Cassel CK. Health-care institutions. In: Reich WT, org. **Bioethics Enciclopedia**. 2ª ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library, 1995.
20. Buss PM. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: Buss PM, Labra ME, org. **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz; 1995. p. 61-101.
21. Canadian College of Health Service Executives. **Standards of ethical conduct for health service executives**. [snt] Disponível em <URL: <http://www.cchse.org/STANDENG.HTM>> [1999 Jan 22]
22. Chanlat JF. A caminho de uma nova ética da relações nas organizações. **RAE**. 1992; 32: 68-73.
23. Chanlat A e Bédard R. Palavras: a ferramenta do executivo. In: Chanlat JF coord. **O indivíduo na organização**. Trad. de MT Gomes. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1996. p. 125 - 148. 3 v.
24. Chen YSA, Sawyers RB, Williams PF. O novo caminho para a ética. **HSM Management** 1998; 11: 36-40.
25. Cherubin NA. O hospital moderno e o administrador hospitalar. **O mundo da saúde**. 1978; 5: 3-8.
26. Cherubin NA. A administração hospitalar nos 20 anos de “O Mundo da Saúde”. **O mundo da saúde**. 1996; 20: 389 - 392.
27. Chiavenato I. **Administração: teoria, processo e prática**. 2ª ed. São Paulo: Makron Books; 1994.

28. Childress J. Conscience and conscientious actions in the context of MCOs? **Kennedy Institute of Ethics Journal**. 1997; 7: 403-411.
29. Cohn A, Elias PE. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez/CEDEC; 1996.
30. Cortese C, Fedrigotti, A. **Ética infermerística: sviluppo morale e professionalità**. Milano: Soborna; 1985.
31. Conde J. La responsabilidad de la administración y de los profesionales en la práctica médica. In: **Actas de la Jornada La responsabilidad de los médicos y centros hospitalarios frente a los usuarios de la sanidad pública y privada**; 1993 out. 18; Madrid, Espanha. Madrid: Doce Calles; 1994. p. 12-24.
32. Conselho Federal de Educação. Resolução nº 18, de 12.07.73. **Documenta**. Brasília: (152): 419.
33. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 172, de 15.06.94: normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde
34. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.215/85, de 11.07.85.
35. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.441, de 12.08.94: dispõe sobre o reconhecimento das especialidades médicas pelo Conselho Federal de Medicina, para registro de qualificação de especialistas.
36. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10.10.96: dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
37. Cormier M. L'informatisation des archives médicales hospitalières. **RD sanit. Soc.** 1994; 30: 456-465.
38. Cortina A. **Ética sin moral**. 3ª ed. Madrid: Tecnos, 1995.
39. Cortina A, Conill J, Domingo-Moratalla A, García-Marzá VD. **Ética de la empresa**. 2ª ed. Madrid: Trotta; 1996.
40. Cortina A. Etica de las profesiones. In: Arroyo-Gordo MDP, coord. **Ética y legislación en enfermería: análisis sobre la responsabilidad profesional**. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana; 1997. p. 51-58.
41. Darr K. Administrative ethics and the health services manager. **Hospital & health services administration**. 1984; 29: 120-136.

42. Darr K. Patient-centered ethics for health services managers. **JHHRA**. 1993; 16: 197-216.
43. Darr K. The social responsibility of hospitals. **Hosp Top**. 1997; 75 (1): 4-7.
44. De Almeida JLT, Schramm FR. Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics, and the rise of bioethics. **Cad. Saúde Pública**. 1999; 15 (Suppl 1): 15-25.
45. De George RT. The moral responsibility of the hospital. **Journal of Medicine and Philosophy**. 1982; 7: 87-100.
46. De Siqueira, JE. O princípio da justiça. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, coord. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 71-80.
47. Dos Anjos MF. Bioética: abrangência e dinamismo. **O mundo da saúde**. 1997; 21: 4 - 12.
48. Drucker P. **Prática de administração de empresas**. Trad. de JA Fortes. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura; 1970. 2 v.
49. Drucker P. **Administração: responsabilidades, tarefas e práticas**. Trad. de CA Malferrari. São Paulo: Pioneira; 1975. 2 v.
50. Drucker P. **A nova era da administração**. Trad. de FRN Pellegrini. 3ª ed. São Paulo: Pioneira; 1989.
51. Drucker P. **Administrando para o futuro**. Trad. de N Montingelli Jr. 5ª ed. São Paulo: Pioneira; 1996.
52. Durant G. **A bioética: natureza, princípios e objetivos**. Trad. de PFA Netto. São Paulo: Paulus; 1995.
53. Etkin JR. **La doble moral de las organizaciones. Los sistemas perversos y la corrupción institucionalizada**. Madrid: McGraw-Hill; 1993.
54. Falgetano Sobrinho L. Ética aspectos legais e institucionais. **Revista Paulista de Hospitais**. 38:74-80, 1990.
55. Faden R. *Managed care* and informed consent. **Kennedy Institute of Ethics Journal**. 1997; 7: 377-379.
56. Flower J. A conversation with Peter Drucker, part 1. Being effective: the secret is concentration of the very resources you have where you can make a difference. **Healthc Forum J**. 1991a; 34 (3): 52-57.

57. Flower J. A conversation with Peter Drucker, part 2. It's late in the day: some thoughts on the future of healthcare. **Healthc Forum J.** 1991b; 34 (4): 58-62.
58. Fortes PAC. Responsabilidade ética do administrador de saúde. **AdSaúde Jornal** 1994; (2):2.
59. Fortes PAC. Ética, cidadania e busca na qualidade na administração dos serviços de saúde. **Saúde em Debate.** 1996; (49/50): 48-52.
60. Fortes PAC. **Ética e saúde.** São Paulo: EPU; 1998. L
61. Freidson E. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política.** Trad. de CM Paciornik. São Paulo: Edusp; 1998.
62. Furlan M. **Etica professionale per infermieri.** Padova: Piccin; 1985.
63. Gómez R. **Ética empresarial: teoria e casos.** [snt]
64. Gonçalves EL, coord. **O Hospital e a visão administrativa contemporânea.** São Paulo: Pioneira; 1983.
65. Gorricho JA. Reflexiones Conceptuales sobre la gestión en el hospital. In: **Ponencias y Conferencias del 5º Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y 8ª Jornadas de la Escuela Andaluza de Salud Pública;** 1993; oct 27-30; Granada, Espanha. Granada: SESPAS; s.d. p. 219-230.
66. Garcia S, Shimon D. **La Dirección por Valores (Dp V). El cambio más allá de la dirección por objetivos.** Madrid: MacGraw-Hill; 1996.
67. Gracia D. **Fundamentos de Bioética.** Madrid: Eudema; 1989.
68. Gracia D. **Ejercicio de la medicina y gestión de la salud. Problemas éticos de la gestión sanitaria.** [snt] [apostila do Ciclo de Bioética Clínica do I Magister en Bioética da Universidade do Chile e do Programa Regional de Bioética para a América Latina e Caribe OPAS/OMS]
69. Gracia D. **Fundamentación y enseñanza de la bioética.** El Buho: Santa Fé de Bogotá; 1998a.
70. Gracia D. **Profesión médica, investigación y justicia sanitaria.** El Buho: Santa Fé de Bogotá; 1998b.
71. Herranz G. El hospital como organismo ético. **Vida Médica.** 1994; 46(4): 18-28.

72. Kipper DJ, Clotet J. Princípios da beneficência e não maleficência. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, coord. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 37-52.
73. Kisil M. **Educação para a administração de serviços de saúde na América Latina: a busca de um paradigma**. São Paulo; 1989. [Tese de Livre-Docência – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]
74. Lawrence OG. Personal privacy in the health care system: employer-sponsored insurance, managed care, and integrated delivery systems. **Kennedy Institute of Ethics Journal**. 1997; 7: 361-376.
75. Lemieux-Charles L, Meslin EM, Aird C, Baker R, Leatt P. Ethical issues faced by clinician/managers in resource-allocation decisions. **Hospital & Health Services Administration**. 1993; 38: 267-285.
76. Lévy E, Bungener M, Duménil G, Lafarge H. **Introduction à la gestion hospitalière**. Paris: Dumod; 1981.
77. Lima-Gonçalves E, Aché CA. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **RAE**. 1999; 39: 84-97.
78. Lidz CW, Appelbaum PS, Meisel JD. Two models of implementing informed consent. **Arch. Intern. Med**. 1988; 148: 1385-1389.
79. Llano C. **El empresario y su acción**. México: McGraw-Hill; 1990.
80. Lodovici J. As responsabilidades do administrador na organização administrativa do hospital. **HAES**. s.d.; 44: 40-42 e 136.
81. Losada C. **Las especificidades de la función directiva pública**. Madrid; 1997 [Documentação administrativa utilizada em discussões profissionais e didáticas – Instituto de Administración Pública de Madrid]
82. McCullough LB. A basic concept in the clinical ethics of managed care: physicians and institutions as economically disciplined moral co-fiduciaries of populations of patients. **Journal of Medicine and Philosophy**. 1999; 24: 77-97.
83. McDaniel C. Organizational culture and ethics work satisfaction. **JONA**. 1995; 25 (11): 15-21.
84. McNeill PM, Walters JD, Webster IW. Ethical issues in australian hospitals. **Med J Aust**. 1994; 160: 63-65.
85. Malagón-Londoño G, Galán-Morera R, Pontón-Laverde G. **Administración hospitalaria**. Bogotá: Médica Internacional; 1996.

86. Mansheim BJ. What care should be covered? **Kennedy Institute of Ethics Journal**. 1997; 7: 413-419.
87. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV, org. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco; 1995. p. 19-92.
88. Mendes EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.
89. Menzel PT. **Strong Medicine**. New York: Oxford; 1990.
90. Merhy EE. **O capitalismo e a saúde pública**. 2ª ed. São Paulo: Papyrus; 1987
91. Merhy EE. **Saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec; 1992.
92. Mota PR. **Gestão contemporânea: a arte e a ciência de ser dirigente**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1995.
93. Munaro JS, Mezzomo AA. **Códigos de Ética dos Profissionais da Saúde**. São Paulo: CEDAS; sd
94. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, coord. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 53-70.
95. Nash LL. **Ética nas empresas: boas intenções à parte**. Trad. de KA Roque. São Paulo: Makron Books; 1993.
96. Oglesby Junior K. Ethics and hospital administration. **Hospital & Health Services Administration**. 1985; 30(5): 29-43.
97. Olson L. Ethical climate in health care organizations. **Int. Nurs. Rev.** 1995; 42: 85-95.
98. Ortiz-Ibarz J. **La hora de la ética empresarial**. Madrid: McGraw-Hill; 1995.
99. Ozar DT. Profession and professional ethics. In: Reich WT, org. **Bioethics Encyclopedia**. 2ª ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library, 1995.
100. Paganini JM, Novaes HM. **El hospital público: tendencias y perspectivas**. Washington, D.C.: OPS; 1994.
101. Paterno D, Bassani AA, organizadores. **Códigos de ética dos profissionais da saúde**. São Paulo: Cedas; 1997.

102. Pellegrino ED. Managed care at the bedside: how do we look in the moral mirror? **Kennedy Institute of Ethics Journal**. 1997; 7: 321-330.
103. Peters TJ, Waterman RH. **In search of excellence. Lessons from America's best-run companies**. New York: Warner; 1984.
104. Pessini L, De Barchifontaine CP. **Problemas atuais de Bioética**. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 1997.
105. Pessini L, De Barchifontaine CP. Bioética: do princípalismo à busca de uma perspectiva latino-americana. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, coord. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 81-98.
106. Pierce GAH. The american college of healthcare executives' commitment to ethical conduct. **Front Health Serv Manage**. 1996; 13 Suppl 2: 5-34.
107. Pinho RR, Nascimento AM. **Instituições de direito público e privado. Introdução ao estudo de direito. Noções de ética profissional**. 20ª ed. São Paulo: Atlas; 1997.
108. Powers M. Managed care: how economic incentive reforms went wrong. **Kennedy Institute of Ethics Journal**. 1997; 7: 353-360.
109. Reich WT, org. **Bioethics Enciclopedia**. 2ª ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library, 1995. Introduction.
110. Ribeiro HP. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.
111. Risse GB. Hospital: modern history. In: Reich WT, org. **Bioethics Enciclopedia**. 2ª ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library, 1995.
112. Rodwin MA. **Medicine, Money, and Morals: physicians' conflicts of interest**. New York: Oxford; 1993.
113. Sala P. Discurso de Clausura. In: **Actas de la Jornada La responsabilidad de los médicos y centros hospitalarios frente a los usuarios de la sanidad pública y privada**; 1993 out. 18; Madrid, Espanha. Madrid: Doce Calles; 1994. p. 180-186.
114. Savater F. **La dimensión ética de la empresa**. Santafé de Bogotá: Siglo del Hombre Editores/Fundación Social; 1998. (Conversaciones)
115. Scherrer V. **En la jungla de los negocios: por una moral de la empresa**. Trad. de ECT Isoard. México: Grijalbo; 1991.
116. Schulz R, Johnson AC. **Administração de hospitais**. São Paulo: Pioneira; 1979.

117. Schwartz J. State regulation of *managed care*: fragments of reform **Kennedy Institute of Ethics Journal**. 1997; 7: 345-351.
118. Schramm FR. A autonomia difícil. **Bioética**. 1998; 6: 27-37.
119. Seiden DJ. Ethics for hospital administrators. **Hospital & Health Services Administration**. 1983; 28: 81-89.
120. Sharpe VA. The politics, economics and ethics of appropriateness **Kennedy Institute of Ethics Journal**. 1997; 7: 337-343.
121. Siliceo A. **Líderes para el siglo XXI**. México: McGraw-Hill; 1997.
122. Simón P, Concheiro L. El consentimiento informado: de la historia de la decisiones judiciales a la fundamentación ética. **Jano**. 1995; 43(1117): 41-54.
123. Spece Junior RG, Shimm DS, Buchanan AE, editores. **Conflicts of interest in Clinical Practice and Research**. New York: Oxford; 1996.
124. Spinsanti S. **Ética biomédica**. Trad. de B Lemos. São Paulo: Paulinas, 1990.
125. Srour RH. **Poder, cultura e ética nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus; 1998. A ética nas organizações; p. 269-323.
126. Stobo J. Who should managed care? The case for providers. **Kennedy Institute of Ethics Journal**. 1997; 7: 387-389.
127. Symposium. **Saúde e administração hospitalar em debate**. São Paulo; 1998. [encarte da programação de congressos 1998].
128. Telarolli Júnior R. **Poder e saúde: as epidemias e as formação dos serviços de saúde em São Paulo**. São Paulo: UNESP; 1996.
129. The Joint Commission to Accreditation of Healthcare Organizations. **Manual de Acreditación para Hospitales 1996**. Barcelona, Fundação Avedis Donabedian/SG Editores, 1995.
130. Thomasma DC. Promisekeeping: an institutional ethos for healthcare today. **Front Health Serv Manage**. 1996; 13 Suppl 2: 5-34.
131. Toffler BL. **Ética no trabalho**. Trad. de MCC Saliola. São Paulo: Makkrón; 1993.
132. Veatch R. Introduction. **Kennedy Institute of Ethics Journal**. 1997a; 7: vii-x.

133. Veatch R. Who should manage care? The case for patients. **Kennedy Institute of Ethics Journal**. 1997b; 7: 391-401.
134. Wall A, Cole A. Health management guide: ethics and probity. **Health Serv J**. 1995; 105 (Suppl 1): 1-12.
135. Wildes KW. Institutional identity, integrity, and conscience. **Kennedy Institute of Ethics Journal**. 1997; 7: 331-336.
136. Winslade WJ. Confidentiality In: Reich WT, org. **Bioethics Enciclopedia**. 2^a ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library, 1995.

ANEXOS

ANEXO 1

Domingo, 25 de janeiro de 1998 O Estado de S.Paulo

CLASSIFICADOS EMPREGOS 1

12 caderno Ce1

**INTERNATIONAL "DYNAMIC" COMPANY
is seeking for a**

**Customer Service
Manager (01)**

Excellent verbal, written and comprehensive skills in English essential. University education. Experience in motivating and managing a team which will give personal and telephonic customer service, with good administrative skills to be able to handle large volumes of information. Excellent ability to communicate at all levels and work under pressure. PC knowledge a must (windows).
Under the code DINAMIC/CSS/97.

**Ethics And
Business
Practices
Supervisor (01)**

Excellent verbal, written and comprehensive skills in English essential. University education. Experience in motivating and supervising with strong research, problem-solving and conflict resolution skills, being self-motivated with good administrative skills and attention to detail and follow-up. Excellent ability to communicate at all levels and work under pressure. PC knowledge a must (windows).
Under the code ETHICS/CSS/98.

**Customer Service
Representative (01)**

Good verbal, written and comprehensive skills in English. Experience in personal and telephonic customer service and ability to work effectively as a team. Good administrative skills with ability to communicate at all levels and work under pressure with flexible hours. Good typing skills and PC knowledge needed (windows). University education is a plus.
Under the code CUSTOMER/CSS/98.

Send your résumé in English, under the specific code to P.O. Box 421
CEP 01059-970 - São Paulo - SP.

CHAMADA PARA TRABALHOS

I CONGRESSO DE NEGÓCIOS, ECONOMIA E ÉTICA NA AMÉRICA LATINA

Ética: condições e perspectivas de desenvolvimento na América Latina

São Paulo, Brasil - 27 a 30 de Julho de 1998

Organizado por::

CENE - Centro de Estudos de Ética nas Organizações, Fundação Getúlio Vargas - São Paulo
CIANET - Centro Interativo de Administração, Negócios, Educação e Telemática - São Paulo

O Congresso visa criar um fórum para a discussão dos mais importantes tópicos de Ética relacionados a Negócios e Economia em todos os países latino-americanos. Faz-se necessário reunir esforços e lançar propostas efetivas no que diz respeito à Ética em Economia, Política, Organizações, Educação e Sociedade.

Serão aceitas contribuições de acadêmicos - estudantes, professores, pesquisadores - assim como empresários, administradores públicos, profissionais de empresas e políticos de todo o mundo, desde que os trabalhos, casos e painéis estejam diretamente ligados com a América Latina. Espanhol e português serão os idiomas oficiais, mas o inglês também será aceito (tradução simultânea para o inglês nas principais apresentações e nas sessões plenárias).

Mesmo que poucas pessoas tenham tratado seriamente a Ética na maior parte dos países latino-americanos, uma discussão conjunta tornou-se necessária e urgente. Muitas questões têm sido comuns à maioria dessas nações. Alguns tópicos são sugeridos, mas outras idéias serão bem-vindas.

Economia e Política

- . Supremacia do Hemisfério Norte
- . Lobbies e concessões
- . Contribuição das empresas aos partidos políticos
- . Economia informal
- . Corrupção
- . Terceiro Setor
- . Ética e inflação
- . Ética e desenvolvimento econômico
- . Ética e política
- . Ética e eficiência/competitividade
- . Crise do emprego e deterioração ética

Economia e Organizações

- . Ética na relação inter/entre blocos regionais
- . Internacionalização das empresas
- . Natureza e forma de privatização
- . Empresas familiares
- . ONGs
- . Sonegação fiscal

Educação e Sociedade

- . Ensino de Ética
- . Democratização do ensino
- . Pesquisa em Ética
- . Formação e demanda por Ética em questões profissionais
- . Emergência da sociedade civil (ONGs)
- . Emergência econômica

Prazos:

15 de Dezembro de 1997: Entrega de um resumo com no máximo 500 palavras do trabalho ou caso proposto.

30 de Janeiro de 1998: Confirmação da aceitação do resumo.

16 de Março de 1998: Entrega dos trabalhos ou casos completos.

16 de Maio de 1998: Confirmação dos trabalhos e casos a serem apresentados no Congresso, incluindo os Anais.

ALENE (LABEN - Latin American Business Ethics Network)

Esta será também uma boa oportunidade para se consolidar a ALENE - Aliança Latino-americana de Ética nos Negócios, idealizada em Julho de 1996, durante o I Congresso Mundial da ISBEE (*International Society of Business, Economics and Ethics*) em Tóquio, Japão.

Informações sobre a ALENE e o Congresso:

Dra. M. Cecilia Arruda
Organizadora do Congresso - Coordenadora do CENE/EAESP/FGV
Avenida 9 de Julho, 2029 - S.1107
01313-902 São Paulo, SP - Brasil
Tel.: 55-11-281-7749
Fax: 55-11-284-1789
E-mail: cene@eaesp.fgvsp.br

ANEXO 3

NORMAS ÉTICAS DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE HOSPITAIS

CÓDIGO DE ÉTICA HOSPITALAR DE 1941*

A) Em virtude de sua posição de diretor do Hospital e representante do Conselho Administrativo, você tem a obrigação de fazer observar todos os princípios estabelecidos.

B) Deve administrar o Hospital de forma que os seus objetivos sejam cumpridos com eficiência, economia e satisfação, ao mesmo tempo conquistando a confiança e a simpatia da comunidade.

C) As relações do Administrador Hospitalar para os doentes e sua família devem ser agradáveis e corteses, não impedindo que sejam firmes na sua atuação.

D) O Administrador Hospitalar tem que respeitar o segredo profissional e zelar para que todos os demais funcionários do hospital também o respeitem.

E) O Administrador Hospitalar tem que atender toda e qualquer reclamação dos doentes tomando todas as providências que julgar justas, relacionadas com conforto e cuidados gerais que lhe são devidos.

* Segundo tradução constante em Falgetano Sobrinho L. Ética aspectos legais e institucionais. **Revista Paulista de Hospitais**. 38:74-80, 1990.

F) Deve proteger o doente contra todo incômodo, tais como barulhos, visitas desagradáveis ou outros quaisquer fatores. Deve proporcionar-lhes oportunidades para observar seus preceitos religiosos.

G) Sendo o órgão executivo da política ditada pelo Conselho Administrativo deve colaborar com ele, evitando parcialidade e revelações de assuntos confidenciais.

H) Suas relações com o corpo clínico devem ser de simpatia, compreensão e auxílio mútuo, não intervindo nas funções do corpo clínico e suas comissões, mas, se as necessidades o exigirem, devem agir com decisão e firmeza, para assegurar o bem-estar do doente e a boa reputação do Hospital.

I) Em suas relações com pessoal, deve tratá-lo com consideração, imparcialidade e tolerância.

J) Em suas relações com visitas tem que ser amável, evitando revelar-lhes fatos que estejam incluídos no segredo profissional.

L) Deve cultivar boas relações públicas, pessoalmente, pela imprensa ou pelo rádio, sem que isso prejudique suas obrigações administrativas e antes beneficie a boa reputação do estabelecimento que dirige.

M) Deve ter boas relações comerciais abstendo-se, porém, de qualquer compromisso pessoal com elas.

N) Deve manter espírito de cooperação com os outros administradores de outros hospitais de bom nome.

ANEXO 4

AMERICAN COLLEGE OF HEALTH CARE EXECUTIVES CODE OF ETHICS[†]

As amended by the Council of Regents at its annual meeting on August 22, 1995.

Preface

The Code of Ethics is administered by the Ethics Committee, which is appointed by the Board of Governors upon nomination by the Chairman. It is composed of at least nine Fellows of the College, each of whom serves a three-year term on a staggered basis, with three members retiring each year.

The Ethics Committee shall:

- *Review and evaluate annually the Code of Ethics, and make any necessary recommendations for updating the Code.*
- *Review and recommend action to the Board of Governors on allegations brought forth regarding breaches of the Code of Ethics.*
- *Develop ethical policy statements to serve as guidelines of ethical conduct for healthcare executives and their professional relationships.*
- *Prepare an annual report of observations, accomplishments, and recommendations to the Board of Governors, and such other periodic reports as required.*

[†] American College of Healthcare Executives. *Code of ethics*. sl; 1995. Disponível em <URL: <http://www.ache.org/code.html>> [1999 Jan 17]

The Ethics Committee invokes the Code of Ethics under authority of the ACHE Bylaws, Article II, Membership, Section 6, Resignation and Termination of Membership; Transfer to Inactive Status, subsection (b), as follows:

Membership may be terminated or rendered inactive by action of the Board of Governors as a result of violation of the Code of Ethics; nonconformity with the Bylaws or Regulations Governing Admission, Advancement, Recertification, and Reappointment; conviction of a felony; or conviction of a crime of moral turpitude or a crime relating to the healthcare management profession. No such termination of membership or imposition of inactive status shall be effected without affording a reasonable opportunity for the member to consider the charges and to appear in his or her own defense before the Board of Governors or its designated hearing committee, as outlined in the "Grievance Procedure," Appendix I of the College's Code of Ethics.

Preamble

The purpose of the Code of Ethics of the American College of Healthcare Executives is to serve as a guide to conduct for members. It contains standards of ethical behavior for healthcare executives in their professional relationships. These relationships include members of the healthcare executive's organization and other organizations. Also included are patients or others served, colleagues, the community and society as a whole. The Code of Ethics also incorporates standards of ethical behavior governing personal behavior, particularly when that conduct directly relates to the role and identity of the healthcare executive.

The fundamental objectives of the healthcare management profession are to enhance overall quality of life, dignity and well-being of every

individual needing healthcare services; and to create a more equitable, accessible, effective and efficient healthcare system.

Healthcare executives have an obligation to act in ways that will merit the trust, confidence and respect of healthcare professionals and the general public. Therefore, healthcare executives should lead lives that embody an exemplary system of values and ethics.

In fulfilling their commitments and obligations to patients or others served, healthcare executives function as moral advocates. Since every management decision affects the health and well-being of both individuals and communities, healthcare executives must carefully evaluate the possible outcomes of their decisions. In organizations that deliver healthcare services, they must work to safeguard and foster the rights, interests and prerogatives of patients or others served. The role of moral advocate requires that healthcare executives speak out and take actions necessary to promote such rights, interests and prerogatives if they are threatened.

I. The Healthcare Executive's Responsibilities to the Profession of Healthcare Management

The healthcare executive shall:

- A. Uphold the values, ethics and mission of the healthcare management profession;*
- B. Conduct all personal and professional activities with honesty, integrity, respect, fairness and good faith in a manner that will reflect well upon the profession;*
- C. Comply with all laws pertaining to healthcare management in the jurisdictions in which the healthcare executive is located, or conducts professional activities;*

- D. Maintain competence and proficiency in healthcare management by implementing a personal program of assessment and continuing professional education;*
- E. Avoid the exploitation of professional relationships for personal gain;*
- F. Use this Code to further the interests of the profession and not for selfish reasons;*
- G. Respect professional confidences;*
- H. Enhance the dignity and image of the healthcare management profession through positive public information programs; and*
- I. Refrain from participating in any activity that demeans the credibility and dignity of the healthcare management profession.*

II. The Healthcare Executive's Responsibilities to Patients or Others Served, to the Organization and to Employees

A. Responsibilities to Patients or Others Served

The healthcare executive shall, within the scope of his or her authority:

- 1. Work to ensure the existence of a process to evaluate the quality of care or service rendered;*
- 2. Avoid practicing or facilitating discrimination and institute safeguards to prevent discriminatory organizational practices;*
- 3. Work to ensure the existence of a process that will advise patients or others served of the rights, opportunities, responsibilities, and risks regarding available healthcare services;*
- 4. Work to provide a process that ensures the autonomy and self-determination of patients or others served; and*
- 5. Work to ensure the existence of procedures that will safeguard the confidentiality and privacy of patients or others served.*

B. Responsibilities to the Organization

The healthcare executive shall, within the scope of his or her authority:

- 1. Provide healthcare services consistent with available resources and work to ensure the existence of a resource allocation process that considers ethical ramifications;*
- 2. Conduct both competitive and cooperative activities in ways that improve community healthcare services;*
- 3. Lead the organization in the use and improvement of standards of management and sound business practices;*
- 4. Respect the customs and practices of patients or others served, consistent with the organization's philosophy; and*
- 5. Be truthful in all forms of professional and organizational communication, and avoid disseminating information that is false, misleading, or deceptive.*

C. Responsibilities to Employees

Healthcare executives have an ethical and professional obligation to employees of the organizations they manage that encompass but are not limited to:

- 1. Working to create a working environment conducive for underscoring employee ethical conduct and behavior;*
- 2. Working to ensure that individuals may freely express ethical concerns and providing mechanisms for discussing and addressing such concerns;*
- 3. Working to ensure a working environment that is free from harassment, sexual and other; coercion fo any kind, especially to perform illegal or unethical acts; and discrimination on the basis of race, creed, color, sex, ethnic origin, age, or disability;*

4. *Working to ensure a working environment that is conducive to proper utilization of employees' skills and abilities;*
5. *Paying particular attention to the employee's work environment and job safety; and*
6. *Working to establish appropriate grievance and appeals mechanisms.*

III. Conflicts of Interest

A conflict of interest may be only a matter of degree, but exists when the healthcare executive:

- A. *Acts to benefit directly or indirectly by using authority or inside information, or allows a friend, relative or associate to benefit from such authority or information.*
- B. *Uses authority or information to make a decision to intentionally affect the organization in an adverse manner.*

The healthcare executive shall:

- A. *Conduct all personal and professional relationships in such a way that all those affected are assured that management decisions are made in the best interests of the organization and the individuals served by it;*
- B. *Disclose to the appropriate authority any direct or indirect financial or personal interests that pose potential or actual conflicts of interest;*
- C. *Accept no gifts or benefits offered with the express or implied expectation of influencing a management decision; and*
- D. *Inform the appropriate authority and other involved parties of potential or actual conflicts of interest related to appointments or*

elections to boards or committees inside or outside the healthcare executive's organization.

IV. The Healthcare Executive's Responsibilities to Community and Society

The healthcare executive shall:

- A. Work to identify and meet the healthcare needs of the community;*
- B. Work to ensure that all people have reasonable access to healthcare services;*
- C. Participate in public dialogue on healthcare policy issues and advocate solutions that will improve health status and promote quality healthcare;*
- D. Consider the short-term and long-term impact of management decisions on both the community and on society; and*
- E. Provide prospective consumers with adequate and accurate information, enabling them to make enlightened judgments and decisions regarding services.*

V. The Healthcare Executive's Responsibility to Report Violations of the Code

A member of the College who has reasonable grounds to believe that another member has violated this Code has a duty to communicate such facts to the Ethics Committee.

Appendix I

American College of Healthcare Executives Grievance Procedure

1. In order to be processed by the College, a complaint must be filed in writing to the Ethics Committee of the College within three years of the date of discovery of the alleged violation; and the Committee has the responsibility to look into incidents brought to its attention regardless of the informality of the information, provided the information can be documented or supported or may be a matter of public record. The three-year period within which a complaint must be filed shall temporarily cease to run during intervals when the accused member is in inactive status, or when the accused member resigns from the College.

2. The Committee chairman initially will determine whether the complaint falls within the purview of the Ethics Committee and whether immediate investigation is necessary. However, all letters of complaint that are filed with the Ethics Committee will appear on the agenda of the next committee meeting. The Ethics Committee shall have the final discretion to determine whether a complaint falls within the purview of the Ethics Committee.

3. If a grievance proceeding is initiated by the Ethics Committee:

a. Specifics of the complaint will be sent to the respondent by certified mail. In such mailing, committee staff will inform the respondent that the grievance proceeding has been initiated, and that the respondent may respond directly to the Ethics Committee; the respondent also will be asked to cooperate with the Regent investigating the complaint.

b. The Ethics Committee shall refer the matter to the appropriate Regent who is deemed best able to investigate the alleged infraction. The Regent shall make inquiry into the matter, and in the process the respondent shall be given an opportunity to be heard.

c. Upon completion of the inquiry, the Regent shall present a complete report and recommended disposition of the matter in writing to the Ethics Committee. Absent unusual circumstances, the Regent is expected to complete his or her report and recommended disposition, and provide them to the Committee, within 60 days.

4. Upon the Committee's receipt of the Regent's report and recommended disposition, the Committee shall review them and make its written recommendation to the Board of Governors as to what action shall be taken and the reason or reasons therefor. A copy of the Committee's recommended decision along with the Regent's report and recommended disposition to the Board will be mailed to the respondent by certified mail. In such mailing, the respondent will be notified that within 30 days after his or her receipt of the Ethics Committee's recommended decision, the respondent may file a written appeal of the recommended decision with the Board of Governors.

5. Any written appeal submitted by the respondent must be received by the Board of Governors within 30 days after the recommended decision of the Ethics Committee is received by the respondent. The Board of Governors shall not take action on the Ethics Committee's recommended decision until the 30-day appeal period has elapsed. If no appeal to the Board of Governors is filed in a timely fashion, the Board shall review the recommended decision and determine action to be taken.

6. If an appeal to the Board of Governors is timely filed, the College Chairman shall appoint an ad hoc committee consisting of three Fellows to hear the matter. At least 30 days' notice of the formation of this committee, and of the hearing date, time and place, with an opportunity for representation, shall be mailed to the respondent. Reasonable requests for postponement shall be given consideration.

7. *This ad hoc committee shall give the respondent adequate opportunity to present his or her case at the hearing, including the opportunity to submit a written statement and other documents deemed relevant by the respondent, and to be represented if so desired. Within a reasonable period of time following the hearing, the ad hoc committee shall write a detailed report with recommendations to the Board of Governors.*

8. *The Board of Governors shall decide what action to take after reviewing the report of the ad hoc committee. The Board shall provide the respondent with a copy of its decision. The decision of the Board of Governors shall be final. The Board of Governors shall have the authority to accept or reject any of the findings or recommended decisions of the Regent, the Ethics Committee or the ad hoc committee, and to order whatever level of discipline it feels is justified.*

9. *At each level of the grievance proceeding, the Board of Governors shall have the sole discretion to notify or contact the complainant relating to the grievance proceeding; provided, however, that the complainant shall be notified as to whether the complaint was reviewed by the Ethics Committee and whether the Ethics Committee or the Board of Governors has taken final action with respect to the complaint.*

10. *No individual shall serve on the ad hoc committee described above, or otherwise participate in these grievance proceedings on behalf of the College, if he or she is in direct economic competition with the respondent or otherwise has a financial conflict of interest in the matter, unless such conflict is disclosed to and waived in writing by the respondent.*

11. *All information obtained, reviewed, discussed and otherwise used or developed in a grievance proceeding that is not otherwise publicly known, publicly available, or part of the public domain is considered to be privileged*

and strictly confidential information of the College, and is not to be disclosed to anyone outside of the grievance proceeding except as determined by the Board of Governors or as required by law; provided, however, that an individual's membership status is not confidential and may be made available to the public upon request.

Appendix II

Ethics Committee Action

Once the grievance proceeding has been initiated, the Ethics Committee may take any of the following actions based upon its findings:

- 1. Determine the grievance complaint to be invalid.*
- 2. Dismiss the grievance complaint.*
- 3. Recommend censure.*
- 4. Recommend transfer to inactive status for a specified minimum period of time.*
- 5. Recommend expulsion.*

Appendices I and II, entitled "American College of Healthcare Executives Grievance Procedure" and "Ethics Committee Action," respectively, are a material part of this Code of Ethics and are incorporated herein by reference.

ANEXO 5

CÓDIGO DE ÉTICA DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR[‡]

09/07/52 – MALCOLM T. MACEACHERN

A) Você não deve pretender administrar um hospital a menos que esteja interessado em ajudar as pessoas que estão doentes, a recuperar a saúde.

B) Você deve possuir qualidades especiais, de caráter, personalidade e adaptabilidade e ser dotado do ideal de servir da melhor maneira à humanidade sofredora dos males causados pela doença.

C) Você deve conhecer profundamente a natureza humana, para poder compreender os servidores do hospital, seus subordinados, bem como os médicos, os pacientes e todos que entram em contato com você.

D) Você deve se caracterizar pela paciência, tolerância, energia, entusiasmo, sempre deliberar prudentemente e julgar honestamente seu trabalho.

E) Você nunca deve se esquecer de que está lidando com a vida humana, em todas as suas fases e vicissitudes físicas e mentais, com a dor e o sofrimento, a tristeza e o desgosto, com corpos dilacerados, com os desesperados, e inconsoláveis que enfrentam a morte ou a doença, que se arrasta sem alívio com angústia e dor. Você deve adaptar-se perfeita e compreensivamente a cada situação.

F) Você deve ser leal e sincero com seus superiores, desempenhando-se de suas tarefas com acerto, rapidez e eficiência.

[‡] Falgetano Sobrinho L. Ética aspectos legais e institucionais. *Revista Paulista de Hospitais*. 38:74-80, 1990. e Munaro JS, Mezzomo AA. *Códigos de Ética dos Profissionais da Saúde*. São Paulo: CEDAS; sd.

G) Você deve evitar a tendência à intriga ou a críticas destrutivas, abster-se de ser arrogante ou caçoísta.

H) Você deve estar a par dos progressos da Administração Hospitalar, sendo um constante estudioso da arte e ciência da administração, e isto, você conseguirá da experiência obtida em sua própria instituição, da observação de outros hospitais, da freqüência a cursos pós-graduação, jornadas e congressos de Administração Hospitalar, assim como através da leitura sistemática.

I) Você deve dedicar-se a uma vida de trabalho desinteressadamente, para fazer da carreira do Administrador Hospitalar um sucesso, pois é um privilégio sagrado lidar com os mais preciosos bens do homem: saúde e felicidade.

J) Você deve manter sempre entusiasmo de jovem. A mocidade não é uma fase da vida, mas sim um estado de espírito. Não se traduz pelos anos vividos. Algumas pessoas aos 50 anos são tão jovens com um moço de 20 anos. Mocidade não é aparência física ou agilidade. No fundo do seu coração, existe uma estação radiotelegráfica, enquanto ela receber mensagens de alegria, beleza e esperança, ajuda e interesse, você será jovem, mas quando as comunicações forem interrompidas pelo gelo do pessimismo e perda do amor pela humanidade, você então estará envelhecendo, que Deus tenha compaixão de sua alma

ANEXO 6

O CÓDIGO DE ÉTICA DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR[§]

A) A pessoa que administrar um hospital deverá ter plena consciência de estar perante uma empresa complexa, coordenando atividades multiprofissionais, em função da pessoa humana enferma.

B) O Administrador Hospitalar deverá estar ciente de que o bom desempenho de sua função requer formação especializada e aprimorada.

C) O Administrador Hospitalar deverá ter formação cultural e humanística que lhe permita acompanhar o processo da administração hospitalar, a um tempo, ciência, técnica e arte, devendo tomar parte ativa nos estudos, organizações e promoções específicas.

D) O Administrador Hospitalar deverá ter personalidade capaz de conduzir a empresa hospitalar com serenidade e segurança nas circunstâncias mais delicadas que possam surgir.

E) O Administrador Hospitalar não se deixará guiar por sentimentos ou vantagens pessoais ao tomar decisões.

F) O Administrador Hospitalar considerará o cargo que ocupa primordialmente como um compromisso de serviço ao paciente, aos funcionários e a comunidade.

G) O Administrador Hospitalar terá sempre que uma boa administração poderá salvar vidas e prolongar existências.

[§] Munaro JS, Mezzomo AA. **Códigos de Ética dos Profissionais da Saúde**. São Paulo: CEDAS; sd e Pessini L, De Barchifontaine CP. **Problemas atuais de Bioética**. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 1997.

H) O Administrador Hospitalar proverá o hospital de todos os recursos materiais e humanos, para que o mesmo possa atingir seus objetivos de prevenir a doença e promover a saúde.

I) O Administrador Hospitalar exigirá uma documentação completa e ordenada de todas as atividades desenvolvidas, possibilitando o estudo, a defesa do hospital, do paciente e de quantos nele trabalham.

J) O Administrador Hospitalar zelará pela preservação do sigilo profissional em todas as circunstâncias.

L) O Administrador Hospitalar pautará sua administração pelo princípio de que a pessoa humana é o fundamento, o sujeito e o fim de toda instituição social, e, quando enferma, o centro e a razão de ser de toda atividade sanitária e hospitalar.

M) O Administrador Hospitalar possibilitará ao paciente usufruir de todos os direitos fundamentais da pessoa humana, sejam materiais, sociais ou espirituais.

N) O Administrador Hospitalar não permitirá a transgressão dos princípios legais, éticos ou morais, exigindo de cada profissional o cumprimento do código de ética da sua profissão.

O) O Administrador Hospitalar promoverá o bom relacionamento entre os empregados de todas as especialidades e categorias, destacando a importância das respectivas atividades.

P) O Administrador Hospitalar estimulará o aprimoramento humano, cultural e técnico dos que trabalham no hospital.

Q) O Administrador Hospitalar promoverá o ensino e a pesquisa em todas as áreas da atividade hospitalar, através da educação em serviço, palestras, cursos e demais formas da aprendizagem.

R) O Administrador Hospitalar manterá todos os serviços organizados, de forma a poderem receber estagiários.

S) O Administrador Hospitalar providenciará um corpo clínico organizado, concedendo-lhe recursos necessários ao desempenho eficiente de suas funções.

T) O Administrador Hospitalar empenhará esforços para tornar o hospital um verdadeiro centro de saúde da comunidade, integrando-o aos demais recursos existentes.

U) O Administrador Hospitalar manterá a comunidade bem informada sobre os recursos e limitações do hospital, a fim de promover o bom nome do mesmo perante o público.

ANEXO 7

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR**

Art. 1º - O Administrador Hospitalar adota o seu código de ética como uma carta magna que norteia sua vida e seu comportamento profissional e fundamenta a tomada de decisão.

Art. 2º - O Administrador Hospitalar tem plena consciência de estar dentro de uma instituição complexa e coordenando atividades pluriprofissionais, em função da pessoa humana que procura manter ou recuperar sua saúde.

Art. 3º - O Administrador Hospitalar está consciente de que o bom desempenho na sua profissão requer formação específica e muito aprimorada.

Art. 4º - O Administrador Hospitalar tem também formação cultural e humanística que lhe permita acompanhar o progresso da administração hospitalar, além da ciência, técnica e arte, devendo tomar parte ativa em estudos, organizações e promoções específicas que visam aprimorá-las constantemente.

Art. 5º - O Administrador Hospitalar tem personalidade capaz de administrar a instituição hospitalar com segurança e serenidade, mesmo nas circunstâncias mais delicadas.

Art. 6º - O Administrador Hospitalar compenetra-se da necessidade de sua profissão e tem sempre como lema a grande missão que lhe é confiada, de servir.

** Segundo reprodução da publicação do Informativo Hospitalar Brasileiro, constante em Paterno e Bassani (1997).

Art. 7º - O Administrador Hospitalar tem fé na sua missão, autoridade para coordenar os que trabalham na instituição, espírito de decisão e iniciativa, disciplina e energia realizadora para levar o hospital a uma constante renovação, aprimorando sempre mais o seu desempenho.

Art. 8º - O Administrador Hospitalar não se deixa guiar por sentimentos ou vantagens pessoais e, sim, tem calma e domínio de si ao tomar decisões.

Art. 9º - O Administrador Hospitalar tem sempre presente que uma boa administração pode salvar vidas e prolongar existências, além de levar as instituições a otimizarem todas as suas possibilidades.

Art. 10 - O Administrador Hospitalar dedica-se a uma vida de trabalho desinteressadamente para fazer de sua carreira de administrador hospitalar um sucesso, pois é um privilégio sagrado lidar com o mais precioso bem do homem, a saúde.

Art. 11 - O Administrador Hospitalar considera o cargo que ocupa, primordialmente como um compromisso de serviço ao paciente, aos profissionais e servidores da instituição e à comunidade.

Art. 12 - O Administrador Hospitalar provê o hospital dos meios humanos e materiais necessários, para que o mesmo possa atingir seus objetivos de prevenir a doença, promover a saúde e desenvolver o ensino e a pesquisa.

Art. 13 - O Administrador Hospitalar testemunha respeito a todas as formas de manifestação da vida e empenha-se em preservá-la, mantê-la e desenvolvê-la, até o limite das suas possibilidades, repudiando tudo quanto possa agredi-la ou diminuir sua plena expressão.

Art. 14 - O Administrador Hospitalar implanta uma documentação completa e coordenada de todas as atividades desenvolvidas no hospital, favorecendo o estudo e a defesa do hospital, dos pacientes e de quantos nele trabalham.

Art. 15 - O Administrador Hospitalar zela com absoluto rigor pela preservação do sigilo profissional em todas as circunstâncias.

Art. 16 - O Administrador Hospitalar pauta sua administração pelo princípio de que a pessoa humana é o fundamento, o sujeito e o fim de toda instituição assistencial e, quando enferma, o centro e a razão de ser de toda atividade de saúde e hospitalar.

Art. 17 - O Administrador Hospitalar possibilita aos pacientes usufruir de todos os direitos fundamentais da pessoa humana, tanto materiais quanto sociais e espirituais.

Art. 18 - O Administrador Hospitalar não permite a transgressão dos princípios legais, éticos e morais, exigindo de cada profissional o cumprimento rigoroso do Código de Ética da sua profissão.

Art. 19 - O Administrador Hospitalar tem consciência de que os recursos humanos são o principal e verdadeiro patrimônio do hospital e aplica uma política de recursos humanos que possibilite, de forma integrada, o desenvolvimento de todas as potencialidades de seus servidores.

Art. 20 - O Administrador Hospitalar promove o bom relacionamento entre os servidores de todas as unidades do hospital e de todas as categorias profissionais, destacando a importância das respectivas atividades.

Art. 21 - O Administrador Hospitalar estimula o aprimoramento humano, cultural e técnico dos que trabalham no hospital.

Art. 22 - O Administrador Hospitalar promove o ensino e a pesquisa em todas as áreas da atividade hospitalar, através da educação continuada, palestras, cursos, participação em simpósios e congressos e demais formas de aprendizagem.

Art. 23 - O Administrador Hospitalar implanta todos os instrumentos da administração e mantém uma organização correta em todas as unidades do hospital para favorecer a admissão e o aprendizado de estagiários das profissões da saúde.

Art. 24 - O Administrador Hospitalar institui no hospital um Centro de Estudos para estimular o ensino, a pesquisa, as publicações de demais possibilidades de desenvolvimento profissional dos que trabalham no mesmo.

Art. 25 - O Administrador Hospitalar zela para que o Corpo Clínico do hospital seja organizado e aberto, concedendo-lhe os meios necessários ao desempenho eficiente de suas funções.

Art. 26 - O Administrador Hospitalar empenha esforços para tornar o hospital um verdadeiro centro de saúde da comunidade, integrando-o aos demais serviços de saúde.

Art. 27 - O Administrador Hospitalar participa expressivamente das atividades da comunidade e dos programas dos órgãos de classe da sua profissão e do hospital.

Art. 28 - O Administrador Hospitalar mantém a comunidade informada sobre os recursos e as limitações do hospital, a fim de promover o bom nome do mesmo perante o público.

Art. 29 - O Administrador Hospitalar adota uma administração participativa, para que os profissionais e servidores possam dar sua contribuição nos programas que são implantados e apreciar o desempenho do hospital como um todo e da cada unidade administrativa.

Art. 30 - O Administrador Hospitalar aplica instrumentos adequados para mensurar o padrão de atendimento do hospital, com vistas ao seu constante aprimoramento.

Art. 31 - O Administrador Hospitalar levanta em períodos muito curtos, a maior quantidade possível de informações das atividades do hospital, para que possa tomar corretamente decisões, projetar resultados e prevenir dificuldades.

Art. 32 - O Administrador Hospitalar é sempre leal e sincero com seus superiores hierárquicos, mantendo-os informados do que ocorre no hospital e revelando com absoluta transparência os comportamentos sobre os quais está assentada toda a dinâmica hospitalar na área social, assistencial, humana e econômica.

Art. 33 - O Administrador Hospitalar desempenha sempre suas tarefas com acerto, rapidez e eficácia.