



*Hospitais de Oncologia Pediátrica  
no eixo Rio – São Paulo  
Diagnóstico das condições de gestão de  
instituições selecionadas*

Contrato FIOTEC – Instituto DESIDERATA

Pesquisador Responsável:

*Pedro Ribeiro Barbosa*

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ

*Janeiro – 2005*

B238      Barbosa, Pedro Ribeiro.  
Hospitais e serviços de oncologia pediátrica no eixo Rio  
– São Paulo: diagnóstico das condições de gestão de  
instituições selecionadas / Pedro Ribeiro Barbosa. –  
Rio de Janeiro: Instituto Desiderata, 2005.  
44 p. ; 29 cm.

1. Oncologia pediátrica – Rio de Janeiro. 2. Oncologia  
pediátrica – São Paulo. I. Título.

CDU 616-006  
CDD 618.92992

### **Instituto Desiderata**

Rua Jardim Botânico, 674 – sala 212  
Rio de Janeiro – RJ – 22461-000  
Tel.: (21) 2512-2089 – [www.desiderata.org.br](http://www.desiderata.org.br)

### **Coordenação editorial e gráfica**

Gloria Moog

### **Diagramação e Projeto Gráfico**

Dtech Publicidade

É proibida a reprodução total ou parcial, por quaisquer meios,  
sem a expressa anuência do autor e dos Institutos Desiderata  
e FIOTEC.

Rio de Janeiro, 2005

# 1. Apresentação

---

Por meio do Programa Vencer e Viver, o Instituto Desiderata visa colaborar para a melhoria das condições de tratamento e cura do câncer infantil. O Programa é implementado em articulação com os agentes sociais ligados a esta causa no Rio de Janeiro, a partir de três eixos complementares: Eixo Estrutural – voltado para articulação de atores, promoção e disseminação de conhecimentos que venham a contribuir para o fortalecimento de políticas públicas na área da oncologia pediátrica; Eixo Educacional – comprometido com a disseminação de metodologias inovadoras e eficazes voltadas para a promoção do diagnóstico precoce do câncer infantil; e Eixo Assistencial – empenhado em contribuir para o aperfeiçoamento da rede de atenção à oncologia pediátrica.

De acordo com o objetivo do Eixo Assistencial e entendendo que a questão da gestão é crucial para a melhoria da rede de atendimento ao câncer infantil, o Instituto Desiderata encomendou junto à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz um estudo sobre as condições de gestão dos principais serviços de oncologia pediátrica do Rio de Janeiro e de centros de referência nessa área em São Paulo.

Este trabalho consolida as informações do estudo que foi realizado em duas etapas: a primeira no segundo semestre de 2003 e a segunda ao longo de 2004. Seus resultados mostram os elevados níveis de gestão alcançados pelos hospitais selecionados em São Paulo, bem como de alguns centros com serviço de oncologia pediátrica no Rio de Janeiro. E apontam também os caminhos a trilhar para a consolidação e aperfeiçoamento da rede de atenção ao câncer infantil no Rio de Janeiro.

Ao publicar este estudo, o Instituto Desiderata almeja contribuir para a melhoria das condições de tratamento e cura das crianças com câncer e colaborar com o trabalho dos diversos atores comprometidos com essa causa.

*Guilherme Frering*  
Presidente

*Beatriz Azeredo*  
Diretora



# Sumário

---

1. Apresentação	03
2. Introdução	07
3. Dimensões Gerais de Organização e Funcionamento dos Hospitais	15
3.1. Natureza institucional e vínculos	17
3.2. Perfis assistenciais	22
3.3. Estruturas de financiamento, autonomias e lógicas gerenciais	26
3.4. Relações com a sociedade civil – estruturas de apoio externo	28
4. Padrões de Desenvolvimento da Gestão	35
5. Conclusões e Algumas Recomendações	53
6. Anexos:	59
6.1 Hospitais pesquisados	59
6.2 Sistema de Classificação de Hospitais	63



## *2. Introdução*



## 2. *Introdução*

---

Esta publicação apresenta os resultados da pesquisa realizada junto a dez hospitais que prestam assistência em oncologia pediátrica, selecionados intencionalmente no eixo Rio – São Paulo por encontrarem-se entre os mais importantes em termos de volume de produção na Cidade do Rio de Janeiro e ainda, para parte deles, por serem considerados hospitais de referência tanto na área de gestão, quanto na qualidade da assistência oncológica. Foram dois momentos distintos de estudo. Um primeiro propositalmente dirigido a hospitais tidos como de referência na gestão e na assistência e o segundo, estendido aos principais serviços de oncologia pediátrica no Rio de Janeiro.

Assim, foram os seguintes os hospitais eleitos para o primeiro estudo: Instituto Nacional do Câncer – INCa/Ministério da Saúde – Rio de Janeiro/RJ, Hospital do Câncer – AC Camargo – São Paulo/SP, Instituto de Oncologia Pediátrica – IOP/GRAACC – São Paulo/SP e Centro Infantil Boldrini – Campinas/SP. Os mesmos encontram-se entre os mais importantes centros de referência em oncologia pediátrica no país, apresentando também condições organizacionais e de financiamento de interesse para os objetivos do estudo, especialmente por contarem, alguns deles, com importante componente advindo de apoios da sociedade civil. O Instituto de Tratamento do Câncer Infantil – ITACI, por estar ainda em fase de implantação, apresenta grau de dependência operacional mais importante em relação a USP. Esta condição do ITACI,

ainda de implantação de vários sistemas gerenciais, apesar do seu já funcionamento em boa parte dos serviços assistenciais, não possibilitou a aplicação plena do instrumento de pesquisa, o que teria distorcido em muito seus resultados. Sendo assim, ele não foi considerado no sistema de classificação quanto ao desenvolvimento gerencial, não aparecendo portanto, entre os hospitais efetivamente pesquisados.

Neste primeiro grupo, com pesquisa de campo realizada no segundo semestre de 2003, incluiu-se o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – IPPMG/UFRJ – Rio de Janeiro/RJ, tendo em vista o processo de interlocução, iniciado pelo **Instituto Desiderata** com esta instituição.

Num segundo momento (primeiro semestre de 2004), o estudo foi estendido a cinco hospitais que prestam assistência em oncologia pediátrica na Cidade do Rio de Janeiro e que são as principais referências para esta patologia em todo o estado. Os mesmos estão entre os mais importantes prestadores públicos e privados em oncologia na cidade, complementando os hospitais já pesquisados no município no momento anterior.<sup>1</sup> O conjunto dos hospitais selecionados para este estudo na cidade do Rio de Janeiro, incluindo-se os dois hospitais analisados no estudo anterior (INCa e IPPMG), foi responsável por 88,13% do total dos atendimentos a crianças através do SUS no ano de 2002. Neste segundo momento, os seguintes hospitais foram estudados: Hospital dos Servidores do Estado – Ministério da Saúde; Instituto Estadual de Hematologia – HEMORIO – Secretaria Estadual de Saúde/RJ; Hospital Geral da Lagoa – Secretaria Municipal de Saúde/RJ; Hospital Mário Kröeff –

① KOIFMAN, Sergio e BARBOSA, Pedro R. Diagnóstico do Contexto Epidemiológico e de Utilização de Serviços de Saúde na Área de Oncologia Pediátrica no Estado do Rio de Janeiro e Diagnóstico das Condições de Gestão de Seis Hospitais atuantes em Oncologia Pediátrica. Relatório técnico de pesquisa. ENSP/Fiocruz – Instituto Desiderata. Rio de Janeiro, jan/04. mimeo.

privado e filantrópico e Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ. Os demais atendimentos em oncologia pediátrica na cidade do Rio de Janeiro encontram-se pulverizados por vários hospitais com pequenos volumes específicos.

Assim, por ser o Rio de Janeiro o Estado de interesse mais imediato de investimento do **Instituto Desiderata**, completa-se o levantamento das condições de gestão dos hospitais responsáveis pela quase totalidade da atenção pediátrica oncológica no Rio de Janeiro.<sup>2</sup> Diferente da análise realizada na primeira fase, que incluiu hospitais de São Paulo, este segundo momento do trabalho não selecionou os hospitais em decorrência das suas características no campo da gestão hospitalar e na atenção oncológica pediátrica – justificativas mais importantes para o primeiro estudo. O seu propósito foi sim o de completar o estudo anterior, em termos de representatividade no volume de serviços prestados em oncologia pediátrica na cidade e que são referência para todo o Estado. Portanto, os hospitais pesquisados no segundo momento, estão basicamente justificados por sua relevância em termos de oferta na área para o sistema municipal e estadual de atenção. Como observado nos resultados, no entanto, há um destaque a ser feito quanto ao Instituto Estadual de Hematologia – HEMORIO, que pelos indicadores apresentados no sistema de classificação, poderia ter feito parte da primeira amostra, ainda que possua produção em oncologia restrita aos tumores hematológicos.

O conjunto da pesquisa neste relatório então consolidado, responde à demanda realizada pelo **Instituto Desiderata**

② Há hospitais privados não vinculados ao SUS que possuem atuação na área da oncologia pediátrica, mas não foram considerados em decorrência da missão e dos propósitos do Instituto Desiderata, além dos mesmos responderem por fatia pouco importante do atendimento.

quanto a conhecer as principais características de gestão destes hospitais, visando tomar os aspectos mais relevantes identificados como referência no processo de apoio a ser implementado pelo Instituto, em hospital a ser selecionado na cidade do Rio de Janeiro.

O principal objetivo do estudo em seus dois momentos foi o de caracterizar os hospitais pesquisados quanto aos seus padrões ou níveis de desenvolvimento gerencial, tomando por referência um conjunto de dimensões e variáveis previamente definidas (**Ver Anexo 2 – Padrões de Desenvolvimento Gerencial**). Em complemento, diversos aspectos da caracterização geral dessas unidades pesquisadas são também sistematizadas, tais como modelos assistenciais praticados, bases de financiamento, estruturas e lógicas gerais de gestão.

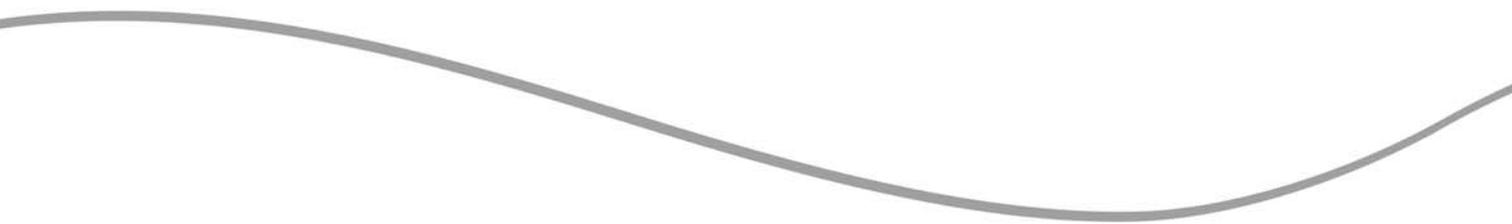
Apesar de todos os hospitais atuarem em oncologia pediátrica, são vários os modelos praticados, quanto às dimensões citadas acima, sendo este ponto um elemento de interesse na discussão mais ampla sobre o papel dos hospitais na oncologia pediátrica e no controle do câncer pediátrico. Quanto a isso, vale a ressalva que o estudo não propõe e não realiza uma comparação global entre os hospitais. Essa possibilidade de comparação e julgamento quanto à identificação por exemplo, de um modelo ideal ou superior entre os hospitais, não é objetivo do estudo. Assume-se que são simplesmente dez casos estudados, ainda que entre eles sejam destacados casos mais próximos de uma condição *benchmarking*. Portanto, eles são tratados *per se*, com destaque para elementos diferenciados em cada caso.

Mesmo a aplicação do sistema de aferição do nível de desenvolvimento gerencial, que os classifica, deve ser compreendido no limite das variáveis ali investigadas e com as ressalvas de cada caso, como por exemplo, quanto aos hospitais públicos estudados que não se enquadram inteiramente no sistema utilizado<sup>3</sup>.

O relatório está organizado com uma primeira parte onde são sistematizados os aspectos gerais do estudo, com lógicas comparadas entre os hospitais pesquisados. Em seguida são apresentados os resultados para o conjunto dos hospitais quanto ao desenvolvimento gerencial encontrado, segundo as dimensões e variáveis arbitradas. Os resultados para cada hospital não encontram-se identificados. Finalmente, são feitas considerações quanto aos resultados globais encontrados, sinalizando algumas possíveis discussões complementares, na perspectiva dos objetivos do **Instituto Desiderata** de colaborar para a melhoria das condições de tratamento e cura do câncer infantil.

<sup>3</sup> Conforme especificado adiante, por tratar-se de sistema originalmente concebido para hospitais filantrópicos (privados), mesmo com as adaptações realizadas para este estudo, há condições não aplicáveis aos hospitais estatais.





*3. Dimensões Gerais  
de Organização e  
Funcionamento  
dos Hospitais*



### *3. Dimensões Gerais de Organização e Funcionamento dos Hospitais*

---

Os hospitais apresentam características gerais bastante diversas e que merecem de imediato serem destacadas. São consideradas com o propósito de apresentação de alternativas praticadas entre os hospitais, de modo a ampliar as possibilidades de discussão quanto a encaminhamentos de interesse do Instituto. As características diferenciadas apresentadas são em parte fruto de opções gerenciais decorrentes das autonomias de cada caso. Por outro lado, há características que são simplesmente dadas, como por exemplo a natureza da pessoa jurídica do caso em questão ou a opção por um perfil assistencial exclusivamente restrito à oncologia pediátrica. Sobre essas condições não são realizados julgamentos quanto à oportunidade ou possíveis vantagens sobre os demais casos.

Outros aspectos são fruto de criatividade e iniciativas gerenciais, como os relacionamentos com a sociedade civil e ao menos, parte dos instrumentos e práticas administrativas. Estas merecem destaque enquanto possibilidades de reprodução.

#### *3.1. Natureza institucional e vínculos*

Os hospitais não foram selecionados em decorrência de suas naturezas institucionais, mas sim devido à importância dos mesmos na área da atenção oncológica pediátrica, por suas práticas de gestão diferenciadas e, finalmente, para vários hospitais da cidade do Rio de Janeiro, por sua representa-

tividade na assistência à oncologia pediátrica. Entre os dez hospitais pesquisados, há um ponto em comum: todos possuem natureza não lucrativa, sendo quatro privados e seis estatais. Todos os hospitais privados possuem condição filantrópica. Lembramos que entre as condições para obtenção do Certificado de Filantropia está a produção de 60% ou mais dos seus serviços ao SUS (incluídas consultas e internações) ou alternativamente, ofertar serviços gratuitos em valores equivalentes a 20% do faturamento financeiro da entidade. Ainda que as fontes de financiamento tenham pesos diferenciados nos casos (ver adiante), todas possuem a maior parte, senão a totalidade da sua oferta de serviços, destinadas ao Sistema Único de Saúde – SUS, sendo esta condição de importante oferta ao SUS que confere aos quatro privados o estatuto de filantrópicos.

Para os hospitais públicos, a condição de organização estatal vinculada à administração direta condiciona de modo importante o grau de autonomia dessas organizações, conforme modelo extensivo da administração pública brasileira, ainda que no plano federal as respectivas autonomias sejam em geral superiores àquelas encontradas nos níveis estaduais e municipais, salvo exceções. Não é por acaso, que entre alguns hospitais estatais pesquisados foi constituído ente jurídico paralelo de natureza privada não lucrativa, conhecidas como fundações de apoio, visando elevar o grau de autonomia da instituição.

### *3.1.1. Hospitais pesquisados na primeira fase*

Entre os hospitais do primeiro grupo, o caso do INCa é bastante exemplar e diferenciado na gestão hospitalar federal, por possuir uma fundação de apoio<sup>4</sup> já consolidada, exclusiva e inteiramente vinculada aos objetivos do Instituto.

No INCa, merece ainda destaque o seu papel diferenciado no sistema de atenção ao câncer no país, sendo ele responsável não apenas pela operação de seus serviços próprios assistenciais – quatro unidades localizadas no Rio de Janeiro, mas também por formulação de políticas e programas de caráter nacional no âmbito do SUS, compreendendo neste caso tanto ordenamentos/referências assistenciais, quanto parcerias efetivas para implantação de serviços descentralizados pelo país e outras ações; particularmente no âmbito da prevenção<sup>5</sup>. Possui ainda o INCa, uma importante diferenciação no campo da pesquisa e na formação de recursos humanos, particularmente residentes e especialistas em oncologia. Outras unidades pesquisadas também incorporam tais propósitos, como o Centro Infantil Boldrini e o AC Camargo.

Ainda que de natureza estatal, a sua condição de instituto e referência nacional em câncer, aliado sobretudo à operação de sua exclusiva fundação de apoio, tornam o INCa uma organização com importante grau de autonomia gerencial, mantida a sua subordinação à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS<sup>6</sup>.

O IPPMG agrega à sua condição de unidade assistencial, o perfil de hospital universitário federal, com obrigações de formação e

④ Fundação Ary Frauzino – FAF

⑤ O INCa é responsável, através do projeto Expande, pela implantação de Centros de Alta Complexidade em Tratamento no Câncer – CACONs em diversos estados do país e ainda por diversos programas de prevenção contra o câncer no âmbito do SUS.

⑥ No momento da pesquisa, o INCa era subordinado à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Em seguida, no entanto, passou a ser vinculado diretamente ao Gabinete do Ministro, condição similar à Fiocruz e à FUNASA.

⑦ A referência à “autonomia universitária” é feita de algum modo com um propósito intencionalmente provocativo, ciente que o debate em torno do tema tem evoluído mais recentemente, especialmente no que diz respeito à integração dos hospitais universitários ao SUS.

⑧ Fundação José Bonifácio – FUJB.

⑨ O Centro Infantil Boldrini possui origem e relações de cooperação com a Universidade de Campinas; o IOP/GRAACC possui origem e relações de cooperação com a Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo.

pesquisa. Vale a observação que historicamente, os hospitais universitários são, antes de tudo, campos de formação e de pesquisa, e que a condição de integração à rede de atenção no âmbito das políticas públicas assistenciais é mais recente e ainda não resolvido por completo. Contribui para tanto a chamada “autonomia universitária”, que de algum modo constrange a maior e mais eficiente integração de suas unidades a sistemas e/ou políticas extramuros, como é o caso da política de saúde e da organização do SUS<sup>7</sup>.

Especificamente o IPPMG, ainda que prestador de serviços exclusivos para o SUS, está vinculado à UFRJ, tendo com o SUS no nível municipal uma relação de prestador de serviços. Apesar de não possuir fundação privada de apoio exclusiva, o IPPMG utiliza em algumas de suas ações gerenciais a fundação constituída para apoiar o conjunto da UFRJ<sup>8</sup>.

Os demais três hospitais pesquisados no primeiro momento são privados e portanto, com autonomias plenas de entes privados, resguardados os limites de seus estatutos e de suas instâncias deliberativas. Entre eles, dois possuem vinculações operacionais com universidades, por terem sido criados a partir dos serviços/institutos de pediatria de três universidades<sup>9</sup>: Centro Infantil Boldrini de Campinas/SP e Instituto de Oncologia Pediátrica/GRAACC. Apenas o Hospital do Câncer – AC Camargo não possui tal relação.

O Centro Infantil Boldrini é sem dúvidas o mais autônomo (em relação aos serviços universitários de pediatria) dentre os que guardam relações com os respectivos hospitais universitários, sendo também o mais antigo (1978).

### *3.1.2. Hospitais pesquisados na segunda fase*

Entre os cinco hospitais pesquisados no segundo momento, todos no Rio de Janeiro, apenas um é privado, Hospital Mario Kröeff – HMK, com a condição associada de ser também filantrópico. Os quatro outros são estatais, distribuídos nas três esferas de governo: Hospital dos Servidores do Estado – HSE, federal, Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti – HEMORIO e Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE, estaduais e Hospital da Lagoa – HL, municipal. Os vínculos governamentais distintos dos quatro hospitais públicos determinam características institucionais e de autonomia gerencial bastante diferenciadas, com importante repercussão sobre seus padrões de desenvolvimento gerencial. O HEMORIO apresenta órgão de natureza privada associada – fundação de apoio<sup>10</sup>, alterando (por características e práticas gerenciais complementares) a lógica institucional do Instituto. O HUPE é o único hospital universitário geral de todo o estado. O outro hospital universitário, o IPPMG, é exclusivamente pediátrico. Tem-se portanto, entre os hospitais pesquisados no segundo momento, cinco modelos distintos, que resultam em lógicas gerenciais (instrumentos e práticas) diversas, conforme identificados no sistema de classificação da gestão apresentado a seguir.

Os cinco hospitais são prestadores praticamente exclusivos ao SUS. Essa condição se altera, com limitado significado, nos casos do HMK e do HUPE, que apresentam diminuta oferta a planos de saúde (no caso do HMK, lembramos que entre as condições para obtenção do Certificado de Filantropia está a produção de

<sup>10</sup> Fundação de Apoio ao Hemorio – FUNDARJ

60% ou mais dos seus serviços ao SUS, incluídas consultas e internações ou, alternativamente, ofertar serviços gratuitos em valores equivalentes a 20% do faturamento financeiro da entidade). Este hospital opera na forma de empresa privada, com autonomias administrativas plenas.

Para os quatro hospitais estatais, as autonomias são distintas, acompanhando as normas administrativas de cada nível de governo. O HEMORIO, também com sua fundação de apoio – de natureza privada filantrópica, altera o limitado grau de autonomia conferido por sua condição estatal vinculada à Secretaria de Saúde do Estado-RJ e situa-se em condição de autonomia mais elevada em relação aos “estatais puros”, HSE, HUPE e HL.

O HSE, pode-se afirmar, encontra-se num terceiro patamar de autonomia, dada a sua condição de unidade orçamentária descentralizada em relação ao Ministério da Saúde. O HUPE, embora seja unidade orçamentária, possui limitações em sua autonomia, decorrentes de sua vinculação à Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Finalmente, o HL apresenta o modelo menos autônomo e fortemente dependente de sua instância de subordinação – a Secretaria Municipal de Saúde -RJ.

No Quadro 1 estão listados os hospitais pesquisados com seus respectivos vínculos e localizações.

Quadro 1 - Natureza institucional e vínculos dos hospitais

	Hospitais Públicos	Hospitais privados sem fins lucrativos	Fundações de apoio
<b>SP</b>		Hospital AC Camargo Centro Infantil Boldrini Instituto de Oncologia Pediátrica/GRAACC	
<b>RJ</b>	Instituto HEMORIO Hospital da Lagoa Hospital Servidores do Estado Hospital Universitário Pedro Ernesto/HUPE Instituto Nacional do Câncer Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira /IPPMG	Hospital Mario Kröeff	FUNDARJ  Ary Frauzino José Bonifácio

### 3.2. *Perfis assistenciais*

Os casos estudados apresentam características assistenciais diversas, embora todos com atuação na área da oncologia pediátrica. Três hospitais (INCa, AC Camargo e Mário Kröeff) são especializados em câncer. Dentro deste perfil, basicamente o INCa e o AC Camargo abrangem todas as subespecialidades e tipos de câncer – são hospitais gerais de oncologia. Nesses dois casos, a oncologia pediátrica corresponde a serviços específicos, com peso relativo baixo frente toda a organização, considerando-se por exemplo, volume/produção. No AC Camargo, a produção de internações em oncologia pediátrica corresponde a 8,2% do total (média 2003). No INCa, são 26 leitos destinados à pediatria e mais seis de UTI pediátrica, num total de 375 leitos ativos e mais 16 de UTI para adultos. As internações pediátricas alcançaram em 2003 cerca de 7% do total no complexo do INCa.

O Hospital Mario Kröeff – HMK, também especializado em oncologia, cobre extensa gama de subespecialidades e tipos de cânceres, embora não possua a complexidade e nem a dimensão encontrada nos dois anteriores, sendo destaque no HMK, na atenção pediátrica, o tratamento de tumores cerebrais infantis.

Dentre todos os pesquisados, apenas dois (Centro Infantil Boldrini e Instituto de Oncologia Pediátrica) são hospitais pediátricos exclusivos para oncologia. Esses dois hospitais oncológicos pediátricos possuem uma história comum quanto ao surgimento. Nesses casos optou-se pela diferenciação física para o atendimento a crianças com câncer nos respectivos hospitais universitários. Não foi propósito identificar e analisar os condicionantes para essa opção nesses dois casos. Há duas motivações que nos parecem comuns e que estão presentes nos relatos das visitas. A primeira diz respeito a uma necessária separação física das demais crianças em tratamento, consequência de duas razões: uma técnica, por conta dos riscos de contágio das crianças com câncer (para casos de imunodepressão) por patologias infecciosas das demais crianças; outra mais de caráter social, devido ao contato ou proximidade das crianças com câncer e familiares destes com as demais crianças – as primeiras com condições debilitadas e riscos maiores, o que causaria ambientes complexos para lidar (em termos de equipes profissionais) e conviver (entre crianças e familiares). A segunda, aparente motivação, seria a possibilidade de separar recursos, especialmente pelo elevado custo unitário do tratamento oncológico, mas também pela maior possibilidade de angariar

recursos específicos na sociedade civil, que seria mais sensível a apoiar tratamentos na área do câncer infantil<sup>11</sup>.

Digno de registro é a opinião da dirigente e fundadora do Centro Infantil Boldrini quando afirma que não repetiria hoje, como também não aconselha como modelo, o perfil de hospital pediátrico oncológico, e que este tipo hospitalar, apesar da história de sucesso do Boldrini, não deve ser reproduzido. Para isso, ela enumera tanto variáveis econômicas, quanto técnico-assistenciais, defendendo o modelo de hospital geral pediátrico. Já em momento posterior ao estudo, o Centro Infantil Boldrini assume parceria com a UNICAMP para criar unidade associada abrangendo toda a pediatria – Hospital da Criança, o que tornará o Boldrini um hospital geral pediátrico, tornando-se a sua atual unidade de oncologia um dos “departamentos” do futuro hospital.<sup>12</sup>

O IPPMG é no momento o único hospital pediátrico geral do estudo, sendo simultaneamente universitário, que agrega atividades de ensino e pesquisa e está classificado como hospital de ensino.

O mais complexo e simultaneamente diverso é o Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE. Este possui serviços bastante diferenciados e assumidamente de nível quaternário de complexidade – transplantes, cirurgias de alta complexidade, exames sofisticados –, sendo o hospital mais diversificado em termos de especialidades de todo o estudo. Naturalmente, ao lado do IPPMG, o Hospital Pedro Ernesto – HUPE, também é caracterizado como de ensino e pesquisa, tomando parte da Associação Brasileira de Hospitais Universitários.

<sup>11</sup> Essa “explicação” sobre a separação do atendimento oncológico pediátrico do resto da pediatria, nos respectivos hospitais universitários é fruto da percepção do pesquisador, sobre elementos diversos e esparsos colhidos nas visitas; não foi propósito apurar tais motivos, não tendo havido no questionário da pesquisa qualquer indagação objetiva sobre as razões para o nascimento dos dois casos.

<sup>12</sup> Informe dado pela diretora do Centro Infantil Boldrini em encontro promovido pelo Instituto Desiderata na cidade do Rio de Janeiro em 20/11/04.

Dois outros – Hospital Geral da Lagoa – HL e Hospital dos Servidores do Estado – HSE são também hospitais gerais com alguns serviços de alta complexidade, muito embora o segundo seja mais diverso. Ambos, apesar de gerais, não possuem a complexidade do HUPE.

O Instituto Estadual de Hematologia (HEMORIO) é especializado exclusivamente em doenças do sangue, aí incluídos os agravos onco-hematológicos.

Os perfis dos hospitais condicionam naturalmente a atenção oncológica infantil. Parte das condições específicas para crianças, conforme encontradas nos hospitais de exclusivo perfil pediátrico e oncológico-pediátrico, não são inteiramente praticadas por diversos motivos, tais como aqueles que visam racionalidade econômica (busca de escalas) e por consequência, outras, de ordem física, de recursos humanos, etc. Nos hospitais gerais não são identificadas características de acolhimento à criança como aquelas presentes em hospitais que sejam exclusivamente pediátricos, com destaque para as condições encontradas nos hospitais pediátricos exclusivamente oncológicos, mas também presentes nos especializados em câncer.

Tem-se portanto perfis assistenciais distintos contemplados no estudo: um perfil de hospital especializado em câncer (INCa, AC Camargo e Mario Kröeff), um de hospital pediátrico exclusivamente oncológico (Centro Infantil Boldrini e Instituto de Oncologia Pediátrica), um de hospital pediátrico geral (IPPMG), outro de hospitais gerais (HUPE, HSE e HL) e, finalmente, um de hospital especializado em doenças do sangue (HEMORIO).

Quadro 2 - Perfis Assistenciais dos hospitais (27/12)

	Hospital geral de oncologia	Hospital de oncologia pediátrica	Hospital Geral com serviço de oncologia pediátrica	Hospital Pediátrico com serviço de oncologia pediátrica	Hospital de doenças hematológicas
<b>SP</b>	AC Camargo	IOP/GRAACC Centro Infantil Boldrini *			
<b>RJ</b>	INCa Hospital Mário Kröeff		HSE HUPE/UERJ Hospital da Lagoa	IPPMG/UFRJ	HEMORIO

\* O Centro Infantil Boldrini é um hospital pediátrico de oncologia e doenças hematológicas da infância.

### 3.3. Estruturas de financiamento, autonomias e lógicas gerenciais

As modalidades de financiamento dos hospitais pesquisados variam basicamente em função de suas naturezas jurídicas, sendo comum a todos a fonte SUS, ainda que com pesos relativos bastante diversos. As fontes identificadas em todos os casos são: orçamento público federal, recursos SUS, recursos da saúde suplementar, pagamentos privados diretos e, finalmente, doações e subvenções. O **Quadro 3** apresenta em síntese o comportamento dessas fontes para todos os casos<sup>13</sup>. Alguns dados chamam atenção, em especial o peso da fonte Doações e Subvenções para os três hospitais. Mesmo para o Hospital 2, ainda que em termos percentuais seja menor, representa o maior volume financeiro captado entre todos os hospitais pesquisados, considerando que suas receitas globais alcançam valores absolutos significativamente superiores.

⑬ A pesquisa não apurou os valores monetários respectivos, mas tão somente os pesos relativos aproximados das fontes especificadas. Foi desconsiderada a fonte “receitas financeiras” (aplicações).

Quadro 3 – Fontes de recursos por tipo nos (27/12) Hospitais - 2003

Hospitais	Fontes					
	Orçamento Público	SUS	Convênios	Particulares	Doações/ Subvenções	Outros (1)
Hospital 1	78%	20%			1%	1%
Hospital 2		14%	68%	4%	9%	5% (2)
Hospital 3		50%	14%	1%	35%	
Hospital 4		37%	33%		30%	
Hospital 5	70% (3)	27%			2%	1%
Hospital 6 (4)	X	X			X	X
Hospital 7	8%	90%			2%	X
Hospital 8	60%	40%				
Hospital 9		60%	5%		35%	
Hospital 10 (4)	X	X	X		X	X

(1) Foram citados basicamente recursos para pesquisa e advindos de receitas de cursos; (2) Neste caso as fontes são basicamente outras rendas (aluguéis, outros negócios, etc) e também recursos para pesquisa e ensino; (3) Este valor é estimado, pois o Hospital não possui orçamento, desconhecendo o valor total orçamentário e que corresponde a folha de pagamento dos seus funcionários; (4) A distribuição percentual das fontes não foi identificada, sendo registradas com X as fontes existentes, sem seus pesos.

São montantes orçamentários bastante diversos decorrente dos portes e complexidades diferenciadas dos casos estudados. Os hospitais pediátricos possuem números mais aproximados.

Vale a ressalva que o estudo não objetivou qualquer avaliação de performance ou simplesmente eficiência dos hospitais, o que demandaria análises sobre a relação entre despesas, complexidade assistencial e produção de serviços.

Quanto aos modelos gerenciais encontrados, os hospitais apresentam-se divididos em dois grupos distintos: um com importante desenvolvimento da gestão e outro com limitações

importantes, conforme detalhado adiante (avaliação do desenvolvimento gerencial). No quesito desenvolvimento da gestão, as duas fases do estudo, com seus objetivos distintos, acabam por condicionar os dois grupos de hospitais. Na primeira fase, a intenção foi clara quanto a se estudar hospitais com melhores estruturas e práticas de gestão (ao lado da qualidade da assistência), tendo em vista a construção, em primeira aproximação, de um referencial em gestão para a oncologia pediátrica<sup>14</sup>. Nesse grupo, com uma exceção, a marca comum a todos os hospitais é o importante grau de autonomia gerencial, expresso pela governabilidade<sup>15</sup> interna sobre seus recursos. De igual modo, na segunda fase do estudo, também com uma exceção (Instituto Estadual de Hematologia – HEMORIO), hospital que mais se assemelhou ao primeiro grupo estudado, a tônica foi a limitação nas estruturas e práticas de gestão.

### *3.4. Relações com a sociedade civil – estruturas de apoio externo*

Todos os hospitais apresentam instrumentos e iniciativas visando captação de recursos junto à sociedade e mobilização de voluntariado presentes sob as mais diversas formas. No entanto, é entre hospitais de São Paulo da primeira fase do estudo que os modelos e práticas encontram-se mais desenvolvidos, considerando-se a combinação de lógicas de captação de recursos financeiros e de mobilização organizada e institucionalizada de voluntariado. Foram identificadas iniciativas tanto visando investimentos, quanto o custeio das unidades. Mas é na estrutura do voluntariado

<sup>14</sup> Nesta primeira fase o IPPMG foi incluído no estudo em decorrência de interlocuções então em andamento junto ao Instituto Desiderata.

<sup>15</sup> Entende-se como governabilidade o conjunto de atributos tais como poder (autonomias), capacidade profissional e instrumentos de gestão, que permitem decisão e ação sobre os recursos visando o cumprimento da missão e objetivos da organização.

que há grande destaque. Há hospitais em que são centenas de voluntários submetidos a processos formalizados, assumindo funções rotineiras e cotidianas. Da responsabilidade no acolhimento das crianças, ao transporte dos mesmos, passando por serviços de hospedagens, recreação, educação, capelania, apoio social em geral, são identificados inúmeras formas de atuação dos voluntários. Estes hospitais lidam em geral de forma profissionalizada com suas redes de voluntários, com programas de incorporação bem organizados, com processos de seleção e treinamento instituídos. Na maior parte deles, os entrevistados contam que há fila de espera para ingresso no corpo de voluntários.

Todos relatam igualmente a presença de organizações que mantêm apoio permanente ou eventual através de mecanismos diversos, incluindo doações de equipamentos, materiais, recursos financeiros, pagamento de salários específicos dentro da equipe. Há outras modalidades bastante criativas para recebimento de apoios, incluindo serviços de contabilidade gratuitos para o hospital, assessoria jurídica, seguros gratuitos para imóveis e equipamentos, fornecimento de papel para área administrativa, projetos de engenharia e mesmo obras e reformas, etc. Certamente a pesquisa não identificou todos os mecanismos praticados para apoio.

Os dois hospitais oncológicos infantis foram construídos ou tiveram suas áreas ampliadas com importante mobilização da sociedade civil. Há nestes hospitais o registro de dezenas de empresas e pessoas físicas em áreas internas que participaram desse processo. Mesmo órgãos da administração pública encontram-se identificados. São todas reconhecidas como

organizações/empresas ou pessoas amigas do hospital ou outras designações similares. O mesmo foi encontrado em um dos hospitais gerais de câncer e com características particulares para seu serviço de pediatria.

Três hospitais – Centro Infantil Boldrini, IOP/GRAACC e HMK possuem estruturas de telemarketing significativas e, conforme dados de financiamento, realizam captação permanente e profissionalizada, vital para o funcionamento cotidiano destes. O Boldrini conta com cinquenta operadoras de telemarketing e no IOP/GRAACC esse número chega a 150 pessoas. O AC Camargo, apesar de não possuir estrutura de telemarketing sob responsabilidade direta do hospital, recebe importante volume de contribuições através de mecanismos mantidos pelos mais de 500 voluntários. Também no AC Camargo, os serviços isoladamente possuem lógicas próprias de captações e que não integram o fundo único do hospital. O serviço de pediatria é o serviço de maior captação individual, tendo realizado importantes investimentos através dessa fonte.

A estrutura do trabalho voluntário de apoio aos serviços de oncologia pediátrica é muito variada e parece ganhar cada vez maior relevância dentro do amplo contexto de tratamento do câncer na infância. Apresentamos a seguir alguns dos modelos de apoio que puderam ser identificados a partir deste estudo:

- Grupos de voluntários que atuam dentro do serviço de oncologia e são organizados a partir da coordenação da própria unidade hospitalar – INCa, AC Camargo, HEMORIO.

- Grupos de voluntários que organizam o apoio a unidades hospitalares de forma autônoma e institucionalizada. Nestes casos, o apoio não é exclusivo ao câncer infantil, mas direcionado às demandas dos pacientes pediátricos em geral ou, no caso da Legião Feminina de Educação e Combate ao Câncer do Hospital Mário Kröeff, a todos os pacientes com câncer. Esta metodologia de apoio socioeconômico às famílias de pacientes pediátricos é compartilhada por 11 instituições no Rio de Janeiro e algumas delas estão ligadas a hospitais com serviço de oncologia pediátrica, como é o caso da Associação Renascer junto ao Hospital da Lagoa, Associação Reviver, ligada ao Hospital dos Servidores do Estado e Associação Recomeçar voltada para o IPPMG/UFRJ.
- Casas de Apoio são instituições autônomas que têm por finalidade oferecer hospedagem e apoio socioeconômico às crianças com câncer em tratamento fora da região de seu domicílio. A maioria delas acolhe pacientes de diferentes serviços de oncologia pediátrica, como é o caso da Casa Ronald para o INCa, IPPMG/UFRJ, HEMORIO e HUPE/UERJ no Rio de Janeiro e a AACC e Casa Hope para o AC Camargo e outros serviços de oncologia pediátrica em São Paulo.
- O GRAACC – Grupo de Apoio ao Adolescente e Criança com Câncer é um caso único de organização de voluntários que profissionalizou boa parte de sua estrutura, estabeleceu convênio com a UNIFESP e criou o Instituto de Oncologia Pediátrica – IOP. Neste caso, é de responsabilidade institucional do GRAACC tanto a Casa de Apoio quanto o próprio IOP.

- A estrutura do trabalho voluntário no Centro Infantil Boldrini também é bastante particular. Apesar do núcleo de voluntariado ter sua própria institucionalidade, seu funcionamento é integrado a todas as unidades do hospital, que tem no seu estatuto uma referência específica ao voluntariado. Por sua vez, o estatuto do núcleo de voluntários define sua finalidade como exclusiva a este hospital.
- Finalmente, todos os serviços de oncologia pediátrica recebem apoios diversificados, relevantes, mas não exclusivos, de diversas instituições autônomas de trabalho voluntário.

A pesquisa não teve o propósito de quantificar economicamente o conjunto dos apoios em cada hospital. Apenas parte desses apoios foi quantificada monetariamente, sendo estes restritos praticamente aos valores incorporados formalmente às receitas financeiras dos hospitais, conforme apresentado no item anterior. No entanto, é bem possível que tais valores sejam a menor parte caso fosse possível quantificar monetariamente todos os demais apoios instituídos.





## *4. Padrões de Desenvolvimento da Gestão*



## 4. Padrões de Desenvolvimento da Gestão

---

A avaliação dos padrões de desenvolvimento gerencial foi realizada conforme sistema de classificação utilizado no Estudo Hospitais Filantrópicos no Brasil (Barbosa et al, 2002), tendo esta sofrido pequenas adaptações (**Ver Anexo 2**). Foi utilizado questionário aplicado aos dirigentes dos respectivos hospitais de modo a identificar a presença ou ausência das variáveis utilizadas para a classificação. As adaptações consideraram alguns poucos aspectos gerenciais incorporados às seis dimensões constantes do sistema original, mas sobretudo a inclusão de duas novas dimensões avaliadas: gestão da qualidade e responsabilidade social. No campo da qualidade, há variáveis abrangentes e outros com o propósito de valorizar a atenção oncológica infantil, tais como a prática de protocolos assistenciais, programa de humanização com foco em crianças e medicina paliativa também específica para crianças.

Cada dimensão compreende um conjunto de variáveis tomadas como marcadoras do nível de desenvolvimento gerencial, tendo sido consideradas no total 108 variáveis.

Segundo a classificação proposta, cada uma das dimensões é enquadrada em um nível de desenvolvimento – avançado, em desenvolvimento ou incipiente, a partir da presença ou ausência das variáveis marcadoras. Este processo é realizado a partir do nível “avançado”. Observa-se se todos os requisitos para a classificação da dimensão em “avançado”, tratada como

*benchmarking*, são atendidos, isto é, se há conformidade em todas as variáveis utilizadas. No caso de não o serem, verifica-se o cumprimento dos requisitos exigidos para o nível “em desenvolvimento”. Enfim, classifica-se a dimensão como “incipiente”, caso não estejam presentes os requisitos exigidos na categoria “em desenvolvimento”.

A seguir, atribui-se um escore à dimensão, considerando o enquadramento no nível de desenvolvimento gerencial definido e a pontuação correspondente às condições adicionais presentes, estabelecidas como requisitos da categoria imediatamente superior.

Para os níveis “incipiente” e “em desenvolvimento”, que totalizam escores variando entre 0 e 4,9 pontos, e 5,0 e 9,9 pontos, respectivamente, esses são atribuídos em base proporcional ao número de quesitos “extras”, isto é, que se adicionam aos requisitos mínimos da categoria em que se enquadra o hospital, verificados. O nível “avançado” corresponde a 10 pontos, expressando conformidade com todas as exigências. Pretendeu-se diferenciar hospitais que, embora pertencendo a uma mesma categoria, apresentassem condições gerenciais diferentes. Mas teve-se o cuidado de impedir que os hospitais que cumprissem vários requisitos inerentes à categoria superior (mas não todos) subissem de categoria.

Assim, por exemplo, considerando a dimensão “recursos humanos”, um hospital classificado na categoria “em desenvolvimento” (cuja “nota” básica é 5) que exibisse dois dos onze requisitos da categoria “avançado”, não exigidos na categoria

“em desenvolvimento”, receberia 5,91 pontos na dimensão, correspondentes à expressão aritmética:  $5 + 2x(5/11)$ .

O escore final de cada hospital é a média ponderada dos escores por ele obtidos em cada uma das oito dimensões, considerando os pesos apresentados no Anexo 1.

Na dimensão gestão de recursos humanos, foi retirada a variável rotatividade de pessoal. Embora os dados tenham sido apurados e estejam disponíveis nos respectivos quadros, esta não foi considerada na aplicação do sistema face à dificuldade metodológica, de realizar-se comparação entre os hospitais públicos e privados presentes no estudo. A condição dos recursos humanos na esfera pública, seja pela estabilidade (limites para demissão), seja pela diminuta autonomia para contratações, tornam a rotatividade de pessoal praticamente vinculada ao número de saídas por aposentadorias. Outro fator de complexidade é o fato de conviverem na mesma organização funcionários celetistas e estatutários, como é o caso do INCa. Ainda nesta dimensão, as notas apuradas em cada hospital foram segundo duas alternativas. A primeira, eliminando-se as condições exigidas para o hospital enquadrar-se no nível “em desenvolvimento”. Neste caso, foram simplesmente somados todas as variáveis em conformidade e atribuídas notas proporcionais ao padrão avançado (conformidade plena). A segunda nota apresentada na tabela foi obtida com base nos requisitos exigidos para a condição “em desenvolvimento” (aplicação estrita do sistema). Observa-se que utilizando-se o critério original, três hospitais apresentam padrões incipientes de desenvolvimento gerencial (Hospital 2, Hospital 4 e Hospital 5), dado que a não conformidade de apenas um requisito exigido

para o nível “em desenvolvimento”, os colocam no nível “incipiente”. Todos esses hospitais apresentaram no entanto, várias das condições exigidas para o nível avançado de desenvolvimento. Para efeito da nota final (ponderada), foi utilizada a primeira alternativa. Esta opção justifica-se pelo fato de estar-se trabalhando com condições ainda não validadas adequadamente e que estavam gerando enormes discrepâncias nos resultados, quando tal dimensão era comparada com as demais no mesmo hospital. Naturalmente, que a alternativa eleita elevou o padrão dos hospitais na respectiva dimensão.

Os resultados encontrados apresentam o conjunto dos hospitais atuantes em oncologia com elevados níveis de desenvolvimento gerencial. No entanto, os resultados encontrados no estudo sobre hospitais atuantes em oncologia pediátrica no Rio de Janeiro (grupo 2), com a nítida exceção para um deles, apresentam limitados níveis de desenvolvimento gerencial. Para efeito de comparação, as notas médias encontradas em estudo anterior realizado para o BNDES (**Barbosa et al, 2002**) e específico para hospitais filantrópicos, foram sensivelmente inferiores, com exceção do grupo então selecionado por ser considerado referência em gestão e qualidade assistencial, ressalvando que naquele estudo havia duas dimensões a menos (gestão da qualidade e responsabilidade social) – **Figura 1**. Caso fossem considerados apenas os hospitais de oncologia selecionados por serem tidos como de referência tanto em gestão quanto em qualidade (quatro hospitais da primeira fase do estudo e outro da segunda fase), a nota deste grupo seria 8,99 conforme pode ser verificado no Quadro 4.

**Quadro 4 - Níveis de desenvolvimento gerencial apurados entre hospitais filantrópicos e hospitais de oncologia**

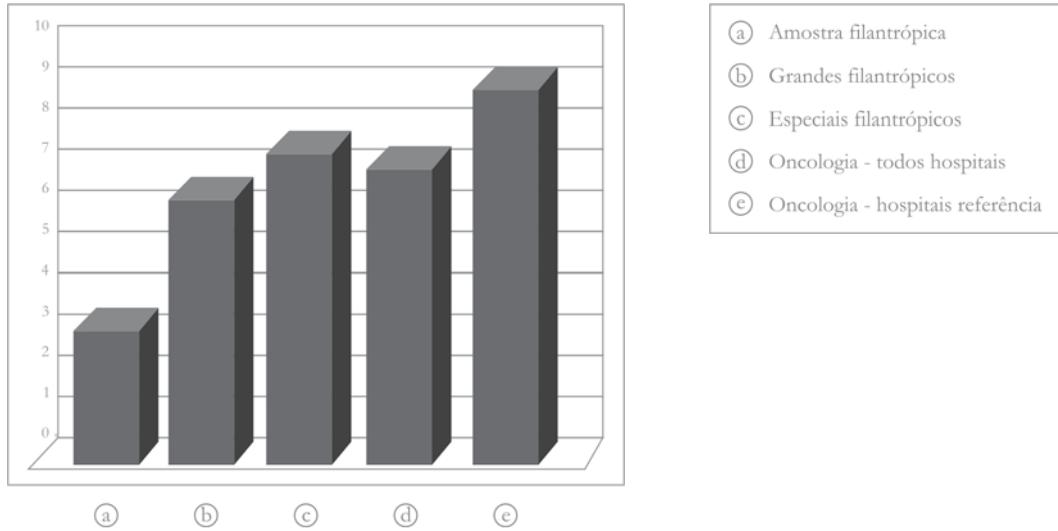
<b>Tipos hospitalares</b>	<b>Médias encontradas</b>
<b>ESTUDO BNDES HOSPITAIS FILANTRÓPICOS (1)</b>	
Amostra de Hospitais filantrópicos	3,42
Grandes Hospitais filantrópicos	6,11
Hospitais filantrópicos especiais	7,32
<b>ESTUDO DESIDERATA HOSPITAIS COM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA</b>	
Hospitais de oncologia grupo 1(2)	8,52
Hospitais de oncologia grupo 2	5,87
Hospitais de referência grupo 1 e grupo 2	8,99

(1) Os hospitais filantrópicos foram divididos em 3 grupos no estudo para o BNDES, sendo a amostra representativa do universo nacional de filantrópicos com menos de 599 leitos; os grandes são aqueles com 599 leitos ou mais e finalmente, os especiais são apenas 10 hospitais selecionados intencionalmente por serem considerados de qualidade tanto na gestão quanto na assistência (Barbosa et al, 2002);

(2) Excluído o Itaci, por estar em fase de implantação, embora mesmo com sua inclusão a média dos hospitais oncológicos seria 7,76.

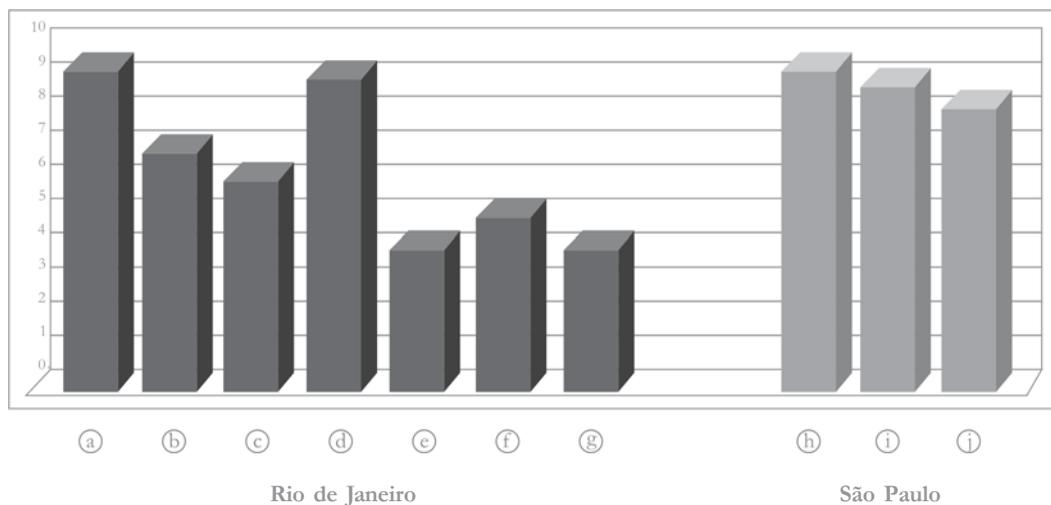
A dimensão “responsabilidade social” apresenta um resultado que não expressa inteiramente a sua real condição. A principal variável desta dimensão – publicação do balanço social, que expressaria por si um conjunto de ações de responsabilidade social – não é praticada por qualquer dos hospitais. As notas terminaram, no entanto, por apresentarem-se com elevada média, denotando necessidade de revisão dessa dimensão.

Figura 1 – Níveis de desenvolvimento gerencial apurados entre hospitais filantrópicos e hospitais de oncologia



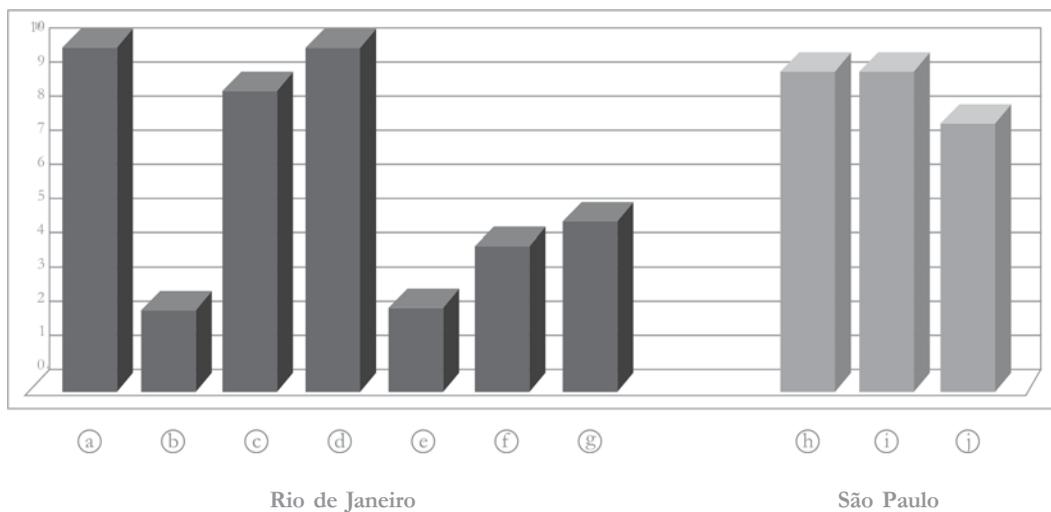
A **Figura 2** apresenta os resultados globais (todas dimensões após ponderações), para todos os hospitais pesquisados, seguindo-se as **Figuras 3 a 10**, com os resultados em cada uma das dimensões gerenciais, isoladamente.

Figura 2 - Resultado Global – Todas as Dimensões



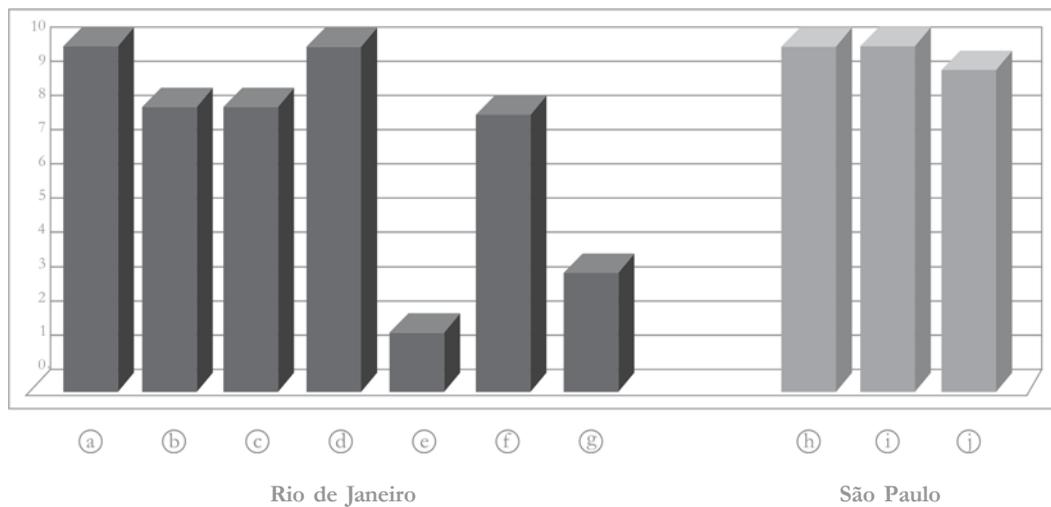
(a) Hospital 1	(f) Hospital 9
(b) Hospital 5	(g) Hospital 10
(c) Hospital 6	(h) Hospital 2
(d) Hospital 7	(i) Hospital 3
(e) Hospital 8	(j) Hospital 4

Figura 3 - Direção e Planejamento



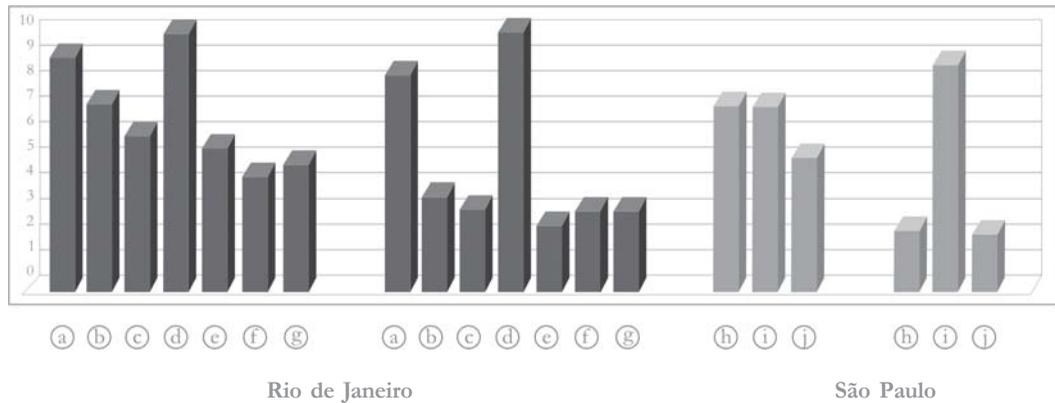
(a) Hospital 1	(f) Hospital 9
(b) Hospital 5	(g) Hospital 10
(c) Hospital 6	(h) Hospital 2
(d) Hospital 7	(i) Hospital 3
(e) Hospital 8	(j) Hospital 4

Figura 4 - Econômico-financeiro



(a) Hospital 1	(f) Hospital 9
(b) Hospital 5	(g) Hospital 10
(c) Hospital 6	(h) Hospital 2
(d) Hospital 7	(i) Hospital 3
(e) Hospital 8	(j) Hospital 4

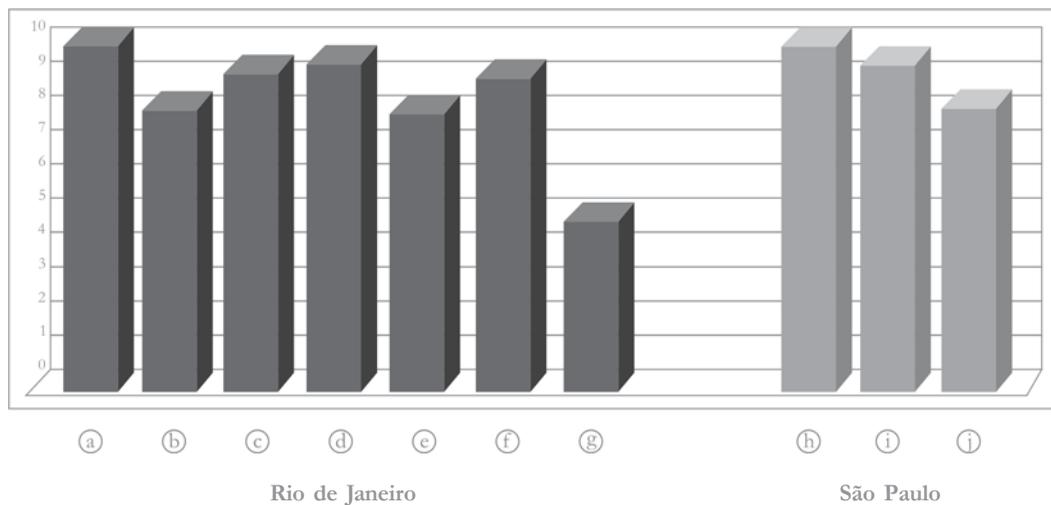
Figura 5 - Recursos Humanos(1)



(a) Hospital 1	(f) Hospital 9
(b) Hospital 5	(g) Hospital 10
(c) Hospital 6	(h) Hospital 2
(d) Hospital 7	(i) Hospital 3
(e) Hospital 8	(j) Hospital 4

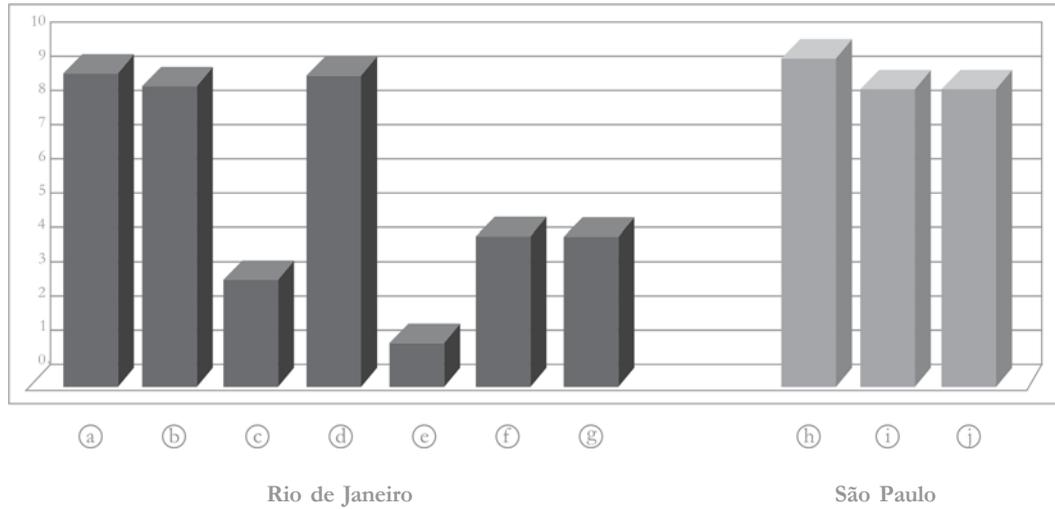
(1) Na dimensão recursos humanos, a primeira nota expressa a aplicação da metodologia desconsiderando as exigências para o nível “em desenvolvimento”, e na segunda nota, foram consideradas as exigências para o nível “em desenvolvimento” acarretando que o não alcance dos respectivos requisitos impõe ao hospital a condição de “incipiente” (nota máxima = 5,00).

Figura 6 - Serviços Logísticos



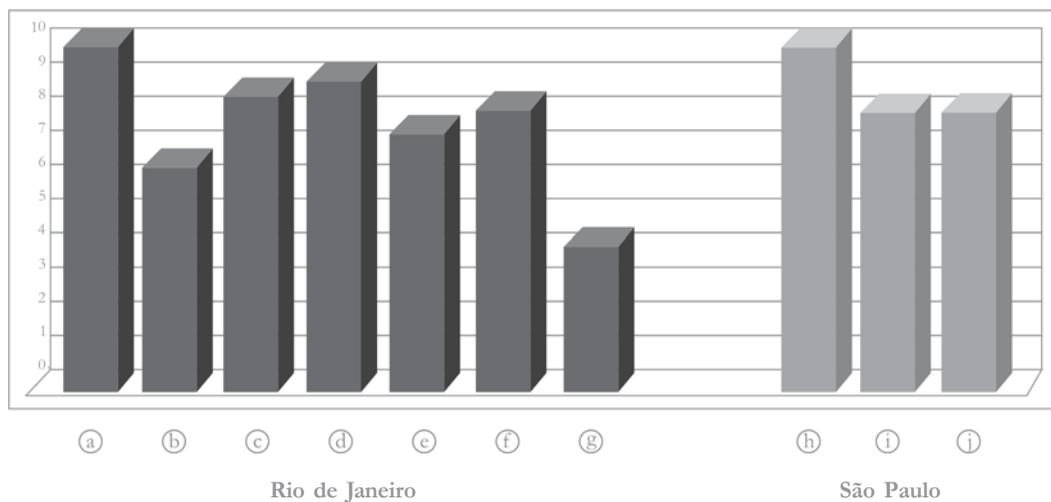
(a) Hospital 1	(f) Hospital 9
(b) Hospital 5	(g) Hospital 10
(c) Hospital 6	(h) Hospital 2
(d) Hospital 7	(i) Hospital 3
(e) Hospital 8	(j) Hospital 4

Figura 7 - Serviços Técnicos



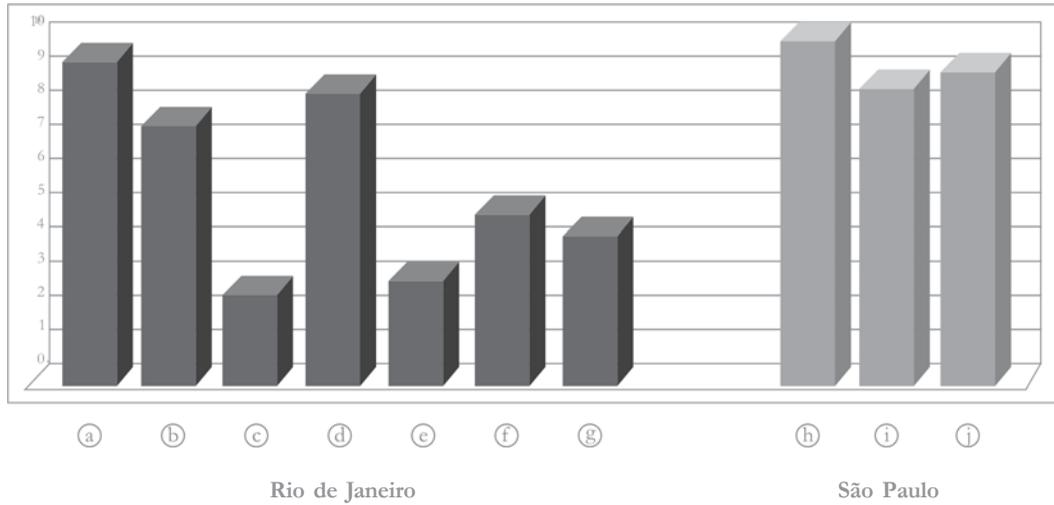
(a) Hospital 1	(f) Hospital 9
(b) Hospital 5	(g) Hospital 10
(c) Hospital 6	(h) Hospital 2
(d) Hospital 7	(i) Hospital 3
(e) Hospital 8	(j) Hospital 4

Figura 8 - Tecnologias de Informação



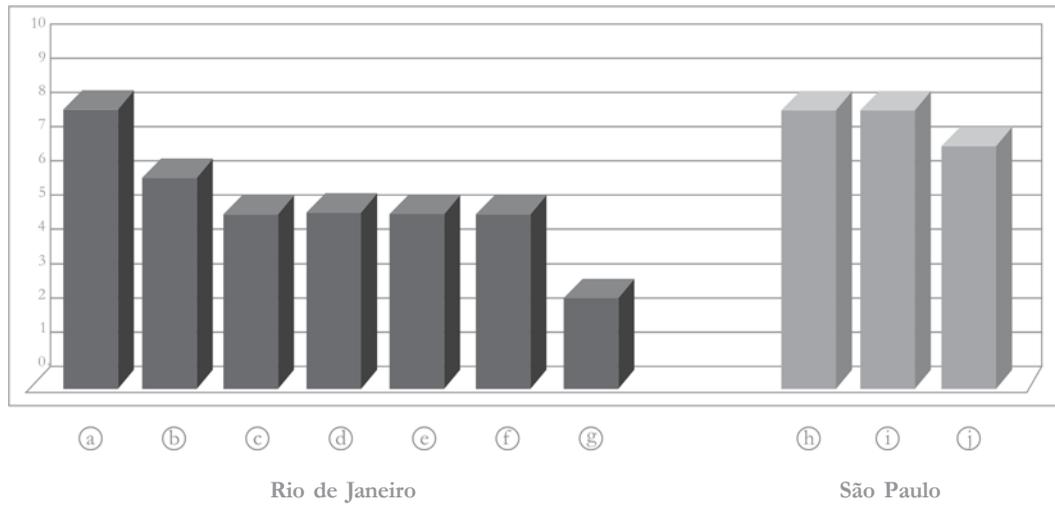
(a) Hospital 1	(f) Hospital 9
(b) Hospital 5	(g) Hospital 10
(c) Hospital 6	(h) Hospital 2
(d) Hospital 7	(i) Hospital 3
(e) Hospital 8	(j) Hospital 4

Figura 9 - Gestão da Qualidade



(a) Hospital 1	(f) Hospital 9
(b) Hospital 5	(g) Hospital 10
(c) Hospital 6	(h) Hospital 2
(d) Hospital 7	(i) Hospital 3
(e) Hospital 8	(j) Hospital 4

Figura 10 - Responsabilidade Social



(a) Hospital 1	(f) Hospital 9
(b) Hospital 5	(g) Hospital 10
(c) Hospital 6	(h) Hospital 2
(d) Hospital 7	(i) Hospital 3
(e) Hospital 8	(j) Hospital 4





## *5. Conclusões e Algumas Recomendações*



## 5. *Conclusões e Algumas Recomendações*

---

Parte dos hospitais escolhidos encontram-se entre aqueles de maior referência em atenção oncológica no Brasil, sejam eles especializados infantis ou gerais para o tratamento do câncer. Essa condição intencionalmente definida justifica os resultados encontrados em parte do grupo de hospitais. A qualidade na atenção, dada a sua complexidade, não é obtida sem que a dimensão gerencial esteja desenvolvida. No entanto, os resultados também indicam que há espaços para maior desenvolvimento entre os melhores hospitais, mesmo no sistema de classificação considerado.

Há, no entanto, um grupo de hospitais onde os resultados obtidos são significativamente inferiores. Os resultados também indicam para este grupo de hospitais que há muitas demandas ou áreas de gestão a serem objeto de desenvolvimento. Para estes, o esforço e o investimento são seguramente maiores e com resultados provavelmente apenas no médio prazo.

É preciso ressaltar que o sistema trata basicamente de elementos de estrutura, não aferindo desempenhos, sejam assistenciais ou gerenciais, especialmente econômicos. Assume-se que muito embora elementos de estrutura condicionem desempenhos, estes podem ser aferidos em separado através de outras variáveis, podendo vir a enriquecer os processos de avaliação ou classificação de desenvolvimento gerencial aplicáveis a hospitais. Possível aplicação de sistemas que contemplem

variáveis relacionadas a desempenhos poderiam mostrar outros resultados. Esses sistemas seriam certamente mais sofisticados, dadas notórias dificuldades metodológicas para aferição de resultados em organizações hospitalares.

Portanto, ainda que o conjunto dos hospitais selecionados sejam diferenciados quando comparados por exemplo com os hospitais filantrópicos, há dimensões gerenciais que podem ser destacadas como áreas para investimento.

Na dimensão “gestão de recursos humanos”, há uma variável que compromete a performance gerencial nesta dimensão para vários hospitais, certamente os privados. Foram identificadas elevadas taxas de rotatividade de pessoal. Estudos apontam que especialmente o corpo de enfermagem contribui em grande medida para os resultados encontrados. Essa condição, não sendo particular desses hospitais, necessita ser melhor explicada, mas com certeza acarreta problemas tanto econômicos (custo da rotatividade) quanto assistenciais (qualidade) a serem superados.

A dimensão “responsabilidade social”, ainda que tenha apresentado notas médias, a sua variável mais significativa, a edição de Balanços Sociais pelos hospitais, não foi satisfeita por qualquer hospital. Assume-se por isso mesmo que esta dimensão em termos metodológicos seja aperfeiçoada, já que a ausência do balanço social deveria impor notas inferiores na média.

Dois dimensões apresentaram performances com elevadas notas entre os hospitais com notas médias globais superiores: “econômico-financeira” e “qualidade”. Elas confirmam de

modo mais significativo que há no conjunto dos hospitais selecionados, um grupo como estando entre aqueles melhor gerenciados e com superiores padrões gerenciais. Ressalva importante na dimensão “econômico-financeira” para os hospitais públicos, onde diversas variáveis foram desconsideradas por não serem aplicáveis à administração pública. No entanto, a ausência de tais condições nestes hospitais caracteriza a limitada autonomia sobre recursos financeiros existentes. Em alguns desses mesmos hospitais públicos, a dimensão direção e planejamento encontra-se na condição incipiente, sendo elemento característico de organizações com baixa governabilidade interna.

A dimensão “direção e planejamento”, juntamente com a gestão “econômico-financeira” condiciona as outras dimensões, e seu desenvolvimento é uma exigência para patamares superiores na totalidade do hospital. No campo da gestão organizacional, a dimensão “direção e planejamento” expressa a capacidade de formular projeto, missão e objetivos organizacionais, além da governabilidade indispensável à gestão/ implementação e melhoria contínua do mesmo projeto.

Outra discussão importante parece estar relacionada aos perfis assistenciais hospitalares em oncologia pediátrica. A pesquisa não se propôs a realizar comparações nesse sentido. O foco deste debate encontra-se na separação ou não da atenção oncológica pediátrica das demais áreas assistenciais, seja em oncologia geral ou em pediatria geral. Registra-se apenas que, naqueles hospitais onde a oncologia

pediátrica está associada a outras áreas assistenciais, não há elementos identificados na pesquisa que constatem qualquer prejuízo, seja assistencial ou econômico para tais alternativas. Outros elementos, no entanto, precisam ser adicionados para conclusões mais sólidas neste terreno.

Finalmente, sendo intenção do **Instituto Desiderata** identificar áreas e estratégias para apoios a uma dada organização hospitalar, com propósitos focados na atenção oncológica pediátrica, as exigências gerenciais devem ser obrigatoriamente consideradas. As conquistas assistenciais, no caso específico do controle do câncer infantil na esfera hospitalar, exigem estruturas, métodos e práticas gerenciais desenvolvidas.

Os resultados e a sustentabilidade do projeto, ainda que condicionados por apoios externos mobilizados, estarão sempre dependentes da qualidade do projeto hospitalar, construído internamente ao hospital e naturalmente, da capacidade profissional e legitimidade de seus dirigentes em operar tal projeto em níveis de eficiência (econômica) e qualidade assistencial.

# Referência Bibliográfica

BARBOSA, P.R., PORTELA, M.C., UGÁ, M.A.D.,  
VASCONCELLOS, M.M., LIMAS.M.L. & GERSCHMAN  
S.L., 2002. *Hospitais Filantrópicos no Brasil*. Rio de Janeiro:  
BNDES. (Caderno Social nº 5, vol I – III).

## Anexo 1

### *HOSPITAIS PESQUISADOS*

#### *SÃO PAULO:*

- Centro Infantil Boldrini

Presidente: Silvia Regina Brandalise  
Rua Dr. Gabriel Porto, 1270  
CEP 13083-210 – Cidade Universitária  
Campinas – São Paulo – Brasil  
[www.boldrini.org.br](http://www.boldrini.org.br)

- Hospital AC Camargo

Presidente: Ricardo Brentani  
Rua Prof. Antonio Prudente, 211 – Liberdade  
CEP 01509-010  
[www.hcanc.org.br](http://www.hcanc.org.br)

- Instituto de Oncologia Pediátrica/GRAACC

Superintendente Geral do GRAACC: Sérgio Petrilli  
Rua Botucatu, 743 – Vila Mariana  
CEP: 04023-062 – São Paulo – SP  
[www.graacc.org.br](http://www.graacc.org.br)

- Instituto de Tratamento do Câncer Infantil – ITACI

Diretor Presidente da Fundação Criança: Paulo Roberto Pereira

Diretor Clínico do ITACI: Vicente Odoni Filho

Rua Galeano de Almeida, 148 – Pinheiros

CEP: 05410-030 São Paulo – SP

[www.unicompu.com.br/www/itaci/](http://www.unicompu.com.br/www/itaci/)

### *RIO DE JANEIRO:*

- Hospital da Lagoa

Diretor: Cláudio Nunes

Rua Jardim Botânico 501 – Lagoa

CEP: 22470-050 – Rio de Janeiro – RJ

- Hospital dos Servidores do Estado

Direção Geral: Ana Maria Cantalice Lipke

Rua Sacadura Cabral 178 – Saúde

CEP: 20221-903 – Rio de Janeiro – RJ

[www.hse.rj.saude.gov.br](http://www.hse.rj.saude.gov.br)

- Hospital Mário Kröeff

Presidente: Hiram Silveira Lucas

Rua Magé 326 – Penha Circular

CEP 21020-130 – Rio de Janeiro – RJ

[www.mariokroeff.org.br](http://www.mariokroeff.org.br)

- Hospital Universitário Pedro Ernesto

Diretor: Carlos Eduardo de Andrade Coelho

Av. 28 de setembro 87 – Vila Isabel

Rio de Janeiro – RJ

[www.hupe.uerj.br](http://www.hupe.uerj.br)

- Instituto Estadual de Hematologia – HEMORIO

Diretora Geral: Kátia Machado da Motta

Rua Frei Caneca, nº 8 – Centro

Rio de Janeiro – RJ

[www.hemorio.rj.gov.br](http://www.hemorio.rj.gov.br)

- Instituto Nacional do Câncer – INCa

Diretor Geral: José Gomes Temporão

Praça Cruz Vermelha, 23 – Centro

CEP: 20230-130 – Rio de Janeiro – RJ

[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

- Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

Diretor: Antonio José Ledo Alves da Cunha

Av. Brigadeiro Trompowski s/n – Cidade Universitária

Rio de Janeiro – RJ

[www.ippmg.ufrj.br](http://www.ippmg.ufrj.br)

## Anexo 2

### SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE HOSPITAIS (PESQUISA HOSPITAIS ONCOLOGIA PEDIÁTRICA)

Tabela 1. Pesos atribuídos às dimensões contempladas pelo sistema de classificação gerencial na definição de um score global

DIMENSÃO	Peso
01. Estrutura da direção e instrumentos de planejamento	1,5
02. Estrutura econômico-financeira	1,5
03. Estrutura de gestão de recursos humanos	1,5
04. Estrutura logística	1,0
05. Estrutura de serviços técnicos	1,0
06. Estrutura em tecnologia de informações	1,0
07. Estrutura e procedimentos de controle/avaliação da qualidade da assistência	1,5
08. Estrutura e práticas de responsabilidade social	1,0

**Tabela 2. Condições para a classificação da estrutura da direção e instrumentos de planejamento**

CONDIÇÃO	Incipiente	Em Desenvolvimento	Avançado
01. Dirigente executivo hospitalar - n° de horas dedicadas à função <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 horas ou mais</li> <li>• entre 20 e 39 horas</li> </ul>		X	X
02. Dirigente geral executivo hospitalar - pós-graduação em gestão hospitalar ou similar			X
03. Cargos Formalizados de Direção <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 ou mais</li> <li>• 2 a 4</li> </ul>		X	X
04. Organograma Formal		X	X
05. Plano Formal Periódico (ao menos anual)			X
06. Aspectos Analíticos do Processo de Planejamento (a) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 ou mais aspectos contemplados</li> <li>• ao menos 3 aspectos contemplados</li> </ul>			X
07. Campos Propositivos do Plano (b) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 ou mais aspectos contemplados</li> <li>• ao menos 3 aspectos contemplados</li> </ul>			X
08. Orçamento Anual		X	X
09. Marketing - Canal de Comunicação com a Clientela		X	X
10. Marketing - Oferta de Serviços a partir de Identificação de necessidades de Mercado/Clientes ou Propaganda de Produtos/Serviços oferecidos			X
11. Avaliação da Execução Orçamentária			X
12. Avaliação com Metas e Indicadores específicos para os serviços assistenciais, administração e logístico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sistema global integrado (c)</li> <li>• somente sistemas em serviços isolados (d)</li> </ul>		X	X

(a) Aspectos Analíticos considerados no processo de Planejamento – Aspectos Contemplados: (1) balanço dos objetivos/ metas de planos anteriores; (2) avaliação de mercado; (3) políticas/tendências do SUS e/ou saúde suplementar; (4) políticas e tendências em oncologia; (5) avaliação de pontos fortes e fracos internos e externos; (6) avaliação da execução orçamentária (7) construção de cenários; (8) ajustes periódicos (conforme metas e prazos);

(b) Aspectos Propositivos Presentes no Plano: (1) projeto assistencial contemplando abertura e fechamento de serviços; (2) programação de atividades assistenciais com metas estabelecidas; (3) associação/parcerias com outras organizações; (4) investimento tecnológico – aquisição/reposição de equipamentos; (5) obras e/ou reformas; (6) desenvolvimento de recursos humanos – formação e/ou treinamento; (7) política de mercado/marketing; (8) estratégias de financiamento/endividamento; (9) modernização gerencial – incluindo novos sistemas e/ou treinamento gerencial; (10) incorporação de tecnologias de informação; (11) orçamento com base nas atividades programadas;

(c) Sistema Global Integrado – sistema abrangente, coordenado na direção do hospital, articulando sub-sistemas de avaliação em serviços administrativos (administração central e demais serviços logísticos gerais) e assistenciais (setores de internação, ambulatorios, emergência, *home care* e serviços de diagnóstico e terapia);

(d) Somente sistemas em serviços isolados – apenas alguns serviços administrativos ou assistenciais possuem sistemas próprios, não estando coordenados de forma articulada na direção do hospital.

Tabela 3. Condições para a classificação da estrutura econômico-financeira (1)

CONDIÇÃO	Incipiente	Em Desenvolvimento	Avançado
01. Diretor/reponsável específico econômico-financeiro - cargo formal ou informal (a) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 horas ou mais</li> <li>• entre 20 e 39 horas</li> </ul>		X	X
02. Diretor/reponsável econômico-financeiro - curso superior completo na área econômico financeira ou pós-graduação na área econômico financeira (para graduações em outras áreas)			X
03. Balanço fechado até 31/03/2003*			X
04. Balancete até 30 dias			X
05. Auditoria contábil independente			X
06. Auditor cadastrado na Comissão de Valores Mobiliários			X
07. Balancete periódico de patrimônio e resultados			X
08. Controle financeiro de estoque		X	X
09. Inventário, pelo menos anual, dos materiais hospitalares (permanente, medicamentos, material de consumo e imobilizados - equipamentos e viaturas)		X	X
10. Regras de depreciação patrimonial			X
11. Projeção de fluxo de caixa		X	X
12. Seguro dos principais ativos - pelo menos três dos listados (b)			X
13. Investimentos Financeiros			X
14. Plano próprio de contas		X	X
15. Controle de contas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatizado</li> <li>• Manual</li> </ul>		X	X
16. Despesa conhecida por paciente ou procedimento			X

(1) Serão consideradas condições especiais para os 2 hospitais públicos participantes da pesquisa, em decorrência da não aplicação de algumas das variáveis aos hospitais públicos pesquisados;

(a) será registrado a existência de possível voluntário especialista nesta área, dirigindo o setor ou mesmo supervisionado o campo com orientações especializadas;

\* Considerada data constante em documento formal com parecer contábil e do dirigente.

(b) seguros considerados: (1) equipamentos; (2) prédios; (3) estoque; (4) caixa; (5) valores em trânsito; (6) veículos; (7) outros.

**Tabela 4. Condições para a classificação da estrutura de gestão de recursos humanos**

CONDIÇÃO	Incipiente	Em Desenvolvimento	Avançado
01. Diretor/reponsável específico de RH - cargo formal ou informal <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 horas ou mais</li> <li>• entre 20 e 39 horas</li> </ul>		X	X
02. Diretor/chefe de RH - profissional com especialização ou mais em gestão			X
03. Incentivos de RH (a) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 ou mais incentivos presentes</li> <li>• até 3 incentivos presentes</li> </ul>		X	X
04. Treinamento técnico de RH - excluídos médicos <ul style="list-style-type: none"> <li>• mais de 20% dos funcionários</li> <li>• entre 5 e 20% dos funcionários</li> </ul>		X	X
05. Treinamento gerencial			X
06. Plano de cargos		X	X
07. Tabela salarial estruturada			X
08. Avaliação sistemática de RH			X
09. Existência de normas de funcionamento do corpo clínico			X
10. Rotatividade de pessoal CLT (b) <ul style="list-style-type: none"> <li>• até 10%</li> <li>• entre 10 e 30%</li> </ul>		X	X
11. Recrutamento de pessoal predominantemente feito através de seleção pública ou de currículos			X

(a) **Incentivos considerados:** (1) ganhos adicionais e variáveis associados à produção e qualidade – alcance de metas; (2) pecúnia/prêmios por antiguidade/tempo de serviço no hospital; (3) pecúnia/prêmios por assiduidade; (4) pecúnia/prêmios por inovação; (5) participação em congressos; (6) apoio a pesquisas; (7) apoio a linhas de formação – cursos, estágios, etc; (8) aquisição de publicações científicas; (9) cobertura assistencial com planos de saúde para funcionários e dependentes; (10) planos de previdência privada; (11) capacitação técnico-profissional; (12) capacitação gerencial;

(b) Esta variável não foi contabilizada para efeito de pontuação, embora tenha sido apurada.

Tabela 5. Condições para a classificação da estrutura logística

CONDIÇÃO	Incipiente	Em Desenvolvimento	Avançado
01. Diretor/reponsável específico de serviço de materiais - cargo formal ou informal		X	X
02. Diretor/responsável do serviço de materiais com nível superior			X
03. Compras centralizadas no hospital ou entidade vinculada		X	X
04. Cadastro de fornecedores			X
05. Estoque - curva ABC			X
06. Material médico-cirúrgico padronizado			X
07. Equipamentos patrimoniados <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60% ou mais</li> <li>• entre 20 e 60%</li> </ul>		X	X
08. Manutenção <ul style="list-style-type: none"> <li>• predial, equipamentos biomédicos e outros</li> <li>• equipamentos biomédicos e outros</li> </ul>		X	X
09. Equipe de manutenção - composição <ul style="list-style-type: none"> <li>• engenheiro clínico, civil, mecânico ou eletricista/eletrônico</li> <li>• técnico de equipamentos biomédicos, técnico de eletricidade ou técnico em mecânica</li> </ul>		X	X
10. Manutenção preventiva de equipamentos biomédicos <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% ou mais</li> <li>• entre 20 e 40%</li> </ul>		X	X
11. Manutenção preventiva de equipamentos disponíveis <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% ou mais</li> <li>• entre 20 e 40%</li> </ul>		X	X
12. Responsável pelo setor de limpeza com nível superior			X
13. Treinamento regular do pessoal de limpeza segundo normas de controle de infecção hospitalar		X	X
14. Análise de água a cada seis meses		X	X
15. Limpeza de reservatórios de água a cada seis meses		X	X
16. Perfuro-cortantes separados de quaisquer outros resíduos		X	X
17. Sistema de tratamento de esgoto próprio			X
18. Treinamento regular do pessoal da lavanderia segundo normas de controle da infecção hospitalar			X
19. Treinamento regular do pessoal da recepção/zeladoria/portaria sobre acolhimento/atendimento ao público			X
20. Instalações elétricas conforme normas ABNT			X
21. Sistema de energia de emergência/gerador para áreas críticas (emergência, UTI, centro cirúrgico)		X	X

Tabela 6. Condições para a classificação da estrutura dos serviços técnicos

CONDIÇÃO	Incipiente	Em Desenvolvimento	Avançado
01. Laboratório de Análises clínicas próprio ou terceirizado <ul style="list-style-type: none"> <li>• capacidade de resposta por 24 horas/dia</li> <li>• capacidade de resposta inferior a 24 horas/dia</li> </ul>		X	X
02. Responsável pelo Laboratório - profissional de nível superior - bioquímico, biólogo, médico ou biomédico		X	X
03. Laboratório com registro na Vigilância Sanitária		X	X
04. Laboratório com certificado ASPAC ou SBPC		X	X
05. Laboratório com certificado ISO			X
06. Serviço de Radiologia ou Imagem próprio ou terceirizado <ul style="list-style-type: none"> <li>• capacidade de resposta 24 horas/dia</li> <li>• capacidade de resposta inferior a 24 horas/dia</li> </ul>		X	X
07. Responsável pelo Serviço de Radiologia ou Imagem <ul style="list-style-type: none"> <li>• médico especialista em imagem</li> <li>• médico de outra especialidade</li> </ul>		X	X
08. Serviço de Radiologia ou Imagem com registro na Vigilância Sanitária		X	X
09. Serviço de Radiologia ou Imagem com controle permanente de exposição à radiação com dosímetro individual			X
10. Serviço de Radiologia com Certificado ISO			X
11. Farmacêutico <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 horas</li> <li>• menos de 40 horas</li> </ul>		X	X
12. Comissão de padronização de medicamentos			X
13. Dose unitária por paciente ou dose individual paciente-dia			X
14. Prontuário dos pacientes <ul style="list-style-type: none"> <li>• único - para pacientes externos e internos</li> <li>• separado - para pacientes externos e internos</li> </ul>		X	X
15. Serviço de Nutrição próprio ou terceirizado <ul style="list-style-type: none"> <li>• atuação na produção alimentar e atenção nutricional</li> <li>• atuação somente na produção alimentar</li> </ul>		X	X

Tabela 7. Condições para a classificação da estrutura em tecnologia de informações

CONDIÇÃO	Incipiente	Em Desenvolvimento	Avançado
01. Serviço/núcleo/equipe de informática próprio ou terceirizado		X	X
02. Computadores interligados em rede interna		X	X
03. Ao menos um servidor		X	X
04. Sistema gerenciador de banco de dados			X
05. Sistemas de informação automatizados - administrativos em geral <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 ou mais programas existentes</li> <li>• até 3 programas</li> </ul>		X	X
06. Sistemas de informação automatizados - assistencias <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 ou mais programas existentes</li> <li>• até 3 programas</li> </ul>		X	X
07. Acesso à internet <ul style="list-style-type: none"> <li>• permanente</li> <li>• discado</li> </ul>		X	X
08. Processo de contingência formalmente normatizado			X
09. Oferta de serviços pela internet <ul style="list-style-type: none"> <li>• inclui informações específicas para pacientes (marcação de consultas, acesso a resultados de exames, etc) ou acesso aos prontuários para os médicos</li> </ul>			X

**Tabela 8. Condições para a classificação da estrutura de controle/avaliação da qualidade da assistência**

CONDIÇÃO	Incipiente	Em Desenvolvimento	Avançado
01. Comissão de controle da infecção hospitalar - casos regularmente apurados nos últimos seis meses		X	X
02. Normas técnicas sobre prevenção e controle de infecções			X
03. Comissão de revisão de óbitos			X
04. Comissão de revisão de prontuários			X
05. Censo diário		X	X
06. Sessões clínicas (pelo menos uma por mês)			X
07. Uso de protocolos clínicos estabelecidos com base em evidência científica - identificadas patologias sentinelas			X
08. Avaliação regular da satisfação dos usuários			X
09. Controle de taxa de ocupação - n° de pacientes-dia no período/n° de leitos-dia no período		X	X
10. Controle de tempo médio de permanência hospitalar - n° de pacientes-dia no período/n° de saídas no período		X	X
11. Controle da taxa de infecção hospitalar - n° de pacientes com infecção hospitalar no período/n° de saídas no período		X	X
12. Controle da taxa de mortalidade hospitalar - n° de óbitos no período/n° de saídas no período		X	X
13. Uso de sistema ou metodologia de classificação das internações por gravidade/utilização de recursos			X
14. Comissão ética e avaliação de erros médicos		X	X
15. Existência de programa de humanização hospitalar <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 ou mais condições</li> <li>• até 3 condições</li> </ul>		X	X
16. Uso de indicadores específicos para CA infantil			X
17. Programa de Medicina Paliativa para crianças			X
18. Dosagem Laboratorial de Quimioterápico			X

**Tabela 9. Condições para a classificação da estrutura relacionada com a responsabilidade social**

CONDIÇÃO	Incipiente	Em Desenvolvimento	Avançado
01. Divulgação de Balanço Social			X
02. Existência de atividades voltadas para a sociedade (adicionais à área de atuação finalística)			X
03. Relatórios de gestão disponíveis (1) <ul style="list-style-type: none"> <li>• disponibilidade inespecífica</li> <li>• dirigida a órgãos específicos da sociedade/estado</li> </ul>		X	X
04. Existência de programas com voluntariados (2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 ou mais condições</li> <li>• até 2 condições</li> </ul>		X	X
05. Práticas de racionalização do uso de energia			X
06. Práticas de racionalização do uso de água			X

(1) divulgação específica: organismos da sociedade civil tais como ONGs, financiadores; organismos de Estado tais como legislativos, ministério público, executivos;

(2) consideradas as seguintes condições: entidades voluntárias legalmente constituídas, critérios de seleção/avaliação do voluntariado, voluntariado treinado, financiamento externo para o voluntariado/programas;

(3) consideradas as seguintes condições: condições de acolhimento especiais; carta/documento sobre direitos dos pacientes; ambientes adequados; programas de ensino para crianças; programas laborais; programas recreativos; acesso a informações médicas/equipe médico-assistencial; práticas específicas para condições debilitadas de saúde (estados de depressão, quadros não curáveis, etc).

Tabela 10. Número de condições contempladas e pontos a elas atribuídas na definição do score de dimensões previamente classificadas como “em desenvolvimento” ou “incipiente”

DIMENSÃO	Em Desenvolvimento		Incipiente	
	Total de condições contempladas	Pontos por condição	Total de condições contempladas	Pontos por condição
01. Estrutura de direção e instrumentos de planejamento	9	1/9	6	1/6
02. Estrutura econômica - financeira	12	1/12	6	1/6
03. Estrutura de gestão de recursos humanos	9	1/9	4	1/4
04. Estrutura logística	14	1/14	12	1/12
05. Estrutura de serviços técnicos	11	1/11	10	1/10
06. Estrutura em tecnologia de informação	6	1/6	6	1/6
07. Estrutura de controle/avaliação da qualidade da assistência	11	1/11	8	1/8
08. Estrutura de responsabilidade social	5	1/5	2	1/2

*Conselho Diretor* Guilherme Frering *Presidente*  
Antonia Frering *Vice-Presidente*  
Armínio Fraga  
Beatriz Cardoso  
Heloisa Helena de Oliveira  
Luciano Huck  
Marcos Sarvat <sup>(1)</sup>  
Mauro Salles  
Pedro Leitão <sup>(2)</sup>  
Sergio Bermudes  
Wanda Engel <sup>(3)</sup>

*Conselho Fiscal* Joaquim Dias  
Luiz do Amaral de França Pereira  
Maria Fernanda Dias de Carvalho

*Equipe Técnica* Beatriz Azeredo  
**Diretora**  
Glória Moog  
**Gerente da Área de Oncologia Pediátrica**  
Liesel Mack Filgueiras  
**Gerente da Área de Desenvolvimento de Crianças e Jovens**  
Valéria Canellas  
**Gerente Administrativa**