ÊNYLO VINICIUS FARIA

SUSTENTABILIDADE HOSPITALAR BASEADA EM RELATÓRIOS GRI

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental do Centro de Ciências Humanas e da Educação, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental.

Orientador: Dr.º Mário Jorge Cardoso Coelho Freitas.

FLORIANÓPOLIS

2015

F224s Faria, Ênylo Vinicius
Sustentabilidade hospitalar baseada em relatórios GRI / Ênylo Vivicius Faria. - 2015.
200 p. il. color ; 29 cm

Orientador: Mário Jorge Cardoso Coelho Freitas
Bibliografia: p. 175-184
Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências Humanas e da Educação, Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental, Florianópolis, 2015.

1. Hospitais – Administração. 2.Sustentabilidade. 3. Desenvolvimento sustentável. I. Freitas, Mário Jorge Cardoso Coelho. II. Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação emPlanejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental.III. Título.

CDD:658.9136211– 20.ed.

Ficha elaborada pela Biblioteca Central da UDESC.

ÊNYLO VINICIUS FARIA

SUSTENTABILIDADE HOSPITALAR BASEADA EM RELATÓRIOS GRI

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental – Mestrado Profissional MPPT, da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), em torno da linha de pesquisa de Análise e Gestão Ambiental.

Banca Examinadora:

Orientador:

_____

Prof.º Dr.º Mário Jorge Cardoso Coelho de Freitas
UDESC

Membros:

_____

Prof.ª Dr.ª Ana Maria Malik
FGV-USP

_____

Prof.ª Dr.ª Isa de Oliveira Rocha
UDESC

_____

Prof.ª Dr.ª Sonia Valle Walter Borges de Oliveira
FEA-RP-USP

Florianópolis, 29/05/2015.

AGRADECIMENTOS

À DEUS,

pela vida e que sem ele nada seria possível.

À FAMÍLIA,

pela origem de tudo, na oportunidade de formação pessoal e dedicação de meus pais e irmãos.

À ANDREIA MARIA BERTO,

por ser tão importante na minha vida, pela compreensão e apoio nos momentos de dificuldades, incentivando e contribuindo para a elaboração deste trabalho.

AOS PROFESSORES E AMIGOS,

pela oportunidade de conhecimento, possibilitando construir um legado para a sociedade como um todo.

"O homem é a medida de todas as coisas, das coisas que são, enquanto são, das coisas que não são, enquanto não são."

Protágoras

RESUMO

O estudo está vinculado à avaliação de relatórios *Global Reporting Initiative* (GRI) de determinada empresa do segmento de saúde no Brasil, visando identificar em que medida os relatórios GRI são ferramentas adequadas à gestão sustentável dos hospitais. Assim, foram abordados os temas sobre o desenvolvimento, o desenvolvimento sustentável, a sustentabilidade no contexto hospitalar, bem como o escopo das diretrizes dos relatórios GRI. A pesquisa assume uma abordagem mista, pois foram analisados os dados nos aspectos quantitativo (via aplicação de questionários) e qualitativo (via análise documental, estudos de casos e aplicação de entrevistas). O processo de desenvolvimento incorpora mudanças e transformações de grande impacto em vários setores da sociedade e, em particular, na área da saúde, demonstrando a necessidade de correlacionar a produção de bens e serviços, para a satisfação das necessidades humanas, com um modelo sustentável integrado ao meio ambiente. Torna-se importante ressaltar que as empresas em geral, e no caso os hospitais em estudo, utilizam-se de ferramentas para divulgação de suas atividades e ações correlacionadas às partes interessadas, e que os relatórios de sustentabilidade GRI são de grande relevância e aplicabilidade como uma das formas de demonstração da responsabilidade social dos mesmos. Em suma, o meio ambiente está estreitamente vinculado com a saúde e, consequentemente, esta complexa e sistemática relação, por meio da sociedade e governo, coaduna com um modelo de desenvolvimento sustentável, transparente e responsável, que depende diretamente das ações e atitudes das pessoas e das empresas.

Palavras-chave: Sustentabilidade. Desenvolvimento Sustentável. Hospital. Relatórios GRI.

ABSTRACT

The study is linked to the evaluation of the Global Reporting Initiative reports (GRI) of certain health segment company in Brazil, to identify to what extent the GRI reporting tools are appropriate sustainable management of hospitals. So they were discussed the issues of development, sustainable development, sustainability in the hospital, as well as the scope of the guidelines of GRI reports. The research takes a mixed approach, because the data in the quantitative aspects were analyzed (via questionnaires) and qualitative (via document analysis, case studies and application of interviews). The development process incorporates changes and major impact of changes in various sectors of society and in particular in health, demonstrating the need to correlate the production of goods and services to the satisfaction of human needs, with an integrated sustainable model to the environment. It is important to note that companies in general, and if the hospitals in the study, we use tools for dissemination of its activities and actions correlated to stakeholders, and that the GRI sustainability reporting are of great relevance and applicability as one way of demonstration of social responsibility thereof. In short, the environment is closely linked to health and, consequently, this complex and systematic relationship by society and government, consistent with a model of sustainable development, transparent and accountable, which depends directly on the actions and attitudes of people and businesses.

Keywords: Sustainability. Sustainable Development. Hospital. GRI Reports.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - A estrutura dos relatórios do GRI 57
Figura 2 - Diretrizes de elaboração dos relatórios GRI 58
Figura 3 - Princípios para definição do conteúdo do relatório 60
Figura 4 - Visão geral do conteúdo do relatório da GRI 61
Figura 5 - Critérios para os níveis de aplicação do relatório GRI 63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Linha do tempo do desenvolvimento 42
Quadro 2 - Dimensões e foco dos indicadores de sustentabilidade 54
Quadro 3 - Quadro geral de indicadores GRI segmentados por desempenho 76
Quadro 4 - Características do sistema de saúde brasileiro 93
Quadro 5 - Características do método quantitativo da pesquisa 104
Quadro 6 - Características do método qualitativo da pesquisa tipologia não interativa 105
Quadro 7 - Características do método qualitativo - tipologia interativa 105
Quadro 8 - Indicadores de desempenho econômico - GRI G3 125
Quadro 9 - Indicadores de desempenho ambiental - GRI G3 126
Quadro 10 - Indicadores de desempenho de práticas trabalhistas e de trabalho decente - GRI G3 129
Quadro 11 - Indicadores de desempenho de direitos humanos - GRI G3 132
Quadro 12 - Indicadores de desempenho social referentes à sociedade - GRI G3 134
Quadro 13 - Indicadores de desempenho referentes à responsabilidade pelo produto GRI G3 135
Quadro 14 - Dimensões sobre desenvolvimento sustentável 153
Quadro 15 - Dimensões sobre sustentabilidade hospitalar 158
Quadro 16 - Dimensões sobre relatórios GRI 161

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativos de relatórios GRI por continente 65
Tabela 2 - Quantitativo e especificação de relatórios GRI segmentados por setor/ suplemento 66
Tabela 3 - Quantitativo de Relatórios GRI segmentado por continente e serviços de saúde 72
Tabela 4 - Dados estatísticos de produção do hospital A 116
Tabela 5 - Dados estatísticos de produção do hospital B 119
Tabela 6 - Dados estatísticos de produção do hospital C 121
Tabela 7 - Resumo geral de indicadores por tipo e segmento dos hospitais 138
Tabela 8 - Resumo das informações institucionais e pessoais colhidas pelo questionário 140
Tabela 9 - Resumo das opiniões sobre os relatórios GRI colhidas pelo questionário 143

LISTA DE SIGLAS

AIEA	Agência Internacional de Energia Atômica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BS	*Barometer of Sustainability*
BSC	*Balanced Scorecard*
CCIH	Comissão de Controle e Infecção Hospitalar
CERES	*Coalition for Environmentaly Responsible Economies*
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
DJSI	*Dow Jones Sustentainability*
DS	*Dashboard of Sustainability*
EF	*Ecological Footprint*
ERP	*Enterprise Resource Planning*
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FTSE4Good	*Financial Times Stock Exchange*
GC	*Global Compact*
GEE	Gases de Efeito Estufa
GRI	*Global Reporting Initiative*
IBASE	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
ISE	Índice Bovespa para a Sustentabilidade Empresarial
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMI	Organização Marítima Internacional
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONU-HABITAT	Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos
ONG	Organização não-governamental
OSS	Organização Social de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
RMC	Região Metropolitana de Curitiba
RSA	Responsabilidade Social Ambiental
RSC	Responsabilidade Social Corporativa
RSE	Responsabilidade Social Empresarial
SER	Índice Ethos para a Sustentabilidade Social Empresarial

SH	Sustentabilidade Hospitalar
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIATE	Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências
SIPAGEH	Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar
SRRI/JSE	Investimento de Responsabilidade Social
SUS	Sistema Único de Saúde – Brasil
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNIDO	Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WFO	*World Family Organization*
WWF	Fundo Mundial para a Natureza
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 23
2 REVISÃO TEÓRICA 31
2.1 O DESENVOLVIMENTO E A DINÂMICA AMBIENTAL SUSTENTÁVEL 31
2.2 RESPONSABILIDADE SOCIAL, RELATÓRIOS DE SUSTENTABILIDADE GRI E SUAS DIRETRIZES 48
2.3 A SUSTENTABILIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR 81
2.4 GESTÃO E DESEMPENHO NA ÁREA HOSPITALAR 95
3 METODOLOGIA 101
3.1 TIPO DE PESQUISA, POPULAÇÃO, AMOSTRA E COLETA DE DADOS 101
3.2 PREPARAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS 108
3.3 LIMITAÇÕES DA PESQUISA 109
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS 111
4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS HOSPITAIS 111
4.1.1 Estudo de caso - Hospital Geral "A" 111
4.1.2 Estudo de caso - Hospital Geral "B" 112
4.1.3 Estudo de caso - Hospital Geral "C" 113
4.2 DADOS DE PRODUÇÃO DOS HOSPITAIS EM ESTUDO 114
4.3 RELATÓRIOS E INDICADORES DE SUSTENTABILDIADE GRI DOS HOSPITAIS EM ESTUDO 124
4.4 AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE PESQUISA E DAS ENTREVISTAS
5 CONCLUSÃO 167
REFERÊNCIAS 175
APÊNDICE A - Modelo de questionário de pesquisa para gestores 185
APÊNDICE B - Modelo de questionário de pesquisa para validação de especialistas 191
APÊNDICE C - Plano de redação 197

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com o combate à (e, a partir de certa altura, a prevenção da) doença é uma preocupação que desde cedo apareceu nas sociedades humanas. O discernimento de como essa preocupação se vai materializando, necessariamente, reflete certa conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja, não se configuram da mesma forma para todas as pessoas e grupos. Da mesma forma, também varia muito aquilo que é considerado doença ou saúde. Tudo depende da época, do lugar, da classe social e, também, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLIAR, 2007).

Os conceitos de doença e de saúde, em seus primórdios, incluíam uma forte componente mística e/ou religiosa. Efetivamente, a doença era encarada como algo decorrente de ação demoníaca ou fúria dos deuses e os atos curativos combinavam procedimentos ritualísticos com aplicação de ervas e outros métodos naturais. Tal entendimento estava presente, por exemplo, na medicina grega clássica, até a entrada em cena de Hipócrates, considerado pai da medicina moderna ocidental, que irá exatamente romper com essa tradição.

A generalidade das culturas tribais que antecederam a chegada à América e à África dos conquistadores europeus tinha igualmente esse componente místico-religioso que, aliás, ainda hoje se mantém em várias culturas. No Oriente, a evolução do conceito de saúde e de doença segue outro percurso menos místico, mas que nem por isso deixa de ter uma componente espiritual, aparecendo associado a filosofias mais holísticas e complexas que interligam energias e matéria em um quadro de equilíbrio global natural e cósmico.

A emergência de perspectivas relacionadas com o privilégio da medicina preventiva, a promoção da saúde pública, a obrigação do Estado na manutenção da saúde e prevenção da doença, a generalização de serviços de assistência médica, o processo da educação para a saúde, etc., são de tradição relativamente recente, mas foram-se tornando dominantes. O progressivo sucesso médico na prevenção e no combate a certas doenças e o extraordinário progresso das tecnologias e das metodologias de diagnóstico e de tratamento (incluindo cirurgia), associados às mudanças de hábitos promovidas pela educação para a saúde, acabaram determinando a diminuição da mortalidade materno-infantil e um aumento da esperança média de vida. A saúde passou a ser diretamente conectada com as

questões do desenvolvimento, primeiro, e com o desenvolvimento sustentável, mais recentemente.

Não obstante, a relação entre saúde e desenvolvimento denota identificar qual seria a contribuição da saúde para a promoção da sustentabilidade e do desenvolvimento. Somente a partir da década de 1980 é que as relações entre saúde e desenvolvimento passaram a ser investigadas mais sistematicamente, apoiando-se, sobretudo, na abordagem da economia da saúde. Apesar de seu importante papel para o reconhecimento do caráter estratégico do campo em questão, tal abordagem é considerada inadequada, uma vez que o conceito de utilidade empregado por ela não se aplica à saúde, particularmente em função do caráter de essencialidade da mesma. Na realidade, a intermediação da saúde encontra-se tanto dentro quanto fora da lógica de mercado, pontuando a pluralidade dos interesses envolvidos e reforçando a importância de se aprofundar a análise entre os dois campos em questão (GADELHA; COSTA, 2013).

> Entretanto, na investigação da relação entre saúde e desenvolvimento, o debate não deve restringir-se somente a estas questões consideradas pela economia da saúde, uma vez que seriam ignoradas variáveis de suma importância para esta análise, referentes ao padrão nacional de desenvolvimento, à concentração regional e pessoal de renda e, sobretudo, à fragilidade da base produtiva e de inovação em saúde (GADELHA; COSTA, 2013, p. 3).

O século XX foi caracterizado por um crescimento excepcional em diversas áreas humanas. A intensidade das transformações tecnológicas ocasionou um aumento significativo da utilização de matérias-primas e de energia para atendimento às necessidades sociais. Ao mesmo tempo, cresceu exponencialmente o volume de resíduos produzidos e as dificuldades associadas a seu tratamento. Todo este modelo de desenvolvimento teve como consequência a geração de problemas que não foram seguidos por processos de regeneração do ambiente. Essa realidade, associada com o crescimento da consciência ecológica das pessoas, acabou determinando uma grande pressão pela procura de atitudes e sustentabilidade.

Efetivamente, as preocupações com a natureza predatória, poluente, desregulada e desequilibradora dos processos de desenvolvimento e a emergência do conceito de desenvolvimento sustentável. Segundo a definição contida no Relatório *Brundtland* (1991), elaborado pela Comissão Mundial do Meio Ambiente e

Desenvolvimento, “o desenvolvimento sustentável constitui aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem às suas próprias necessidades”. Tal definição tem sido criticada devido ao seu caráter antropomórfico e ambíguo. Freitas (2005) demonstra que esta pluralidade de definições do desenvolvimento sustentável (DS) leva a que muitos autores discutam uma eventual ambiguidade ou indefinição do conceito. A raiz primeira da polissemia do conceito de DS reside, provavelmente, na origem etimológica das palavras desenvolvimento e sustentável, que carregam consigo certa ambiguidade (BIFANI, 1999; MORENO, 2002 apud FREITAS, 2004; FREITAS, 2015) que, desde logo, toma forma em uma das primeiras e mais divulgadas definições de DS a ser consensualizada (Relatório *Brundtland*), que “talvez tenha sido escolhida exatamente porque era ambígua” (FIEN; TILBURY, 2002, p. 2). É que, de fato, “ao mesmo tempo que se aceita a existência de limites aos modos de vida […] mantém-se a crença no crescimento ou desenvolvimento […] para satisfazer as necessidades humanas”, havendo, ainda, a considerar “a indefinição do conceito de necessidade” (LUFFIEGO; RABADÁN, 2000, p. 474). Há generalizada e recorrente utilização do termo/conceito por “amplos grupos sociais, desde a política até à religião, na linguagem quotidiana e nos vocábulos científicos” (CARIDE; MEIRA, 2004, p. 140). Leal Filho (2000) contribui, igualmente, para aprofundar a citada ambiguidade. Há ainda autores que argumentam que a sustentabilidade “é uma palavra mais técnica que filosófica, demasiado vaga e genérica” (CARIDE; MEIRA, 2004, p. 140) ou que “as bases de conhecimentos e de valores da sustentabilidade são variáveis, instáveis e questionáveis” (WALLS; JICKLING, 2002).

Para Sachs (2002, p. 61)

> a sustentabilidade é um conceito dinâmico que considera as necessidades crescentes da população mundial e como ela se organiza com vistas a suprir esta demanda de expansão, com a manutenção do equilíbrio e sem o comprometimento de nenhuma variável envolvida em relação aos aspectos social, econômico, cultural, ambiental, territorial e político.

Muitas empresas já aderiram ou estão aderindo a políticas de gestão mais sustentáveis e as empresas de saúde não ficaram à margem desta dinâmica e, progressivamente, vão-se integrando nela. Destarte, e particularmente nas atividades realizadas no ambiente de saúde, o segmento de atenção hospitalar

constitui também um agente transformador que exerce uma grande influência sobre os recursos humanos, a sociedade e o meio ambiente, direcionando os caminhos de atuação empresarial. As empresas de saúde estão adotando o uso de relatórios de sustentabilidade, em especial o chamado relatório GRI (a que, mais adiante, se aludirá com mais detalhe), como mecanismo ou sistemática para a demonstração de seu engajamento com a questão implícita da sustentabilidade, sendo primordial a adoção de indicadores para a mensuração do seu desempenho. A utilização de relatórios de sustentabilidade constitui um mecanismo para a comparabilidade, credibilidade, periodicidade e legitimidade das informações compiladas em dados baseados em seus protocolos técnicos, e ainda no âmbito de transparência, de responsabilidade social e de certificação ambiental.

A *Global Reporting Initiative* (GRI) constitui uma ONG internacional, que desenvolve diretrizes globais e indicadores para a elaboração de relatórios de sustentabilidade. O relatório de sustentabilidade GRI constitui uma das principais ferramentas de avaliação e divulgação de desempenho social, ambiental e econômico das organizações. A GRI foi criada com o objetivo de elevar as práticas de elaboração e divulgação de relatórios de sustentabilidade a um nível de qualidade equivalente ao dos relatórios corporativos e financeiros, e constitui dentre as ferramentas mais utilizadas do mundo em termos de relatório de sustentabilidade, como o foco de padronização com diretrizes específicas em sustentabilidade.

A estrutura dos relatórios GRI tem a finalidade de estabelecer um padrão ou modelo para a elaboração de relatórios sobre o desempenho econômico, ambiental e social de uma organização. Foi concebida para ser utilizada por organizações de qualquer porte, setor ou localidade (GRI, 2011).

> Levam em conta as questões práticas enfrentadas por uma série de organizações, desde pequenas empresas até grupos com operações variadas e geograficamente espalhadas, e inclui o conteúdo geral e o específico por setor, acordados globalmente por vários *stakeholders*, como aplicáveis na divulgação do desempenho de sustentabilidade da organização (GRI, 2011, p. 3).

O conjunto de indicadores do GRI proporciona a comparabilidade, credibilidade, periodicidade e legitimidade das informações compiladas em dados baseados em seus protocolos técnicos, possibilitando que as organizações tenham um instrumento que facilita a implantação de um processo de melhoria contínua do desempenho rumo ao desenvolvimento sustentável.

O conjunto de indicadores de desempenho, por sua vez, subdivide-se nas seguintes categorias: práticas trabalhistas, direitos humanos, sociedade e responsabilidade pelo produto. Cada categoria inclui informações sobre a forma de gestão e um conjunto correspondente de indicadores de desempenho essenciais e adicionais. Os indicadores essenciais foram desenvolvidos por meio dos processos *multistakeholders* da GRI, que visam a identificar os indicadores geralmente aplicáveis e considerados relevantes para a maioria das organizações. Os indicadores adicionais representam práticas emergentes ou tratam de temas que podem ser relevantes para algumas organizações, mas não para outras (GRI, 2011).

Desta forma, o processo de avaliação desta sustentabilidade é de fundamental importância para a tomada de decisões, bem como para caracterizar a evolução sistemática das ações e gerar mudanças racionais. Dentre as diversas ferramentas para mensuração, encontram-se os indicadores. Os indicadores constituem uma parte do fluxo de informações para entendimento do mundo e a tomada de decisões. Esta decisão quanto ao desenvolvimento sustentável é apoiada por diversos fatores, dentre eles os relatórios de sustentabilidade e os indicadores e que eles se apóiam (MEADOWS, 1998).

Para realizar uma pesquisa é necessário definir com clareza o tema e proceder ao seu estudo. Para Moresi (2003, p. 36), “o tema é o aspecto do assunto que você deseja abordar, provar ou desenvolver”. A exploração do tema consiste em realizar leituras, entrevistas exploratórias e em utilizar outros métodos complementares de exploração do tema, caso seja necessário e indispensável (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 49). Essas atividades permitem definir o campo temático de inserção do estudo e, mais especificamente, o tema/tópico a pesquisar. A minha experiência profissional passada e presente proporcionou apoio na definição do campo temático correlacionado a preocupações que, enquanto administrador hospitalar, percebi ao longo da trajetória profissional e pessoal. Contudo, a especificação do tema não define, ainda, um escopo exato para a pesquisa, tornando-se imprescindível definir um problema. É necessário explicitar uma problemática vinculada à elucidação dos questionamentos para os quais pretendemos encontrar uma solução.

> A problemática é a abordagem ou a perspectiva teórica que decidimos adotar para tratar o problema colocado pela questão inicial. Ela é uma forma de interrogar os objetos estudados. Construir uma problemática significa

> responder à questão: como vou abordar tal objeto? (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 51).

O tema de nossa pesquisa está relacionado com a sustentabilidade no contexto hospitalar e, mais especificamente, com a análise do escopo, representatividade e importância dos indicadores dos relatórios de sustentabilidade do GRI elaborados nos hospitais em estudo. Nossa problemática se situa, exatamente, em saber se a aplicação de certo tipo de relatório e indicadores, mais voltada para a ação empresarial, se ajusta à gestão hospitalar sustentável e que especificidades podem ser identificadas.

Pode-se definir pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo propiciar respostas aos problemas que serão propostos (Gil, 2002, p. 17). Assim, toda pesquisa se inicia com algum tipo de problema ou indagação.

Assim, foi definido o seguinte problema:

Em que medida os relatórios GRI são ferramentas adequadas à gestão sustentável dos hospitais?

O problema pode ser desdobrado em algumas questões de pesquisa, que, de certa forma, o especificam:

a) Que tipo de indicadores é utilizado nos relatórios GRI elaborados pelos hospitais?
b) Quais as variações estruturais percebidas na elaboração dos relatórios GRI?
c) Até que ponto os relatórios GRI permitem avaliar o desempenho de um hospital e identificar os impactos positivos e negativos na sua gestão?
d) Em que medida os relatórios GRI podem favorecer uma estratégia de gestão hospitalar para operar de maneira mais sustentável e oferecer produtos e serviços mais sustentáveis?

Para a busca da identificação do que se pretende alcançar com a pesquisa, devem ser estabelecidos objetivos. A explanação em torno dos objetivos, “deverá sintetizar o que pretende alcançar com a pesquisa”. Os objetivos devem estar coerentes com a justificativa e o problema proposto. O objetivo geral será a síntese do que se pretende alcançar e os objetivos específicos explicitarão os detalhes, sendo um desdobramento do objetivo geral (MORESI, 2003, p. 60).

Tendo em vista o objeto de estudo e a indicação do que se pretende alcançar, o objetivo geral desta pesquisa é: avaliar o uso dos relatórios de sustentabilidade GRI na gestão hospitalar.

Os objetivos específicos são:

a) Avaliar a estrutura geral dos relatórios GRI na gestão hospitalar, a percepção de sua relevância e o que os gestores hospitalares pensam sobre o assunto;
b) Avaliar quais são as potencialidades e as deficiências dos relatórios GRI para a gestão hospitalar;
c) Avaliar os impactos positivos e negativos gerados nos hospitais a partir da utilização dos relatórios GRI;
d) Avaliar possíveis formas de otimização dos relatórios GRI nas organizações hospitalares.

A dissertação está estruturada em: a) esta introdução; b) o capítulo 2, referente à revisão teórica; o capítulo 3, referente à metodologia; d) o capítulo 4, centrado na análise dos dados; d) o capítulo das considerações finais e da conclusão.

O capítulo 2, referente à revisão teórica, se divide em quatro partes, onde é evidenciada a estrutura e a organização das fundamentações ou modelos teóricos que foram utilizados para a busca de explicações e definições da estratégia de pesquisa mais adequada para problema consolidada para a análise de dados mais pertinente a ser adotada.

No capítulo 3, referente à metodologia, serão abordados os procedimentos metodológicos, o nível de abrangência e limites da pesquisa que foram utilizados, bem como o cronograma de atividades e ações, e a forma de aquisição e tratamento das informações adquiridas junto a instituições públicas e mais intensamente junto às entidades de saúde utilizadas como campo formal de estudos e comparações.

No capítulo 4, referente à análise e interpretação dos dados, serão avaliados os relatórios de sustentabilidade GRI no período de 2010 a 2012 de três hospitais, de um determinado grupo corporativo do setor de saúde brasileiro, com vistas à possibilidade de identificar a abordagem de utilização dos relatórios de sustentabilidade do GRI correlacionada aos pressupostos e princípios da sustentabilidade e, ainda, avaliar os mesmos como instrumentos de desempenho dos hospitais.

A conclusão contempla uma síntese em relação ao problema de pesquisa formulado e aos objetivos previamente determinados. Serão abordadas as contribuições e limitações quanto à adoção dos relatórios de sustentabilidade do GRI e, posteriormente, a discussão das implicações dos resultados e sugestões

obtidas na dissertação para desenvolvimento de outras pesquisas. Os anexos constituem como complementos de informações de suporte a pesquisa, sendo enumerados, identificados e referenciados no texto.

2 REVISÃO TEÓRICA

Tendo em vista a necessidade de correlacionar o campo de estudo, e contextualizando o mesmo ao processo de conhecimento na área de pesquisa aplicada, tornou-se necessário evidenciar a estrutura e a organização das fundamentações ou modelos teóricos que foram utilizados para a busca de explicações e definições da estratégia de pesquisa mais adequada para o problema e a análise de dados mais pertinente a ser adotada.

Este capítulo, destinado à revisão teórica, está segmentado em quatro partes. A primeira contempla a base do referencial de conceitos, sendo que são apresentadas as informações e as abordagens vinculadas à questão do desenvolvimento correlacionado à saúde e à dinâmica ambiental sustentável que incorpora mudanças em seu contexto histórico, fato este onde contempla a integração entre diversos fatores econômicos, sociais, políticos e ambientais. A segunda parte incide na caracterização das formas de análise e de mensuração da sustentabilidade, notadamente dos relatórios de sustentabilidade GRI, que figuram dentre as principais ferramentas de avaliação e de divulgação do desempenho social, ambiental e econômico das organizações, bem como a fundamentação de seus conceitos. A terceira parte do capítulo está relacionada com a sustentabilidade e o modelo de desenvolvimento sustentável em seu contexto histórico e, particularmente, no âmbito hospitalar brasileiro, e tendo a sua contribuição no planejamento e na análise da gestão ambiental. A quarta parte do capítulo aborda o processo de gestão e desempenho e suas inferências no contexto hospitalar, abordando-se, principalmente, a questão dos indicadores utilizados para tal.

2.1 O DESENVOLVIMENTO E A DINÂMICA AMBIENTAL SUSTENTÁVEL

> O meio ecológico é o conjunto de complexos territoriais que constituem a base física do trabalho humano. As infraestruturas são o trabalho humano materializado e geografizado na forma de casas, plantações, caminhos, hospitais, etc. (MILTON SANTOS).

A evolução humana em diversos segmentos, sejam eles, biológicos, culturais, sociais, econômicos ou políticos, apresenta uma correlação muito estreita com o meio ambiente e a sociedade, por meio dos processos de desenvolvimento

adotados pelo homem. O ato e comportamento humano, em relação ao meio ambiente e a natureza como provedora de recursos em diversos níveis, pressupunha um aspecto em termos de dimensão de equilíbrio, de uma forma harmoniosa.

Segundo Dorst (1973, p. 23), pode ser percebido que, durante as primeiras fases da história, o elemento Humano, talvez sem perceber, obedecia às leis gerais da ecologia e o crescimento demográfico era proporcional ao aumento de espaço e de alimentos disponíveis. No entanto, com os progressos técnicos aumentando, foram progredindo também os rendimentos pastoris e agrícolas e, paralelamente, as taxas populacionais foram crescendo desordenadamente.

> [...] quatro séculos antes da era Cristã, Platão já lamentava o desflorestamento nas montanhas da Grécia. Em todos os períodos é possível encontrar o Ser Humano aproveitando os recursos da natureza, podendo assim garantir a subsistência humana [...] (AJZENBERG; BARBOSA, 1992, p. 21 apud OLIVEIRA; PIROLA; PEREIRA, 2011, p. 20).

O processo correlacionado entre o elemento humano e meio ambiente, em momento anterior, já apresentava certa dependência e preocupação da forma de interagir e, de certa forma, caracterizavam a sua forma de atuação no espaço físico. Deste modo, aquela suposta relação de equilíbrio do Ser humano com a natureza, que para alguns autores existia nos primórdios da história da humanidade, passou a ficar cada vez mais comprometida, sendo substituída por um processo de degradação ambiental, em escala progressivamente acelerada, principalmente com o desenvolvimento da ciência moderna, da tecnologia e da Revolução Industrial (OLIVEIRA; PIROLA; PEREIRA, 2011, p. 22).

Torna-se importante ressaltar ao longo do tempo, e de forma mais contundente a partir do processo da Revolução Industrial, as consequências resultantes das transformações ocorridas no meio ambiente por via da ação humana. Esta nova realidade, de interação do elemento humano com o meio ambiente, demonstra que de uma forma mais intensa e rápida, as explorações dos recursos naturais apresentam impactos, impactos estes precedentes de uma lógica capitalista que corrobora para a caracterização da premissa do desenvolvimento.

O termo desenvolvimento apresenta diversas interpretações como, aliás, muitos outros termos.

> O problema das significações (e dos diferentes mundos em que elas se inserem) é, pois, mais um problema de essência humana (em seu operar em linguagem) do que deste ou daquele tipo de designação. Toda a linguagem (como o próprio pensamento, em si) é por definição, dotada de certo grau e polissemia e ambiguidade que, num ou noutro caso (como no caso dos termos desenvolvimento, desenvolvimento sustentável ou sustentabilidade, mas também ambiente e ambiental) pode ser agravada por diversos fatores (FREITAS, 2015).

Em um sentido muito amplo, “desenvolvimento pode ser entendido como um processo de evolução, crescimento e mudança de um objeto, pessoa ou situação específica em determinadas condições” (CAVALCANTI, 2003, p. 177). Assim, mesmo em uma conceptualização muito abrangente, a ideia de desenvolvimento inclui a ideia de crescimento, eventualmente, segundo etapas ou estágios, mas pode, também, incluir a ideia de estabilização, regressão ou, mesmo, fim.

As discussões voltadas ao conceito de desenvolvimento são bastante exauridas no meio acadêmico, especificamente, quando se discute o desenvolvimento em um sentido social e se busca a distinção entre desenvolvimento e crescimento econômico. No entanto, segundo alguns autores, “apesar das divergências existentes entre as concepções de desenvolvimento, elas não são excludentes. Na verdade, em alguns pontos, elas se completam” (SCATOLIN, 1989, p. 24). Para outros autores, contudo, existem diversas visões de desenvolvimento de natureza muito diferente. Freitas (2006) relembra a etimologia da palavra desenvolvimento, assinalando sua utilização em diversos domínios, sua permanente utilização e, com o tal, seu caráter polissêmico: “o substantivo desenvolvimento deriva do verbo desenvolver [des+envolver]”. Envolver (do latim *involvere*) significa “tapar, cobrir em volta, enrolar, embrulhar” ou “rodear, circular, circundar” ou, ainda, “abranger, cingir, abarcar”. Assim, desenvolver será, pois, “descobrir o que estava envolvido, protegido por um invólucro”, “desenrolar [...] estender”, “tirar o invólucro, descobrir, destapar, desembuçar”.

O mesmo autor defende que é nesta lógica que deve ser compreendida e analisada a estreita relação entre os termos desenvolvimento e crescimento que, segundo Bifani (1999, p. 67), tem origem na crise dos anos 30, quando “o mundo capitalista se confrontou com um desequilíbrio entre capacidade produtiva e procura efetiva”. A saída para a crise foi encontrada em uma política de crescimento econômico e, assim, “o aumento da quantidade de bens disponíveis transformou-se no fim último do desenvolvimento” (BIFANI, 1999, p. 68), numa aparente

incapacidade de aceitar que tal crise faz parte de uma série de movimentos cíclicos que têm caracterizado a expansão do sistema capitalista mundial (BIFANI, 1999, p. 67).

Contudo, desde os anos 70 se tornou claro que este incessante crescimento econômico, como um fim em si, gerou novas e complexas contradições e é, de todo, impossível de manter, pelo que da equivalência entre desenvolvimento e crescimento corresponde a uma simplificação abusiva e transitória do primeiro conceito, hoje claramente posta em causa. É em tal contexto que teremos que procurar a gênese do termo/conceito e desenvolvimento sustentável (FREITAS, 2006).

É percebida a existência de duas correntes de pensamento econômico sobre o tema: a primeira corrente destaca o crescimento como sinônimo de desenvolvimento, enquanto na segunda, o crescimento é condição indispensável para o desenvolvimento, mas não é condição suficiente. Na primeira corrente estão os modelos de crescimento da tradição clássica e neoclássica, como os de Harrod e Domar. Já na segunda corrente estão os economistas de orientação crítica, formados na tradição marxista ou cepalina, que conceitua o crescimento como uma simples variação quantitativa do produto, enquanto desenvolvimento é caracterizado por mudanças qualitativas no modo de vida das pessoas, nas instituições e nas estruturas produtivas (SOUZA, 1993, p. 27).

Para Oliveira (2002, p. 40) desenvolvimento deve ser encarado como um processo complexo de mudanças e transformações de ordem econômica, política e, principalmente, humana e social. Neste caso, o desenvolvimento nada mais é que o crescimento – incrementos positivos no produto e na renda – transformado para satisfazer as mais diversificadas necessidades do ser humano, tais como: saúde, educação, habitação, transporte, alimentação, lazer, dentre outras. Concordando com grande parte da definição deste autor, para evitar o termo crescimento e suas conotações, preferiríamos dizer que desenvolvimento deve ser visto como melhorias na qualidade da vida humana, em suas mais diversificadas necessidades, como saúde, educação, habitação, transporte, alimentação, lazer, o que depende, entre outros aspetos, de melhorias na produção e, essencialmente, distribuição da renda.

Assim, Mendes (1998, p. 54) entende que o desenvolvimento pode ser considerado como a criação de condições tendentes à produção do ser humano em

sua integridade. É, portanto, um processo e o sucesso resultante. “Incorpora objetivos, destina-se a certos fins”.

Furtado (1961, p. 110), ao interpretar livremente Marx, salienta que:

> A ideia do desenvolvimento se constitui em dois momentos históricos e está intimamente relacionada com o processo de racionalização que caracterizará o mundo moderno. Em um primeiro momento, a racionalidade se revela pelo objetivo econômico definido com clareza (o lucro), e pela adoção da acumulação de capital como meio de atingi-lo. Esse é o momento da Revolução Comercial. Em um segundo momento, com a Revolução Industrial, a racionalidade se expressa em um meio mais especificamente racional de alcançar o lucro: a aceleração do progresso torna sistemática a incorporação de novas tecnologias, e o consequente aumento da produtividade passa a ser uma condição de sobrevivência das empresas.

E Furtado (1961) continua afirmando que, sob o prisma econômico, “desenvolvimento é, basicamente, aumento do fluxo de renda real, isto é, incremento na quantidade de bens e serviços por unidade de tempo à disposição de determinada coletividade” (FURTADO, 1961, p. 115). Mas o prisma econômico é, somente, um dos prismas de olhar o desenvolvimento. Existem outros igualmente, ou mais, importantes. É percebido que o desenvolvimento constitui um processo transformador e impactante no espaço físico, uma vez que para o atendimento às necessidades humanas, consequentemente, na maioria das vezes, ocorrerá uma alteração no planejamento e na organização do ambiente.

> O desenvolvimento exprime-se através do acesso físico e econômico (condições materiais de vida), aos bens, serviços e equipamentos que permitem a satisfação das necessidades básicas, nelas se compreendendo, entre outras, a habitação, o emprego, a educação, o lazer, a saúde e o bem-estar, como oportunidades de benefício, mas também de participação ativa na construção de coesão social (MAFRA; SILVA, 2004, p. 5).

Segundo Coimbra (1985, p. 12), o desenvolvimento pode ser ente entendido como um processo contínuo e progressivo, gerado na comunidade e por ele, que leva as populações a um crescimento global e harmonizado de todos os setores da sociedade, por meio do aproveitamento de seus diferentes valores e potencialidade, de modo a produzir e distribuir os bens e os serviços necessários para a satisfação das necessidades individuais e coletivas do ser humano por meio de um aprimoramento técnico e cultural, e com o menor impacto ambiental possível.

> O desenvolvimento, por inerência conceptual, exige preocupações de eficiência, de sustentabilidade, e de equidade (justiça social, equilíbrio, harmonia). A forma como o espaço se organiza, interfere no

> desenvolvimento, porque praticamente toda a atividade humana é localizada. Por isso, o espaço, é simultaneamente, fator e sujeito do desenvolvimento (MAFRA; SILVA, 2004, p. 5).

A caracterização de alguns modelos e concepções acerca do desenvolvimento buscam viabilizar a compreensão por meio de diversas teorias, quanto à forma de disseminação e articulação dentro do espaço físico baseado no processo no contexto histórico, evidenciando os seus impactos sociais, econômicos, políticos e ambientais.

Torna-se importante a compreensão dos aspectos e teorias de explanação das ideias de inter-relacionamento entre estes dois pressupostos abordados em termos de igual importância ou de condição indispensável e/ou suficiente quanto à organização física em determinado espaço-tempo. “É preciso mergulhar no concreto e no histórico para captar e apreender as manifestações concretas dos fenômenos inerentes ao processo de desenvolvimento capitalista em cada situação real, em determinado Espaço-Tempo específico” (BRANDÃO, 2012, p. 1).

Liberato (2008, p. 133), nas teorias expostas sobre a análise regional, considera de forma explícita que a sua grande maioria tem referências comuns, quando concebem o espaço como homogêneo e consideram que tanto a aglomeração quanto a fragmentação da atividade econômica nele inserida seguem somente as regras mercadológicas, e ainda de modo algum enfocam o espaço como dimensão material das relações sociais ou trabalham com a ideia de que são as relações humanas que constituem a substância do espaço, muito menos aventam o fato de o espaço ser um campo de lutas onde interagem fatores históricos e físicos com a ação múltipla dos vários agentes sociais por sua construção e apropriação.

O processo de difusão e conhecimento das teorias que sustentam a análise regional torna possível o esclarecimento dos aspectos de estudo e contribuições factíveis para o entendimento da dinâmica regional contemporânea, cabendo ainda salientar que fatores como grandes transformações ocorridas diante das crises e declínio de regiões industriais tradicionais, o surgimento de regiões com novos paradigmas industriais, mudanças radicais no modo de apropriação do espaço e de produção, bem como a globalização e a abertura das economias foram momentos de grande relevância do papel da organização físico espacial na organização industrial. Torna-se importante salientar que os modelos/teorias de localização têm como fator relevante a teoria da produção dentro da abordagem microeconômica,

enquanto as teorias de crescimento/desenvolvimento regional têm como base a tradição Keynesiana[1].

"As políticas públicas de desenvolvimento regional sofreram grande influência dessas teorias a partir da década de 1950, buscando a adequação à realidade por meio de estudos analíticos" (CIMA; AMORIM, 2007, p. 79).

Em parte, a condução do processo de desenvolvimento gera novas interpretações paras as funções do Estado, devido à complexidade e dinâmica da sociedade, as parcerias e interações da economia e crescimento que impactam profundamente na organização espacial. Quando se busca interpretar as diferentes transformações naturais e culturais no espaço geográfico e suas consequências em diferentes espaços e tempos, o desenvolvimento implica também a irradiação do progresso para a sociedade no sentido de criação do aspecto da homogeneização.

> A política de investimento em capital físico ou, mais precisamente, em infraestrutura, é importante para uma região ou para uma economia, por criar condições favoráveis à formação de aglomerações de atividades mercantis, além de criar externalidades para o capital privado (redução dos custos de transação, de produção e de transporte; acesso a mercados, etc.); mas em si ela não é suficiente para criar um processo dinâmico de endogeneização do excedente econômico local, e para atrair excedentes de outras regiões, provocando assim a ampliação das atividades econômicas, do emprego, da renda, etc. (AMARAL FILHO, 2001. p. 271).

Diante da caracterização e explanação das abordagens sobre o processo de desenvolvimento, torna-se importante destacar que em qualquer concepção, o crescimento econômico deve estar atrelado à melhoria da qualidade de vida da sociedade, de forma a proporcionar indicadores de bem-estar econômico e social. O processo de industrialização e crescimento dos padrões de consumo ocasionou uma mudança pragmática no pensamento do homem em refletir sobre os padrões de comportamento e sobre os efeitos em sua vida, onde o desenvolvimento humano parte da premissa de um processo de ampliação das escolhas dos indivíduos diante de suas capacidades e oportunidades, diferentemente da perspectiva do crescimento econômico baseado na avaliação de recursos ou geração de renda.

Durante um longo tempo, o desenvolvimento foi sinônimo de industrialização e de urbanização, com a predominância do crescimento em torno da produção com

---

[1] Conjunto de ideias que propunham a intervenção estatal na vida econômica com o objetivo de conduzir a um regime de pleno emprego. As teorias de John Maynard Keynes tiveram enorme influência na renovação das teorias clássicas e na reformulação da política de livre mercado.

economias de escalas predatórias e aglomeração de contingente populacional, com a organização do potencial industrial determinando a posição relevante na estrutura.

> As estratégias de desenvolvimento econômico apresentam um conjunto de características completamente novas. Os objetivos finais são o desenvolvimento e a reestruturação do sistema produtivo, o aumento do emprego local e a melhoria do nível de vida da população (CABUGUEIRA, 2000, p. 117).

“Pensar em desenvolvimento é, antes de qualquer coisa, pensar em distribuição de renda, saúde, educação, meio ambiente, liberdade, lazer, dentre outras variáveis que podem afetar a qualidade de vida da sociedade” (OLIVEIRA, 2002, p. 43).

Aliás, para considerar o desenvolvimento como um processo de ampliação das escolhas das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades, é preciso ir além do viés puramente econômico, sendo importante destacar outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana. Mas em contrapartida, antes deste processo, torna-se importante destacar a correlação entre a saúde e o desenvolvimento, e assim possibilitar um melhor entendimento.

> Desenvolvimento pode ser aqui entendido como um “processo de mudança social pelo qual o crescente número de necessidades humanas [...] são satisfeitas através de uma diferenciação no sistema produtivo, gerado pela introdução de inovações tecnológicas”. Esse conceito é adotado tanto por considerar a importância do bem-estar da população quanto por politizar as decisões econômicas referentes às trajetórias tecnológicas adotadas em uma dada sociedade. A saúde tem sua importância social como elemento estruturante do estado de bem-estar social e condição básica de cidadania para a população, e também tem seu papel na geração de emprego, renda e riqueza para o País (GADELHA; COSTA, 2012, p. 15).

Uma iniciativa importante foi a recente Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, realizada pela OMS no Rio de Janeiro em 2011, que integrou, em escala global, os esforços de aproximar a saúde do desenvolvimento sustentável. Esta relação intrínseca entre saúde e desenvolvimento sustentável, onde profundas modificações nas relações sociais levam em conta os benefícios para o bem-estar social, a economia e o meio ambiente, concebe a construção de novos compromissos.

Em torno desta sistemática é importante destacar o processo de desenvolvimento sustentável contra a degradação ambiental, focando a necessidade de promover o desenvolvimento e/ou crescimento econômico satisfazendo os

interesses da geração presente por meio de políticas de consumo consciente, preservação ambiental, uso racional dos recursos disponíveis e organização do espaço físico, e assim sem comprometer as gerações futuras.

> A base lógica de participação e da aplicação dos princípios do desenvolvimento sustentável têm levantado inúmeras questões na sociedade que se refletem na organização do espaço regional. Por um lado, o setor público procurando impulsionar o desenvolvimento regional sobre bases mais sustentáveis utilizando mecanismos de controle e regulação e por outro lado às organizações reorganizando seus processos produtivos (ZACCHI; VAN BELLEN, 2005, p. 1).

Correlacionado a esta questão, em momento histórico anterior, foi abordada inicialmente na teoria econômica de Thomas R. Malthus[2], em 1798, e retomada com maior ênfase pelo chamado Clube de Roma[3], que acrescentaram novos elementos em temas de preocupação global, a saber, dentre eles: a aceleração da industrialização; o rápido crescimento populacional e a deterioração do meio ambiente.

> A transformação do modo de produção e a modificação da estrutura e de seu funcionamento exigem por outro lado, de todos os agentes envolvidos um posicionamento ambientalmente correto, fazendo com que os insumos utilizados, não gerem impactos ambientais e socioculturais. Desta abordagem abrangente resulta à busca de uma sadia condição de vida, contribuindo para o processo de planejamento do espaço regional (ZACCHI; VAN BELLEN, 2005, p. 7).

Todavia, o próprio Relatório *Brundtland* (1991, p. 10) afirma que

> o desenvolvimento sustentável não é um estado de permanente harmonia, mas um processo de transformação no qual a exploração de recursos, a direção dos investimentos, os rumos do desenvolvimento tecnológico e a mudança institucional estão de acordo com as necessidades atuais e futuras.

O desenvolvimento sustentável deve ser uma consequência do desenvolvimento social, do econômico e da preservação ambiental.

Segundo Sachs (1993, p. 39), a questão do desenvolvimento sustentável em suas diversas dimensões para o planejamento (social, econômica, ecológica, espacial e cultural), a sustentabilidade cultural diz respeito à alteração nos modos de

---

[2] Thomas Robert Malthus foi um economista britânico. É considerado o pai da demografia por sua teoria para o controle do aumento populacional, conhecida como malthusianismo.

[3] O Clube de Roma é um grupo de pessoas ilustres que se reúnem para debater um vasto conjunto de assuntos relacionados a política, economia internacional e, sobretudo, ao meio ambiente e o desenvolvimento sustentável. Foi fundado em 1968 pelo industrial italiano Aurelio Peccei e pelo cientista escocês Alexander King.

pensar e agir da sociedade de maneira a despertar uma consciência ambiental que provoque redução no consumo de produtos causadores de impactos ambientais.

Dentro desta concepção, cada vez mais a sociedade tem como foco a preocupação com o crescimento econômico que afeta a qualidade de vida de toda a população, ao passo que enseja uma reorganização dos espaços a partir de uma industrialização de forma consolidada aliada a uma necessidade de conscientização sobre o consumo e os resultados oriundos da produção e da acumulação de capital. O que importa é deixar bem claro que o desenvolvimento não se confunde com crescimento econômico, que constitui apenas a sua condição necessária, porém não suficiente (VEIGA, 2008, p. 9).

Desenvolvimento Sustentável significa qualificar o crescimento e reconciliar o desenvolvimento econômico com a necessidade de se preservar o meio ambiente (BINSWANGER, 1997, p. 41).

De certa forma, o processo de evolução da sociedade, conduzida pelo incremento de novos elementos de ordem tecnológica, científicas e produtivas ocasionaram uma revolução de expectativas dos seres humanos, de outras necessidades, de oportunidades que gradativamente favorecessem a instauração de novas considerações sobre o desenvolvimento. Segundo Freitas (2005, p. 1476), “conceber o desenvolvimento de novas formas, começou, pois a se tornar inevitável”.

Pode ser percebido que as preocupações com a garantia de um ambiente equilibrado que favoreça o bem-estar das gerações futuras, baseado em um crescimento racional, emergem a condição de prover recursos de acordo com as capacidades de produção.

Assim, recai-se no conceito de um desenvolvimento que respeite o meio ambiente e o homem. Um desenvolvimento que busque o equilíbrio entre os diversos elementos da natureza e da sociedade. Estamos falando de um conceito que vem sendo adotado e denomina-se desenvolvimento sustentável (SARAIVA, 2003, p. 4).

De certa forma, e não desprovido de meras preocupações de cunho ecológico, a vertente ambiental que se insere gradativamente nos planos políticos e econômicos de crescimento busca associar aos demais indicadores de qualidade de vida um ambiente saudável e capaz de suportar as demandas de recursos com possibilidades de reconstrução contínua. As alterações de qualidade do meio

ambiente vêm tendendo cada vez mais a ser compreendida como alteração da qualidade de vida (COSTA, 2001, p. 304).

Mayor (1999, p. 12 apud FREITAS, 2005, p. 101), realiza a inferência a uma visão holística e sistêmica que vê o desenvolvimento sustentável (DS) como "um caminho, ao longo do qual o caminhante é, também, um descobridor do caminho", "um processo de mudança guiado por certo número de valores e princípios" (FIEN; TILBURY, 2002, p. 4). Os mesmos autores afirmam que podem considerar-se duas grandes séries de princípios do DS como processo: a) "Pessoas e natureza: sustentabilidade ecológica", que engloba tudo o que se relaciona com a nossa responsabilidade face ao ambiente; b) "Pessoas e pessoas: justiça social" [e econômica], que engloba tudo o que se relaciona com a nossa responsabilidade, uns perante os outros. Estas duas séries de princípios podem também, de certa forma, ser encaradas como duas grandes dimensões do desenvolvimento sustentável. Newort et al. (2003) falam das três "pernas" da sustentabilidade: "ambiente", "desenvolvimento econômico" e "equidade social". Outros autores, como Sachs (1997), aludem a cinco dimensões: social, econômica, ecológica, espacial e cultural.

Hardi e Barg (1997 apud VAN BELLEN, 2010, p. 144) salientam que embora seja possível apontar a direção do desenvolvimento para que ele seja "mais" sustentável, não é possível definir precisamente as condições de sustentabilidade de determinado desenvolvimento.

Pode ser percebido que o objetivo sistematizado no cômputo da definição sobre o desenvolvimento sustentável está relacionado à busca de harmonização entre o desenvolvimento econômico e a conservação ambiental. O reconhecimento de que os recursos naturais são finitos corresponde ao propósito de busca do desenvolvimento sustentável, uma vez que a existência de recursos determina a existência humana e a diversidade biológica.

> Desenvolvimento sustentável se refere principalmente às consequências dessa relação na qualidade de vida e no bem-estar da sociedade, tanto presente quanto futura. Atividade econômica, meio ambiente e bem-estar da sociedade formam o tripé básico no qual se apoia a ideia de desenvolvimento sustentável (ASSIS, 2000, p. 77).

A trajetória ao longo do tempo em que se formulam os conceitos e definições em torno do desenvolvimento sustentável condiciona a necessidade de sua

contextualização histórica, visando apresentar importantes fatos que contribuíram para a adoção de compromissos por um desenvolvimento mais inclusivo e harmônico com a natureza, voltado a construção de caminhos em busca de ecossistemas mais saudáveis, isto porque perpassa necessariamente pela manutenção de condições ideais de vida para os povos de todas as nações, como pode ser evidenciado no Quadro 1:

Quadro 1 - Linha do tempo do desenvolvimento sustentável

Ano	**Especificação do evento(s) (continua)**
1962	✓ Publicação nos Estados Unidos de Primavera Silenciosa, de Rachel Carson, que denuncia os malefícios dos agrotóxicos à saúde humana e à vida selvagem. O livro levou o governo norte-americano a banir o inseticida DDT em 1972.
1968	✓ Paul Ehrlich lança nos Estados Unidos o polêmico livro A Bomba Populacional, que atribui os problemas ambientais ao crescimento demográfico.
1971	✓ Relatório Founex preparado por um painel de especialistas em Founex, na Suíça, defende a integração das estratégias de desenvolvimento e meio ambiente.
1972	✓ Clube de Roma publica Limites do Crescimento. O relatório provoca controvérsia ao associar o crescimento econômico ao esgotamento dos recursos naturais. ✓ A Organização das Nações Unidas (ONU) realiza a Conferência sobre Meio Ambiente Humano, em Estocolmo, na Suécia
1974	✓ Os cientistas Mario Molina e Frank Sherwood Rowland mostram que os clorofluorcarbonos (CFCs) danificam a camada de ozônio em artigo na revista Nature.
1975	✓ Entra em vigor a Convenção sobre o Comércio Internacional de Espécies da Flora e Fauna Selvagens em Perigo de Extinção (Cites).
1976	✓ Realizada em Vancouver, no Canadá, de 31 de maio a 11 de junho, a Habitat I foi a primeira conferência internacional a relacionar meio ambiente e assentamentos humanos.
1977	✓ Wangari Maathai funda o Movimento Cinturão Verde no Quênia para prevenir a desertificação por meio do plantio comunitário de árvores por mulheres.
1979	✓ Acidente na usina nuclear de Three Mile Island, na Pensilvânia (EUA)
1980	✓ Estratégia Mundial de Conservação é lançada pela IUCN (em português União Internacional para a Conservação da Natureza) em colaboração com WWF e PNUMA, levando em conta as pressões econômicas sobre a natureza e a necessidade do Desenvolvimento Sustentável. ✓ A Comissão Independente sobre Questões de Desenvolvimento Internacional publica Norte-Sul: um Programa para a Sobrevivência (Relatório Brandt), que defende maior equilíbrio entre países ricos e em desenvolvimento.
1982	✓ Adoção da Convenção das Nações Unidas sobre o Direito do Mar em Montego Bay, na Jamaica. O tratado só passaria a vigorar em novembro de 1994.
1984	✓ Vazamento de gás da fábrica de agrotóxicos da Union Carbide em Bhopal, na Índia, matou perto de 22 mil pessoas. Foi o maior acidente químico já registrado. A indenização de 2 mil libras por vítima paga pela Dow Química, que comprou a Union Carbide em 1999, é contestada há anos pelos sobreviventes do desastre industrial.
1985	✓ Cientistas britânicos publicam carta na Nature comunicando descoberta do buraco na camada de ozônio sobre a Antártida.
1986	✓ Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá. ✓ Explosão em reator da estação nuclear de Chernobyl na Ucrânia (na época, parte da então União Soviética) espalha nuvem radioativa pela Europa.

Ano	Especificação do evento(s) (continuação)
1987	✓ Nosso Futuro Comum (Relatório Brundtland) populariza a expressão “Desenvolvimento Sustentável” e lança as bases para a Rio-92. ✓ Adoção do Protocolo de Montreal, que inicia o controle de CFCs e outras substâncias químicas que danificam a camada de ozônio
1992	✓ Changing Course é publicado pelo industrialista suíço Stephan Schmidheiny, que fundara o Business Council of Sustainable Development em 1990 para preparar a participação do setor privado na Rio-92. ✓ Também conhecida como Cúpula da Terra, Eco-92 e Rio-92, a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento acontece na cidade do Rio de Janeiro.
1993	✓ Acontece em Viena (Áustria) a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos.
1994	✓ Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento é realizada no Cairo, Egito. ✓ Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento Sustentável dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento realizada em Barbados, voltada para o desenvolvimento sustentável deste grupo.
1995	✓ ONU organiza a Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social em Copenhague, na Dinamarca.
1996	✓ Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Habitat II) acontece em Istambul, na Turquia.
1996	✓ ISO 14001 é formalmente adotada como padrão voluntário internacional para sistemas de gestão ambiental corporativos.
1996	✓ Roma sedia a Cúpula Mundial da Alimentação, convocada pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO).
1997	✓ Global Reporting Initiative (GRI) inicia suas atividades, focadas em desenvolver padrões de relato de políticas e ações corporativas de sustentabilidade. ✓ Assembleia geral, conhecida então como a “Cúpula de Terra +5”, que se vislumbrou na busca para revisar e avaliar Agenda 21.
1999	✓ Lançamento dos índices de sustentabilidade da Dow Jones, em Nova York, para medir o desempenho nas bolsas de valores de empresas com políticas de responsabilidade socioambiental. ✓ Durante sua terceira conferência ministerial, realizada em Seattle, nos Estados Unidos, a OMC é alvo do primeiro grande protesto antiglobalização. ✓ Segunda Conferência da ONU sobre Assentamentos Humanos, em Istambul. ✓ Sessão Especial da Assembleia Geral (ONU) sobre Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento. Nova York.
2000	✓ Lançamento do Pacto Global da ONU, iniciativa que reúne empresas comprometidas a alinhar operações e estratégias com dez princípios nas áreas de direitos humanos, condições de trabalho, meio ambiente e combate à corrupção. ✓ Cúpula do Milênio promovida pela ONU em Nova York estabelece oito objetivos de desenvolvimento a serem alcançados até 2015, tais como diminuir pela metade a proporção de pessoas com fome e cuja renda diária é inferior a menos de um dólar.
2001	✓ Movimentos sociais promovem em Porto Alegre (RS) o primeiro Fórum Social Mundial (FSM), que desde então repete-se anualmente. Tem como finalidade discutir propostas alternativas de sociedade, contemplando os direitos humanos, direitos trabalhistas, proteção ambiental e economia solidária. ✓ Ataques terroristas ao World Trade Center e ao Pentágono nos Estados Unidos marginalizam temas socioambientais na agenda global, que é tomada pela preocupação com a segurança nos países do Ocidente.
2002	✓ ONU realiza Conferência Internacional sobre Financiamento para o Desenvolvimento em Monterrey, no México, seis meses após os ataques terroristas aos Estados Unidos. ✓ Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável, a Rio+10, aprova em Johanesburgo, na África do Sul, plano para implementar os compromissos da Rio-92. (Transformar as metas, promessas e compromissos da Agenda 21 em ações concretas e tangíveis).
2003	✓ Lançamento pelos bancos dos Princípios do Equador em Washington D.C., capital dos Estados Unidos, com diretrizes para gerenciar riscos socioambientais do crédito para grandes projetos industriais e de infraestrutura.

Ano	Especificação do evento(s) (conclusão)
2004	✓ Pela primeira vez, o Prêmio Nobel da Paz é concedido a um ambientalista, a queniana Wangari Maathai, por sua luta em defesa do meio ambiente e dos direitos humanos.
2005	✓ Adotado em dezembro de 1997, o Protocolo de Kyoto passa a vigorar, obrigando os países industrializados a cortar em 5% suas emissões de gases-estufa em relação aos níveis de 1990. ✓ Avaliação Ecossistêmica do Milênio mostra os efeitos das modificações nos ecossistemas sobre o bem-estar humano. ✓ Reunião internacional para revisão do Programa de Barbados das Nações Unidas, com enfoque nas questões das mudanças climáticas, desastres naturais, globalização, produção e consumo sustentável, dentre outros. Ilhas Maurício. ✓ Furacão Katrina devasta várias cidades da costa do Golfo do México nos Estados Unidos.
2006	✓ Pinhais (PR) sedia a 8ª Conferência das Partes da Convenção sobre Diversidade Biológica. ✓ Relatório Stern sobre a economia das mudanças climáticas é publicado em Londres por encomenda do governo britânico
2007	✓ IPCC lança a primeira parte do 4º Relatório de Avaliação, que afirma ser muito provável que a maior parte do aumento na temperatura global é devida ao aumento nas concentrações atmosféricas de gases-estufa emitidos por atividades humanas.
2008	✓ Crises alimentar, energética e financeira convergem, provocando recessão econômica. Incentivos à tecnologias verdes são incluídos nos pacotes de estímulo econômico anticrise. ✓ Acontecimento inédito na história da humanidade, a população urbana ultrapassa a das zonas rurais.
2009	✓ A 15ª Conferência das Partes da Convenção sobre Mudanças Climáticas (COP-15), realizada em Copenhague, consolida o tema climático nas agendas pública, corporativa e da sociedade civil, mas decepciona pelo insucesso em fechar um acordo para diminuir as emissões após 2012.
2010	✓ Publicação da síntese do estudo A Economia dos Ecossistemas e da Biodiversidade (TEEB). ✓ A aprovação do Protocolo de Nagoya sobre acesso aos recursos genéticos e repartição de benefícios foi o destaque da 10ª Conferência das Partes da Convenção sobre Diversidade Biológica (COP-10), no Japão.
2011	✓ PNUMA lança Rumo à Economia Verde: Caminhos para o Desenvolvimento Sustentável e a Erradicação da Pobreza. ✓ A população mundial chega a sete bilhões.
2012	✓ Rio de Janeiro sedia a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, a Rio+20.

Fonte: adaptado do Compêndio Radar Rio+20 (2011).

De certa forma, pode ser percebida, em muitas conferências da ONU, a adoção dos princípios correlacionados ao desenvolvimento sustentável. A ONU conta com o apoio de seus órgãos para ajudar o meio ambiente e o desenvolvimento sustentável: Banco Mundial, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Organização Marítima Internacional (OMI), a Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial (UNIDO), a FAO, o Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos (ONU-HABITAT), o Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos (UNESCO) e a Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA).

A concepção do desenvolvimento sustentável condiciona a determinação de períodos expressivos que demonstram todo um esforço em busca do equilíbrio ambiental.

> Após quase quatro décadas da realização da Conferência da ONU sobre o Meio Ambiente Humano, realizada em Estocolmo (1972), a primeira a associar de forma consistente questões ambientais ao Desenvolvimento Sustentável na pauta internacional, o mundo possui centenas de convenções, protocolos, declarações e legislações nacionais para reverter o quadro de agravamento nas condições ambientais e sociais e desequilíbrios socioeconômicos entre países do Norte e do Sul (COMPÊNDIO RADAR RIO+20, 2011, p. 6).

Não obstante, desde o Relatório do Clube de Roma (1976), passando pela a Carta de Ottawa[4] (1986), a Carta da Terra[5] (1992) ocorreram referências ao processo do desenvolvimento sustentável, sempre considerando o fator da poluição gerada pelas atividades humanas, a necessidade de equilíbrio entre a preservação ambiental e o crescimento econômico, equidade social e, por fim, de como correlacionar tudo isso com a satisfação das necessidades humanas.

A realização da reunião da Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento e com a consequente geração do relatório Brundtland – Nosso futuro comum – onde apontava para a incompatibilidade entre desenvolvimento sustentável e os padrões de produção e consumo, foi trazida à tona, mais uma vez, a necessidade de uma nova relação “ser humano-meio ambiente”. Ao mesmo tempo, esse modelo não sugere a estagnação do crescimento econômico, mas sim essa conciliação com as questões ambientais e sociais. O relatório *Brundtland* populariza a expressão “Desenvolvimento Sustentável”.

Desde estas manifestações sociais materializadas em conferências pelo mundo em torno do desenvolvimento sustentável, puderam ser evidenciados aspectos positivos e negativos, mas foi possível um grande avanço a partir do processo de reconhecimento desta premissa como uma alternativa para os problemas ambientais.

---

[4] A Carta de Ottawa é um documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Trata-se de uma Carta de Intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal.

[5] A Carta da Terra é uma declaração de princípios éticos fundamentais para a construção, no século XXI, de uma sociedade global justa, sustentável e pacífica. Busca inspirar todos os povos a um novo sentido de interdependência global e responsabilidade compartilhada, voltado para o bem-estar de toda a família humana, da grande comunidade da vida e das futuras gerações. É uma visão de esperança e um chamado à ação.

> Os objetivos do desenvolvimento sustentável desafiam as instituições contemporâneas que têm reagido às mudanças globais, relutando em reconhecer que esse processo esteja realmente ocorrendo. As diferenças em relação ao conceito de desenvolvimento sustentável são tão grandes que não existe um consenso sobre o que deve ser sustentado e tampouco sobre o que o termo sustentar significa. Consequentemente, não existe consenso sobre como medir a sustentabilidade (VAN BELLEN, 2010, p. 164).

Há de se considerar também o desenvolvimento sustentável como um processo contínuo, gradativo e de longo prazo incorporado nas ações de desenvolvimento nacional, que devido ao caráter diversificado dos interesses sociais podem ser um obstáculo para as políticas em torno desta questão (BEZERRA; BURSZTYN, 2000, p. 58).

Alguns autores que renegam a possibilidade de o desenvolvimento ser sustentável, por isso, se opõem ao uso do termo e preferem aludir a sociedades sustentáveis.

De acordo com o Tratado de Educação Ambiental para Sociedades Sustentáveis e Responsabilidade Global, que constitui um documento gerado em 1992 no Rio de Janeiro, com o objetivo levar a Educação Ambiental como centro transformador das comunidades vigentes em relação ao modo de consumo e a sustentabilidade do planeta, o processo de construção do desenvolvimento sustentável é dinâmico e em permanente construção, com o reconhecimento da necessidade de proteção ao meio ambiente de forma racional, equitativa e de ação social.

> Consideramos que a educação ambiental para uma sustentabilidade equitativa é um processo de aprendizagem permanente, baseado no respeito a todas as formas de vida. Tal educação afirma valores e ações que contribuem para a transformação humana e social e para a preservação ecológica. Ela estimula a formação de sociedades socialmente justas e ecologicamente equilibradas, que conservam entre si uma relação de interdependência e diversidade. Isto requer responsabilidade individual e coletiva a nível local, nacional e planetário (Tratado de Educação Ambiental para Sociedades Sustentáveis[6], 1992, p. 1).

A geração de valor em torno de novos conhecimentos e inovações tecnológicas, cada vez mais, desafia a gestão nas organizações, na busca de novas escolhas em relação ao impacto de suas operações, serviços e atividades sobre as

---

[6] Documento elaborado pela sociedade civil em 1992 no âmbito do Fórum Global, evento paralelo à Rio-92, cujos proponentes, reconhecendo o papel central da educação na formação de valores e na ação social, destaca princípios críticos e emancipatórios para uma educação ambiental comprometida com a criação de sociedades sustentáveis, socialmente justas e ecologicamente equilibradas.

economias e as pessoas. Ao se discutir o que poderá ser um desenvolvimento sustentável está se discutindo o que é sustentabilidade. Efetivamente desenvolvimento sustentável será um tipo de desenvolvimento com sustentabilidade.

Sustentabilidade vem do latim “sustentare”, que significa suster, sustentar, suportar, conservar em bom estado, manter, resistir. Assim, “sustentável, corresponde a tudo aquilo que é capaz de ser suportado” (D’ÁVILA, 2010, p. 9)

De acordo com Cavalcanti (2003, p. 100) sustentabilidade “significa a possibilidade de se obterem continuamente condições iguais ou superiores de vida para um grupo de pessoas e seus sucessores em dado ecossistema”. “A sustentabilidade consiste em encontrar meios de produção, distribuição e consumo dos recursos existentes de forma mais coesiva, economicamente eficaz e ecologicamente viável” (FERREIRA, 1998, p. 32).

Tendo em vista a grande variedade de definições do termo “sustentabilidade”, que surgiu em decorrência da preocupação social com o meio ambiente, a análise de planejamento apoiada em indicadores socioeconômicos permite o entendimento do desenvolvimento correlacionado com a variável da saúde humana.

> A sustentabilidade requer um padrão de vida dentro dos limites impostos pela natureza. Utilizando uma metáfora econômica, deve se viver dentro da capacidade do capital natural. Embora o capital natural seja fundamental para a continuidade da espécie humana sobre a Terra, as tendências mostram uma população e consumo médio crescentes, com decréscimo simultâneo deste mesmo capital. Estas tendências levantam a questão de quanto capital natural é suficiente ou necessário para manter o sistema. A discussão destas diferentes possibilidades é que origina os conceitos de sustentabilidade forte e fraca (VAN BELLEN, 2005, p. 119).

Assim, para além do debate acerca do desenvolvimento, o entendimento sobre a sustentabilidade por comunidades, instituições, etc, constitui uma discussão conceitual de termos e práticas que são consideradas de acordo com o processo geral de natureza mais global ou local de evolução das sociedades humanas. Torna-se preponderante a busca de alternativas sustentáveis que se apropriem da importância da variável humana associada à qualidade de vida e saúde das pessoas, consolidando uma referência para o processo de caracterização da sustentabilidade.

De certa forma, o conceito de sustentabilidade ganhou mais importância no meio empresarial, mas a discussão da sustentabilidade na área da saúde é nova e necessária. Entretanto, o negócio dessas instituições gera um grande impacto na

sociedade nos três aspectos que norteiam a sustentabilidade: ambiental, econômico e social.

E, tendo em vista a necessidade de mensuração dos impactos gerados pelo desenvolvimento na sociedade, é que se buscam instrumentos de avaliação e análise, notadamente por meio de relatórios de sustentabilidade, que buscam expressar de forma mais concreta todas estas questões. A utilização dos relatórios de sustentabilidade está voltada para as práticas de mensuração, divulgação e prestação de contas para as partes interessadas quanto ao desempenho da organização e, neste caso, levando em consideração o aspecto do desenvolvimento sustentável correlacionado à saúde e à dinâmica ambiental, que incorporam mudanças e a integração entre diversos fatores econômicos, sociais, políticos e ambientais.

2.2 RESPONSABILIDADE SOCIAL, RELATÓRIOS DE SUSTENTABILIDADE GRI E SUAS DIRETRIZES

As inúmeras transformações de ordem econômica, política, social, ambiental impõem o aparecimento de novas relações entre organizações, mercados e pessoas. Este cenário compreende a busca de interesses e objetivos compartilhados que incluem o aspecto da responsabilidade e da ética na realização de atividades em prol de um ambiente equilibrado e com uso racional dos recursos. Segundo Fernandes (2008, p. 2), a palavra responsabilidade, em sua base etimológica deriva do latim *respondere*, responder, sendo a qualidade de responsável, que responde por atos próprios ou de outrem, que deve satisfazer os seus compromissos ou de outrem.

A partir da interação e conversão de pressupostos ou metas econômicas, políticas e sociais ocorre a geração de modelos de empresas preocupadas de forma intensa com a elevação de padrões de vida de suas comunidades, isso concebe o processo de responsabilidade social. Esta responsabilidade social é uma ação voluntária, onde as empresas adotam posturas, comportamentos e ações que promovam o bem-estar dos seus públicos interno e externo. Com o passar do tempo, esta denominação alcançou outras nomenclaturas ou variações ou nuances. Assim, diante de novos conceitos de forma complementar, distinta ou redundante, são utilizados para definir responsabilidade social, entre eles Responsabilidade

Social Corporativa (RSC), Responsabilidade Social Empresarial (RSE) e Responsabilidade Social Ambiental (RSA).

A RSC está relacionada, na maioria das vezes, como um termo utilizado por empresas para as preocupações sociais voltadas ao seu ambiente de negócios ou ao seu quadro de funcionários. No caso de RSE, tende a envolver um plano mais amplo de interessados, envolvendo a qualidade e bem-estar dos funcionários, mas também a redução de impactos negativos de sua atividade na comunidade e no meio ambiente. E, o conceito de RSA, talvez com um caráter mais atual e abrangente, apresenta além das intenções inseridas na RSE e RSC, uma característica mais direcionada em relação ao meio ambiente.

Diante desta conjuntura, Almeida (2003, p. 4) define a responsabilidade social como o compromisso das empresas em contribuir para o desenvolvimento econômico sustentável, trabalhando seus funcionários e suas famílias, a comunidade local e a sociedade para melhorar sua qualidade de vida. Também, Fleta (1995, p. 29) conceitua a responsabilidade social como sendo o conjunto de obrigações inerentes à evolução de um estado ou condição com força ainda não reconhecida pelo ordenamento jurídico positivo ou desconhecidas parcialmente, mas cuja força que se vincula e sua prévia tipificação procedem da íntima convicção social de que não a seguir constitui uma transgressão da norma da cultura.

A estrutura organizacional de mercado e a sociedade como um todo possibilitam a mudança de paradigmas de atuação das empresas, quer seja no âmbito cultural, tecnológico, produtivo, e que de certa forma influenciam de forma significativa em suas ações de interação com o meio ambiente. Torna-se salutar mencionar os mecanismos que estabelecem de forma significativa as relações entre os processos produtivos que impactam diretamente em todas as esferas da sociedade, seja pela introdução de novas tecnologias ou demandas implementadas pelo contexto econômico e político.

Cada vez mais se discute o papel das empresas como agentes sociais, principalmente no quesito ambiental. Não que a responsabilidade social se resuma apenas à questão ambiental, observa-se que a responsabilidade social abrange outras formas, dentre as quais cabe citar, proteção ambiental, equidade na oportunidade de empregos, projetos educacionais, dentre outros que estejam em conformidade com o interesse da população (KRAEMER, 2005, p. 21).

Neste contexto, a amplitude de responsabilidade social das empresas deve ser considerada como um fator crucial que interfere na variável humana e no desenvolvimento econômico, uma vez que as ações e atitudes implementadas estão correlacionadas a relação com o ambiente. Entretanto, nesta era de crescimento econômico sem precedentes, atingir tal objetivo pode parecer mais uma aspiração do que uma realidade. À medida que as economias se tornam cada vez mais globalizadas, surgem oportunidades nunca vistas para gerar prosperidade e qualidade de vida, por meio do compartilhamento do conhecimento e do acesso à tecnologia. A questão é que essas oportunidades nem sempre estão disponíveis para uma população que não para de crescer e são acompanhadas de novos riscos à estabilidade do meio ambiente (GRI, 2011, p. 2).

Deve ser ressaltado que a responsabilidade social engloba os compromissos da atividade empresarial em toda a sua cadeia produtiva, interagindo com os indivíduos ou grupos para alcance de suas metas e interação com o meio ambiente.

> Enfim, a responsabilidade social das empresas, em seu sentido mais amplo, significa agir com postura de compromisso com a vida em sociedade e com a dignidade humana, ser responsável e comprometido com os problemas sociais que assolam o País e o mundo, tomando atitudes concretas para enfrentá-los de modo a, efetivamente, melhorar as condições de vida, contribuindo para a sustentabilidade da sociedade e, como consequência, dos negócios (REIS, 2007, p. 302).

Assim sendo, os diferentes significados coadunam para que a responsabilidade social possa ser entendida como a maneira ética de condução das atividades empresariais, onde a transparência de suas ações deve ser utilizada como fator essencial no desenvolvimento social das pessoas e dos grupos sociais aos quais se integram.

> Apesar de a expressão responsabilidade social corporativa não possuir uma definição consensual, pode ser entendida como a maneira ética de condução dos negócios da empresa de forma que esta se torne co-responsável pelo desenvolvimento social. A responsabilidade social corporativa é o compromisso voluntário das empresas com o desenvolvimento da sociedade e a preservação do meio ambiente, desde sua composição social e um comportamento responsável (KRAEMER, 2005, p. 28).

Torna-se importante para o meio empresarial concretizar todo este propósito de responsabilidade social delineado em suas ações junto à sociedade, organismos, pessoas, mercado, governo, por meio da elaboração de relatórios que demonstrem a

transparência, a ética e o compromisso de demonstrar a interação nas esferas econômicas, sociais e ambientais.

Para Kraemer (2005, p. 29), a responsabilidade social corporativa passa a ser considerada um elemento importante para o desenvolvimento dos negócios e para estabelecer relações positivas das empresas com as assim chamadas partes interessadas (*stakeholders*). Assim, as empresas são impulsionadas a adotar novas posturas diante de questões ligadas à ética e à qualidade da relação empresa sociedade com o relato de suas atividades. As empresas em geral vislumbraram, durante as últimas décadas, um movimento social voltado a um desenvolvimento que fosse transparente e que, de certa forma, exige informações sobre a atuação das organizações quanto aos seus impactos econômicos, sociais e ambientais.

Uma compreensão compartilhada de seus impactos positivos ou negativos junto à sociedade, nas questões econômicas, ambientais e sociais, confere à organização capacidade de aproveitar novas oportunidades e aprimoramento de sua real contribuição para as partes interessadas. Como parte do processo de transparência e apresentação das prestações de contas, todas as informações consolidadas devem ser monitoradas por indicadores, com o propósito de monitoramento das ações e controle das atividades. Outra questão relevante está orientada para a padronização, comparabilidade e definição de parâmetros voltados à mensuração e melhoria contínua dos processos.

Para tanto, torna-se fundamental que as organizações, dentro do cenário atual com grandes desafios, estabeleçam parâmetros competitivos, mas que levem em consideração critérios para avaliar o desempenho em todas as dimensões econômicas, sociais e ambientais correlacionadas ao desenvolvimento sustentável.

> Um dos principais desafios do desenvolvimento sustentável é a exigência de escolhas inovadoras e novas formas de pensar. Se, por um lado, o desenvolvimento de conhecimento e de tecnologia contribui para o crescimento econômico, por outro, também pode contribuir para solucionar os riscos e danos que esse crescimento traz à sustentabilidade de nossas relações sociais e do meio ambiente (GRI, 2011, p. 2).

Tendo em vista que a responsabilidade social está relacionada com a forma que uma empresa conduz suas atividades, de maneira que se torne efetiva e participativa no desenvolvimento social e na defesa do meio ambiente, mas em contrapartida é importante que seja mensurada a eficácia da atuação desta responsabilidade social. A mensuração é realizada por meio de ferramentas de

gestão, dentre as quais, os indicadores, que visam apoiar as empresas na incorporação e na identificação do quanto a sustentabilidade e a responsabilidade têm sido incorporadas nos negócios, auxiliando a definição de estratégias, políticas e processos.

O termo indicador é originário do latim *indicare* que significa descobrir, apontar, anunciar, estimar (HAMMOND et al., 1995 apud VAN BELLEN, 2004).

Temos muitas palavras para indicador - Sinal, sintoma, presságio, sinal, ponta, pista, série, grau, dados, apontador, discar, luz de advertência, instrumento, medição. Os indicadores são uma parte necessária do fluxo de informações que usamos para compreender o mundo, tomar decisões e planejar nossas ações (MEADOWS, 1998, p. 1).

Segundo Santos (2010, p. 15), os indicadores representam uma medida do estado e da evolução do sistema em análise, capaz de resumir as características do sistema ou de fazer sobressair um fenômeno específico que ocorra nesse sistema.

Indicadores servem, de certa forma, para indicar e orientar um caminho a ser percorrido ou, ainda, possibilidades de novos e alternativos caminhos. Os indicadores podem comunicar ou informar sobre o progresso em direção a uma determinada meta, como, por exemplo, o desenvolvimento sustentável, mas também podem ser entendidos como um recurso que deixa mais perceptível uma tendência ou fenômeno que não seja imediatamente detectável (HAMMOND et al., 1995 apud VAN BELLEN, 2004).

Os indicadores são reflexos parciais da realidade, baseados no incerto e em modelos imperfeitos (MEADOWS, 1998, p. 6). A utilização de indicadores é estabelecida para identificar e mensurar o quanto os objetivos foram alcançados diante do planejamento pré-estabelecido. Os indicadores são ferramentas centrais por permitirem um acompanhamento das principais variáveis de interesse da empresa e por possibilitar o planejamento de ações visando melhorias de desempenho (CALADO; FENSTERSEIFER, 2010, p. 37).

Os indicadores buscam comunicar o progresso em direção a uma meta de forma simples e objetiva o suficiente para retratarem o mais próximo da realidade, mas dando ênfase aos fenômenos que tenham ligações entre a ação humana e suas consequências (VAN BELLEN, 2004, p. 5).

Ainda segundo Santos (2010, p. 18), os indicadores podem servir para diversos fins, consoante os objetivos em causa, nomeadamente:

a) Atribuição de recursos - suporte de decisões, ajudando os decisores ou gestores na atribuição de fundos, alocação de recursos naturais e determinação de prioridades;
b) Classificação de locais - comparação de condições em diferentes locais ou áreas geográficas;
c) Cumprimento de normas legais - aplicação a áreas específicas para clarificar e sintetizar a informação sobre o nível de cumprimento das normas ou critérios legais;
d) Análise de tendências - aplicação a séries de dados para detectar tendências no tempo e no espaço;
e) Informação ao público - informação ao público sobre os processos de desenvolvimento sustentável;
f) Investigação científica - aplicações em desenvolvimentos científicos servindo nomeadamente de alerta para a necessidade de investigação científica mais aprofundada.

Indicadores são uma parte necessária para interação comunicativa, que usamos para entender o mundo, tomar decisões e planejar ações. A tomada de decisão quanto ao progresso do mundo e seu desenvolvimento sustentável é auxilida por vários fatores e dentre eles os indicadores (MEADOWS, 1998).

Os indicadores podem conter um ou vários parâmetros que podem ser considerados isoladamente ou combinados entre si, mas o conjunto de indicadores deve expressar as inter-relações entre eles que possam afetar a sustentabilidade do sistema (CALADO; FENSTERSEIFER, 2010, p. 33). “Sendo o indicador uma ferramenta de comunicação para diversas partes interessadas é necessário que ele seja o mais explícito possível, compreensível, disponível, prático e aprovado pelas diversas partes interessadas” (SANTOS, 2010, p. 38).

Dentro desta premissa e de forma específica, a utilização de indicadores de sustentabilidade está direcionada a quantificação e a qualificação de instrumentos de mensuração de determinadas variáveis, mas levando em consideração as dimensões sociais, ambientais e econômicas. Indicadores de sustentabilidade não são indicadores tradicionais de eficiência econômica e de qualidade ambiental. Como a sustentabilidade abrange uma visão de mundo integrada, os indicadores devem relacionar a economia, o meio ambiente e a sociedade (BANNACH et al., 2010, p. 19).

Na perspecitva empresarial de análise dos índices e dos indicadores de sustentabilidade mais comuns, podem ser identificados os indicadores citados por Dias (2006, p. 35), a saber: Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE); Instituto ETHOS – Balanço Social; Índice Down Jones (DJSI) – Bolsa de Valores; Índice de Sustentabilidade Empresarial (ISE/BOVESPA) (medida do retorno) e GRI. Em outro estudo de análise de sistema de indicadores de sustentabilidade apresentado por Bannach et al. (2010, p. 11), os principais indicadores para sustentabilidade resumem-se em: GRI, *Global Compact* (GC), DJSI, Financial Times Stock Exchange (FTSE4Good), Investimento de Responsabilidade Social (SRRI/JSE), ISE, IRSE, *Ecological Footprint*, *Dashboard of Sustainability*, *Barometer of Sustainability*. Este levantamento foi apresentado com análise da dimensão e do foco de atuação, como segue no Quadro 2.

Quadro 2 - Dimensões e foco dos indicadores de sustentabilidade

Índice	**Dimensão**	**Foco**
GRI	Ambiental, social e econômica; relatório público.	Empresas em geral.
GC	Direito humanos, trabalho e meio ambiente	Empresas inclusas, trabalhadores e ONGs.
DJSI	Responsabilidade social, ambiental e cultural.	Global. Exclui: empresas de defesa.
FTSE4GOOD	Ambiental, direitos humanos, engajamento de *stakeholders* segundo três aspectos: políticas, gestão e *reporting*.	Exclui empresas tabagistas, bélica e nuclear.
SRI	Dimensões ambiental, social e econômica; governança corporativa.	Foi inspirado na FTSE4GOOD, porém não exclui empresas bélica, nuclear e tabagista.
ISE	Dimensões ambiental, social e econômica; governança corporativa.	Envio de questionários as 125 empresas mais líquidas da bolsa.
SER	Valores e transparência, público interno, meio ambiente, fornecedores, comunidade, governo e sociedade.	Indicadores setoriais

Fonte: Bannach et al. (2010).

Com o intuito de prover uma comunicação compartilhada e transparente ao que se refere à sustentabilidade, torna-se necessário o entendimento global de uma estrutura de conceitos em uma abordagem padrão. Dentro destas premissas, surge a GRI.

A urgência e a magnitude dos riscos e dos danos para a sustentabilidade e a grande disponibilidade de opções e de oportunidades tornaram a transparência sobre os impactos econômicos, ambientais e sociais, um componente fundamental para que haja eficácia nas relações com as partes interessadas, nas decisões sobre investimento e em outras relações de mercado. Para dar suporte a essa expectativa e para comunicar de forma clara e transparente o que se refira à sustentabilidade, é necessário compartilhar globalmente uma estrutura de conceitos, uma linguagem coerente e uma métrica. A missão da *Global Reporting Initiative* (GRI) é satisfazer essa necessidade, oferecendo uma estrutura padrão para a elaboração de relatórios de sustentabilidade, que possa ser usada por organizações de todos os tamanhos, setores e localidades (GRI, 2011, p. 2).

A GRI constitui uma organização não-governamental internacional, que desenvolve diretrizes globais para a elaboração de relatórios de sustentabilidade. A instituição, sediada em Amsterdã, na Holanda, nasceu como iniciativa da *Coalition for Environmentaly Responsible Economies* (CERES), uma Organização não-governamental (ONG) americana composta por organizações ambientais, trabalhistas, religiosos, profissionais de investimentos socialmente responsáveis e por investidores institucionais, em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA).

A GRI é a demonstração voluntária dentre as mais utilizadas do mundo em termos de relatório de sustentabilidade, com o foco de padronização com diretrizes específicas para relatórios de conteúdo em sustentabilidade.

A transparência em relação à sustentabilidade das atividades organizacionais é do interesse de diferentes públicos da empresa, incluindo o mercado, trabalhadores, ONGs, investidores, contadores, etc. Por esse motivo, a GRI conta com a colaboração de uma vasta rede de especialistas de todos esses grupos de

stakeholders[7], por meio de consultas que visam ao consenso. Estas, ao lado da experiência prática, têm resultado no aperfeiçoamento da Estrutura de Relatórios desde a fundação da GRI, em 1997. Essa abordagem de aprendizagem *multistakeholder*[8] conferiu à Estrutura de Relatórios da GRI a ampla credibilidade de que desfruta entre os *stakeholders* (GRI, 2011, p. 2).

O relatório de sustentabilidade GRI constitui dentre as principais ferramentas de avaliação e divulgação de desempenho social, ambiental e econômico das organizações. A GRI foi criada com o objetivo de elevar as práticas de elaboração e divulgação de relatórios de sustentabilidade a um nível de qualidade equivalente ao dos relatórios corporativos e financeiros. A estrutura do relatório de sustentabilidade da GRI é desenvolvida e continuamente melhorada por meio de um intenso engajamento de organizações e especialistas que ampliam e revisam seu conteúdo. Esse relatório, disponibilizado a partir de 1999, tem ao longo desse período passado por várias atualizações, sendo sua primeira versão em português publicada em 2004, e constitui-se em um instrumento relevante de comunicação das práticas socioambientais das companhias. Seu caráter multidimensional e sua consistência metodológica parecem contribuir com a significativa adesão desse relatório por companhias ao redor do mundo.

Elaborar relatórios de sustentabilidade é a prática de medir, divulgar e prestar contas para *stakeholders* internos e externos sobre o desempenho organizacional visando ao desenvolvimento sustentável. “Relatório de sustentabilidade” é um termo amplo, considerado sinônimo de outros relatórios, cujo objetivo é descrever os impactos econômicos, ambientais e sociais (*tripple bottom line*) de uma organização, como o relatório de responsabilidade social empresarial, o balanço social, entre outros (GRI, 2011, p. 1).

O relatório de sustentabilidade GRI busca, de certa forma, demonstrar um detalhamento do desempenho de sustentabilidade da organização com a inclusão de informações gerais. Desta forma, por meio de um relatório GRI podem ser

---

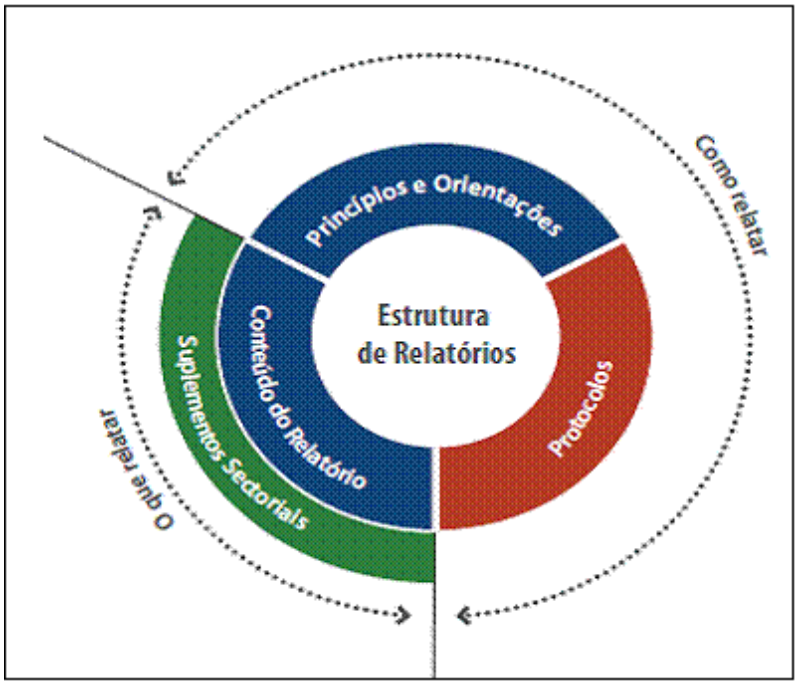
[7] *Stakeholders* (partes interessadas) são definidos como as organizações ou indivíduos que podem ser significativamente afetados pelas atividades, produtos e/ou serviços da organização relatora e cujas ações possam significativamente afetar a capacidade dessa organização de implementar suas estratégias e atingir seus objetivos com sucesso. Isso inclui entidades ou indivíduos cujos direitos, nos termos da lei ou de convenções internacionais, lhes conferem legitimidade de reivindicações perante a organização.

[8] Termo em inglês para qualificar um processo que leva em conta todos os grupos de partes interessadas.

identificados os resultados obtidos em determinado período, pela organização relatora, levando-se em consideração o contexto dos compromissos, da estratégia e da forma de gestão. Conforme o Manual de Diretrizes para Relatórios de Sustentabilidade (GRI, 2011, p. 3), ainda podem ser incluídos outros propósitos, a saber: a) padrão de referência (*benchmarking*) e avaliação do desempenho de sustentabilidade com respeito a leis, normas, códigos, padrões de desempenho e iniciativas voluntárias; b) demonstração de como a organização influencia e é influenciada por expectativas de desenvolvimento sustentável; e, c) comparação de desempenho dentro da organização e entre diferentes organizações ao longo do tempo.

A estrutura dos relatórios GRI tem a finalidade de estabelecer um padrão ou modelo para a elaboração de relatórios sobre o desempenho econômico, ambiental e social de uma organização. Foi concebida para ser utilizada por organizações de qualquer porte, setor ou localidade. Levam em conta as questões práticas enfrentadas por uma série de organizações, desde pequenas empresas até grupos com operações variadas e geograficamente espalhadas, e inclui o conteúdo geral e o específico por setor, acordados globalmente por vários *stakeholders*, como aplicáveis na divulgação do desempenho de sustentabilidade da organização (GRI, 2011, p. 3).

Figura 1 - A estrutura dos relatórios do GRI

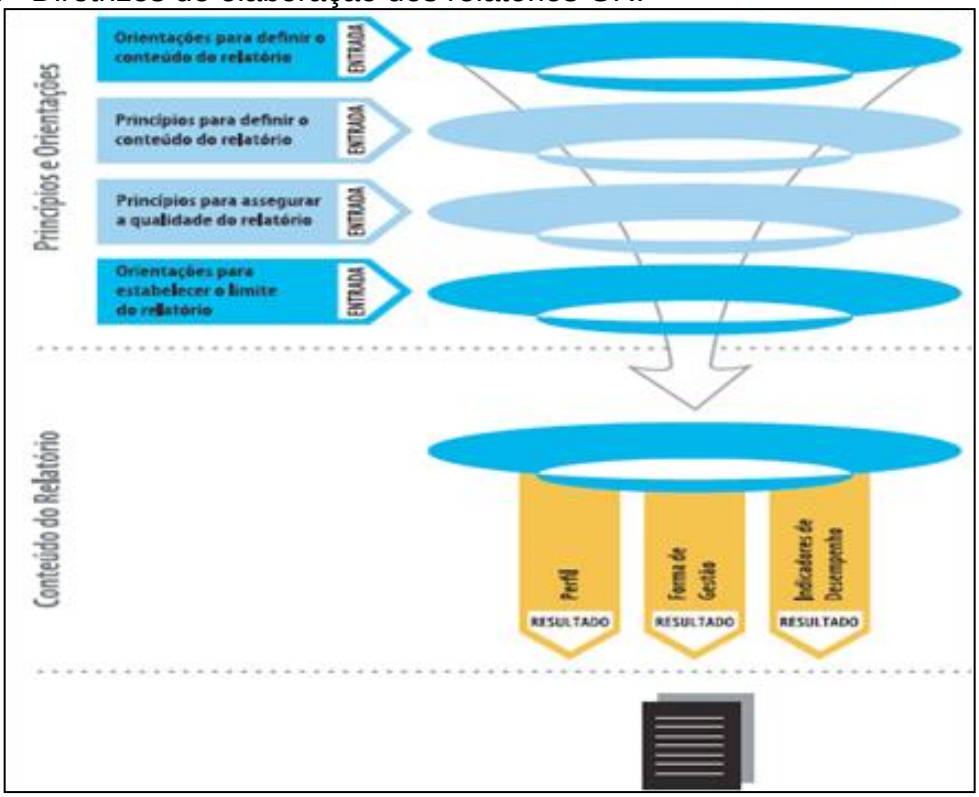


Fonte: Manual de Diretrizes para Relatórios de Sustentabilidade (GRI, 2011).

Importante mencionar as diretrizes necessárias para a elaboração de relatórios de sustentabilidade GRI, sendo que as mesmas constituem princípios voltados à definição do conteúdo do relatório, provendo a garantia da qualidade das informações, ora relatadas pelas organizações. Neste mesmo relatório, também podem ser verificados os indicadores de desempenho, orientações sobre normas técnicas, dentre outros assuntos de relevância relacionados ao tema em questão.

As Diretrizes para a Elaboração de Relatórios de Sustentabilidade compreendem os princípios, as orientações e os indicadores de desempenho. Todos esses elementos têm o mesmo peso e importância (GRI, 2011, p. 4). Estas diretrizes são uma estrutura para relato do desempenho econômico, ambiental e social de uma organização. O uso das Diretrizes GRI é voluntário. Elas têm a intenção de ser aplicáveis a organizações de todos os tamanhos e tipos operando em qualquer local. As diretrizes centrais deste documento não são específicas a qualquer setor industrial. As diretrizes não governam o comportamento de uma organização. Ao invés disso, elas ajudam uma organização a descrever o resultado da adoção e da aplicação de códigos, de políticas e de sistemas de gestão. Seguem, na Figura 2, as opções para a elaboração dos referidos relatórios.

Figura 2 - Diretrizes de elaboração dos relatórios GRI



Fonte: Manual de Diretrizes para Relatórios de Sustentabilidade (GRI, 2011).

Cabe ressaltar, ainda, que são disponibilizados os protocolos de indicadores, os suplementos setoriais e os protocolos técnicos, sendo importante detalhar estes itens, de acordo com o Manual de Diretrizes para Relatórios de Sustentabilidade GRI (2011, p. 4):

a) Os protocolos de indicadores fornecem definições, orientações para compilação e outras informações destinadas a auxiliar as organizações relatoras e a assegurar coerência na interpretação dos indicadores de desempenho. Os usuários das diretrizes devem também usar os protocolos de indicadores;
b) Os suplementos setoriais complementam as diretrizes com interpretações e orientações sobre como aplicá-las em determinado setor e incluem indicadores de desempenho específicos do setor. Os suplementos setoriais aplicáveis devem ser utilizados como complemento das diretrizes, e não em substituição a elas;
c) Os protocolos técnicos foram criados para orientar questões referentes à elaboração do documento, como o estabelecimento de limites do relatório. Devem ser usados junto com as diretrizes e suplementos setoriais e abordam questões com as quais a maioria das organizações depara durante o processo de elaboração do relatório.

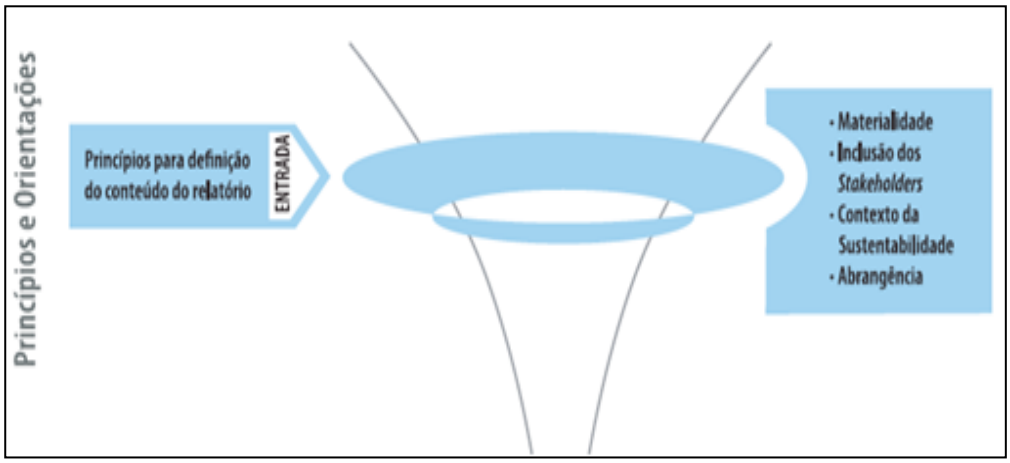
Em relação à organização do relatório de sustentabilidade, o mesmo está estruturado em duas partes, sendo a primeira referente à definição de conteúdo, qualidade e limite do relatório, e a segunda parte destinada ao conteúdo do relatório propriamente dito:

a) Parte 1 - contém os três elementos principais do processo de elaboração do relatório. Para ajudar a determinar o que relatar, essa parte abrange os princípios de materialidade, de inclusão dos *stakeholders,* de contexto da sustentabilidade e de abrangência, com um pequeno conjunto de testes para cada um. A aplicação desses princípios determina os temas e os indicadores a serem divulgados. Os princípios de equilíbrio, de comparabilidade, de exatidão, de periodicidade, de confiabilidade e de clareza, juntamente com os testes, podem ser usados em favor da qualidade das informações relatadas. A parte 1 termina com as orientações para as organizações relatoras sobre como definir as unidades de negócios contempladas no relatório (também chamada limite do relatório) (GRI, 2011, p. 4);

b) Parte 2 - apresenta o conteúdo que deve ser incluído no relatório de sustentabilidade. As diretrizes identificam as informações a serem divulgadas, que são relevantes e essenciais para a maioria das organizações e do interesse da maior parte dos *stakeholders*, em três categorias de conteúdo: - perfil (informações que estabelecem o contexto geral para a compreensão do desempenho organizacional, tais como sua estratégia, perfil e governança); - forma de gestão (conteúdo que descreve o modo como a organização trata determinado conjunto de temas para fornecer o contexto para a compreensão do desempenho em uma área específica); e, - indicadores de desempenho (informações comparáveis sobre o desempenho econômico, ambiental e social da organização) (GRI, 2011, p. 4).

Quando da determinação do conteúdo a ser coberto pelo relatório para assegurar uma apresentação equilibrada e razoável do desempenho da organização, é preciso considerar tanto os propósitos e a experiência da organização relatora como os interesses legítimos e as expectativas procedentes de seus *stakeholders*. Ambos são importantes pontos de referência na decisão quanto ao que incluir no relatório.

Figura 3 - Princípios para definição do conteúdo do relatório

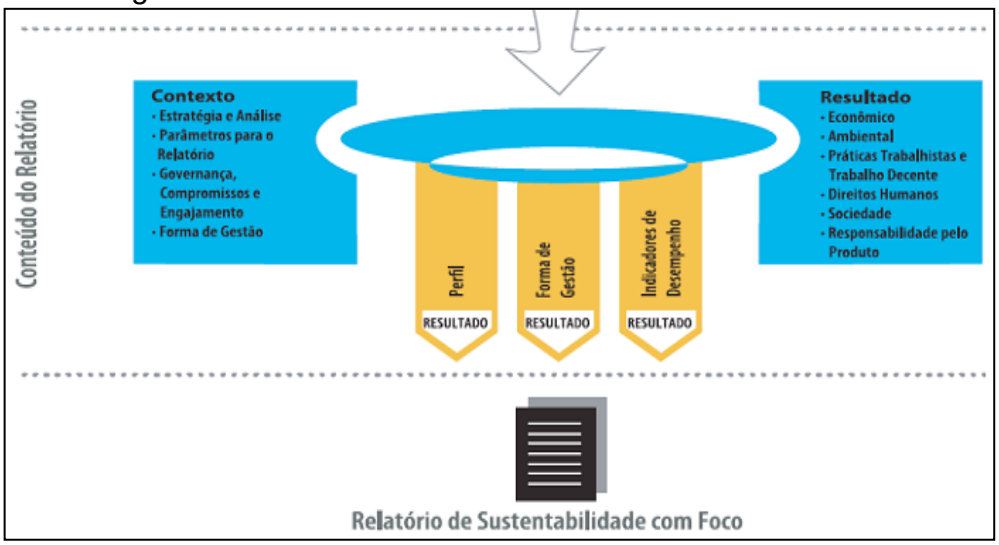


Fonte: Manual de Diretrizes para Relatórios de Sustentabilidade (GRI, 2011).

Cada um dos princípios compreende uma definição, uma explicação e um conjunto de testes para orientar seu uso. O objetivo é que os testes sejam utilizados como ferramentas de autodiagnóstico, e não como itens específicos de divulgação a serem relatados. Os princípios devem ser usados junto com as orientações para a definição do conteúdo. E, desta forma, é sugerido pela GRI que as organizações

sigam uma estrutura ao compilar seus relatórios, embora outros formatos possam ser escolhidos.

Figura 4 - Visão geral do conteúdo do relatório da GRI



Fonte: Manual de diretrizes de elaboração dos relatórios (GRI, 2011).

Após a finalização do documento, os relatores deverão declarar o nível de aplicação da estrutura de relatórios da GRI por meio do sistema de níveis de aplicação da GRI.

De acordo com o guia dos níveis de aplicação GRI, para indicar que um relatório é baseado na GRI, os relatores devem declarar o nível em que aplicaram a estrutura de relatórios da GRI, por meio do sistema de “níveis de aplicação”.

Para atender às necessidades de relatores iniciantes, intermediários e avançados, o sistema apresenta três níveis, intitulados C, B e A. Os critérios de relato encontrados em cada um dos níveis indicam a evolução da aplicação ou da cobertura da estrutura de relatórios da GRI. Uma organização poderá autodeclarar um ponto a mais (+) em cada nível (por exemplo, C+, B+, A+), caso tenha sido utilizada verificação externa para o relatório.

Uma organização autodeclara um nível de relato baseada em sua própria avaliação do conteúdo de seu relatório, segundo os critérios dos níveis de aplicação da GRI. Além da autodeclaração, as organizações poderão escolher uma ou ambas as opções a seguir: obter um parecer a respeito da autodeclaração ou solicitar à GRI que examine a autodeclaração.

Os níveis visam fornecer aos usuários do relatório:

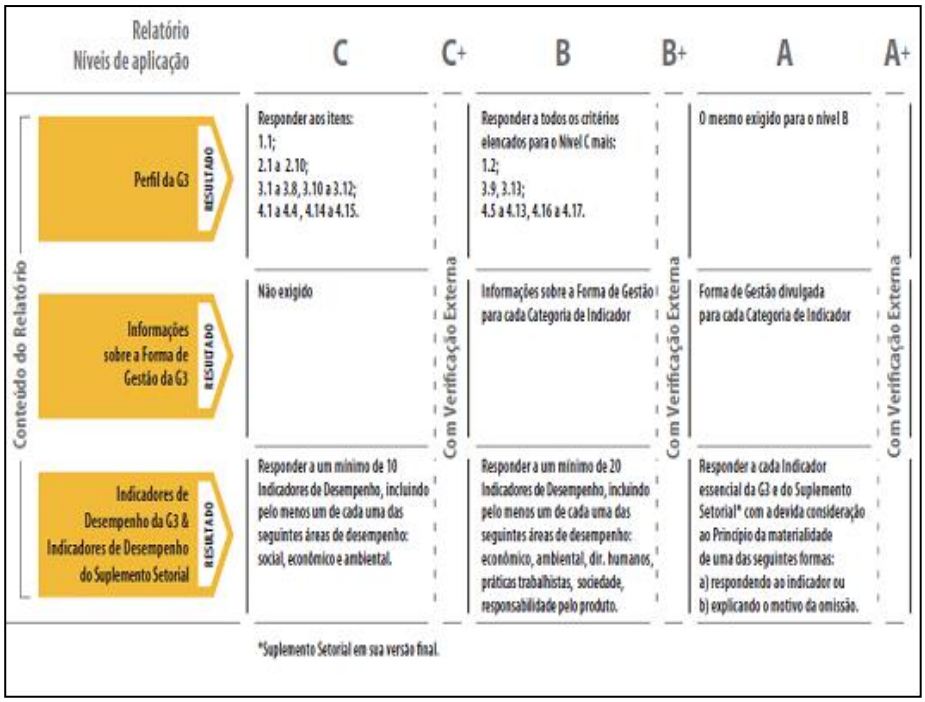
a) Uma medida de até que ponto as diretrizes da GRI e outros elementos da estrutura de relatórios foram aplicados em sua elaboração e aos relatores: uma visão ou caminho para a expansão progressiva da aplicação da estrutura de relatórios da GRI ao longo do tempo;
b) Declarar o nível de aplicação implica uma comunicação clara e transparente de quais elementos da estrutura de relatórios da GRI foram aplicados na elaboração do relatório;
c) Incentivos para iniciantes: os níveis fornecem um ponto de partida para organizações que elaboram o relatório pela primeira vez e também reforçam a importância e valor de uma abordagem progressiva para a elaboração de relatórios que se expande ao longo do tempo;
d) Reconhecimento dos relatores avançados: um número crescente de organizações desenvolveu sistemas sofisticados de relato com base na estrutura de relatórios da GRI, que incluem verificação externa e desejam comunicar este fato a usuários de maneira rápida e de fácil entendimento.

Em relação ao estabelecimento dos critérios para os níveis de aplicação, os relatórios que visam à classificação em nível C, C+, B, B+, A ou A+ deverão conter cada um dos critérios apresentados na coluna referente ao nível escolhido.

Quanto ao processo de declaração de um nível de aplicação: uma grade do nível de aplicação da GRI deverá ser incluída no relatório para mostrar que nível está sendo declarado e quem fez esta avaliação. Para que um relatório seja reconhecido como baseado na GRI, exige-se a autodeclaração de um nível. Os relatores podem optar por obter pareceres de terceiros ou da secretaria da GRI sobre a exatidão de sua autodeclaração.

A GRI somente reconhecerá relatórios em seu *site* na *internet* como baseados na GRI se eles contiverem uma grade do nível de aplicação, refletindo, no mínimo, um nível autodeclarado. Para figurar no *site*, não é necessária uma verificação por terceiros ou pela GRI. Qualquer uso da terminologia específica “níveis de aplicação das diretrizes da GRI” deverá se basear nos critérios para os níveis de aplicação da GRI especificados na Figura 5.

Figura 5 - Critérios para os níveis de aplicação do relatório GRI



Fonte: Manual de diretrizes de elaboração dos relatórios (GRI, 2011).

As organizações relatoras têm a opção de contatar a GRI e solicitar um exame do nível de aplicação. As solicitações devem ser feitas pela *internet* no site <www.globalreporting.org>. Desde que avisada com antecedência, a GRI poderá examinar o nível autodeclarado antes da publicação do relatório. Havendo concordância com o nível de aplicação, a GRI fornecerá um ícone especial correspondente ao nível, para uso em relatórios impressos ou disponibilizados na *internet*. Devem ser observados os seguintes itens sobre os exames do nível de aplicação por parte da GRI:

a) A GRI examina a presença ou ausência no relatório dos critérios que correspondem ao nível de aplicação autodeclarado pelos relatores. A GRI fornecerá à organização relatora uma avaliação a esse respeito;
b) O exame do nível de aplicação por parte da GRI não representa a visão da GRI acerca do valor ou qualidade do relatório e seu conteúdo. Trata-se simplesmente de uma declaração sobre até que ponto a estrutura de relatórios da GRI foi utilizada;
c) Os níveis com um ponto a mais (+) (C+, B+, A+) só podem ser declarados se tiver sido realizada verificação externa do relatório. Um exame do nível de aplicação por parte da GRI não é equivalente a uma verificação externa e não acrescenta o ponto a mais (+);

d) Se lhe for solicitado o exame de um relatório C+, B+ ou A+, a GRI examinará a existência de uma declaração da organização responsável pela verificação externa;
e) A GRI cobra uma taxa para examinar o nível de aplicação. Os *stakeholders* organizacionais da GRI são isentos dessa taxa.

Esse sistema pretende fornecer:

a) Aos usuários do relatório: clareza sobre até que ponto as diretrizes da GRI e outros elementos da estrutura de relatórios foram aplicados em sua elaboração;
b) Aos relatores: uma visão ou caminho para a expansão progressiva da aplicação da estrutura de relatórios da GRI ao longo do tempo. Declarar o nível de aplicação implica uma comunicação clara e transparente de quais elementos da estrutura de relatórios da GRI foram aplicados na elaboração do relatório. Para atender às necessidades de relatores iniciantes, intermediários e avançados, o sistema apresenta três níveis, intitulados C, B e A. Os critérios de relato encontrados em cada um dos níveis indicam a evolução da aplicação ou a cobertura da estrutura de relatórios da GRI. Uma organização poderá autodeclarar um ponto a mais (+) em cada nível (por exemplo, C+, B+, A+), caso tenha sido utilizada verificação externa. Uma organização autodeclara um nível de relato baseada em sua própria avaliação do conteúdo de seu relatório, segundo os critérios dos níveis de aplicação da GRI (GRI, 2011, p. 5).

A publicação de relatórios de sustentabilidade, levando em consideração a perspectiva da GRI, possibilita a comparabilidade e a previsão de alternativas futuras. A prática de publicar os relatórios de GRI apresentou um crescimento expressivo ao longo do tempo. Muitas empresas/organizações buscaram o propósito de relatar o desempenho sobre a sua gestão, de forma transparente, demonstrando suas relações com a comunidade, os impactos no meio ambiente e as práticas de governança corporativa. Assim, torna-se importante apresentar o histórico e a produção dos relatórios para melhor entendimento e explanação.

Tabela 1 - Quantitativos de relatórios GRI por continente

Item	Especificação por continente	1	2	3	4	5	6		
		África	Ásia	Europa	América Latina e Caribe	América do Norte	Oceania		Total
1999		0	1	5	0	5	0		11
2000		3	7	21	2	10	1		44
2001		1	26	58	3	28	9		125
2002		8	30	56	10	34	12		150
2003		19	24	81	5	30	10		169
2004		22	40	149	13	50	16		290
2005		24	51	219	23	54	24		395
2006		25	74	283	55	72	40		549
2007		24	110	385	81	101	51		752
2008		51	238	531	150	164	68		1.202
2009		57	342	723	207	192	94		1.615
2010		72	448	922	301	267	118		2.128
2011		366	688	1.199	390	452	156		3.251
2012		349	882	1.431	448	553	161		3.824
2013		336	942	1.460	568	614	180		4.100
Total		**1.357**	**3.903**	**7.523**	**2.256**	**2.626**	**940**		**18.605**
Média		**90**	**260**	**502**	**150**	**175**	**63**		**1.240**
%		**7**	**21**	**41**	**12**	**14**	**5**		**100**

Fonte: adaptada da base de dados disponível no *site* da GRI.

1) Em relação ao histórico do processo de elaboração e de divulgação dos relatórios de sustentabilidade GRI, torna-se de suma importância a caracterização geral e a segmentação destes relatórios por continente e especificamente na América Latina (Brasil) no período de 1999 a 2013.

2) A estatística apresentada sobre os relatórios tem como base o banco de dados de sustentabilidade disponibilizado no site GRI, para a consulta e filtro por relatório ou organização, por ano de publicação, por tamanho da organização, por setor da organização e por região da organização, bem como, ainda, a classificação por tipo de relatório elaborado.

3) Do período de 1999 a 2013, foram publicados, no site GRI, o total de 18.605 relatórios, sendo que o percentual do quantitativo total por continente: a Europa com 40,44 %, a Ásia com 20,98%, a América do Norte com 14,11%, a América Latina e o Caribe com 12,13%, a África com 7,29% e a Oceania com 5,05%.

4) De forma específica, pode ser percebido a contribuição da América Latina no percentual médio de 12,13%, quando no comparativo do quantitativo total de relatórios divulgados neste período mencionado, sendo que no período de 1999 a 2005 houve a contribuição no percentual de 3,84% e com uma contribuição mais expressiva no período de 2006 a 2013 no percentual de 12,22%, o que reflete a preocupação das organizações na divulgação de suas ações e atividades na área de sustentabilidade.

Tabela 2 - Quantitativo e especificação de relatórios GRI segmentados por setor/suplemento (continua)

1 Suplemento/ setor	1.1 América Latina e Caribe – Brasil	1.1.1 Serviços financeiros	1.1.2 Produtos pessoais e domésticos	1.1.3 Serviços de Saúde		
		0	0	0		
		1	1	0		
		1	1	0		
		1	1	0		
		1	1	0		
		2	1	0		
		3	1	0		
		3	1	0		
		7	1	1		
		9	2	1		
		11	2	2		
		19	3	6		
		14	3	10		
		18	3	14		
		24	4	18		
	Total	**114**	**25**	**52**		
	%	**11,81%**	**2,59%**	**5,39%**		

1.1.11 Serviços de energia	1.1.10. Telecomunicações	1.1.9. Materiais de construção	1.1.8 Mineração	1.1.7 Metais pesados/ produtos	1.1.6 Tabaco	1.1.5 Energia	1.1.4 Produtos alimentícios e bebidas	Tabela 3 - Quantitativo e especificação de relatórios GRI segmentados por setor/ suplemento (continuação)
0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	1	1	1	1	
0	0	0	0	0	0	2	0	
0	0	0	1	2	0	2	0	
0	1	2	1	3	0	2	1	
2	0	1	3	2	0	4	1	
4	0	1	3	3	0	9	3	
15	1	4	4	3	0	14	3	
14	1	2	3	5	1	17	4	
18	2	2	3	5	1	20	6	
19	2	1	4	5	0	18	8	
14	3	2	5	5	0	12	7	
16	4	3	5	7	1	22	12	
102	**14**	**18**	**32**	**41**	**4**	**123**	**46**	
10,57%	**1,45%**	**1,87%**	**3,32%**	**4,25%**	**0,41%**	**12,75%**	**4,77%**	

1.1.19 Mídia/ Jornalismo	1.1.18 Outros	1.1.17 Produtos de saúde	1.1.16 Equipamentos	1.1.15 Varejo e vendas	1.1.14 Logística	1.1.13 Florestas e produtos de papel	1.1.12 Produtos e substâncias químicas
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1	1
0	0	1	1	1	2	3	0
1	1	1	2	2	3	5	1
0	3	1	2	2	2	5	1
3	6	3	2	3	2	10	5
2	8	1	1	1	1	11	4
3	13	4	1	2	3	9	6
3	27	4	2	1	8	8	8
12	**58**	**15**	**11**	**12**	**21**	**52**	**26**
1,24%	**6,01%**	**1,55%**	**1,14%**	**1,24%**	**2,18%**	**5,39%**	**2,69%**

Tabela 4 - Quantitativo e especificação de relatórios GRI segmentados por setor/ suplemento (continuação)

1.1.26 Serviços sem fins lucrativos	1.1.25 Construção	1.1.24 Serviços comerciais	1.1.23 Automotivo	1.1.22 Utilidades de água	1.1.21 Tecnologia (*hardware*)	1.1.20 Agricultura	Tabela 5 - Quantitativo e especificação de relatórios GRI segmentados por setor/ suplemento (continuação)
0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	1	1	2	
3	3	1	1	3	1	0	
3	8	0	1	3	3	2	
2	6	2	2	1	3	7	
3	8	3	5	3	2	5	
5	7	6	5	4	3	7	
16	**32**	**12**	**14**	**15**	**13**	**23**	
1,66%	**3,32%**	**1,24%**	**1,45%**	**1,55%**	**1,35%**	**2,38%**	

1.1.35 Têxteis e Vestuário	1.1.34 Universidades	1.1.33 Imobiliária	1.1.32 Bens duráveis	1.1.31 Conglomerados	1.1.30 Computadores	1.1.29 Aviação	1.1.28 Turismo/ lazer	1.1.27 Agência Pública
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	1
0	1	1	2	2	1	1	1	2
4	1	2	0	5	1	1	1	0
2	3	2	2	3	0	1	1	2
3	3	1	0	6	0	1	1	1
9	**8**	**6**	**4**	**16**	**2**	**4**	**5**	**6**
0,93%	**0,83%**	**0,62%**	**0,41%**	**1,66%**	**0,21%**	**0,41%**	**0,52%**	**0,62%**

Tabela 6 - Quantitativo e especificação de relatórios GRI segmentados por setor/ suplemento (continuação)

Tabela 7 - Quantitativo e especificação de relatórios GRI segmentados por setor/suplemento (conclusão)																	
1.1.36 Gestão de resíduos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	**2**	
Total	0	2	2	6	4	8	14	19	40	76	92	150	152	169	231	**965**	**100%**
% Brasil s/ total - América Latina	0	100	66,67	60	80	61,54	60,87	34,55	49,38	50,67	44,44	49,83	38,97	37,72	40,67	**42,77%**	
% Crescimento setores do Brasil	0	200	0	200,0	-33,33	100	75	35,71	110,53	90	21,05	63,04	1,33	11,18	36,69		
% Crescimento Serviços de Saúde – Brasil	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	100	200	66,67	40	28,57		

Fonte: adaptada da base de dados disponível no *site* da GRI.

5) Quando da análise dos relatórios publicados e divulgados pela América Latina e pelo Caribe, mais especificamente relativo ao Brasil, pode ser percebida a contribuição, em média, de 42,77% sobre o total de relatórios da América Latina e do Caribe. Importante destacar que, no período de 1999 a 2005, houve a contribuição no percentual de 61,30%, e no período de 2006 a 2013 com o percentual de 43,28%, o que reflete o crescimento dos outros países agrupados na América Latina, concomitantemente ao crescimento do quantitativo dos relatórios elaborados e divulgados pelo Brasil. Em média, o quantitativo de relatórios publicados pelo Brasil, no período de 1999 a 2005, foi de 05 relatórios e, no período de 2006 a 2013, tivemos a média de 116 relatórios.

6) Dos setores avaliados, por organização, referentes ao Brasil, foram identificados 36 setores distribuídos nas mais diversas especialidades pelo caráter de atuação econômica ou mercadológica, sendo que nos anos de 2000, 2002, 2004, 2005, 2007 e 2008, quando comparados aos respectivos anos anteriores de cada ano, estes apresentaram um crescimento superior a 75% no quantitativo de relatórios elaborados.

Tabela 8 - Quantitativo de Relatórios GRI segmentado por continente e serviços de saúde

Serviços de Saúde	África	Ásia	Europa	América Latina e Caribe	América do Norte	Oceania		Total	% América Latina s/ total continente
1999	0	0	0	0	0	0		**0**	**0**
2000	0	0	0	0	0	0		**0**	**0**
2001	0	0	0	0	0	0		**0**	**0**
2002	0	0	0	0	0	0		**0**	**0**
2003	0	0	0	0	0	0		**0**	**0**
2004	0	0	1	0	0	0		**1**	**0**
2005	0	0	3	0	0	0		**3**	**0**
2006	0	0	2	0	0	0		**2**	**0**
2007	0	0	2	2	0	0		**4**	**50**
2008	0	0	3	2	0	0		**5**	**40**
2009	0	1	5	3	1	0		**10**	**30**
2010	1	2	6	7	1	0		**17**	**41,18**
2011	3	2	10	13	9	0		**37**	**35,14**
2012	3	5	14	17	9	1		**49**	**34,69**
2013	3	4	11	21	15	1		**55**	**38,18**
Total	10	14	57	65	35	2		**183**	**35,52**
Média	1	1	4	4	2	0		**12**	**35,52%**

Fonte: adaptada da base de dados disponível no *site* da GRI.

7) Dos setores avaliados, em caráter específico referente aos serviços de saúde que constituem os relatórios de sustentabilidade publicados por entidades do segmento hospitalar, tem-se o total de 183 relatórios no período de 1999 a 2013, conforme base de dados do GRI.

8) Os relatórios de sustentabilidade publicados pela Europa, em 2004, foram os primeiros relatórios no segmento de serviços de saúde, sendo que a Europa representa 31,15% do total de relatórios publicados no período de 1999 a 2013.

9) Em relação ao quantitativo de relatórios publicados pela America Latina e Caribe no segmento de serviços de saúde, foi identificado o total de 65 relatórios no período de 1999 a 2013, representando, desta forma, 35,52% sobre o total de 183 relatórios de todos os continentes publicados no mesmo período, conforme base de dados GRI.

10) O primeiro relatório GRI, no segmento de serviços de saúde no Brasil, foi publicado em 2007 (Unimed-Rio). Já quando se analisa o primeiro relatório mundial, destaca-se o relatório publicado em 2004 (Espanha).

11) Quando da análise e representatividade dos segmentos ou setores da América Latina e Caribe no período de 1999 a 2013, somente no Brasil, pode ser percebido que, dentre os 36 setores identificados, seguem o percentual dos seis mais expressivos: o setor de energia com 12,75%; o setor de serviços financeiros com 11,81%; o setor de serviços de energia com 10,57%; o setor de outros com 6,01%; e os setores de florestas/produtos de papel e serviços de saúde, respectivamente, com 5,39%.

12) Foram publicados, no total, 52 relatórios de sustentabilidade (América Latina e Caribe - Brasil) no período de 1999 a 2013, salientando que, do período de 1999 a 2006, não ocorreu nenhuma publicação. Neste caso, a partir de 2009 a 2013, de forma gradativa, houve publicações de relatórios, com crescimento percentual médio de 87,05% no período mencionado.

Todos os documentos desenvolvidos de acordo com a estrutura da GRI recorrem a um processo que visa o consenso, por meio do diálogo, entre as várias partes interessadas, incluindo as empresas, os investidores, os sindicatos, a sociedade civil, os contabilistas, os acadêmicos, entre outros. Toda a documentação elaborada pela GRI é testada e aperfeiçoada constantemente (GRI, 2011, p. 4).

De certa forma, todas as organizações (privadas, públicas ou sem fins lucrativos) são estimuladas, independente de seu porte, setor ou localidade, a

elaborar relatórios segundo as diretrizes da GRI, sejam iniciantes ou experientes. Para este processo inicial é importante a definição do seu conteúdo, e todas deverão descrever o escopo de seu relatório e são estimuladas a indicar seus planos de ampliação dos relatórios ao longo do tempo.

A versão do relatório, denominada *G3*, evidencia um conjunto de indicadores relativo ao desempenho econômico, social e ambiental, sistematizado de maneira tal que seja possível reduzir o nível de informações desconexas e irrelevantes, tornando as diretrizes mais focadas no desempenho de seus indicadores e resultando em orientações mais claras para a compilação de dados em relação a versões anteriores (CASTRO; SIQUEIRA; MACEDO, 2009, p. 23).

O mérito do relatório GRI parece situar-se no equilíbrio das dimensões utilizadas e na comunicação baseada em indicadores de desempenho, o que contribui para o ganho de relevância da informação prestada e para a redução de assimetrias e de práticas de *marketing* social (CONCEIÇÃO et al., 2012, p. 27).

A elaboração do relatório de sustentabilidade empresarial, na perspectiva do GRI, permite a comunicação: do perfil da organização (informações que estabelecem o contexto geral para a compreensão do desempenho organizacional, tais como sua estratégia, perfil e governança); da forma de gestão (conteúdo que descreve o modo como a organização trata determinado conjunto de temas para fornecer o contexto para a compreensão do desempenho em uma área específica); e, de indicadores de desempenho (informações comparáveis sobre o desempenho econômico, ambiental e social da organização).

> Os relatórios devem, portanto, buscar expressar o desempenho em relação a conceitos mais amplos de sustentabilidade. Isso envolve a discussão do desempenho da organização no contexto dos limites e demandas relativos aos recursos ambientais ou sociais em nível setorial, local, regional ou global. Por exemplo, além de relatar tendências em ecoeficiência, a organização poderia apresentar sua carga total de poluição em relação à capacidade do ecossistema regional de absorver o poluente (GRI, 2011, p. 11).

O conjunto de indicadores do GRI proporciona a comparabilidade, credibilidade, periodicidade e legitimidade das informações compiladas em dados baseados em seus protocolos técnicos, possibilitando que as organizações tenham um instrumento que facilita a implantação de um processo de melhoria contínua do desempenho rumo ao desenvolvimento sustentável.

O conjunto de indicadores de desempenho, por sua vez, subdivide-se nas seguintes categorias: práticas trabalhistas, direitos humanos, sociedade e responsabilidade pelo produto. Cada categoria inclui informações sobre a forma de gestão e um conjunto correspondente de indicadores de desempenho essenciais e adicionais. Os indicadores essenciais foram desenvolvidos por meio dos processos *multistakeholders* da GRI, que visam identificar os indicadores geralmente aplicáveis e considerados relevantes para a maioria das organizações. Os indicadores adicionais representam práticas emergentes ou tratam de temas que podem ser relevantes para algumas organizações, mas não para outras (GRI, 2011, p. 24).

As informações sobre a forma de gestão devem fornecer uma breve visão da abordagem da gestão da organização no que tange aos aspectos definidos sob cada categoria de indicador, visando estabelecer o contexto para informações sobre desempenho. A organização poderá estruturar suas informações sobre a forma de gestão de modo a cobrir a totalidade dos aspectos sob determinada categoria ou agrupar suas respostas para os aspectos de outra forma. Entretanto, as informações sobre a forma de gestão deverão tratar todos os aspectos relacionados a cada categoria, independentemente do formato ou agrupamento (GRI, 2011, p. 25).

Assim, ao relatar os indicadores de desempenho, deve-se aplicar a seguinte orientação sobre compilação de dados:

a) Relato sobre tendências: as informações apresentadas deverão ser relativas ao período coberto pelo relatório (um ano, por exemplo) e a pelo menos dois períodos anteriores, bem como às metas futuras, quando estabelecidas para curto e médio prazo;
b) Uso de protocolos: as organizações deverão usar os protocolos que acompanham os indicadores ao relatá-los. Os protocolos fornecem orientação básica para a interpretação e a compilação de informações;
c) Apresentação de dados: em alguns casos, índices ou dados normalizados são formatos úteis e apropriados para a apresentação de dados. Se forem usados índices ou dados normalizados, os dados absolutos também deverão ser fornecidos;
d) Agregação de dados: as organizações relatoras deverão determinar o nível apropriado de agregação de informações;
e) Sistema métrico: os dados relatados deverão ser apresentados por um sistema métrico internacionalmente aceito (quilogramas, toneladas, litros) e calculados

usando-se fatores padrão de conversão. No caso de existirem convenções internacionais específicas (como a que trata das emissões de gases de efeito estufa (GEE), por exemplo), elas normalmente estarão especificadas nos protocolos de indicadores.

Segue, no Quadro 3, a relação de indicadores.

Quadro 3 - Quadro geral de indicadores GRI segmentados por desempenho (continua)

Natureza	**Item**	**Especificação e escopo de indicadores**
Indicadores de Desempenho Econômico - GRI G3		
		Aspecto: Desempenho Econômico
Essencial	EC1	Valor econômico direto gerado e distribuído, incluindo receitas, custos operacionais, remuneração de empregados, doações e outros investimentos na comunidade, lucros acumulados e pagamentos para provedores de capital e governos.
Essencial	EC2	Implicações financeiras e outros riscos e oportunidades para as atividades da organização devido a mudanças climáticas.
Essencial	EC3	Cobertura das obrigações do plano de pensão de benefício definido que a organização oferece.
Essencial	EC4	Ajuda financeira significativa recebida do governo.
		Aspecto: Presença de mercado
Adicional	EC5	Variação da proporção do salário mais baixo comparado ao salário mínimo local em unidades operacionais importantes.
Essencial	EC6	Políticas, práticas e proporção de gastos com fornecedores locais em unidades operacionais importantes.
Essencial	EC7	Procedimentos para contratação local e proporção de membros de alta gerência recrutados na comunidade local em unidades operacionais importantes.
		Aspecto: Impactos Econômicos indiretos
Essencial	EC8	Desenvolvimento e impacto de investimentos em infra-estrutura e serviços oferecidos, principalmente para benefício público, por meio de engajamento comercial, em espécie ou atividades pro bono.
Adicional	EC9	Identificação e descrição de impactos econômicos indiretos significativos, incluindo a extensão dos impactos.
Indicadores de Desempenho Ambiental - GRI G3		
		Aspecto: Materiais
Essencial	EN1	Materiais usados por peso ou volume.
Essencial	EN2	Percentual dos materiais usados provenientes de reciclagem.
		Aspecto: Energia
Essencial	EN3	Consumo de energia direta discriminado por fonte de energia primária.
Essencial	EN4	Consumo de energia indireta discriminado por fonte primária.
Adicional	EN5	Energia economizada devido a melhorias em conservação e eficiência.

Quadro 4 - Quadro geral de indicadores GRI segmentados por desempenho (continuação)		
Adicional	EN6	Iniciativas para fornecer produtos e serviços com baixo consumo de energia, ou que usem energia gerada por recursos renováveis, e a redução na necessidade de energia resultante dessas iniciativas.
Adicional	EN7	Iniciativas para reduzir o consumo de energia indireta e as reduções obtidas.
		Aspecto: Água
Essencial	EN8	Total de retirada de água por fonte.
Adicional	EN9	Fontes hídricas significativamente afetadas por retirada de água.
Adicional	EN10	Percentual e volume total de água reciclada e reutilizada.
		Aspecto: Biodiversidade
Essencial	EN11	Localização e tamanho da área possuída, arrendada ou administrada dentro de áreas protegidas, ou adjacentes a elas, e áreas de alto índice de biodiversidade fora das áreas protegidas.
Essencial	EN12	Descrição de impactos significativos na biodiversidade de atividades, produtos e serviços em áreas protegidas e em áreas de alto índice de biodiversidade fora das áreas protegidas.
Adicional	EN13	Habitats protegidos ou restaurados.
Adicional	EN14	Estratégias, medidas em vigor e planos futuros para a gestão de impactos na biodiversidade.
Adicional	EN15	Número de espécies na Lista Vermelha da IUCN e em listas nacionais de conservação com habitats em áreas afetadas por operações, discriminadas pelo nível de risco de extinção.
		Aspecto: Emissão, efluentes e resíduos.
Essencial	EN16	Total de emissões diretas e indiretas de gases de efeito estufa, por peso.
Essencial	EN17	Outras emissões indiretas relevantes de gases de efeito estufa, por peso.
Essencial	EN18	Iniciativas para reduzir as emissões de gases de efeito estufa e as reduções obtidas.
Essencial	EN19	Emissões de substâncias destruidoras da camada de ozônio, por peso.
Essencial	EN20	NOx, SOx e outras emissões atmosféricas significativas, por tipo e peso.
Essencial	EN21	Descarte total de água, por qualidade e destinação.
Essencial	EN22	Peso total de resíduos, por tipo e método de disposição.
Essencial	EN23	Número e volume total de derramamentos significativos.
Adicional	EN24	Peso de resíduos transportados, importados, exportados ou tratados considerados perigosos nos termos da Convenção da Basiléia13 – Anexos I, II, III e VIII, e percentual de carregamentos de resíduos transportados internacionalmente.
Adicional	EN25	Identificação, tamanho, status de proteção e índice de biodiversidade de corpos d'água e habitats relacionados significativamente afetados por descartes de água e drenagem realizados pela organização relatora.
		Aspecto: Produtos e Serviços
Essencial	EN26	Iniciativas para mitigar os impactos ambientais de produtos e serviços e a extensão da redução desses impactos.

Quadro 5 - Quadro geral de indicadores GRI segmentados por desempenho (continuação)		
Essencial	EN27	Percentual de produtos e suas embalagens recuperadas em relação ao total de produtos vendidos, por categoria de produto.
		Aspecto: Conformidade
Essencial	EN28	Valor monetário de multas significativas e número total de sanções não-monetárias resultantes da não-conformidade com leis e regulamentos ambientais.
Adicional	EN29	Impactos ambientais significativos do transporte de produtos e outros bens e materiais utilizados nas operações da organização, bem como do transporte de trabalhadores.
		Aspecto: Geral
Adicional	EN30	Total de investimentos e gastos em proteção ambiental, por tipo.
Indicadores de Desempenho Práticas Trabalhistas e Trabalho Decente - GRI G3		
		Aspecto: Emprego
Essencial	LA1	Total de trabalhadores, por tipo de emprego, contrato de trabalho e região.
Essencial	LA2	Número total e taxa de rotatividade de empregados, por faixa etária, gênero e região.
Adicional	LA3	Benefícios oferecidos a empregados de tempo integral que não são oferecidos a empregados temporários ou em regime de meio período, discriminados pelas principais operações.
		Aspecto: Relação entre os trabalhadores e a Governança
Essencial	LA4	Percentual de empregados abrangidos por acordos de negociação coletiva.
Essencial	LA5	Prazo mínimo para notificação com antecedência referente a mudanças operacionais, incluindo se esse procedimento está especificado em acordos de negociação coletiva.
		Aspecto: Saúde e segurança no trabalho
Adicional	LA6	Percentual dos empregados representados em comitês formais de segurança e saúde, compostos por gestores e por trabalhadores, que ajudam no monitoramento e aconselhamento sobre programas de segurança e saúde ocupacional.
Essencial	LA7	Taxas de lesões, doenças ocupacionais, dias perdidos, absenteísmo e óbitos relacionados ao trabalho, por região.
Essencial	LA8	Programas de educação, treinamento, aconselhamento, prevenção e controle de risco em andamento para dar assistência a empregados, seus familiares ou membros da comunidade com relação a doenças graves.
Essencial	LA9	Temas relativos a segurança e saúde cobertos por acordos formais com sindicatos.
		Aspecto: Treinamento e Educação
Essencial	LA10	Média de horas de treinamento por ano, por funcionário, discriminadas por categoria funcional.
Adicional	LA11	Programas para gestão de competências e aprendizagem contínua que apoiam a continuidade da empregabilidade dos funcionários e para gerenciar o fim da carreira.

Quadro 6 - Quadro geral de indicadores GRI segmentados por desempenho (continuação)		
Adicional	LA12	Percentual de empregados que recebem regularmente análises de desempenho e de desenvolvimento de carreira.
		Aspecto: Desigualdade e diversidades entre as partes
Essencial	LA13	Composição dos grupos responsáveis pela governança corporativa e discriminação de empregados por categoria, de acordo com gênero, faixa etária, minorias e outros indicadores de diversidade.
Essencial	LA14	Proporção de salário base entre homens e mulheres, por categoria funcional.
Indicadores de Desempenho de Direitos Humanos - GRI G3		
		Aspecto: Prática de Investimentos e de processos de compra
Essencial	HR1	Percentual e número total de contratos de investimentos significativos que cláusulas referentes a direitos humanos ou que foram submetidos a avaliações referentes a direitos humanos.
Essencial	HR2	Percentual de empresas contratadas e fornecedores críticos que foram submetidos a avaliações referentes a direitos humanos e as medidas tomadas.
Adicional	HR3	Total de horas de treinamento para empregados em políticas e procedimentos relativos a aspectos de direitos humanos relevantes para as operações, incluindo o percentual de empregados que recebeu treinamento.
		Aspecto: Não discriminação
Essencial	HR4	Número total de casos de discriminação e as medidas tomadas.
		Aspecto: Liberdade de associação e negociação coletiva
Essencial	HR5	Operações identificadas em que o direito de exercer a liberdade de associação e a negociação coletiva pode estar correndo risco significativo e as medidas tomadas para apoiar esse direito.
		Aspecto: Trabalho infantil
Essencial	HR6	Operações identificadas como de risco significativo de ocorrência de trabalho infantil e as medidas tomadas para contribuir para a abolição do trabalho infantil.
		Aspecto: Trabalho forçado ou análogo ao escravo
Essencial	HR7	Operações identificadas como de risco significativo de ocorrência de trabalho forçado ou análogo ao escravo e as medidas tomadas para contribuir para a erradicação do trabalho forçado ou análogo ao escravo.
		Aspecto: Práticas de segurança
Adicional	HR8	Percentual do pessoal de segurança submetido a treinamento nas políticas ou procedimentos da organização relativos a aspectos de direitos humanos que sejam relevantes às operações.
		Aspectos: Direitos indígenas
Essencial	HR9	Número total de casos de violação de direitos dos povos indígenas e medidas tomadas.
Indicadores de Desempenho Social referente à Sociedade - GRI G3		
		Aspecto: Comunidade

Quadro 7 - Quadro geral de indicadores GRI segmentados por desempenho (continuação)		
Essencial	SO1	Natureza, escopo e eficácia de quaisquer programas e práticas para avaliar e gerir os impactos das operações nas comunidades, incluindo a entrada, operação e saída.
		Aspecto: Corrupção
Essencial	SO2	Percentual e número total de unidades de negócios submetidas a avaliações de riscos relacionados a corrupção.
Essencial	SO3	Percentual de empregados treinados nas políticas e procedimentos anticorrupção da organização.
Essencial	SO4	Medidas tomadas em resposta a casos de corrupção.
		Aspecto Políticas públicas
Essencial	SO5	Posições quanto a políticas públicas e participação na elaboração de políticas públicas e lobbies.
Adicional	SO6	Valor total de contribuições financeiras e em espécie para partidos políticos, políticos ou instituições relacionadas, discriminadas por país.
		Aspecto: Concorrência desleal
Adicional	SO7	Número total de ações judiciais por concorrência desleal, práticas de truste e monopólio e seus resultados.
		Aspecto: Conformidade
Essencial	SO8	Valor monetário de multas significativas e número total de sanções não-monetárias resultantes da não-conformidade com leis e regulamentos.
Indicadores de Desempenho Referentes à Responsabilidade pelo Produto - GRI G3		
		Aspecto: Saúde e segurança do cliente
Essencial	PR1	Fases do ciclo de vida de produtos e serviços em que os impactos na saúde e segurança são avaliados visando melhoria, e o percentual de produtos e serviços sujeitos a esses procedimentos.
Adicional	PR2	Número total de casos de não-conformidade com regulamentos e códigos voluntários relacionados aos impactos causados por produtos e serviços na saúde e segurança Durante o ciclo de vida, discriminados por tipo de resultado.
		Aspecto: Rotulagem de produtos e serviços
Essencial	PR3	Tipo de informação sobre produtos e serviços exigida por procedimentos de rotulagem, e o percentual de produtos e serviços sujeitos a tais exigências.
Adicional	PR4	Número total de casos de não-conformidade com regulamentos e códigos voluntários relacionados a informações e rotulagem de produtos e serviços, discriminados por tipo de resultado.
Adicional	PR5	Práticas relacionadas à satisfação do cliente, incluindo resultados de pesquisas que medem essa satisfação.
		Aspecto: Comunicações de Marketing
Essencial	PR6	Programas de adesão às leis, normas e códigos voluntários relacionados a comunicações de marketing, incluindo publicidade, promoção e patrocínio.

Quadro 8 - Quadro geral de indicadores GRI segmentados por desempenho (conclusão)		
Adicional	PR7	Número total de casos de não-conformidade com regulamentos e códigos voluntários relativos a comunicações de marketing, incluindo publicidade, promoção e patrocínio, discriminados por tipo de resultado.
		Aspecto: Conformidade
Adicional	PR8	Número total de reclamações comprovadas relativas a violação de privacidade e perda de dados de clientes.
		Aspecto: *Compliance*
Essencial	PR9	Valor monetário de multas (significativas) por não-conformidade com leis e regulamentos relativos ao fornecimento e uso de produtos e serviços.

Fonte: adaptada da base de dados disponível no *site* da GRI.

Desta forma, a caracterização das formas de análise e de mensuração da sustentabilidade, notadamente dos relatórios de sustentabilidade GRI, destacam-se dentre as principais ferramentas de avaliação e de divulgação do desempenho social, ambiental e econômico das organizações. As questões econômicas e sociais influenciam decisivamente nas condições de saúde de pessoas e populações, uma vez que a saúde, além de um direito social, pode ser concebida como um bem econômico e escopo de acumulação de capital, demonstrando esta complexidade no processo de desenvolvimento. Não obstante, a saúde perpassa e converge com o aspecto da sustentabilidade a partir da manutenção do desenvolvimento que atenda às necessidades das pessoas, permita um consumo racional de recursos e a melhora do padrão de vida da população.

2.3 A SUSTENTABILIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR

> A história nada é, senão for a atividade dos homens em busca de seus objetivos (Karl Marx[9]).

O surgimento e a contextualização histórica para a definição conceitual do termo “saúde” concebe a necessidade de compreensão do aspecto do direito social para atenção às necessidades das pessoas sob a ótica da prevenção, promoção e recuperação do seu bem-estar. O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja:

> Saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais,

[9] Karl Heinrich Marx foi um intelectual e revolucionário alemão, fundador da doutrina comunista moderna, que atuou como economista, filósofo, historiador, teórico político e jornalista.

> dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. Também vale para as doenças, pois o que é considerado doença varia muito, não é apenas ausência de saúde (SCLIAR, 2007, p. 30).

A fase inicial da assistência médica, nos primórdios da civilização, caracterizou-se por um forte componente religioso e místico, doenças eram ligadas ao sobrenatural e o médico fazia também o papel de sacerdote (ROSEN, 1958). A própria definição de saúde, quando avaliada nos primórdios existenciais, pode ser destacada:

> Hipócrates, filósofo grego que viveu no século IV A.C. e que traz o conceito da influência da comunidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde e afirma que o médico não cometerá erros ao tratar as doenças de determinada localidade quando tiver compreendido adequadamente tais influências (DALARI, 1995, p. 71).

Segundo Scliar (2007, p. 30), a concepção mágico-religiosa partia, e parte, do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo, que nele se introduzem por causa do pecado ou de maldição. Para os antigos hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos. Assim, era atribuída à ação divina a possível cura diante das enfermidades. E, nesta situação, a demonstração de ligação da doença com o pecado, reitera a conotação da ligação da doença como sinal de desobediência ao poder divino.

Quanto à abordagem em outras culturas, onde o componente místico seria mais acentuado, as considerações e as interpretações da doença assumiam uma posição de libertação do doente por meio do ato de liberação do corpo tomado ou concebido por maus espíritos. Em outras culturas era o xamã, o feiticeiro tribal, quem se encarregava de expulsar, mediante rituais, os maus espíritos que se tinham apoderado da pessoa, causando doença. O objetivo é reintegrar o doente ao universo total, do qual ele é parte. Esse universo total não é algo inerte: ele “vive” e “fala”; é um macrocorpo, do qual o Sol e a Lua são os olhos, os ventos, a respiração, as pedras, os ossos (homologação antropocósmica). A união do microcosmo, que é o corpo, com o macrocosmo faz-se por meio do ritual (SCLIAR, 2007, p. 31).

Em outra concepção do modo de entender a doença ou a ausência ou limitação de saúde, pode ser identificado na cultura grega, além dos rituais místicos, entra em cena, o uso de métodos naturais. A medicina grega representa uma importante inflexão na maneira de encarar a doença. É verdade que, na mitologia

grega, várias divindades estavam vinculadas à saúde. Os gregos cultuavam, além da divindade da medicina, Asclepius ou Aesculapius (que é mencionado como figura histórica na Ilíada), duas outras deusas, Higieia, a Saúde, e Panacea, a Cura. Ora, Higieia era uma das manifestações de Athena, a deusa da razão, e o seu culto, como sugere o nome, representa uma valorização das práticas higiênicas; e se Panacea representa a ideia de que tudo pode ser curado - uma crença basicamente mágica ou religiosa, deve-se notar que a cura, para os gregos, era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais, e não apenas por procedimentos ritualísticos (SCLIAR, 2007, p. 32).

De certa forma e como uma reflexão histórica, tem-se ainda a visão de Galeno, sobre os quatro temperamentos no estado de saúde, com um caráter endógeno; a manutenção na Idade Média, quanto à concepção da doença como resultado do pecado devido à influência religiosa cristã; e Paracelsus que já afirmava que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo.

Berlinguer (1988, p. 66) destaca que “os trabalhos do filósofo francês Descartes, do início do século XVII, que, ao comparar o corpo humano tal qual uma máquina, acreditou poder descobrir a causa da conservação da saúde. Com efeito, o século XIX ressaltou o estilo mecanicista da doença”.

Quando Engels pensou sobre as condições de vida de trabalhadores na Inglaterra, nos limiares da Revolução Industrial, concluiu que a cidade, o tipo de vida de seus habitantes e seus ambientes de trabalho, são responsáveis pelo estado de saúde das populações (DALARI, 1995, p. 77).

> A partir da Revolução Industrial, a produção teve imensa relação com o consumo e consequentemente surgiram os riscos ambientais e, sobretudo os riscos à saúde. O ambiente social do fim do século XIX e primeira metade do século XX, auge da Revolução Industrial, propiciaram o debate entre as duas grandes correntes que buscaram conceituar a saúde, levando em conta o "Mens Sana In Corpore Sano" dos antigos gregos, observando-se, então, o reconhecimento da essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a conceituação da saúde, recuperando os trabalhos de Hipócrates, Paracelso e Engels (DALARI, 1995, p. 6).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (1946, p. 39) define a saúde como sendo “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição da saúde é bastante ampla, consubstanciada para além de um enfoque centrado no aspecto doença.

> A amplitude do conceito da OMS (visível também no conceito canadense) acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. Em decorrência da primeira objeção, surge o conceito de Christopher Boorse[10] (1977): saúde é ausência de doença. A classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor (SCLIAR, 2007, p. 37).

Pode ser evidenciado o entendimento sobre a saúde, também a partir da Declaração de Alma-Ata, que foi formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata em 1978, na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), evidenciando a necessidade da busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo. Ela foi considerada a primeira declaração internacional que enfatizou a importância da atenção à saúde e reafirmou a definição de saúde preconizada pela OMS (1946, p. 39), ou seja, "completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade".

Torna-se relevante destacar que a definição da saúde perpassa, ao longo do tempo, por enfoques mais direcionados, em maior ou menor intensidade, em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, correlacionados com outros em que se destacam fatores sociais e ambientais.

Ocorre a necessidade de se reconsiderar, novamente, que as primeiras inquietações com as consequências do trabalho, da produção e, em última instância, do desenvolvimento sobre a saúde humana surgem no alvorecer da Revolução Industrial. Por motivações mais economicistas do que humanísticas, percebeu-se que os trabalhadores adoeciam muito e morriam muito ao trabalhar nas novas fábricas. E passou-se a chamar a atenção para isso porque o fato poderia comprometer o próprio desenvolvimento da revolução industrial, pelo esgotamento da reposição/reprodução da força de trabalho. Surgem, então, as primeiras iniciativas para a configuração de diretrizes reguladoras das relações entre a saúde humana e o processo de produção de bens materiais, como as primeiras leis

[10] Filósofo da medicina que criou, nos anos 70, a Teoria Bioestatística da Saúde (TBS).

inglesas - Lei de *Peel*[11], em 1802, e o *Factory Act*[12], em 1833 (VASCONCELLOS, 2007, p. 175).

No tocante à importância, deve-se considerar que a saúde em uma determinada sociedade emerge como processo histórico e particular, sendo, em suas particularidades, relacionada ao seu modo de produção e consumo. As adversidades enfrentadas pelo processo "saúde", bem como as características inerentes a cada país de acordo com as esferas políticas, econômicas e sociais, reforçam a necessidade de que a promoção da equidade na saúde é essencial para um desenvolvimento sustentável e para uma melhor qualidade de vida e bem estar, contribuindo para a paz e a segurança.

As desigualdades em matéria de saúde originam-se das condições sociais em que uma pessoa nasce, cresce, vive, trabalha e envelhece, condições conhecidas como determinantes sociais da saúde. Abarcam as experiências dos primeiros anos de vida, a educação, a situação econômica, o emprego e trabalho dignos, habitação adequada e ambiente saudável e sistemas eficazes de prevenção e tratamento dos problemas de saúde. Para atuar sobre esses determinantes é necessário alcançar uma sociedade integradora, equitativa, economicamente produtiva e saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 3).

"A saúde e o desenvolvimento estão intimamente relacionados. É impossível haver desenvolvimento saudável sem uma população saudável". Estas afirmações constam da 'Agenda 21' — principal documento da segunda Conferência Mundial para o Meio Ambiente e Desenvolvimento, conhecida como Eco 92. A temática fez parte, precisamente, do capítulo 6, dedicado à proteção e ao fomento da saúde humana, evidenciando o valor que foi dado à saúde ao longo daquele evento, realizado no Rio de Janeiro, em 1992 (SALOMÃO, 2012, p. 2).

Pode ser percebida a relação intrínseca entre saúde e meio ambiente, em suas diversas facetas, assim como apresenta Quigley et al. (2006, p. 1), onde

---

[11] Na Inglaterra, em 1802, foi editado, pelo ministro Robert Peel, industrial inglês, o Moral and Health Act, que foi o primeiro ato a manifestar a intervenção do Estado nas relações laborais. A Lei de Peel dirigia-se aos trabalhadores da indústria da lã e do algodão, proibindo, nos povoados, o trabalho de crianças por mais de dez horas diárias e o trabalho noturno. Com a lei Cotton Mills Act, a proibição estendeu-se às cidades e limitou a idade mínima para o trabalho em nove anos.

[12] Em 1833, foi publicada da Lei de Fábrica, tendo como precursor o Lord Ashley, conde de Shaftesbury, onde foi estabelecido que Nenhuma criança com menos de nove anos de idade para trabalhar. As crianças com idades entre nove e 13 anos: 48 horas por semana; deve ir para a escola a tempo parcial.

ressalta que estado de saúde dos indivíduos e das populações depende em grande parte do ambiente social, cultural e físico no qual vivem. Fatores como o estado do ambiente, o acesso a recursos para satisfazer as necessidades básicas, a exposição a riscos e a capacidade para lidar com estes, o rendimento e o nível de escolaridade, assim como a rede de relações sociais com amigos, família e vizinhos, todos têm impactos consideráveis sobre a saúde e o bem-estar. A saúde humana e o ambiente físico e social encontram-se intrinsecamente ligados.

As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações. A maior parte da carga das doenças — assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países — acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem (BRASIL, 2012, p. 44).

Torna-se importante mencionar que o processo de desenvolvimento acarreta, com maior ou menor intensidade, a geração de impactos, como contaminações de rios, do ar, redução da água potável e tratamento inadequado do lixo, que por sua vez afetam diretamente as pessoas. Reconhece-se que as relações entre ambientes físicos e populações humanas são indissolúveis. Nesse sentido, água potável, ar limpo, saneamento básico e habitação adequada são requisitos fundamentais para a saúde humana e, consequentemente, para o desenvolvimento sustentável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 3).

De certa forma, a saúde, além de um direito social, pode ser concebida como um bem econômico e escopo de acumulação de capital, demonstrando esta complexidade no processo de desenvolvimento.

Segundo Costa et al. (2012, p. 60), a saúde tem sua importância crescentemente institucionalizada no cerne da agenda de desenvolvimento nacional por ser considerada, simultaneamente, um bem social, econômico e espaço de acumulação de capital.

A caracterização e a importância da saúde podem ser destacadas como parte inerente e estratégica da dimensão social do desenvolvimento, sobretudo devido à sua vinculação e peso na economia. O setor de saúde contribui de forma crescente para o dinamismo econômico das sociedades, e sua integração com outros setores, como Ciência e Tecnologia, Educação, Comércio Exterior e Política Industrial, entre outros, pode influir decisivamente no modelo de desenvolvimento (BRASIL, 2012, p. 9).

O setor de saúde tem características, cada vez mais evidenciadas, que o colocam como área destacada de um projeto de desenvolvimento nacional em outras dimensões, além da social, como por exemplo: a) a econômica e tecnológica, uma vez que alavanca mais de 8% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro e articula a geração e difusão de tecnologias de futuro; b) a democrática, por ser um dos campos mais institucionalizados de participação social em sua gestão; e, c) a territorial e regional, visto que a organização dos serviços de saúde no território condiciona o desenvolvimento regional (GADELHA; COSTA, 2011, p. 39).

Torna-se imperioso demonstrar a amplitude e a representatividade, ainda no campo econômico, onde a saúde configura um complexo de atividades produtivas (industriais e de serviços) que relacionam segmentos cruciais da sociedade contemporânea baseadas no conhecimento e na inovação, identificando-a com fatores de competitividade global, sendo responsável por 25% do esforço nacional em pesquisa. Assim, as relações entre saúde e desenvolvimento podem ser entendidas “como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhora do padrão de vida da população” (GADELHA et al., 2012, p. 15).

Ao mesmo tempo, observa-se que o debate sobre saúde e desenvolvimento, baseado, sobretudo, na indagação a respeito dos conflitos políticos gerados ao separar a política econômica, voltada para o complexo produtivo da saúde, e a política social, voltada para a proteção social em saúde, está tomando corpo. Isso porque a melhoria das condições de saúde da população não depende só do êxito das políticas de saúde, mas da combinação virtuosa entre desenvolvimento econômico e social, isto é, da compatibilização entre economia de mercado, democracia e bem-estar coletivo (VIANA; ELIAS, 2007, p. 1775).

De acordo com Lehoux (2002, p. 1771), existem seis grandes setores cujo desenvolvimento tem sido particularmente rápido e importante na saúde: a) introdução da informática e de produtos derivados das tecnologias de defesa, como o ultrassom, a ressonância magnética, a densitometria, a tomografia computadorizada etc., que não são substituíveis entre si; b) projetos de telesaúde (*internet*, cabo ótico, satélite); c) as biotecnologias, com vários setores de inovação; d) as vacinas, tanto para doenças infecciosas como crônicas; e) a pesquisa sobre novos materiais e a micro-eletrônica (implantes cardíacos, auditivos etc.); e, f) os medicamentos. Estes setores corroboram para que o desenvolvimento destas

tecnologias importe consequências econômicas, a partir do momento que tecnologias de saúde geram renda para diversos segmentos e profissionais; consequências clínicas, pela intervenção médica sobre o estado de saúde das pessoas com possível melhoria da qualidade de vida; e com consequências sociais, a partir da integração entre as pessoas pelo bem-estar coletivo.

O setor saúde pode ser conceituado como um "*lócus*" essencial de desenvolvimento econômico, por ser este um campo em que inovação e acumulação de capital geram oportunidades de investimento, emprego e renda (GADELHA; QUENTAL; FIALHO, 2003, p. 54).

Ademais, a saúde denota a necessidade de estabelecer um vínculo virtuoso com o desenvolvimento, de forma que um modelo sustentável com justiça social constitua as bases do futuro possível para o planeta e seus habitantes. Não obstante, é concorrente destacar dessa relação entre a saúde e o desenvolvimento sustentável, onde a Agenda 21, definida pela Rio 92, estabelece um escopo de proteção e a promoção da saúde humana, por meio de objetivos para expandir a atenção primária à saúde, especialmente nas áreas rurais; o controle das doenças transmissíveis; a proteção dos grupos vulneráveis; a solução do problema sanitário urbano; e, a redução dos riscos de saúde relacionados à contaminação e aos perigos ambientais. Pode ser destacado, de forma complementar, que questões relacionadas à saúde estão dispersas em outros capítulos da Agenda 21, referindo-se às doenças crônicas não transmissíveis e às consequências para a saúde humana das mudanças ambientais globais, especialmente a mudança do clima.

Não obstante, a saúde perpassa e converge com o aspecto da sustentabilidade a partir de manutenção do desenvolvimento que atenda as necessidades das pessoas e permita um consumo racional de recursos. Esta convergência entre saúde e sustentabilidade se processa em diferentes e diversos níveis: aspecto econômico, a partir de necessidade de recursos essências a serem despendidos para a área da saúde, favorecendo a sua manutenção de forma regular, com novas tecnologias que impactem menos no meio ambiente; no aspecto científico, por meio da promoção de evolução de tratamentos e de assistência terapêutica com menor impacto na geração de resíduos ao meio ambiente; aspecto cultural, a partir da conscientização das pessoas no ato de cuidar da "vida" entre os mais jovens e idosos; no aspecto social, pela participação das pessoas para

construção de políticas públicas que conduzem a uma saúde com equidade, justiça e sustentável.

Em contrapartida, e de forma correlacionada, particularmente as pessoas necessitam de locais para materializar todas as suas necessidades de promoção, de recuperação e de tratamento da saúde, e neste caso, torna-se relevante a referência aos hospitais.

Ao realizar a análise histórica da humanidade, é salutar entender a dificuldade de denominação de um local específico destinado ao tratamento ou à aceitação de pessoas. Em um sentido geral, pobres, órfãos, doentes e peregrinos, misturavam-se no que se refere à necessidade de cuidados.

Conforme relata Molina (1973), se não há menção a hospitais (e, também, a enfermeiros), aparecem leis civis e religiosas que recomendam dar hospitalidade e facilitar o auxílio a enfermos e desamparados, sendo que médicos, mantidos pelo Estado, tratavam gratuitamente os doentes durante as guerras e, mesmo, aqueles que realizavam longas viagens.

> Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo (FOUCAULT, 1984, p. 101).

O termo "*hospitium*" era considerado como um local em que se recebiam os hóspedes, sendo que este vocábulo teve como origem e derivação do termo hospício. A palavra hospício foi consolidada para conceituar estabelecimentos ocupados, permanentemente, por enfermos pobres e insanos. Sob a definição do termo hospital ficaram designados os locais para tratamento temporário dos enfermos.

> No concílio de Orleans, ocorrido em 549 a.C, o Hotel Dieu de Lyon, criado em 542, por *Childebert,* foi designado sob o nome de xenodochium. Era destinado a receber pobres, órfãos e peregrinos. Vários "hospitais" para escolares e peregrinos foram criados em Paris – o hospital dos escolares de São Nicolau do Louvre, em 1187; o hospital do Santo Sepulcro, em 1326, para receber peregrinos de Jerusalém; o hospital de Santa Catarina, para abrigar apenas por três dias os desocupados. O termo hospital era, pois, impreciso, nesta época, em relação ao conceito atual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1944, p. 7).

Segundo o Ministério da Saúde (1944, p. 7), a palavra hospital é de raiz latina (*Hospitalis*) e de origem relativamente recente. Vem de *hospes* – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como *nosodochium* quer dizer – receber os doentes. Outros vocábulos constituíram-se para corresponder aos vários aspectos da obra de assistência: *ptochodochium*, *ptochotrophium*, asilo para os pobres; *poedotrophium*, asilo para as crianças; *orphanotrophium*, orfanato; *gynetrophium*, hospital para mulheres; *zenodochium*, *xenotrophium*, refúgio para viajantes e estrangeiros; *gerontokomium*, asilo para velhos; *arginaria*, para os incuráveis.

Cabe destacar que, com o desenvolvimento da medicina, o hospital foi sendo remodelado e assumindo, de certa forma, novas características. Segundo Gonçalves (1983, p. 28), "o hospital é um prestador de serviços no campo assistencial, na prevenção e restauração da saúde, devendo proporcionar meios para pesquisas e ensino em todas as atividades relacionadas com a saúde".

> O hospital é uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; planejada e construída ou modernizada com orientação técnica; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas, oficial ou particular, com finalidades diversas; grande ou pequena; custosa ou modesta para atender os ricos, os menos afortunados, os indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes; servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e da dietética, e das demais especialidades afins (ALMEIDA, 1983, p. 205).

De certa forma, ao se considerar a grande quantidade e diversidade de hospitais, e particularmente no que diz respeito ao número de leitos disponível, existência e complexidade de serviços, perfil assistencial, capacidade de produção de serviços, dentre outras, o Ministério da Saúde classifica os hospitais por porte (MS, Portaria n.º 2.224/GM em 5 de dezembro de 2002).

No que se refere ao aspecto finalístico, os hospitais são agrupados em entidades com fins lucrativos e sem fins lucrativos.

> A diferença entre empresas hospitalares com fins lucrativos e sem esta finalidade reside no fato de que a desempenho da administração das primeiras é avaliada pela capacidade de remunerar a uma taxa ótima o capital investido, embora imbuídas do objetivo social inerente a todos os

> hospitais. Quanto as segundas, procuram manter os serviços dentro de padrões razoáveis na comunidade, sem a preocupação de remunerar o capital investido, mas desejando um crescimento satisfatório para a melhoria dos serviços e atender a demanda crescente da comunidade (ALMEIDA, 1983, p. 177).

Segundo Gonçalves (1998, p. 81) salienta “as naturais demandas sociais geradas na intimidade da sociedade moderna incluem o hospital no rol das instituições fundamentais da comunidade, como são as escolas, as organizações políticas e as instituições religiosas”.

> A partir de que momento o hospital foi programado como um instrumento terapêutico, instrumento de intervenção sobre a doença e o doente, instrumento suscetível, por si mesmo ou por alguns de seus efeitos, de produzir cura? ... Poder-se-ia dizer: isto não é novidade, pois há milênios existem hospitais feitos para curar; pode-se unicamente afirmar que talvez se tenha descoberto, no século XVIII, que os hospitais não curavam tão bem quanto deviam. Nada mais que um refinamento nas exigências formuladas a respeito do instrumento hospitalar (FOUCAULT, 1984, p. 101).

Os hospitais podem ser considerados como instituições prestadoras de serviços de grande importância e impacto na sociedade, que se apresentam como sistemas abertos, pois, além de sofrerem a ação do meio, são influenciados continuamente pelas mudanças que ocorrem em todas as áreas.

A contribuição pela teoria geral dos sistemas, enunciada pelo biólogo Ludwig Von Bertalanffy[13] e pelo economista Kenneth Boulding[14], na década de 50, popularizam uma nova concepção da organização para estudo da organização de modo interdisciplinar. Esta teoria considerava que as organizações são sistemas abertos e não funcionavam de forma autônoma, onde alterações de uma parte interferem no todo.

Segundo Caravantes et al. (2005, p. 230), “Sistema é qualquer entidade conceitual ou física, composta de partes inter-relacionadas, interatuantes ou interdependentes”. Ao mesmo tempo em que o sistema é um conjunto de partes interagentes e interdependentes que, conjuntamente, forma um todo unitário com determinado objetivo e efetuam determinada função (OLIVEIRA, 2002, p. 35).

Não obstante, a necessidade de organização das atividades de atenção à saúde está condicionada, previamente, ao conhecimento do objeto de

---

[13] Karl Ludwig von Bertalanffy foi um biólogo austríaco. Foi o criador da Teoria geral dos sistemas. Cidadão austríaco desenvolveu a maior parte do seu trabalho científico nos Estados Unidos

[14] Kenneth Boulding Ewart foi um economista, educador, cientista de sistemas e filósofo interdisciplinar. Foi o co-fundador da Teoria Geral dos Sistemas.

materialização histórica das diversas facetas pela prévia definição da entidade “hospital” e, posteriormente, a interligação destas atividades pelo sistema de saúde.

Desta premissa, ocorre a interação com o aspecto da “saúde” em suas diversas, em que o sistema de saúde é composto pela relação que o conjunto de instituições prestadoras de serviços de saúde mantém entre si. Os sistemas de saúde são construções sociais que têm por finalidade garantir meios adequados para o indivíduo enfrentar os riscos sociais, para os quais, por meios próprios, não teria condições de prover, tendo como compromisso primordial garantir acesso a bens e serviços para a manutenção e recuperação da saúde dos cidadãos (BERTO, 2008, p. 16).

Um sistema de saúde pode ser caracterizado, essencialmente, como um conjunto de estabelecimentos de saúde ou local onde ocorre a prestação de serviços de saúde, bem como os profissionais ou trabalhadores que executam as ações de saúde e as instituições que regulamentam sua formação e controlam suas atividades.

“Os serviços de saúde são uma das formas de resposta da sociedade aos problemas apresentados pelo estado de saúde e situação epidemiológica, isto é às causas e suas manifestações ou efeitos” (TESTA, 1975, p. 61).

Já a OMS (1943, p. 145) define os sistemas de serviços de saúde como o conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Considerando, portanto, que os sistemas de saúde são o resultado da complexa interação de processos econômicos, políticos e sociais, que sofre impactos pelo desenvolvimento e que provoca mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhora do padrão de vida da população (VIANA; ELIAS, 2007, p. 1766).

Tornar-se de fundamental importância a caracterização do sistema de saúde brasileiro, para compreensão do processo saúde-doença, da estruturação dos serviços oferecidos e sua hierarquização ao longo do contexto histórico.

Desde 1988, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo, o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (PAIM et al., 2011, p. 11). Diante da necessidade para atendimento a população, a base constituinte proporcionou uma nova concepção do sistema de saúde, sendo que os aspectos de regionalização, de equidade e de universalidade são instrumentos norteadores do SUS.

A base do sistema de saúde brasileiro é estabelecida no capítulo da Ordem Social da Constituição de 1988, que integra, conceitualmente, sob a denominação de Seguridade Social, o conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, como expresso no art. 194 da Constituição Federal Brasileira de 1988. A Seguridade tem fixados como seus objetivos: a) universalidade da cobertura e do atendimento; b) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; c) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; d) irredutibilidade do valor dos benefícios; e) equidade na forma de participação no custeio; f) diversidade da base de financiamento; e, g) caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 2012, p. 57).

Segundo Paim et al. (2011, p. 11), “a reforma do setor de saúde brasileiro ocorreu de forma simultânea ao processo de democratização, tendo sido liderada por profissionais da saúde e pessoas de movimentos e organizações da sociedade civil”.

Quadro 9 - Características do sistema de saúde brasileiro

Características	**Sistema de saúde brasileiro**
Tipo de Sistema	- Sistema Único de Saúde - Setor Suplementar de Saúde
Acesso/cobertura	- Universalização com segmentação - 75% SUS - 25% Setor Suplementar
Financiamento	- Impostos - Seguros privados - Pagamento direto
Regulação/gestão	- Ministério da Saúde/Secretarias estaduais e municipais - Operadoras de planos de saúde - Agência Nacional de Saúde Suplementar
Organização/prestação	- Em geral, rede pública com porta de entrada pela atenção primária. - Diversidade de prestadores no setor suplementar
Problemas/tendências	- Financiamento público insuficiente - Fragmentação - Regulação do Setor Suplementar

Fonte: Fundação Getúlio Vargas – Sistemas de Saúde – São Paulo (2013).

A estrutura do sistema de saúde brasileiro apresenta muitas e antigas sobreposições público-privadas. A segmentação do sistema se dá de forma institucionalizada e, muitas vezes, a interferência do setor privado sobre o interesse

público se dá na contramão da universalidade e da equidade no atendimento, com decisões governamentais que promovem incentivos diretos e indiretos para o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto na prestação de serviços quanto na gestão privada da assistência, paralela à ampliação da cobertura pública (BRASIL, 2012, p. 62).

Quanto à análise da formação do sistema de saúde brasileiro, deve ser destacada a complexidade da rede de atendimento e da forma de organização dos segmentos de atenção e prestação dos serviços.

> O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais (PAIM et al., 2011, p. 19).

"Como integrantes de um sistema, as organizações de saúde formam uma complexa rede, cuja constituição inclui atributos de população e território, estrutura logística e modelos assistenciais e de gestão" (ERDMANN et al. 2013, p. 2).

A formação de uma rede de saúde está associada ao conjunto de organizações que prestam serviços à população, por meio de ações de gestão, aporte técnico e logístico, bem como da forma de atenção à saúde. Neste caso, Erdmann et al. (2013, p. 3) destaca "a operacionalização da rede de assistência à saúde se dá pela interação de três principais elementos: população e região de saúde definidas, estrutura operacional e sistema lógico de funcionamento, determinado pelo modelo de atenção".

Desta forma, caracteriza-se a rede de assistência pelo nível de atenção básica, secundária e terciária. No caso do sistema brasileiro de atenção à saúde, podem ser identificados os três pontos centrais: rede vinculada à integração dos serviços; regionalização delimitada pela região de atendimento em saúde; e, hierarquização, caracterizada pelos níveis de complexidade dos serviços. O SUS é um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa (CF, 1988, art. 198).

De acordo com a Lei n.º 8.080/90, o modelo de sistema de saúde brasileiro é voltado ao princípio de hierarquização dos serviços, das ações e das atividades de

saúde, estruturada por níveis de complexidade de atenção do menor nível até um nível superior.

Em suma, os aspectos de desenvolvimento apresentados caracterizam-se pela sua intrínseca relação com a área da saúde e com a complexa rede de atendimento para organização dos segmentos de atenção e prestação dos serviços. Contudo, para prover as informações necessárias de planejamento e de operacionalização destes serviços de saúde, torna-se necessário a utilização de um processo de gestão e desempenho com as suas devidas inferências no contexto hospitalar, abordando-se, principalmente, a questão dos indicadores utilizados para fins de comparação de desempenhos de gestão da qualidade assistencial e administrativa.

2.4 GESTÃO E DESEMPENHO NA ÁREA HOSPITALAR

Em saúde a qualidade é definida, por Donabedian (1992), como um conjunto de atributos que envolve excelência profissional, uso eficiente de recursos, risco mínimo ao usuário e alto grau de satisfação por parte dos clientes.

Malik e Schiesari (2011) comentam que qualidade tem a ver com quais informações o serviço é capaz de fornecer aos usuários. Para tal, há que se definir quais são as mais relevantes, úteis e compreensíveis para eles. Sugerem a inclusão de orientações de como acessar a instituição, preparações para procedimentos e questões referentes aos instrumentos de satisfação. Na mesma linha, Nogueira (1994) comenta que o atendimento às expectativas dos usuários dos serviços de saúde é a questão norteadora dos pressupostos filosóficos e das bases metodológicas que orientam as ações das organizações.

Neste desafio de atender as demandas externas e internas, com o objetivo de se obter melhoria na qualidade da assistência, Fonseca et al. (2005) comentam que por ser um processo dinâmico de identificação dos fatores que afetam o processo de trabalho, ele requer ações e instrumentos que possibilitam avaliar sistematicamente os níveis de melhoria.

Assim, indicadores passam a ser um instrumento factível, que possibilita o monitoramento das ações, dos processos e dos resultados da instituição, sendo considerados aliados da gestão para tomada de decisões e busca de

competitividade, além de possibilitar a comparabilidade dentro e fora da organização hospitalar.

Conceitua-se indicador, de acordo com a Fundação do Prêmio Nacional da Qualidade (FNQ, 2014, p. 5), como

> uma informação quantitativa ou qualitativa que expressa o desempenho de um processo, em termos de eficiência, eficácia ou nível de satisfação e que, em geral, permite acompanhar sua evolução ao longo do tempo e compará-lo com outras organizações.

Um indicador deve permitir a comparação em relação à/ao: a) passado (série histórica); b) referencial de desempenho; c) compromisso assumido; e, d) meta de desempenho (FNQ, 2014). Possibilitando aos profissionais de saúde monitorar e avaliar os eventos que acometem os usuários, os trabalhadores e as organizações, apontando, como conseqüência, se os processos e os resultados organizacionais vêm atendendo às necessidades e expectativas dos usuários (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2010).

Para uma boa estrutura de medição de desempenho, é necessário que as métricas sejam bem elaboradas e apresentem a função de monitorar os processos atuais e/ou a consecução efetiva dos objetivos estratégicos da organização. Outro fator relevante na escolha de um indicador é que apresente, na avaliação de resultado, a comparabilidade, ou seja, ser comparável com outros ou que possibilite obter dados similares de referenciais externos ou de organizações semelhantes, por serem similares ou por serem padrão de excelência (FNQ, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta que é necessário prover aos processos de avaliação em saúde um quantitativo mínimo de indicadores que permita conhecer as principais características de um serviço e suas práticas. No entanto, cabe lembrar que a monitorização dos indicadores não deve ser algo estanque e pontual, mas analisada no contexto de cada hospital (MELLEIRO; TROUCHIN; MOTA, 2012).

Neste sentido, têm-se os indicadores de resultado, também denominados *outcomes*, que precisam ser confiáveis quando analisados em períodos longos. A FNQ (2014) recomenda que ao observar que o indicador não é confiável, deve-se utilizar um indicador complementar, de forma que se possa avaliar o atingimento do objetivo, ao analisar os dois em conjunto.

Em estudo realizado por Rotta (2004) sobre indicadores hospitalares sob a visão dos dirigentes hospitalares e sua comparação com a prática do trabalho, observou-se que: a) o uso de indicadores encaminha-se como uma prática, porém com uso ainda muito incipiente; b) há uma menor produtividade dos hospitais filantrópico e público, quando comparados aos hospitais com fins lucrativos, no que diz respeito aos indicadores de giro de leitos e produtividade cirúrgica; c) há um desempenho superior dos hospitais com fins lucrativos quando se analisa o indicador de funcionário por leito; e, d) os indicadores relacionados a custos, receitas, utilização de leitos e recursos humanos foram considerados muito importantes na gestão dos hospitais pelos dirigentes.

Estudo realizado por Machline e Pasquini (2011), em uma rede de hospitais (45 unidades), observou o uso de 352 indicadores gerenciais para monitorar mensalmente os hospitais que administra, possibilitando comparar o desempenho dos diversos estabelecimentos, bem como estimulando a emulação, de forma a melhorar progressivamente o desempenho global do grupo. Neste estudo, comentou-se que todos os hospitais preenchem mensalmente estes indicadores, apoiados por uma ferramenta e*nterprise resource planning* (ERP), adaptada a necessidade do grupo; discutem os resultados em reunião com todos os diretores de hospital de uma região do país e um diretor regional. Estes dados são compilados por região em um novo relatório, que será apresentado em uma reunião nacional onde comparecem os quatro diretores nacionais e o diretor geral. A partir destes dados são elaboradas estratégias locais, regionais e da rede como um todo.

Neste mesmo estudo, Machline e Pasquini (2011) apontam alguns indicadores gerenciais relevantes, utilizando, em alguns casos, estudos de outros autores, a saber:

a) Indicadores gerais: taxa de ocupação; tempo médio de permanência;
b) Indicadores de produtividade: número de funcionários equivalentes por leito ocupado ajustado; número de consultas por médico por hora; número de unidades produzidas por dia ou hora por funcionário;
c) Indicadores de suprimento e estoques: número de dias de consumo mantidos em estoque; aderência entre estoque físico no inventário e estoque constando no sistema; percentual de entregas atrasadas, por fornecedor; porcentagem de faltas no estoque;

d) Índices contábil-financeiros: índice de liquidez; taxa de endividamento; lucro sobre patrimônio líquido - rentabilidade; lucro sobre faturamento - lucratividade; faturamento por funcionário; lucro por funcionário;
e) Indicadores de custos: preço de insumo por unidade; custo de diária; custo de refeição; custo de procedimento;
f) Indicadores de qualidade (sob a visão de Schiesari e Malik (2009)): percentagem de reclamações; taxa de mortalidade institucional; taxa de infecção hospitalar institucional; taxa de cirurgias canceladas; taxa de cesáreas;
g) Indicadores de recursos humanos (sob a ótica de Picchiai (2009)): rotatividade dos funcionários; índice de absenteísmo; índices de acidentes no trabalho; índices de doenças profissionais.

Gonçalves (2009) comenta que alguns indicadores são consagrados na área hospitalar, há décadas, como por exemplo, a taxa de ocupação. Machline e Picchiai (2009) comentam que um indicador observado por todos os hospitais é o número de funcionários por leito. Que, de certa forma, evoluiu nos últimos anos para funcionários equivalentes por leito ocupado ajustado, pois hospitais contam com diversos regimes de trabalho (20, 24, 30, 36, 40 e 44 horas semanais) e com inúmeros serviços existentes, que vão além da internação, tais como, consultas ambulatoriais, pronto atendimento, *home care,* exames laboratoriais, hemodiálises e muitos outros.

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde n.º 2.616, de 12 de maio de 1998, os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital pela Comissão de Controle e Infecção Hospitalar (CCIH) são: a) taxa de infecção hospitalar; b) taxa de pacientes com infecção hospitalar; c) distribuição percentual das infecções hospitalares por localização topográfica no paciente; e, d) taxa de infecções hospitalares por procedimento. Considerando-se o fato que o primeiro indicador apresenta o resultado total e os demais informam sua complementaridade e distribuição, considera-se o primeiro como um *outcomes*.

Outro indicador muito utilizado é a satisfação do paciente, utilizado para comparar diferentes atores e situações. Este indicador, que avalia a qualidade da assistência por parte dos usuários, se tornou legítimo, deixando de ser apenas uma maneira de cumprir requisitos preestabelecidos, passando a ser utilizado como um dos componentes da avaliação do desempenho hospitalar (WILLIAMS, 1994).

Hinrichsen et al. (2011) apontam, em seus estudos, que são vários os indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência dos hospitais, sendo os mais referidos: taxa de mortalidade, tempo de permanência, taxa de readmissão imediata, taxa de infecção hospitalar, complicações cirúrgicas e percentual de cesárea.

Há ainda alguns indicadores que são comparados nacionalmente em algumas iniciativas, onde há participação de alguns hospitais que estão em acordo com as normativas das organizações que promovem o *benchmarking*, é o caso do Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) e do Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH).

O SIPAGEH

> constitui-se de um sistema estruturado, periódico e permanente e gratuito para avaliação de desempenho de hospitais, através da coleta e tratamento de um conjunto de indicadores hospitalares, utilizados para fins de comparação de desempenhos de gestão da qualidade assistencial e administrativa (UNISINOS, 2015, p. 7).

Seu rol é composto pelos seguintes indicadores divididos em quatro categorias:

a) Indicadores relacionados aos clientes: índice de satisfação dos clientes particulares e de convênios; índice de satisfação dos clientes SUS;
b) Indicadores com foco nos recursos humanos: *turnover*; absenteísmo; índice de frequência de acidentes de trabalho; horas de treinamento por funcionário;
c) Indicadores relacionados à assistência: tempo médio de permanência geral; tempo médio de permanência na obstetrícia; tempo médio de permanência na pediatria; taxa de mortalidade geral; taxa de mortalidade obstétrica; taxa de mortalidade pediátrica; taxa de cesarianas; índice de infecção na corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central; índice de infecção hospitalar em cirurgias limpas;
d) Indicadores relacionados ao desempenho: taxa de ocupação de leitos; margem líquida.

O CQH é "um programa de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar” (CQH, 2015). Trabalha com a auto-avaliação e incentiva a mudança de atitudes e de comportamentos, bem como o trabalho coletivo (grupos multidisciplinares) no aprimoramento dos processos de

atendimento. Trabalha com *benchmarking* entre hospitais, em torno de 200 participantes, sendo grande parte do Estado de São Paulo.

O manual do CQH, proposto em 2009, define os principais indicadores de comparação, sendo os mais relevantes: Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH); Média de Permanência (MP); Média de Permanência por Clínicas; Índice de Renovação; Índice de Intervalo de Substituição; Taxa de Mortalidade Institucional (TMI); Taxa de Mortalidade Operatória (TMO); Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso menor que 1.000 gramas; Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso entre 1.101 até 1.500 gramas; Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso entre 1.501 até 2.500 gramas; Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso igual ou maior a 2.500 gramas; Taxa de Cirurgia Suspensa; Taxa de Reinternação não Programada; Taxa de Reingresso na UTI-Adulto durante a mesma internação; Índice de Exames Laboratoriais por Internação; Índice de Exames de Diagnóstico por Imagem por Internação; Taxa de Cesáreas; Taxa de Cesáreas em Primíparas; Taxa de Apgar no 1° minuto; Taxa de Apgar no 5° minuto; Taxa de Infecção Hospitalar (TIH); Densidade de Infecção Hospitalar (DIH); Distribuição de Infecção Hospitalar por Clínica/Serviço; Distribuição Porcentual de Infecção Hospitalar por Localização Topográfica; Agentes Microbianos Identificados nos Casos de Infecção Hospitalar; Relação Enfermeiro/Leito; Relação Enfermagem/Leito; Relação Pessoal/Leito; Taxa de Absenteísmo; Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos; Taxa de Acidente de Trabalho; Índice de Treinamento; Atividades de Treinamento por Setor; Taxa de Preenchimento das Avaliações pelo Usuário.

De acordo com Machline e Pasquini (2011), apesar de existirem diferenças entre os hospitais, esses apresentam muitas características semelhantes, o que permite compará-los, respeitadas as diferenças de porte, localização, tempo de existência, especialização, complexidade, jurisdição e patrocínio. Pode-se complementar este último, informando que se têm instituições públicas, privadas, sem fins lucrativos, organizações sociais e filantrópicas.

Para Hinrichsen et al. (2011), a finalidade dos indicadores é analisar as condições do processo e do produto/serviço e compará-las com padrões pré-estabelecidos, contribuindo para a verificação de desvios e busca da melhoria, mantendo e aprimorando o nível de qualidade atrelado ao negócio.

3 METODOLOGIA

Este capítulo é destinado à caracterização da pesquisa de acordo com a metodologia científica utilizada para o contexto do problema, quanto aos objetivos, procedimentos metodológicos de investigação e a natureza de coleta e análise dos dados.

De acordo com Gil (2002, p. 19), a pesquisa pode ser considerada como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. O desenvolvimento da pesquisa, ao longo do processo de estudo, é apoiado e envolve fases, desde a formulação do problema até a apresentação dos resultados. Lakatos (2003, p. 155) demonstram que a pesquisa constitui um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer tratamento científico e se constitui para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. Pode ser verificado que uma pesquisa tem como característica a busca de respostas, por meio de métodos científicos, para questões levantadas. Ainda, pode ser verificado que pesquisar é responder a uma questão não resolvida ou, pelo menos, procurar uma resposta (SALIM; SILVEIRA, 2012, p. 26).

Segundo Lakatos (2003, p. 155), o desenvolvimento de um projeto de pesquisa compreende seis passos: seleção do tópico ou problema para a investigação; definição e diferenciação do problema; levantamento de hipóteses de trabalho; coleta, sistematização e classificação dos dados; análise e interpretação dos dados; e, relatório do resultado da pesquisa. Moresi (2003, p. 8) destaca que pesquisa é um conjunto de ações, proposto para encontrar a solução de um problema, que têm por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se têm informações para solucioná-lo. Para tanto, ainda ressalta que constitui uma das etapas da caracterização do problema de pesquisa a ser estudado, aquele relativamente à metodologia, sendo que a ocorrência de procedimentos a serem organizados e executados perpassa por aspectos importantes, relacionados a seguir.

3.1 TIPO DE PESQUISA, POPULAÇÃO, AMOSTRA E COLETA DE DADOS

Tendo em vista a necessidade de discernir que toda classificação se faz mediante algum critério e, particularmente, no tocante a realização da presente

pesquisa baseada em seus objetivos geral e específicos, torna-se fundamental a caracterização e a elucidação do tipo de pesquisa.

Segundo Gil (2002, p. 41), é possível classificar as pesquisas em três grandes grupos: exploratórias, descritivas e explicativas: a) exploratória: estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições; b) descritivas: as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis; c) explicativa: estas pesquisas têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Esse é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas.

Ainda, Moresi (2003, p. 9) destaca que as pesquisas podem ser classificadas quanto a sua finalidade: a investigação exploratória é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa. É, normalmente, o primeiro passo para quem não conhece suficientemente o campo que pretende abordar; a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação.

Quanto à análise comparativa das definições apresentadas por Gil (2002, p. 41) e das definições apresentadas por Moresi (2003, p. 9), a pesquisa exploratória apresenta necessidade em comum de explorar diretamente uma área em que existe pouco conhecimento acumulado e sistematizado. No caso das pesquisas descritivas, o objetivo se coaduna na medida em que o objetivo principal está relacionado com a descrição das características de determinada população ou fenômeno e suas correlações entre as variáveis apresentadas. E, por último, quanto às pesquisas explicativas, o foco está voltado em ambos os autores, para o aprofundamento da realidade e da justificativa de ocorrência de determinado fenômeno.

Segundo Creswell (2010, p. 31), no tocante aos métodos de pesquisa a serem adotados, que envolvem as formas de coleta, análise e interpretação dos

dados, ou seja, em referência às estratégias de investigação ou metodologias de pesquisa, caracterizam-se em qualitativas, quantitativas ou mistas. Considerando quantitativa como direcionada a projetos experimentais ou não experimentais, como os levantamentos[15]; a qualitativa como fenomenologia, etnografias, estudo de teoria e estudo de caso; e, por fim, mistos com caráter sequencial, concomitante ou transformador.

De certa forma, Moresi (2003, p. 79) destaca que na fase metodológica é importante explicitar e justificar o tipo de pesquisa a ser desenvolvido (qualitativo, quantitativo, ou ambos). Esta explicitação implica em uma direção na seleção do seu modelo, seleção essa não só intimamente ligada à natureza do objeto e aos seus paradigmas teóricos, mas também que encaminhará a pesquisa no seu polo tecnológico, ou seja, quais as técnicas que serão usadas para coletar e analisar os dados a serem coletados.

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. No caso da pesquisa quantitativa, ao passo que diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa podem ser quantificados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 27).

Ainda segundo Moresi (2003, p. 72), a pesquisa qualitativa é indutiva, isto é, o pesquisador desenvolve conceitos, ideias e entendimentos a partir de padrões encontrados nos dados, ao invés de coletar dados para comprovar teorias, hipóteses e modelos preconcebidos. A pesquisa quantitativa normalmente se mostra apropriada quando existe a possibilidade de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras de uma população. Esse tipo de pesquisa usa medidas numéricas para testar constructos científicos e hipóteses, ou busca padrões numéricos relacionados a conceitos cotidianos. Em contrapartida, a pesquisa qualitativa se caracteriza, principalmente, pela ausência de medidas numéricas e de análises estatísticas, examinando aspectos mais profundos e subjetivos do tema em estudo.

As pesquisas quantitativas e qualitativas oferecem perspectivas diferentes, mas não necessariamente pólos opostos. De fato, elementos de ambas as abordagens podem ser usados conjuntamente em estudos mistos, para fornecer

---

[15] Do inglês *survey*.

mais informações do que poderia se obter utilizando um dos métodos isoladamente (MORESI, 2003, p. 72).

Destarte, para a caracterização da abordagem mista, segundo Creswell (2010, p. 38), a estratégia de métodos mistos é considerada quando da convergência entre os métodos qualitativos e quantitativos de forma a servir um propósito maior com a triangulação da fonte de dados.

Assim, diante das premissas supracitadas, quanto aos objetivos, a pesquisa teve um caráter exploratório e descritivo, levando-se em consideração a questão de surgimento de novas ideias e/ou aprimoramento das mesmas, a elaboração de eventuais hipóteses e a descrição de características de uma população ou fenômeno para a correlação entre suas variáveis. E, ainda, esta pesquisa assumiu uma abordagem mista pela convergência entre os métodos qualitativos e quantitativos.

Quadro 10 - Características do método quantitativo da pesquisa

Item	Especificação	Características gerais
1	Processo de coleta de dados	1.1 Tipologia: caráter não experimental; 1.2 Desenho da pesquisa: aspecto de sondagem (*survey*); 1.3 Técnica de coleta dos dados: aplicação de questionário; 1.4 Base do instrumento: questionário estruturado enviado via email.
2	População e amostra	2.1 População: - 120 gestores dentre as 59 unidades de saúde de determinada empresa do segmento de saúde no Brasil; 2.2 Amostra convidada coincide com a população.
3	Processo de análise de dados	3.1 Tabulação dos dados.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 11 - Características do método qualitativo da pesquisa – tipologia não interativa

Item	Especificação	Características gerais
1	Processo de coleta de dados	1.1 Desenho da pesquisa: aspecto conceitual; 1.2 Técnica de coleta dos dados: análise de documentos; 1.3 Base do instrumento: consulta em documentos.
2	População e amostra	2.1 População: - 09 relatórios de sustentabilidade (no modelo G3, nível de aplicação GRI C) dentre as 03 unidades de saúde de determinada empresa do segmento de saúde no Brasil do período de 2010 a 2012; 2.2 Amostra coincide com a população.
3	Processo de análise de dados	3.1 Tabulação dos dados e requisitos; 3.2 Elaboração de quadro estatístico para análise.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 12 - Características do método qualitativo – tipologia interativa

Item	Especificação	Características gerais
1	Processo de coleta de dados	1.1 Desenho da pesquisa: estudo de caso (multicaso); 1.2 Técnica de coleta dos dados: entrevistas em profundidade; 1.3 Base do instrumento: entrevista estruturada com elaboração de roteiro de entrevista.
2	População e amostra	2.1 População: - 06 gestores dentre 03 unidades de saúde de saúde de determinada empresa do segmento de saúde no Brasil; 2.2 Amostra coincide com a população.
3	Processo de análise de dados	3.1 Tabulação dos dados; 3.2 Avaliação dos resultados das entrevistas.

Fonte: elaborado pelo autor.

Todo o processo de coleta de dados pressupõe uma observação sistemática que utiliza os sentidos na obtenção de dados da realidade – ver, ouvir, examinar fatos ou fenômenos. Para que se torne um instrumento válido, precisa ser controlada e sistemática, o que implica um planejamento cuidadoso. A coleta de dados deve: a) ser estruturada, planejada e controlada; b) fazer uso de instrumentos para coleta de dados; c) responder a propósitos preestabelecidos; d) o observador sabe o que procura; e, e) o observador deve ser objetivo, reconhecer possíveis erros e eliminar sua influência sobre o que vê ou recolhe (MORESI, 2003, p. 64).

Desta forma, a dimensão quantitativa foi estabelecida por um caráter não experimental, com a aplicação de questionário estruturado para 120 gestores, dentre as 59 unidades de saúde de determinada empresa do segmento de saúde no Brasil, visando à percepção sobre a contribuição dos relatórios de sustentabilidade GRI para a gestão e o desempenho dos hospitais.

Em relação à dimensão qualitativa, a mesma foi segmentada em duas fases: a primeira, com a análise documental de 09 relatórios de sustentabilidade no modelo GRI-G3 nos anos de 2010 a 2012; e, a segunda fase ocorreu com o aprofundamento dos estudos de caso, com a coleta de opiniões a partir de entrevistas estruturadas para uma população de 06 gestores, dentre 3 unidades de saúde de determinada empresa do segmento de saúde no Brasil.

De acordo com Manzini (2003, p. 17), de forma didática, a entrevista pode ser segmentada em três partes: a) questões relacionadas ao planejamento da coleta de informações; b) questões sobre variáveis que afetam os dados de coleta e de futura análise; e, c) questões que se referem ao tratamento e à análise de informações advindas de entrevistas. Quanto ao processo de planejamento para a coleta de informações, constituem tópicos importantes relacionados à elaboração das questões de acordo com os objetivos pretendidos: a adequação da sequencia de perguntas, a elaboração e a validação de roteiros, dentre outros aspectos.

O roteiro de entrevistas constituiu uma parte complementar da pesquisa do mestrado, correlacionado como base de uma entrevista semi-estruturada. O objetivo do roteiro consistiu em identificar, de forma mais específica, como gestores da saúde avaliam a sustentabilidade na área da saúde, bem como a relevância dos relatórios GRI e de seus impactos na gestão hospitalar.

Em relação aos procedimentos para formatação do roteiro de entrevistas, cabe ressaltar que, após a elaboração, o mesmo foi encaminhado, no período de 09/03/15 a 16/03/2015, para a validação (via *email*) de 3 especialistas nas áreas de: saúde, produção e indicadores GRI. O processo de validação do roteiro de entrevistas incluiu uma avaliação geral e uma avaliação questão a questão, relacionadas à estrutura geral de organização e à sequência das questões, à redação e à inteligibilidade, bem como à relevância e à concisão, sendo ainda disponibilizada a inclusão de comentários críticos e/ou sugestões a cada questão.

Após o processo de validação do roteiro de entrevistas, o mesmo foi utilizado nos procedimentos de entrevistas com 08 candidatos no período de 16/03/15 a

20/03/15. O roteiro de entrevistas foi constituído de 8 questões principais e complementado por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista para melhor entendimento.

Gibbs (2009), ao se referir ao processo de codificação de textos, nomeadamente, textos resultantes de entrevistas, distingue entre uma codificação descritiva e uma codificação analítica. A codificação descritiva é, necessariamente, mais limitada e serve unicamente propósitos de identificação, permitindo contagem e/ou confrontação de uma ou outra característica. Usualmente, quer-se ir mais longe. E, então, tem-se que passar a "um nível mais categórico, analítico e teórico da codificação" (GIBBS, 2009, p. 64). Em síntese, o autor diferencia três tipos de codificação: a) "códigos descritivos"; b) "categorias"; e, c) "códigos analíticos" (GIBBS, 2009, p. 65-66). Em um sentido semelhante vão as considerações de Gil (2002), que assinala que as respostas obtidas a partir de um processo de coleta de dados, como as entrevistas são subjetivas e bastante variáveis, e que, para que possam ser devidamente analisadas, torna-se necessário organizá-las por meio de seu agrupamento em determinado número de categorias.

O já citado Gibbs (2009, p. 67), ao apresentar várias formas de codificação não descritiva, fala de dois processos de codificação, "codificação baseada em conceitos" e "codificação aberta", e afirma que nestas duas abordagens "A geração de códigos não são excludentes. A maioria dos pesquisadores se movimenta entre as duas fontes de inspiração durante sua análise". "As categorias ou conceitos que os códigos representam podem vir da literatura de pesquisa, de estudos anteriores, de tópicos do roteiro da entrevista, de percepções sobre o que está acontecendo e assim por diante" (GIBBS, 2009, p. 67). Na categorização aberta lêem-se os textos sem grandes ideias prévias e vão-se identificando similaridades, tendências, conceitos comuns subjacentes.

No presente trabalho, seguiu-se uma lógica de categorização conceitual ou temática baseada no roteiro da entrevista e na literatura da pesquisa. Necessariamente, sempre completada por alguma categorização aberta.

3.2 PREPARAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Para atender ao objetivo da análise de dados, ocorre a necessidade de preparação e de organização sistemática dos dados coletados, que possibilitem respostas ao problema pré-estabelecido.

O processo de análise dos dados envolve diversos procedimentos: codificação das respostas, tabulação dos dados e cálculos estatísticos. Após, ou juntamente com a análise, pode ocorrer também a interpretação dos dados, que consiste, fundamentalmente, em estabelecer a ligação entre os resultados obtidos com outros já conhecidos, quer sejam derivados de teorias, quer sejam de estudos realizados anteriormente (GIL, 2002, p. 125).

A análise de dados constitui-se em um processo dinâmico e constante, que possibilita ao pesquisador refletir de forma contínua sobre os dados coletados. Segundo Moresi (2003, p. 71), a análise é o processo de ordenação dos dados, organizando-os em padrões, categorias e unidades básicas descritivas, onde a interpretação envolve a atribuição de significado à análise, explicando os padrões encontrados e procurando por relacionamentos entre as dimensões descritivas.

De acordo com Gil (2002), as respostas obtidas a partir de um processo de coleta de dados são sempre bastante variáveis e, para que possam ser devidamente analisadas, torna-se necessário organizá-las por meio de seu agrupamento em determinado número de categorias.

No presente estudo, em relação ao processo de interpretação e de verificação das relações entre as variáveis para ampliação de conhecimento sobre o fenômeno em estudo, os dados resultantes dos questionários aplicados foram consolidados e analisados, bem como as informações contidas nos relatórios de sustentabilidade GRI apreciados no modelo de triangulação para convergência dos aspectos.

As informações resultantes do processo de análise foram consolidadas em quadros e tabelas, para melhor visualização e entendimento dos princípios da pesquisa. Em relação ao processo de confiabilidade e de validação dos instrumentos de pesquisa, os mesmos foram encaminhados para o parecer prévio de especialistas em torno do tema em estudo.

3.3 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

As limitações elencadas, neste estudo, constituem as dificuldades encontradas durante a realização desta pesquisa. Após a análise documental, com a obtenção dos dados constantes nos relatórios de sustentabilidade GRI, foi promovida a aplicação dos questionários validados para a obtenção das informações relacionadas às percepções dos gestores frente ao objeto em estudo e, desta forma, foi demandado um tempo longo para as respostas dos questionários ou das entrevistas estruturadas pelos profissionais incluídos na população e/ou amostra.

Em relação ao quantitativo dos hospitais em estudo, foi procedida a redução da amostra para aplicação dos questionários de pesquisa, uma vez que, no momento ou período inicial de delimitação da população, era de 59 hospitais o grupo de um determinado segmento da saúde. E, ocorreu uma redução no quantitativo de hospitais, para 37 hospitais, devido a términos de contratos de gestão junto aos entes públicos e, consequentemente, a redução do número de gestores que poderia participar nas respostas dos questionários.

Outro limitador a ser explanado, refere-se ao fato de que os hospitais em estudo solicitaram sigilo em relação aos seus nomes e aos dados fornecidos e, desta forma, ocorreu uma restrição, pois não se pôde realizar um esclarecimento de quem são os hospitais.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Este capítulo é destinado à análise e à interpretação dos dados da pesquisa, correlacionadas à revisão teórica temática, subdivididas em seções para o melhor entendimento e explanação das informações.

A primeira seção corresponde à caracterização geral de cada hospital em estudo, onde são apresentados a natureza e o histórico de suas operações, a estrutura organizacional e o perfil assistencial. A segunda seção corresponde à determinação da capacidade de produção de cada hospital, bem como o quadro comparativo entre os hospitais em estudo. A quarta seção corresponde à apresentação dos relatórios e dos indicadores de sustentabilidade GRI dos hospitais, nos aspectos econômicos, ambientais e sociais.

4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS HOSPITAIS

4.1.1 Estudo de caso – Hospital Geral “A”

O hospital denominado “A” constitui uma unidade hospitalar de médio porte, de natureza geral de baixa e média complexidade, para atendimento aos usuários oriundos do SUS, contemplando ainda uma pequena parcela destinada a usuários de planos de saúde referenciados na região. Localizado em um município com prosperidade econômica, da região da Baixada Santista, no Estado de São Paulo. Inaugurado em 1997, o mesmo foi projetado por Jarbas Karman, englobando 15 mil metros quadrados de área construída, com capacidade operacional para 150 leitos e modernos serviços laboratoriais e de diagnóstico, bem como especialidades médicas de referência. Em 2003, o hospital administrado pela municipalidade passou a ser publicizado e uma Organização Social de Saúde (OSS) iniciou uma nova gestão. Dentre as especialidades médicas atuantes no hospital, incluem-se: anestesiologia, cardiologia, cirurgia buco-maxilo, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia toráxica, cirurgia vascular, clínica médica, endoscopia digestiva, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, ginecologia/obstetrícia, hematologia, infectologia, neurologia, neurocirurgia, odontologia, urologia, proctologia, pediatria, oftalmologia, oncologia, ortopedia/traumatologia, oftalmologia, terapia intensiva, dentre outras.

O Hospital em estudo está subordinado hierarquicamente à Secretaria Municipal de Saúde. A partir da implementação da nova gestão pela OSS, foi definido um planejamento baseado no *Balanced Scorecard* (BSC), onde foi definida a sustentabilidade como uma das suas perspectivas estratégicas.

Em 2007, o hospital foi considerado o melhor hospital público da Baixada Santista em pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisas “A Tribuna” (IPAT), bem como em 2011, quando foi avaliado como o melhor hospital SUS pelo desempenho em toda a região. Em 2010, o hospital conquistou a certificação de hospital “Acreditado” ONA nível 1, foi vencedor do Prêmio Hospital *Best*, na categoria de melhor hospital regional da Baixada Santista, recebeu o título de hospital “Amigo da Criança”, outorgado pelo Ministério da Saúde, conquistou o selo “*free mercury*” concedido aos hospitais que aboliram o uso de mercúrio em seus equipamentos e, por fim, foi certificado com o nível C+ GRI para o seu relatório de sustentabilidade. Em 2011, após nova auditoria, conseguiu manter a certificação da ONA nível 1, bem como publicou o relatório de sustentabilidade nível C+ GRI.

4.1.2 Estudo de caso – Hospital Geral “B”

O hospital denominado “B” constitui uma unidade hospitalar de médio porte e possui como escopo de atendimento do SUS aos casos de média e alta complexidade (somente para as Unidades de Terapia Intensiva), oferecendo suporte às Unidades Básicas de Saúde do município, ao Pronto Socorro Adulto, ao Pronto Socorro Infantil, ao Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE) e a procura direta para gestantes. Localizado em um município integrado à Região Metropolitana de Curitiba (RMC), que faz parte do centro mais ativo e desenvolvido do Estado do Paraná, com área de influência em crescente expansão e destaque na Região Sul do País. Em relação ao escopo de atendimentos, o hospital também atua em urgência e emergência, consultas médicas ambulatoriais, cirurgias eletivas e de urgência, partos, internação nas diferentes clínicas e unidades de terapia intensiva, além de exames para pacientes internos e externos.

A gestão do hospital é realizada em parceria com a Secretaria de Saúde do Município, que estabelece as macro-diretrizes em relação aos fluxos de atendimento e ao escopo de atividades do hospital. Todo este trabalho também é acompanhamento e fiscalizado pela Comissão de Fiscalização do Contrato de

Gestão, uma equipe composta por membros da Secretaria da Saúde, representantes da comunidade, do Conselho Municipal de Saúde e da administração.

As especialidades médicas atuantes no hospital incluem: clínica médica, cirurgia pediátrica, cirurgia geral, cirurgia vascular, ginecologia e obstetrícia, proctologia, endocrinologia, pediatria, neurologia e neurocirurgia, cardiologia, ortopedia e traumatologia, cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia, anestesiologia, urologia, gestação de alto risco e oftalmologia.

O hospital em estudo está subordinado hierarquicamente à Secretaria Municipal de Saúde e é co-administrado por uma OSS. Importante destacar a relação de prêmios e certificações concedidos ao hospital, a saber:

a) Em 2010, certificação ONA nível 1;
b) Em 2010, 2011 e 2012, Prêmio Expressão de Ecologia, por meio do Ministério do Meio Ambiente;
c) Em 2011, Prêmio Paranaense de Qualidade em Gestão;
d) Em 2012, certificação ONA nível 2;
e) Em 2010, 2011 e 2012, publicação do Relatório de Sustentabilidade GRI C+;
f) Integrante da Rede Global de Hospitais Verdes e Saudáveis, por meio da Organização Saúde sem Dano.

A partir da implementação da nova gestão pela OSS, foi definido um planejamento baseado no BSC, uma metodologia utilizada para medição e gestão do desempenho da instituição quanto à aplicação dos processos.

4.1.3 Estudo de caso – Hospital Geral “C”

O hospital denominado “C” constitui uma unidade hospitalar com ênfase no atendimento materno-infantil e em urgência e emergência, de médio porte, com baixa e média complexidade nas especialidades de clínica médica, obstetrícia/ginecologia, pediatria e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) nível II, para atendimento geral aos usuários do SUS, administrado por uma OSS. Localizado em um município integrado à RMC, que faz parte do centro mais ativo e desenvolvido do Estado do Paraná, com área de influência em crescente expansão e destaque na Região Sul do País. O hospital foi inaugurado em 2010, contando com uma área construída de 3.880 m^2, foi totalmente reformado pela atual

administração municipal em parceria com a *World Family Organization* (WFO), possibilitando uma estrutura nova e moderna.

A gestão foi concedida a uma OSS, em 2009, tendo como principal característica o atendimento de casos de baixa complexidade, principalmente maternidade. O hospital possui 49 leitos ativos, com os equipamentos necessários e equipe devidamente capacitada para prestar um serviço de qualidade. Além das unidades de internação, o hospital conta com uma sala de parto no centro obstétrico e três salas de cirurgia geral.

O hospital conquistou os seguintes prêmios e certificações:

a) Em 2010: Certificação Ouro 3M - Monitorização da Esterilização, Certificação Ouro 3M - Tricotomia Segura, Certificação Ouro 3M - Eletrocirurgia Segura;
b) Em 2011: Certificação Internacional - Pacto Global ONU, Certificação *Free Mercury* - Hospitais Livres de Mercúrio;
c) Em 2012: Hospital Amigo da Criança pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Certificação *Green Kitchen*;
d) Em 2011 e 2012: publicação de relatórios de sustentabilidade GRI.

A gestão do hospital também é realizada em parceria com a Secretaria de Saúde do Município, que estabelece as macro-diretrizes em relação aos fluxos de atendimento e ao escopo de atividades do hospital. Todo este trabalho também é acompanhamento e fiscalizado pela Comissão de Fiscalização do Contrato de Gestão, uma equipe composta por membros da Secretaria da Saúde, representantes da comunidade, do Conselho Municipal de Saúde e da administração.

4.2 DADOS DE PRODUÇÃO DOS HOSPITAIS EM ESTUDO

Em relação aos procedimentos realizados para a obtenção dos dados de produção disponibilizados pelos hospitais em estudo, foi adotada a sistemática de utilização das informações apresentadas em cada relatório de sustentabilidade GRI, dos respectivos anos de produção.

De certa forma, torna-se importante ressaltar que os processos de produção de registros e dados que irão se constituir na informação produzida em cada hospital dizem respeito a todos aqueles que ali trabalham, fazendo parte de um sem-número de processos de trabalho técnicos e organizacionais - médicos, enfermagem, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, administrativos, gestão - mas são

geralmente considerados como de menor importância (SCHOUT; NOVAES, 2007, p. 937).

Não obstante, a qualidade das informações geradas e consolidadas nos relatórios de sustentabilidade dos hospitais em estudo é objeto de um tratamento estatístico padronizado, que busca sistematizar os dados de produção para melhor comparabilidade e entendimento. Os dados coletados nas diversas áreas do hospital, quando relacionados entre si, transformam-se em instrumentos de gestão úteis para a avaliação da assistência prestada, a quantidade e o tipo de recursos envolvidos, o controle dos custos gerados na produção dos serviços e o grau de resolutividade dos mesmos (APM; CRM, 1992, p. 9). Contudo, torna-se relevante prestar esclarecimentos sobre as informações constantes nas referidas tabelas (4, 5 e 6) de produção dos hospitais, a saber:

a) O percentual (%) apresentado corresponde ao aumento ou à redução de produção, quando da comparação entre o ano de produção inicial e o de produção final;
b) Segundo o manual técnico de padronização da nomenclatura do censo hospitalar do Ministério da Saúde (2002, p. 11), seguem as definições técnicas para a especificação dos termos mais expressivos em análise:

   - internação hospitalar: pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas;
   - pacientes-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar;
   - leitos-dia: unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar;
   - atendimento ambulatorial: corresponde ao atendimento realizado ao paciente em unidade física específica que não envolve internação e/ou consulta não superior a 24 horas;
   - dia hospitalar: é o período de 24 horas compreendido entre dois censos hospitalares consecutivos.

Tabela 9 - Dados estatísticos de produção do hospital A (continua)

		Hospital A		%
Item	**Especificação dos fatores de produção**	**2010**	**2011**	**aumento ou redução**
1	Quantidade total de internações	7.753	7.501	-3,25
2	Quantidade total de pacientes-dia	34.782	37.036	6,48
3	Quantidade total de atendimento ambulatorial	28.410	20.873	-26,53
4	Quantidade total de consulta ambulatorial	N/D	16.849	N/D
5	Percentual médio da taxa ocupação de leitos	N/D	67,63%	N/D
6	Faturamento total apresentado SUS (AIH) – R$	5.047.492	5.323.060,74	5,46
7	Faturamento total apresentado SUS (SIA) – R$	3.778.545	4.632.640,48	22,60
8	Quantidade total de exames laboratoriais	433.702	606.030	39,73
9	Quantidade total de exames de tomografia	4.282	3.780	-11,72
10	Quantidade total de exames de mamografia	4.649	4.698	1,05
11	Quantidade total de exames de ultrassonografia	16.762	17.164	2,40
12	Quantidade total de cirurgias	3.497	3.415	-2,34
13	Quantidade total de exames de raios-X	74.081	78.692	6,22
14	Quantidade total de partos	1.331	1.395	4,81
15	Quantidade total de exames de ecocardiograma	2.902	N/D	N/D
16	Quantidade total de exames de teste do pezinho	1.343	1.392	3,65
17	Quantidade total de exames de teste da orelhinha	1.404	1.542	9,83
18	Quantidade total de refeições servidas	411.989	N/D	N/D
19	Quantidade total de kg de roupas processadas	107.311	N/D	N/D
20	Quantidade total de horas de treinamento	23.850,20	N/D	N/D
21	Quantidade total de colaboradores vacinados	362	278	-23,20
22	Quantidade média do nº de funcionários	549	640	16,58
23	Índice médio de rotatividade de funcionários	1,76	1,20	-31,82
24	Índice médio de absenteísmo de funcionários	0,25	3,50	1300
25	Quantidade Total médio de funcionários – masculino	94	98	4,26
26	Quantidade Total médio de funcionários – feminino	455	542	19,12
27	Valor médio de menor salário base entre homens	650,00	732,00	12,62
28	Valor médio de maior salário base entre homens	11.500,00	15.022,00	30,63
29	Valor médio de menor salário base entre mulheres	652,46	622,32	-4,62
30	Valor médio de maior salário base entre mulheres	8.188,00	8.584,00	4,84
31	Percentual médio de satisfação de pacientes internos	96,41%	96,25%	-0,17
32	Percentual médio de satisfação de pacientes externos	88,25%	82,33%	-6,71
33	Volume total de consumo de água (m^3)	34.434	30.838	-10,44
34	Volume total de consumo de GLP (m^3)	9.030	N/D	N/D

Tabela 10 - Dados estatísticos de produção do hospital A (conclusão)

35	Volume total de consumo de Óxido Nitroso (m³)	1.379	N/D	N/D
36	Volume total de consumo de Oxigênio (m³)	175.375	N/D	N/D
37	Volume total de consumo de Nitrogênio (m³)	312	N/D	N/D
38	Volume total de consumo de ar comprimido (m³)	91	N/D	N/D
39	Quantidade total de consumo de papel A4 (Kg)	5.984	5.530	-7,59
40	Quantidade total de consumo de copos descartáveis	1.327.900	1.329.100	0,09
41	Quantidade total de produtos recicláveis - papel A4 (kg)	5.200	N/D	N/D
42	Quantidade total de produtos recicláveis - metal (kg)	394	N/D	N/D
43	Quantidade total de produtos recicláveis – plástico (kg)	484	N/D	N/D
44	Quantidade total de produtos recicláveis - pilhas e baterias (kg)	40	N/D	N/D

Fonte: Relatórios de sustentabilidade GRI do hospital A.

1) Em relação ao quantitativo médio de internações realizadas, foi percebida uma redução neste item em torno de 3,26%, sendo importante ressaltar que o volume de atendimentos gerais deste hospital contempla um atendimento referenciado de outros hospitais, bem como um atendimento de demanda espontânea originado a partir da existência de um pronto-socorro anexo ao hospital.

2) Foi percebido um aumento do número de pacientes-dia, devido, de certa forma, ao aumento da média de permanência dos pacientes correlacionada à complexidade de sua patologia.

3) Em relação ao total de exames laboratoriais realizados, houve um aumento em torno de 39,73%, devido, principalmente, a um novo acordo de aumento de exames eletivos correlacionado à demanda de exames de caráter espontâneo gerados a partir dos atendimentos no pronto-socorro;

4) Os exames relacionados a diagnóstico e tratamento (tomografia, ultrassonografia, raios-x) estão relacionados diretamente ao volume de exames eletivos e de demanda de urgência e emergência, que sofrem alteração no quantitativo devido à sazonalidade de cada período.

5) Em relação ao quantitativo de cirurgias e de partos, sofrem alteração no quantitativo devido à sazonalidade de cada período, de forma particular, os exames de teste de pezinho e de orelhinha estão correlacionados de forma direta ao volume de partos realizados.

6) Em relação aos níveis de produção relacionados aos recursos humanos (quantitativo médio do número de funcionários, total de funcionários vacinados, índice de rotatividade e absenteísmo, total de funcionários por gênero e valores de salário base por gênero), os mesmos sofrem alteração no quantitativo devido à sazonalidade de cada período.

7) Em relação ao percentual da satisfação de pacientes internos, houve uma pequena redução de 0,17% e, no caso do percentual de satisfação de pacientes externos, houve uma redução em torno de 6,71%, ressaltando que neste percentual é contemplado o volume de exames externos de acordo com a capacidade instalada do hospital.

8) Um item que apresentou uma redução significativa (10,44%) referente ao consumo de água, dentro do escopo do aspecto de sustentabilidade, mesmo com o aumento de produção do hospital apresentado de pacientes-dia, volume de cirurgias, exames de diagnóstico e tratamento, número de funcionários, etc.

9) Outros itens que apresentaram aumentos significativos em 5,46% e 22,60%, referentes, respectivamente, ao valor apresentado de faturamento de autorização de internação hospitalar - AIH pelo SUS e ao valor apresentado de faturamento de sistema de informação ambulatorial - SIA do SUS, estão, de certa forma, correlacionados ao aspecto da sustentabilidade econômico-financeira do hospital.

10) Não foi possível a identificação do aumento ou da redução do total de atendimentos ambulatoriais; do percentual médio de ocupação de leitos hospitalares; do total de exames de ecocardiograma; do total de refeições servidas; do total de kg de roupas processadas; do total de horas de treinamento, do total de consumo de gases medicinais e outros gases (oxigênio, óxido nitroso, nitrogênio, ar comprimido e GPL) e do quantitativo total de produtos recicláveis (papel A4, metal, plástico, pilhas e baterias), uma vez que não houve a geração de informação somente em um dos anos dos relatórios disponibilizados, impossibilitando o cálculo de aumento ou redução no período.

Tabela 11 - Dados estatísticos de produção do hospital B (continua)

		Hospital B			%
Item	**Especificação de produção mensal**	**2010**	**2011**	**2012**	**Aumen-to ou redução**
1	Quantidade total de internações	6.258	6.749	7.817	19,94
2	Quantidade total de pacientes-dia	2.113	2.227	2.479	14,76
3	Quantidade total de atendimento ambulatorial	19.822	23.386	26.559	25,37
4	Quantidade total de consulta ambulatorial	19.812	N/D	N/D	N/D
5	Percentual médio de ocupação de leitos hospitalares	64,37	70	74	13,01
6	Quantidade média de dias de permanência do usuário	3,52	4,01	3,77	6,63
7	Quantidade total de atendimentos urgência/emergência	11.222	14.379	20.944	46,42
8	Faturamento total apresentado SUS (R$)	4.805.344	7.946.167	7.084.110	32,17
9	Quantidade total de exames laboratoriais	108.219	141.018	178.523	39,38
10	Quantidade total de resíduos produzidos (kg)	97.831	122.205	108.267	9,64
11	Quantidade média de resíduos produzidos/paciente-dia (kg)	46,30	54,87	43,67	-6,01
12	Quantidade total de cirurgias	1.583	2.572	2.856	44,57
13	Quantidade total de partos	1.496	1.589	1.789	16,38
14	Quantidade total de cursos ministrados	544	125	183	-197,27
15	Quantidade total de participantes em curso	9.872	2.360	2.697	-266,04
16	Quantidade total de horas de treinamento – funcionários	1.869,72	N/D	N/D	N/D
17	Quantidade total de horas de treinamento – comunidade	265,91	N/D	N/D	N/D
18	Quantidade média do nº de funcionários	551	592	620	11,13
19	Índice médio de rotatividade de funcionários	4,37	4,29	3,26	-34,05
20	Índice médio de absenteísmo de funcionários	0,84	0,67	0,68	-23,53
21	Percentual médio de satisfação de pacientes	97%	99%	96%	-1,31

Tabela 12 - Dados estatísticos de produção do hospital B (conclusão)

22	Volume total de consumo de água (m^3)	11.463	9.141	9.690	-18,30
23	Volume total de consumo de água (m^3) por paciente-dia	0,49	0,42	0,40	-22,50
24	Volume médio de consumo de energia elétrica (Kwh/mês)	1.065.958	1.057.735	1.079.594	1,26
25	Volume médio de consumo de energia elétrica (Kwh) por paciente-dia	47,25	38,92	36,42	-29,74
26	Valor total de receitas (R$)	20.973.907	26.935.684	8.796.700	27,17
27	Valor total de despesas (R$)	22.187.723	27.436.853	32.289.578	31,29

Fonte: Relatórios de sustentabilidade GRI do hospital B.

1) Em relação ao quantitativo médio de internações realizadas, foi percebido um aumento neste item em torno de 19,94%, sendo importante ressaltar que o volume de atendimentos gerais deste hospital contempla um atendimento referenciado de outros hospitais, bem como um atendimento de demanda espontânea originado a partir da existência de um pronto-socorro anexo ao hospital.

2) Foi percebido um aumento do número de pacientes-dia em torno de 14,76%, devido, de certa forma, ao aumento da média de permanência dos pacientes correlacionada à complexidade de sua patologia.

3) Em relação ao total de exames laboratoriais realizados, houve um aumento em torno de 39,38%, devido, principalmente, a um novo acordo de aumento de exames eletivos correlacionado à demanda de exames de caráter espontâneo gerados a partir dos atendimentos no pronto-socorro.

4) Em relação ao quantitativo de cirurgias e de partos, respectivamente, em 44,57% e 16,38%, os mesmos sofrem alteração no quantitativo devido à sazonalidade de cada período.

5) Em relação aos níveis de produção relacionados aos recursos humanos (quantitativo médio no número de funcionários, índice de rotatividade e absenteísmo, total de cursos ministrados, total de participantes em cursos), os mesmos sofrem alteração no quantitativo devido à sazonalidade de cada período.

6) Em relação ao percentual da satisfação de pacientes, houve uma pequena redução de 1,31%.

7) Outros itens que apresentaram uma redução significativa foram: 18,30% referente ao consumo de água, 22,50% do total de consumo de água por paciente-dia, 29,74%% do volume médio de consumo de energia elétrica por paciente-dia e, por fim, redução de 6,01% da quantidade média de resíduos produzidos por paciente-dia, vinculados ao aspecto de sustentabilidade, mesmo com o aumento de produção do hospital apresentado de pacientes-dia, volume de cirurgias, quantitativo total de atendimentos de urgência/emergência, número de funcionários, etc.

8) Quanto aos itens de faturamento, foi percebido um aumento significativo em 32,17% referente ao valor apresentado de faturamento SUS e que, de certa forma, está correlacionado ao aspecto da sustentabilidade econômico-financeira do hospital. Neste caso, está incluído o aumento de 27,17% do total de receitas.

9) Não foi possível a identificação do aumento ou da redução do total de consultas ambulatoriais; do total de horas de treinamento para funcionários e comunidade, uma vez que não houve a geração de informação somente em um dos anos dos relatórios disponibilizados, impossibilitando o cálculo de aumento ou de redução no período.

Tabela 13 - Dados estatísticos de produção do hospital C (continua)

		Hospital C		
Item	**Especificação dos fatores de produção**	**2010**	**2011**	**% aumento ou redução**
1	Quantidade total de internações	3.894	3.614	-7,19
2	Quantidade total de pacientes-dia	1.034	902	-12,77
3	Quantidade total de consulta ambulatorial	91.935	96.070	4,50
4	Percentual médio de ocupação de leitos hospitalares	52,24%	72,20%	38,21
5	Quantidade total de exames laboratoriais	87.811	72.200	-17,78
6	Quantidade média de dias de permanência	3,12	3,00	-3,85
7	Quantidade total de atendimentos de pronto-atendimento	171.270	182.340	6,46
8	Quantidade total de cirurgias	371	244	-34,23
9	Quantidade total de partos	1.292	1.597	23,61
10	Quantidade total de exames de teste da orelhinha	531	1.373	158,57
11	Quantidade total de refeições servidas	7.000	9.120	30,29
12	Quantidade total de kg de roupas processadas	6.000	5.408	-9,87
13	Quantidade média do nº de funcionários	240	212	-11,67

Tabela 14 - Dados estatísticos de produção do hospital C (conclusão)

14	Índice médio de rotatividade de funcionários	0,98	N/D	N/D
15	Índice médio de absenteísmo de funcionários	0,98	N/D	N/D
16	Quantidade total médio de resíduos produzidos	48.490	37.918	-21,80
17	Quantidade total médio de resíduos produzidos por paciente-dia	3,92	3,47	-11,48
18	Percentual médio de satisfação de pacientes internos	97,35%	98,14%	0,81
19	Percentual médio de satisfação de pacientes externos	99,50%	97,75%	-1,76
20	Percentual médio de satisfação de pacientes pronto atendimento	94,66%	94,33%	-0,35
21	Volume total de consumo de água (m^3)	1.105	1.342	21,48
22	Volume total de consumo de água (m^3) por paciente-dia	1,18	1,44	22,03
23	Volume total de consumo de energia elétrica (kwh)	3.624	2.414	-33,40
24	Volume total de consumo de energia elétrica (kwh) por paciente-dia	3,61	2,79	-22,71
25	Total de receitas hospitalares (em R$)	12.617.373	12.831.271	1,70
26	Total de despesas hospitalares (em R$)	13.470.343	12.920.816	-4,08
27	Quantidade Total médio de funcionários - Gênero masculino	64	37	-42,19
28	Quantidade total médio de funcionários - gênero feminino	176	175	-0,57
29	Valor médio de menor salário base entre homens (em R$)	884,17	884,17	0,00
30	Valor médio de maior salário base entre homens (em R$)	11.660,00	11.660,00	0,00
31	Valor médio de menor salário base entre mulheres (em R$)	664,36	664,36	0,00
32	Valor médio de maior salário base entre mulheres (em R$)	4.858,11	4.858,11	0,00

Fonte: Relatórios de sustentabilidade GRI do hospital C.

1) Em relação ao quantitativo médio de internações realizadas, foi percebida uma redução neste item em torno de 7,19%, sendo importante ressaltar que o volume de atendimentos gerais deste hospital contempla um atendimento referenciado de outros hospitais, bem como um atendimento de demanda espontânea originado a partir da existência de um pronto-socorro anexo ao hospital.

2) Foi percebida uma redução do número de pacientes-dia em torno de 12,77%, devido, de certa forma, a uma redução da média de permanência dos pacientes correlacionada à complexidade de sua patologia.

3) Em relação ao quantitativo de consultas ambulatoriais, foi percebido um aumento de 4,50%, devido à estruturação de um ambulatório específico para atendimento às gestantes.

4) Em relação ao percentual médico de ocupação dos leitos, houve um aumento em torno de 38,21%, devido à nova estruturação e ao aumento do número de leitos do hospital.

5) Em relação ao total de exames laboratoriais realizados, houve uma redução em torno de 17,78%, devido, principalmente, a um novo acordo de aumento de exames eletivos correlacionado à demanda de exames de caráter espontâneo gerados a partir dos atendimentos no pronto-socorro.

6) Em relação aos quantitativo de cirurgias e de partos, respectivamente, em -34,23%% e 23,61%, os mesmos sofrem alteração no quantitativo devido à sazonalidade de cada período. De forma particular, os exames de teste de pezinho e de orelhinha estão correlacionados, de forma direta, ao volume de partos realizados.

7) Em relação ao quantitativo médio no número de funcionários, o mesmo sofre alteração no quantitativo devido à sazonalidade de cada período. No caso específico de valores relacionados à variação salarial, não houve alteração.

8) Em relação ao percentual da satisfação de pacientes internos, houve um pequeno aumento de 0,81% e uma redução de 1,76% e 0,35%, respectivamente, para o percentual médio de satisfação de pacientes externos e de pacientes de pronto atendimento.

9) Outros itens que apresentaram uma redução significativa de 33,40% referente ao consumo de energia elétrica e de 22,71% do total de consumo de energia elétrica por paciente-dia vinculados ao aspecto de sustentabilidade.

10) No caso referente ao aumento do consumo de água em geral e por paciente-dia, os percentuais apresentados, de 21,48% e de 22,03%, estão correlacionados com o aumento do número de leitos.

11) Quanto aos itens de faturamento, foi percebido um aumento em 1,70%, referente ao valor apresentado de faturamento SUS e que, de certa forma, está correlacionado ao aspecto da sustentabilidade econômico-financeira do hospital.

12) Não foi possível a identificação do aumento ou da redução do índices de absenteísmo e de rotatividade, uma vez que não houve a geração de informação somente em um dos anos dos relatórios disponibilizados, impossibilitando o cálculo de aumento ou de redução no período.

4.3 RELATÓRIOS E INDICADORES DE SUSTENTABILDIADE GRI DOS HOSPITAIS EM ESTUDO

Em relação ao processo de avaliação dos relatórios de sustentabilidade dos hospitais em estudo, foi realizada a análise documental de cada relatório e, desta forma, considerados os seguintes itens fundamentais para a análise comparativa e padronizada:

a) Abrangência: este processo é composto principalmente por dimensões como escopo, onde neste caso é evidenciado o quantitativo de temas e de indicadores de acordo com o nível de aplicação pré-estabelecido (nível C); limite, no que se refere ao tipo e organização que está em estudo (caso dos três hospitais); e, tempo, onde as informações devem estar contempladas em relação ao período especificado (2010 a 2012);
b) Segmento de atuação: neste caso específico, foram utilizados relatórios de sustentabilidade GRI de três hospitais de um mesmo segmento do setor de saúde brasileiro;
c) Estrutura dos relatórios: todos os relatórios de sustentabilidade dos hospitais foram baseados nas diretrizes de elaboração de relatórios – G3, de acordo com as demais orientações e protocolos técnicos e escopo dos indicadores;
d) No que diz respeito ao processo de classificação por níveis de aplicação, todos os relatórios apresentaram resposta de, no mínimo, 10 indicadores de desempenho, incluindo pelo menos um de cada uma das seguintes áreas de desempenho: social, econômico e ambiental. Assim, foram avaliados os indicados constantes nos relatórios dos hospitais:

   - No caso do hospital “A”, nos anos de 2010 e 2011, não foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 22,22% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho econômico, 14,29% de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho econômico e 50% de indicadores sobre o total de indicadores adicionais de desempenho econômico;

   - No caso do hospital “B”, nos anos de 2010 a 2012, não foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 22,22% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho econômico, 28,57% de indicadores essenciais sobre o total de indicadores

essenciais de desempenho econômico e nenhum indicador sobre o total de indicadores adicionais de desempenho econômico;

- No caso do hospital “C”, nos anos de 2011 e 2012, foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 33,33% (2011) e de 44,44% (2012) de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho econômico, 42,86% de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho econômico e nenhum indicador (2011) e o percentual de 50% (2012) sobre o total de indicadores adicionais de desempenho econômico.

Quadro 13 - Indicadores de desempenho econômico - GRI G3 (continua)

Natureza	**Item**	**Especificação e escopo de indicadores**	**Unidades hospitalares**						
Indicadores de desempenho econômico – GRI G3			**Hospital A**		**Hospital B**			**Hospital C**	
		Aspecto: **desempenho econômico**	**2010**	**2011**	**2010**	**2011**	**2012**	**2011**	**2012**
Essencial	EC1	Valor econômico direto gerado e distribuído, incluindo receitas, custos operacionais, remuneração de empregados, doações e outros investimentos na comunidade, lucros acumulados e pagamentos para provedores de capital e governos.	-	-	X	X	X	X	X
Essencial	EC2	Implicações financeiras e outros riscos e oportunidades para as atividades da organização devido a mudanças climáticas.	-	-	-	-	-	-	-
Essencial	EC3	Cobertura das obrigações do plano de pensão de benefício definido que a organização oferece.	-	-	-	-	-	-	-
Essencial	EC4	Ajuda financeira significativa recebida do governo.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **presença no mercado**							
Adicional	EC5	Variação da proporção do salário mais baixo comparado ao salário mínimo local em unidades operacionais importantes.	X	X	-	-	-	-	X
Essencial	EC6	Políticas, práticas e proporção de gastos com fornecedores locais em unidades operacionais importantes.	-	-	X	X	X	X	X
Essencial	EC7	Procedimentos para contratação local e proporção de membros de alta gerência recrutados na comunidade local em unidades operacionais importantes.	X	X	-	-	-	X	X

Quadro 14 - Indicadores de desempenho econômico - GRI G3 (conclusão)

		Aspecto: **impactos econômicos indiretos**							
Essencial	EC8	Desenvolvimento e impacto de investimentos em infra-estrutura e serviços oferecidos, principalmente para benefício público, por meio de engajamento comercial, em espécie ou atividades pro bono.	-	-	-	-	-	-	-
Adicional	EC9	Identificação e descrição de impactos econômicos indiretos significativos, incluindo a extensão dos impactos.	-	-	-	-	-	-	-
	9	% de indicadores realizados sobre total de Indicadores de desempenho econômico	**22,22**	**22,22**	**22,22**	**22,22**	**22,22**	**33,33**	**44,44**
	7	% de indicadores sobre Indicadores essenciais de desempenho econômico	**14,29**	**14,29**	**28,57**	**28,57**	**28,57**	**42,86**	**42,86**
	2	% de indicadores sobre Indicadores adicionais de desempenho econômico	**50,00**	**50,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**50,00**

Fonte: elaborado pelo autor com base nos relatórios de sustentabilidade 2010-2011-2012.

Quadro 15 - Indicadores de desempenho ambiental - GRI G3 (continua)

Natureza	**Item**	**Especificação e escopo de indicadores**	**Unidades hospitalares**						
Indicadores de desempenho ambiental – GRI G3			**Hospital A**		**Hospital B**			**Hospital C**	
		Aspecto: **materiais**	**2010**	**2011**	**2010**	**2011**	**2012**	**2011**	**2012**
Essencial	EN1	Materiais usados por peso ou volume.	-	X	-	-	-	-	-
Essencial	EN2	Percentual dos materiais usados provenientes de reciclagem.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **energia**							
Essencial	EN3	Consumo de energia direta discriminado por fonte de energia primária.	-	-	X	X	X	X	X
Essencial	EN4	Consumo de energia indireta discriminado por fonte primária.	-	-	-	-	-	-	-
Adicional	EN5	Energia economizada devido a melhorias em conservação e eficiência.	-	-	-	-	-	-	-
Adicional	EN6	Iniciativas para fornecer produtos e serviços com baixo consumo de energia, ou que usem energia gerada por recursos renováveis, e a redução na necessidade de energia resultante dessas iniciativas.	-	-	-	-	-	-	-
Adicional	EN7	Iniciativas para reduzir o consumo de energia indireta e as reduções obtidas.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **água**							
Essencial	EN8	Total de retirada de água por fonte.	X	X	X	X	X	X	X

Quadro 16 - Indicadores de desempenho ambiental - GRI G3 (continuação)

Adicional	EN9	Fontes hídricas significativamente afetadas por retirada de água.	-	-	-	-	-	-	-
Adicional	EN10	Percentual e volume total de água reciclada e reutilizada.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **biodiversidade**							
Essencial	EN11	Localização e tamanho da área possuída, arrendada ou administrada dentro de áreas protegidas, ou adjacentes a elas, e áreas de alto índice de biodiversidade fora das áreas protegidas.	-	-	-	-	-	-	-
Essencial	EN12	Descrição de impactos significativos na biodiversidade de atividades, produtos e serviços em áreas protegidas e em áreas de alto índice de biodiversidade fora das áreas protegidas.	-	-	-	-	-	-	-
Adicional	EN13	Habitats protegidos ou restaurados.	-	-	-	-	-	-	-
Adicional	EN14	Estratégias, medidas em vigor e planos futuros para a gestão de impactos na biodiversidade.	-	-	-	-	-	-	-
Adicional	EN15	Número de espécies na Lista Vermelha da IUCN e em listas nacionais de conservação com habitats em áreas afetadas por operações, discriminadas pelo nível de risco de extinção.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **emissões, efluentes e resíduos**							
Essencial	EN16	Total de emissões diretas e indiretas de gases de efeito estufa, por peso.	-	-	-	-	-	-	-
Essencial	EN17	Outras emissões indiretas relevantes de gases de efeito estufa, por peso.	-	-	-	-	-	-	-
Adicional	EN18	Iniciativas para reduzir as emissões de gases de efeito estufa e as reduções obtidas.	-	-	-	-	-	-	-
Essencial	EN19	Emissões de substâncias destruidoras da camada de ozônio, por peso.	-	-	-	-	-	-	-
Essencial	EN20	NOx, SOx e outras emissões atmosféricas significativas, por tipo e peso.	-	-	-	-	-	-	-
Essencial	EN21	Descarte total de água, por qualidade e destinação.	-	-	-	-	-	-	-
Essencial	EN22	Peso total de resíduos, por tipo e método de disposição.	-	X	X	X	X	X	X
Essencial	EN23	Número e volume total de derramamentos significativos.	-	-	-	-	-	-	-
Adicional	EN24	Peso de resíduos transportados, importados,exportados ou tratados considerados perigosos nos termos da Convenção da Basiléia13 – Anexos I, II, III e VIII, e percentual de carregamentos de resíduos transportados internacionalmente.	-	-	-	-	-	-	-

Quadro 17 - Indicadores de desempenho ambiental - GRI G3 (conclusão)

Adicional	EN25	Identificação, tamanho, status de proteção e índice de biodiversidade de corpos d'água e habitats relacionados significativamente afetados por descartes de água e drenagem realizados pela organização relatora.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **produtos e serviços**							
Essencial	EN26	Iniciativas para mitigar os impactos ambientais de produtos e serviços e a extensão da redução desses impactos.	X	X	-	-	-	X	X
Essencial	EN27	Percentual de produtos e suas embalagens recuperados em relação ao total de produtos vendidos, por categoria de produto.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **conformidade**							
Essencial	EN28	Valor monetário de multas significativas e número total de sanções não-monetárias resultantes da não-conformidade com leis e regulamentos ambientais.	X	X	X	X	X	X	X
Adicional	EN29	Impactos ambientais significativos do transporte de produtos e outros bens e materiais utilizados nas operações da organização, bem como do transporte de trabalhadores.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **geral**							
Adicional	EN30	Total de investimentos e gastos em proteção ambiental, por tipo.	-	-	-	-	-	-	-
	30	% de indicadores realizados sobre total de Indicadores de desempenho ambiental	**10,00**	**16,67**	**13,33**	**13,33**	**13,33**	**16,67**	**16,67**
	17	% de indicadores sobre Indicadores essenciais de desempenho ambiental	**17,65**	**29,41**	**23,53**	**23,53**	**23,53**	**29,41**	**29,41**
	13	% de indicadores sobre Indicadores adicionais de desempenho ambiental	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Fonte: elaborado pelo autor com base nos relatórios de sustentabilidade 2010-2011-2012.

Em relação aos indicadores de desempenho ambiental, seguem considerações:

a) No caso do hospital "A", nos anos de 2010 e 2011, foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 10,00% (2010) e 16,67 % (2011) de indicadores realizados sobre o total de indicadores de desempenho ambiental, 17,65% (2010) e 29,41% (2011) de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho ambiental e

nenhum indicador sobre o total de indicadores adicionais de desempenho ambiental;

b) No caso do hospital “B”, nos anos de 2010 a 2012, não foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 13,33% de indicadores realizados sobre o total de indicadores de desempenho ambiental, 23,53% de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho ambiental e nenhum indicador sobre o total de indicadores adicionais de desempenho ambiental;

c) No caso do hospital “C”, nos anos de 2011 e 2012, não foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 16,67% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho ambiental, 29,41% de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho ambiental e nenhum indicador sobre o total de indicadores adicionais de desempenho ambiental.

Quadro 18 - Indicadores de desempenho de práticas trabalhistas e de trabalho decente - GRI G3 (continua)

Natureza	**Item**	**Especificação e escopo de indicadores**	**Unidades hospitalares**						
Indicadores de desempenho práticas trabalhistas e trabalho decente – GRI G3			**Hospital A**		**Hospital B**		**Hospital C**		
		Aspecto: **emprego**	**2010**	**2011**	**2010**	**2011**	**2012**	**2011**	**2012**
Essencial	LA1	Total de trabalhadores, por tipo de emprego, contrato de trabalho e região.	X	X	X	X	X	X	X
Essencial	LA2	Número total e taxa de rotatividade de empregados, por faixa etária, gênero e região.	X	X	X	X	X	X	-
Adicional	LA3	Benefícios oferecidos a empregados de tempo integral que não são oferecidos a empregados temporários ou em regime de meio período, discriminados pelas principais operações.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **relações entre os trabalhadores e a governança**							
Essencial	LA4	Percentual de empregados abrangidos por acordos de negociação coletiva.	X	X	-	-	-	X	X
Essencial	LA5	Prazo mínimo para notificação com antecedência referente a mudanças operacionais, incluindo se esse procedimento está especificado em acordos de negociação coletiva.	-	-	-	-	-	-	-

Quadro 19 - Indicadores de desempenho de práticas trabalhistas e de trabalho decente - GRI G3 (continuação)

		Aspecto: **saúde e segurança no trabalho**							
Adicional	LA6	Percentual dos empregados representados em comitês formais de segurança e saúde, compostos por gestores e por trabalhadores, que ajudam no monitoramento e aconselhamento sobre programas de segurança e saúde ocupacional.	X	X	X	X	X	X	X
Essencial	LA7	Taxas de lesões, doenças ocupacionais, dias perdidos, absenteísmo e óbitos relacionados ao trabalho, por região.	-	X	X	X	X	X	X
Essencial	LA8	Programas de educação, treinamento, aconselhamento, prevenção e controle de risco em andamento para dar assistência a empregados, seus familiares ou membros da comunidade com relação a doenças graves.	X	X	-	-	-	-	X
Essencial	LA9	Temas relativos à segurança e saúde cobertos por acordos formais com sindicatos.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **treinamento e educação**							
Essencial	LA10	Média de horas de treinamento por ano, por funcionário, discriminadas por categoria funcional.	-	X	X	X	X	X	-
Adicional	LA11	Programas para gestão de competências e aprendizagem contínua que apoiam a continuidade da empregabilidade dos funcionários e para gerenciar o fim da carreira.	-	-	-	-	-	-	-
Adicional	LA12	Percentual de empregados que recebem regularmente análises de desempenho e de desenvolvimento de carreira.	X	X	-	-	-	-	X
		Aspecto: **diversidade e igualdade de oportunidades**							
Essencial	LA13	Composição dos grupos responsáveis pela governança corporativa e discriminação de empregados por categoria, de acordo com gênero, faixa etária, minorias e outros indicadores de diversidade.	-	X	-	-	-	-	
Essencial	LA14	Proporção de salário base entre homens e mulheres, por categoria funcional.	X	X	-	-	-	-	X
	14	% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho práticas trabalhistas.	**50,00**	**71,43**	**35,71**	**35,71**	**35,71**	**42,86**	**57,14**

Quadro 20 - Indicadores de desempenho de práticas trabalhistas e de trabalho decente - GRI G3 (conclusão)									
	11	% de indicadores sobre indicadores essenciais de desempenho práticas trabalhistas	**45,45**	**72,73**	**36,36**	**36,36**	**36,36**	**45,45**	**45,45**
	3	% de indicadores sobre indicadores adicionais de desempenho práticas trabalhistas	**66,67**	**66,67**	**33,33**	**33,33**	**33,33**	**33,33**	**66,67**

Fonte: elaborado pelo autor com base nos relatórios de sustentabilidade 2010-2011-2012.

Em relação aos indicadores de desempenho de práticas trabalhistas e de trabalho decente, seguem considerações:

d) No caso do hospital “A”, nos anos de 2010 e 2011, foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 50,00% (2010) e de 71,43% (2011) de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho, bem como 45,45% (2010) e 72,73% (2011) de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho e não foi identificada a evolução de indicadores adicionais sobre o total de indicadores adicionais de desempenho, mantendo, desta forma, 66,67%;

e) No caso do hospital “B”, nos anos de 2010 a 2012, não foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 35,71% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho, 23,53% de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho e 33,33% de indicadores adicionais sobre o total de indicadores adicionais de desempenho;

f) No caso do hospital “C”, nos anos de 2011 e 2012, foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 42,86% (2011) e de 57,14% (2012) de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho, sem evolução no quantitativo de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho, mantendo o percentual de 45,45%, e identificada a evolução no quantitativo dos indicadores adicionais sobre o total de indicadores adicionais de desempenho, sendo 33,33% (2011) e 66,67% (2012).

Quadro 21 - Indicadores de desempenho de direitos humanos - GRI G3 9 (continua)

Natureza	**Item**	**Especificação e escopo de indicadores**	**Unidades hospitalares**						
Indicadores de desempenho de direitos humanos – GRI G3			**Hospital A**		**Hospital B**			**Hospital C**	
		Aspecto: **práticas de investimento e de processos de compra**	**2010**	**2011**	**2010**	**2011**	**2012**	**2011**	**2012**
Essencial	HR1	Percentual e número total de contratos de investimentos significativos que cláusulas referentes a direitos humanos ou que foram submetidos a avaliações referentes a direitos humanos.	-	-	-	-	-	-	-
Essencial	HR2	Percentual de empresas contratadas e fornecedores críticos que foram submetidos a avaliações referentes a direitos humanos e as medidas tomadas.	-	-	-	-	-	-	-
Adicional	HR3	Total de horas de treinamento para empregados em políticas e procedimentos relativos a aspectos de direitos humanos relevantes para as operações, incluindo o percentual de empregados que recebeu treinamento.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **não discriminado**							
Essencial	HR4	Número total de casos de discriminação e as medidas tomadas.	X	X	X	X	X	X	X
		Aspecto: **liberdade de associação e negociação coletiva**							
Essencial	HR5	Operações identificadas em que o direito de exercer a liberdade de associação e a negociação coletiva pode estar correndo risco significativo e as medidas tomadas para apoiar esse direito.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **trabalho infantil**							
Essencial	HR6	Operações identificadas como de risco significativo de ocorrência de trabalho infantil e as medidas tomadas para contribuir para a abolição do trabalho infantil.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **trabalho forçado ou análogo ao escravo**							
Essencial	HR7	Operações identificadas como de risco significativo de ocorrência de trabalho forçado ou análogo ao escravo e as medidas tomadas para contribuir para a erradicação do trabalho forçado ou análogo ao escravo.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **práticas de segurança**							

Quadro 22 - Indicadores de desempenho de direitos humanos - GRI G3 9 (conclusão)									
Adicional	HR8	Percentual do pessoal de segurança submetido a treinamento nas políticas ou procedimentos da organização relativos a aspectos de direitos humanos que sejam relevantes às operações.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **direitos indígenas**							
Essencial	HR9	Número total de casos de violação de direitos dos povos indígenas e medidas tomadas.	-	X	-	-	-	X	X
	9	% de indicadores realizados sobre total de Indicadores de Desempenho de Direitos Humanos	**11,11**	**22,22**	**11,11**	**11,11**	**11,11**	**22,22**	**22,22**
	7	% de indicadores sobre Indicadores Essenciais de Desempenho de Direitos Humanos	**14,29**	**28,57**	**14,29**	**14,29**	**14,29**	**28,57**	**28,57**
	2	% de indicadores sobre Indicadores Adicionais de Desempenho de Direitos Humanos	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Fonte: elaborado pelo autor com base nos relatórios de sustentabilidade 2010-2011-2012.

Em relação aos indicadores de desempenho de direitos humanos, seguem considerações:

g) No caso do hospital “A”, nos anos de 2010 e 2011, foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 11,11% (2010) e de 22,22% (2011) de indicadores realizados sobre o total de indicadores de desempenho, 14,29% (2010) e 28,57% (2011) de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho e não foi identificada a evolução de indicadores adicionais sobre o total de indicadores adicionais de desempenho;

h) No caso do hospital “B”, nos anos de 2010 a 2012, não foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 11,11% de indicadores realizados sobre o total de indicadores de desempenho, 14,29% de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho e nenhum percentual de indicadores adicionais sobre o total de indicadores adicionais de desempenho;

i) No caso do hospital “C”, nos anos de 2011 e 2012, não foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 11,11,% de indicadores realizados sobre o total de indicadores de

desempenho, 14,29% de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho e nenhum percentual de indicadores adicionais sobre o total de indicadores adicionais de desempenho.

Quadro 23 - Indicadores de desempenho social referentes à sociedade - GRI G3

Natureza	**Item**	**Especificação e escopo de indicadores**	**Unidades hospitalares**						
Indicadores de desempenho social referentes à sociedade – GRI G3			**Hospital A**		**Hospital B**			**Hospital C**	
		Aspecto: **comunidade**	**2010**	**2011**	**2010**	**2011**	**2012**	**2011**	**2012**
Essencial	SO1	Natureza, escopo e eficácia de quaisquer programas e práticas para avaliar e gerir os impactos das operações nas comunidades, incluindo a entrada, operação e saída.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **corrupção**							
Essencial	SO2	Percentual e número total de unidades de negócios submetidas a avaliações de riscos relacionados a corrupção.	-	-	-	-	-	-	-
Essencial	SO3	Percentual de empregados treinados nas políticas e procedimentos anticorrupção da organização.	-	-	-	-	-	-	-
Essencial	SO4	Medidas tomadas em resposta a casos de corrupção.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: **políticas públicas**							
Essencial	SO5	Posições quanto a políticas públicas e participação na elaboração de políticas públicas e lobbies.	-	-	-	-	-	-	-
Adicional	SO6	Valor total de contribuições financeiras e em espécie para partidos políticos, políticos ou instituições relacionadas, discriminadas por país.	-	X	-	-	-	X	X
		Aspecto: **concorrência desleal**							
Adicional	SO7	Número total de ações judiciais por concorrência desleal, práticas de truste e monopólio e seus resultados.	-	-	-	-	-	X	X
		Aspecto: **conformidade**							
Essencial	SO8	Valor monetário de multas significativas e número total de sanções não-monetárias resultantes da não-conformidade com leis e regulamentos.	-	-	-	-	-	X	X
	8	% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho social referente à sociedade	**0,00**	**12,50**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**37,50**	**37,50**
	6	% de indicadores sobre indicadores essenciais de desempenho social referente à sociedade	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**16,67**	**16,67**
	2	% de indicadores sobre indicadores adicionais de desempenho social referente à sociedade	**0,00**	**50,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**100,00**	**100,00**

Fonte: elaborado pelo autor com base nos relatórios de sustentabilidade 2010-2011-2012.

Em relação aos indicadores de desempenho social referentes à sociedade, seguem considerações:

j) No caso do hospital “A”, nos anos de 2010 e 2011, foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 0,00% (2010) e de 12,50% (2011) de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho, 0,00% (2010) e 0,00% (2011) de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho e identificada a evolução de indicadores adicionais sobre o total de indicadores adicionais de desempenho, mantendo 0,00% (2010) e 50,00% (2011);

k) No caso do hospital “B”, nos anos de 2010 a 2012, não foi identificada nenhuma evolução dos indicadores;

l) No caso do hospital “C”, nos anos de 2011 e 2012, não foi identificada a evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 37,50% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho, 16,67% de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho e o percentual de 100% de indicadores adicionais sobre o total de indicadores adicionais de desempenho.

Quadro 24 - Indicadores de desempenho referentes à responsabilidade pelo produto – GRI G3 (continua)

Natureza	**Item**	**Especificação e escopo de indicadores**	**Unidades hospitalares**						
Indicadores de desempenho referentes à responsabilidade pelo produto – GRI G3			**Hospital A**		**Hospital B**			**Hospital C**	
		Aspecto: **saúde e segurança do cliente**	**2010**	**2011**	**2010**	**2011**	**2012**	**2011**	**2012**
Essencial	PR1	Fases do ciclo de vida de produtos e serviços em que os impactos na saúde e segurança são avaliados visando melhoria, e o percentual de produtos e serviços sujeitos a esses procedimentos.	X	X	-	-	-	-	X
Adicional	PR2	Número total de casos de não-conformidade com regulamentos e códigos voluntários relacionados aos impactos causados por produtos e serviços na saúde e segurança durante o ciclo de vida, discriminados por tipo de resultado.	-	-	-	-	-	X	X
		Aspecto: **rotulagem de produtos e serviços**							
Essencial	PR3	Tipo de informação sobre produtos e serviços exigida por procedimentos de rotulagem, e o percentual de produtos e serviços sujeitos a tais exigências.	X	X	-	-	-	-	X

Quadro 25 - Indicadores de desempenho referentes à responsabilidade pelo produto – GRI G3 (continua)

Adicional	PR4	Número total de casos de não-conformidade com regulamentos e códigos voluntários relacionados a informações e rotulagem de produtos e serviços, discriminados por tipo de resultado.	-	-	-	-	-	X	X
Adicional	PR5	Práticas relacionadas à satisfação do cliente, incluindo resultados de pesquisas que medem essa satisfação.	X	X	X	X	X	X	X
		Aspecto: **comunicação de *marketing***							
Essencial	PR6	Programas de adesão às leis, normas e códigos voluntários relacionados a comunicações de *marketing*, incluindo publicidade, promoção e patrocínio.	-	-	-	-	-	X	-
Adicional	PR7	Número total de casos de não-conformidade com regulamentos e códigos voluntários relativos a comunicações de *marketing*, incluindo publicidade, promoção e patrocínio, discriminados por tipo de resultado.	-	X	-	-	-	X	X
		Aspecto: **conformidade**							
Adicional	PR8	Número total de reclamações comprovadas relativas à violação de privacidade e perda de dados de clientes.	-	-	-	-	-	-	-
		Aspecto: ***compliance***							
Essencial	PR9	Valor monetário de multas (significativas) por não-conformidade com leis e regulamentos relativos ao fornecimento e uso de produtos e serviços.	-	X	X	X	X	X	X
	9	% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho à responsabilidade pelo produto	**33,33**	**55,56**	**22,22**	**22,22**	**22,22**	**66,67**	**77,78**
	4	% de indicadores sobre indicadores essenciais de desempenho à responsabilidade pelo produto	**25,00**	**75,00**	**25,00**	**25,00**	**25,00**	**50,00**	**75,00**
	5	% de indicadores sobre indicadores adicionais de desempenho à responsabilidade pelo produto	**20,00**	**40,00**	**20,00**	**20,00**	**20,00**	**80,00**	**80,00**

Fonte: elaborado pelo autor com base nos relatórios de sustentabilidade 2010-2011-2012.

Em relação aos indicadores de desempenho referentes à responsabilidade pelo produto, seguem considerações:

m) No caso do hospital “A”, nos anos de 2010 e 2011, foi identificada uma evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 33,33% (2010) e de 55,56% (2011) de indicadores realizados sobre total de

indicadores de desempenho, 25,00% (2010) e 75,00% (2011) de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho e identificada a evolução de indicadores adicionais sobre o total de indicadores adicionais de desempenho, mantendo 20,00% (2010) e 40,00% (2011);

n) No caso do hospital “B”, nos anos de 2010 a 2012, não foi identificada uma evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 22,22% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho, 25,00% de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho e 20,00% dos indicadores adicionais sobre o total de indicadores adicionais de desempenho;

o) No caso do hospital “C”, nos anos de 2011 e 2012, foi identificada uma evolução no quantitativo dos indicadores, mantendo, desta forma, um percentual de 66,67% (2011) e de 77,78% (2012) de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho, 50,00% (2011) e 75,00% (2012) de indicadores essenciais sobre o total de indicadores essenciais de desempenho e o percentual de 80% de indicadores adicionais sobre o total de indicadores adicionais de desempenho nos dois anos.

Tabela 15 - Resumo geral de indicadores por tipo e segmento dos hospitais

	Média - 2010/2011/2012		
Especificação/Escopo	**Hospital "A"**	**Hospital "B"**	**Hospital "C"**
% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho econômico	22,22%	22,22%	38,89%
% de indicadores sobre indicadores essenciais de desempenho econômico	14,29%	28,57%	42,86%
% de indicadores sobre indicadores adicionais de desempenho econômico	50,00%	0,00%	25,00%
% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho ambiental	13,33%	13,33%	16,67%
% de indicadores sobre indicadores essenciais de desempenho ambiental	23,53%	23,53%	29,41%
% de indicadores sobre indicadores adicionais de desempenho ambiental	0,00%	0,00%	0,00%
% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho práticas trabalhistas	60,71%	35,71%	50,00%
% de indicadores sobre indicadores essenciais de desempenho práticas trabalhistas	59,09%	36,36%	45,45%
% de indicadores sobre indicadores adicionais de desempenho práticas trabalhistas	66,67%	33,33%	50,00%
% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho de direitos humanos	16,67%	11,11%	22,22%
% de indicadores sobre indicadores essenciais de desempenho de direitos humanos	21,43%	14,29%	28,57%
% de indicadores sobre indicadores adicionais de desempenho de direitos humanos	0,00%	0,00%	0,00%
% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho social referentes à sociedade	6,25%	0,00%	37,50%
% de indicadores sobre indicadores essenciais de desempenho social referentes à sociedade	0,00%	0,00%	16,67%
% de indicadores sobre indicadores adicionais de desempenho social referentes à sociedade	25,00%	0,00%	100,00%
% de indicadores realizados sobre total de indicadores de desempenho à responsabilidade pelo produto	44,44%	22,22%	72,22%
% de indicadores sobre indicadores essenciais de desempenho à responsabilidade pelo produto	50,00%	25,00%	62,50%
% de indicadores sobre indicadores adicionais de desempenho à responsabilidade pelo produto	30,00%	20,00%	80,00%

Fonte: elaborada pelo autor com base nos relatórios de sustentabilidade GRI dos hospitais em estudo.

A partir desta sistemática, foram evidenciados, conforme a Tabela 7, os seguintes pontos:

a) Os percentuais contemplados correspondem à média global em todos os períodos referentes aos relatórios de sustentabilidade disponibilizados;
b) Quanto ao total de indicadores de desempenho econômico e ambiental, dentre os três hospitais analisados, os hospitais “A” e “B” mantiveram a média percentual nos períodos mencionados e o hospital “C”, por sua vez, destacou-se pela média superior aos outros hospitais quanto ao percentual de indicadores realizados sobre o total de indicadores de desempenho econômico e o percentual de indicadores sobre indicadores essenciais de desempenho econômico. Vale destacar que, em relação aos indicadores ambientais adicionais, nenhum hospital apresentou indicadores neste item;
c) Quanto aos indicadores (total, essenciais e adicionais) de desempenho relacionado às práticas trabalhistas, o hospital “A” apresentou uma média percentual superior a dos hospitais “B” e “C”;
d) Quanto aos indicadores (total, essenciais e adicionais) de desempenho relacionados aos direitos humanos, o hospital “C” apresentou uma média percentual superior a dos hospitais “A” e “B”. Cabe destacar que, em relação aos indicadores de direitos humanos adicionais, nenhum hospital apresentou indicadores neste item;
e) Quanto aos indicadores (total, essenciais e adicionais) de desempenho relacionados ao social, o hospital “C” apresentou uma média percentual superior a dos hospitais “A” e “B”. É de se destacar que, em relação aos indicadores adicionais, o hospital “B” não apresentou indicadores neste item;
f) Quanto aos indicadores (total, essenciais e adicionais) de desempenho relacionados à responsabilidade pelo produto, o hospital “C” apresentou uma média percentual superior a dos hospitais “A” e “B”.

4.4 AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE PESQUISA E DAS ENTREVISTAS

Em relação ao processo de aplicação de questionário visando identificar a percepção dos gestores que atuam nos hospitais, bem como avaliar o uso dos relatórios de sustentabilidade GRI na gestão hospitalar, foi elaborado e aplicado um questionário para complemento da análise do objeto em estudo:

a) O questionário elaborado foi submetido à avaliação e validação de quatro profissionais, por meio do sistema Google docs, a saber: um profissional na área de administração hospitalar, um profissional na área de engenharia de produção; um profissional na área de sustentabilidade e, por fim, um profissional na área de planejamento e desenvolvimento econômico;
b) A partir desta validação, o questionário elaborado na base do sistema Google docs, sistema este que constitui um pacote de aplicativos do Google e que permite aos usuários criar e editar documentos online para geração de informações e de projetos de estudo;
c) Em seguida, o questionário foi disponibilizado via email para uma população de 62 gestores dos hospitais, no período de 18/10/2014 a 10/11/2014, com perguntas abertas e de múltipla escolha para resposta, embora o total inicial previsto fosse de 120 profissionais;
d) Não foi possível o envio do questionário para o quantitativo inicial de 120 gestores devido à saída de alguns gestores dos hospitais, bem como a redução do número de hospitais de 59 unidades para 37 unidades;
e) De forma efetiva, foram recebidas as respostas de 51 gestores, totalizando um percentual de participação em 82,25% no estudo e, assim, foram obtidos os seguintes resultados, os quais são apresentados a seguir.

Tabela 16 - Resumo das informações institucionais e pessoais colhidas pelo questionário (continua)

Área ou domínio de formação	**Quant.**	**%**
Administração Hospitalar	**27**	53%
Administração de Empresas	**14**	27%
Ciências Sociais	**0**	0%
Ciências Econômicas	**3**	6%
Direito	**1**	2%
Enfermagem	**3**	6%
Medicina	**0**	0%
Outro	**3**	6%
Nível de formação	**Quant.**	**%**
Graduação	**19**	37%
Bacharelado	**28**	55%
Licenciatura	**1**	2%
Mestrado	**3**	6%
Doutorado	**0**	0%
Faixa Etária	**Quant.**	**%**
20 a 30 anos	**9**	18%
31 a 40 anos	**20**	39%
41 a 50 anos	**17**	33%

Tabela 17 - Resumo das informações institucionais e pessoais colhidas pelo questionário (continuação)

51 a 60 anos	**5**	10%
Acima de 61 anos	**0**	0%
Sexo	**Quant.**	**%**
Masculino	**40**	78%
Feminino	**11**	22%
Local de atuação profissional	**Quant.**	**%**
Acre	**0**	0%
Alagoas	**1**	2%
Amapá	**0**	0%
Amazonas	**0**	0%
Bahia	**1**	2%
Ceará	**1**	2%
Distrito Federal	**0**	0%
Espírito Santo	**0**	0%
Goiás	**2**	4%
Maranhão	**2**	4%
Mato Grosso	**0**	0%
Mato Grosso do Sul	**0**	0%
Minas Gerais	**1**	2%
Pará	**15**	29%
Paraíba	**0**	0%
Paraná	**3**	6%
Pernambuco	**0**	0%
Piauí	**0**	0%
Rio de Janeiro	**9**	18%
Rio Grande do Norte	**0**	0%
Rio Grande do Sul	**0**	0%
Rondônia	**0**	0%
Roraima	**0**	0%
Santa Catarina	**0**	0%
São Paulo	**15**	29%
Sergipe	**0**	0%
Tocantins	**1**	2%
Tipo do hospital em que você atua	**Quant.**	**%**
Público	**45**	88%
Privado	**6**	12%
Tempo de experiência ou trabalho em hospitais	**Quant.**	**%**
Entre 01 a 03 anos	**1**	2%
Entre 04 a 06 anos	**4**	8%
Entre 07 a 09 anos	**8**	16%
Entre 10 a 12 anos	**11**	21%
Acima de 12 anos	**27**	53%
O hospital em que o gestor atua	**Quant.**	**%**
Já elabora relatórios GRI	**11**	22%
Está em fase de elaboração dos relatórios GRI	**6**	12%
Não elabora relatórios GRI	**34**	67%
Relato de experiência com o uso dos relatórios GRI na gestão hospitalar	**Quant.**	**%**

Tabela 18 - Resumo das informações institucionais e pessoais colhidas pelo questionário (conclusão)

Já trabalhou diretamente na elaboração dos relatórios GRI	**18**	35%
Não participou diretamente, mas acompanhou a elaboração dos relatórios GRI	**12**	24%
Não trabalhou diretamente e nem acompanhou, mas tem conhecimento geral sobre o que são os relatórios GRI	**13**	25%
Possui somente uma ideia muito vaga sobre os relatórios GRI	**6**	12%
Não conhece e/ou nunca teve acesso às informações sobre Relatórios GRI	**2**	4%

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à primeira parte do questionário, destinada à coleta de informações institucionais e pessoais, para um total de 51 respostas, foram obtidos os seguintes resultados:

a) Quanto à área ou ao domínio de formação, foi identificado o percentual de 80% ligado diretamente à área de administração (sendo 53% na área de administração hospitalar e 27% na área de administração de empresas), sendo importante mencionar que mais da metade dos participantes da pesquisa apresenta formação específica para gestão de hospitais;
b) Quanto ao nível de formação, 92% correspondem à formação ao nível de graduação e de bacharelado, e o restante aos níveis de licenciatura e de mestrado, importante mencionar que a formação mínima exigida para a gestão de hospitais atende aos requisitos estabelecidos pelos hospitais;
c) Quanto à faixa etária dos gestores que atuam nos hospitais, 72% estão compreendidos entre a faixa etária de 31 a 50 anos, bem como 90% dos participantes da pesquisa possuem experiência ou trabalho nos hospitais acima de 07 anos de gestão, sendo demonstrado um perfil de maior maturidade profissional;
d) Quanto ao gênero ou ao sexo, pode ser identificado um percentual de 78% para o sexo masculino e 22% para o sexo feminino;
e) Quanto ao tipo de hospitais em que os gestores atua, 88% equivale à área pública e 12% equivale à área particular;
f) Quanto ao local de atuação profissional, 31% correspondem à região norte, 10% correspondem à região nordeste, 04% correspondem à região centro-oeste, 49% correspondem à região sudeste e 06% corresponde à região sul;

g) Quanto ao hospital em que o gestor atua, 67% não elabora os relatórios GRI, mas, em contrapartida, 59% dos participantes teve uma relação direta ou indireta (já trabalhou diretamente na elaboração dos relatórios GRI ou não participou diretamente, mas acompanhou a elaboração dos relatórios GRI), 37% declararam possuir conhecimento ou uma ideia vaga sobre os relatórios GRI e somente 04 declararam que não tiveram conhecimento e/ou nunca tiveram acesso às informações sobre relatórios GRI.

Tabela 19 - Resumo das opiniões sobre os relatórios GRI colhidas pelo questionário (continua)

1) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI para apoio à gestão sustentável dos hospitais?	Nível	Quant.	%
	0	1	2%
	1	0	0%
	2	1	2%
	3	1	2%
	4	28	55%
	5	20	39%
2) Como você avalia a relevância da utilização dos relatórios GRI em conformidade com as diretrizes do hospital?	Nível	Quant.	%
	0	1	2%
	1	0	0%
	2	2	4%
	3	6	12%
	4	25	49%
	5	17	33%
3) Como você avalia a relevância da utilização dos relatórios GRI para melhoria de desempenho hospitalar?	Nível	Quant.	%
	0	1	2%
	1	1	2%
	2	0	0%
	3	8	16%
	4	22	43%
	5	19	37%
4) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI para a geração de produtos e/ou serviços hospitalares mais sustentáveis?	Nível	Quant.	%
	0	1	2%
	1	0	0%
	2	0	0%
	3	4	8%
	4	22	43%
	5	23	45%
5) Como você avalia a relevância da utilização dos relatórios GRI para a geração de mudanças nos hábitos profissionais do pessoal de saúde?	Nível	Quant.	%
	0	1	2%
	1	0	0%
	2	2	4%
	3	4	8%
	4	26	51%
	5	18	35%

Tabela 20 - Resumo das opiniões sobre os relatórios GRI colhidas pelo questionário (continuação)

6) Como você avalia a relevância da utilização dos relatórios GRI no desenvolvimento profissional dos gestores hospitalares?	Nível	Quant.	%
	0	1	2%
	1	0	0%
	2	0	0%
	3	7	14%
	4	25	49%
	5	18	35%
7) Como você avalia a relevância da utilização dos relatórios GRI no desenvolvimento profissional dos demais funcionários do hospital?	Nível	Quant.	%
	0	2	4%
	1	0	0%
	2	3	6%
	3	9	18%
	4	26	51%
	5	10	20%
8) Como você avalia a relevância dos resultados dos relatórios GRI na tomada de decisões futuras em termos de gestão hospitalar?	Nível	Quant.	%
	0	1	2%
	1	0	0%
	2	1	2%
	3	7	14%
	4	24	47%
	5	18	35%
9) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI no processo de prestação de contas?	Nível	Quant.	%
	0	1	2%
	1	0	0%
	2	2	4%
	3	10	20%
	4	22	43%
	5	16	31%
10) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI na promoção de transparência do processo de gestão hospitalar?	Nível	Quant.	%
	0	1	2%
	1	0	0%
	2	1	2%
	3	4	8%
	4	25	49%
	5	20	39%
11) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI para a melhoria da imagem dos hospitais?	Nível	Quant.	%
	0	1	2%
	1	0	0%
	2	1	2%
	3	3	6%
	4	17	33%
	5	29	57%

Tabela 21 - Resumo das opiniões sobre os relatórios GRI colhidas pelo questionário (conclusão)

12) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI na avaliação dos impactos gerais das atividades hospitalares?	Nível	Quant.	%
	0	1	2%
	1	0	0%
	2	0	0%
	3	10	20%
	4	27	53%
	5	13	25%
13) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI no planejamento das ações hospitalares?	Nível	Quant.	%
	0	1	2%
	1	0	0%
	2	2	4%
	3	10	20%
	4	23	45%
	5	15	29%
14) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI para os órgãos e as políticas de saúde (municipal e/ou estadual e/ou federal)?	Nível	Quant.	%
	0	1	2%
	1	1	2%
	2	4	8%
	3	9	18%
	4	16	31%
	5	19	37%

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à segunda parte do questionário, destinada à coleta de opiniões sobre os relatórios GRI, para um total de 51 respostas, foram obtidos os seguintes resultados:

a) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância dos relatórios GRI para apoio à gestão sustentável dos hospitais, de certa forma, em geral, 94% considera como máxima ou de muita relevância;
b) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância da utilização dos relatórios GRI em conformidade com as diretrizes do hospital, de certa forma, em geral, 82% considera como máxima ou de muita relevância;
c) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância da utilização dos relatórios GRI para melhoria do desempenho hospitalar, de certa forma, em geral, 80% considera como máxima ou de muita relevância;
d) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância dos relatórios GRI para a geração de produtos e/ou serviços hospitalares mais sustentáveis, de certa forma, em geral, 87% considera como máxima ou de muita relevância;

e) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância da utilização dos relatórios GRI para a geração de mudanças nos hábitos profissionais do pessoal de saúde, de certa forma, em geral, 86% considera como máxima ou de muita relevância;
f) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância da utilização dos relatórios GRI no desenvolvimento profissional dos gestores hospitalares, de certa forma, em geral, 84% considera como máxima ou de muita relevância;
g) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância da utilização dos relatórios GRI no desenvolvimento profissional dos demais funcionários do hospital, de certa forma, em geral, 71% considera como máxima ou de muita relevância;
h) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância dos resultados dos relatórios GRI na tomada de decisões futuras em termos de gestão hospitalar, de certa forma, em geral, 82% considera como máxima ou de muita relevância;
i) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância dos relatórios GRI no processo de prestação de contas, de certa forma, em geral, 74% considera como máxima ou muita relevância;
j) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância dos relatórios GRI na promoção de transparência do processo de gestão hospitalar, de certa forma, em geral, 88% considera como máxima ou de muita relevância;
k) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância dos relatórios GRI para a melhoria da imagem dos hospitais, de certa forma, em geral, 90% considera como máxima ou de muita relevância;
l) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância dos relatórios GRI na avaliação dos impactos gerais das atividades hospitalares, de certa forma, em geral, 78% considera como máxima ou de muita relevância;
m) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância dos relatórios GRI no planejamento das ações hospitalares, de certa forma, em geral, 74% considera como máxima ou de muita relevância;
n) Quanto à opinião dos gestores em referência à relevância dos relatórios GRI para os órgãos e as políticas de saúde (municipal e/ou estadual e/ou federal), de certa forma, em geral, 68% considera como máxima ou de muita relevância;

o) Em geral, foi percebida a média acima de 81% das respostas que consideram como máxima ou de muita relevância pela aplicabilidade e importância dos relatórios GRI.

No que se refere às respostas subjetivas complementares, de acordo com Gil (2002), as respostas obtidas a partir de um processo de coleta de dados são sempre bastante variáveis, de modo que, para que possam ser devidamente analisadas, torna-se necessário organizá-las por meio de seu agrupamento em determinado número de categorias.

Assim, foi realizada a análise de todos os itens apresentados nas respostas das questões 15 a 18, sendo agrupados em categorias de acordo com a especificidade de cada questão ora mencionada.

Quanto à questão 15, que solicita, de forma complementar, observações que os participantes da pesquisa julguem pertinentes, seguem as considerações:

a) Em relação a esta questão, para complemento das informações, as respostas dos participantes da pesquisa foram analisadas individualmente, onde se identificou um total de 51 respostas, sendo que deste total 29 não apresentaram comentários ou não responderam, correspondendo, assim, a 57% das respostas;
b) Do total das respostas, com a exclusão daqueles que não apresentaram comentários ou não responderam ao complemento de informações, e também do percentual de 4% que informaram que não tinham conhecimento suficiente para contribuir para o complemento das informações, obteve-se um percentual de 39% que contribuíram, de forma complementar, com informações pertinentes a esta questão;
c) Das respostas que contribuíram, de forma complementar, com informações pertinentes a esta questão, foi adotada uma sistemática de categorização das respostas, tendo em vista a necessidade, a partir da consolidação de informações, de um processo de seleção e de gerenciamento das respostas abertas;
d) Assim, foram estruturadas as respostas obtidas em 06 categorias, a partir da análise sobre os relatórios GRI, quais sejam: processo de gestão; processo de cultura e conscientização; processo de engajamentos; processo de divulgação; processo de sustentabilidade; e, processo de transparência:

- o processo de gestão está relacionado à contribuição dos relatórios GRI para a melhoria da gestão dos hospitais, a partir da participação, em conjunto, com a direção do hospital;
- o processo de cultura e de conscientização está relacionado com a mudança comportamental e, posteriormente, cultural da organização, promovida pela conscientização das pessoas sobre a importância dos relatórios GRI para os hospitais;
- o processo de engajamento está relacionado com a necessidade de promover um direcionamento estratégico de geração de informações a partir dos relatórios GRI, com o intuito de atender às partes interessadas, ou seja, governo e sociedade;
- o processo de divulgação está relacionado com a necessidade de melhor divulgação das informações sobre os relatórios GRI, com o propósito de gerar maior amplitude e conhecimento para todos os interessados;
- o processo de sustentabilidade está voltado à contribuição dos relatórios GRI na disseminação do aspecto da sustentabilidade dos hospitais e sua efetiva participação na estratégia do hospital;
- o processo de transparência está direcionado à divulgação das ações e das atividades do hospital, por meio dos relatórios GRI, favorecendo a disseminação de informações para a sociedade e a consequente contribuição dos interessados na gestão dos hospitais;

e) Das informações consolidadas por categoria foram obtidos os seguintes resultados: 60% voltado ao processo de gestão; 10% voltado ao processo de cultura e conscientização; 5% voltado ao processo de engajamento; 15% voltado ao processo de divulgação; 5% voltado ao processo de sustentabilidade; e, 5% voltado ao processo de transparência.

Quanto à questão 16, que solicita aos participantes da pesquisa que indiquem quais são as três maiores potencialidades dos relatórios GRI, seguem as considerações:

a) Em relação a esta questão, para identificação das três maiores potencialidades dos relatórios GRI, as respostas dos participantes da pesquisa foram analisadas individualmente, onde se identificou um total de 51 respostas para um total de 153 itens, sendo que, deste total, 130 itens apresentaram a indicação para cada potencialidade e 23 itens corresponderam a respostas com indicação menor do

que três potencialidades e outros sem indicação. Desta forma, foi identificado o percentual de 84,96% do total dos itens previstos;

b) Das respostas que contribuíram com a identificação das três maiores potencialidades dos relatórios GRI, pertinentes a esta questão, foi adotada uma sistemática de categorização das respostas, tendo em vista a necessidade, a partir da consolidação de informações, de um processo de seleção e de gerenciamento das respostas abertas;

c) Assim, foram estruturadas as respostas obtidas em 07 categorias, a partir da análise sobre os relatórios GRI, sendo elas: gestão estratégica; transparência; sustentabilidade; imagem institucional; mudança cultural e comportamental; *benchmarking*; e, responsabilidade social:

- a gestão estratégica está relacionada à contribuição dos relatórios GRI para a melhoria da gestão dos hospitais, melhoria e interação de processos, disseminação da política institucional, avaliação de riscos e oportunidades do negócio, organização e planejamento das ações e atividades;

- a transparência está relacionada com a necessidade de promover um direcionamento estratégico de geração de informações a partir dos relatórios GRI, com o intuito de atender às partes interessadas, ou seja, governo e sociedade. Outra questão refere-se à necessidade de melhor divulgação das informações sobre os relatórios GRI, com o propósito de gerar maior amplitude e conhecimento para todos os interessados;

- a sustentabilidade está relacionada com a afirmação do tripé (econômico, ambiental e social), bem como com a disseminação da cultura de conscientização da realização de ações e atitudes compatíveis entre desenvolvimento sustentável e meio ambiente;

- a imagem institucional está relacionada às ações de afirmação da imagem do hospital, à credibilidade e às ações de *marketing,* para viabilizar um fortalecimento da reputação do hospital frente à sociedade;

- a mudança de cultura está relacionada com a promoção da conscientização das pessoas pela importância dos relatórios GRI para os hospitais e com a utilização das ações em prol de melhorias no aspecto comportamental e na criação de novos valores profissionais;

- o *benchmarking* está relacionado com a troca de experiências entre as entidades, para melhoria de gestão, cultura, afirmação da imagem e transparência social;

- a responsabilidade social está relacionada com o compromisso das empresas em contribuir para o desenvolvimento econômico sustentável, trabalhando seus funcionários e suas famílias, a comunidade local e a sociedade, para melhorar sua qualidade de vida;

d) Das informações consolidadas por categoria, foram obtidos os seguintes resultados: 42% está voltado à gestão estratégica; 22% está voltado à sustentabilidade; 17% está voltada à transparência; 12% está voltada para a imagem institucional e o restante (8%) voltados para a responsabilidade social, o *benchmarking* e a mudança de cultura.

Quanto à questão 17, que solicita aos participantes da pesquisa para identificarem as três maiores limitações dos relatórios GRI, seguem as considerações:

a) Em relação a esta questão, para identificação das três maiores limitações dos relatórios GRI, as respostas dos participantes da pesquisa foram analisadas individualmente, onde se identificou um total de 51 respostas para um total de 153 itens, sendo que, deste total, 131 itens apresentaram a indicação para cada limitação e 10 itens corresponderam a respostas com indicação menor do que três limitações e outros 12 não realizaram nenhuma indicação. Desta forma, foi identificado o percentual de 92,15% do total dos itens previstos;

b) Das respostas que contribuíram com a identificação das três maiores limitações dos relatórios GRI, pertinentes a esta questão, foi adotada uma sistemática de categorização das respostas, tendo em vista a necessidade, a partir da consolidação de informações, de um processo de seleção e de gerenciamento das respostas abertas;

c) Assim, foram estruturadas as respostas obtidas em 06 categorias, a partir da análise dos relatórios GRI: envolvimento profissional; resultado; divulgação; custo; conhecimento; e, adesão:

- o envolvimento está relacionado com a falta de participação e de envolvimento dos profissionais na contribuição dos relatórios GRI para a melhoria da gestão dos hospitais;

- o resultado está relacionado com a indicação de que os dados apresentados são superficiais e não demonstram, de forma efetiva, a sustentabilidade a partir da elaboração dos relatórios GRI;

- a divulgação está relacionada com a falta de uma sistemática de divulgação mais consistente, que realmente possa atingir diversos níveis sociais;

- o custo está relacionado com as dificuldades de elaboração e de uso dos relatórios GRI, baseadas em uma certificação com um custo elevado;

- o conhecimento está relacionado com a falta de conhecimento dos profissionais que atuam no hospital sobre os relatórios GRI, o que dificulta a disseminação de informações;

- a adesão está relacionada à falta ou reduzidos mecanismos ou ferramentas que estimulem a adesão, a elaboração e o uso dos relatórios GRI;

d) Das informações consolidadas por categoria, foram obtidos os seguintes resultados: 28% está voltado ao envolvimento; 23% está voltado ao custo; 22% está voltado à divulgação; 13% está voltado ao conhecimento, 10% está voltado à adesão; e, 04% está voltado ao resultado.

Quanto à questão 18, que solicita aos participantes da pesquisa que indiquem sugestões para otimizar o uso dos relatórios GRI na gestão hospitalar, seguem as considerações:

a) Em relação a esta questão, para indicação de sugestões para otimizar o uso dos relatórios GRI na gestão hospitalar, as respostas dos participantes da pesquisa foram analisadas individualmente, onde se identificou um total de 51 respostas para um total de 59 itens, sendo que, deste total, 11 itens não apresentaram indicação ou demais sugestões;

b) Das respostas que contribuíram com a indicação de sugestões para otimizar o uso dos relatórios GRI na gestão hospitalar, foi adotada uma sistemática de categorização das respostas, tendo em vista a necessidade, a partir da consolidação de informações, de um processo de seleção e de gerenciamento das respostas abertas;

c) Assim, foram estruturadas as respostas obtidas em 05 categorias, a partir da análise dos relatórios GRI, quais sejam: incentivo e prática; divulgação; comparabilidade; planejamento e gestão; e, reconhecimento:

- o incentivo e a prática estão relacionados com a necessidade de instituir mecanismos de incentivo, a serem adotados para que possibilite um maior incentivo para a adoção dos relatórios GRI;
- a divulgação está relacionada com a necessidade de promover uma melhoria no processo de divulgação dos relatórios GRI com o intuito de atender às partes interessadas;
- a comparabilidade está relacionada com a necessidade de promover uma sistemática de comparação dos dados dos relatórios GRI com outros relatórios, visando à integração entre as informações;
- o planejamento e a gestão estão relacionados à contribuição dos relatórios GRI para a melhoria da gestão dos hospitais, melhoria e interação de processos, disseminação da política institucional, avaliação de riscos e oportunidades do negócio, organização e planejamento das ações e atividades;
- o reconhecimento está relacionado com a necessidade de instituir um maior reconhecimento profissional e empresarial para aqueles que utilizam os relatórios GRI;

d) Das informações consolidadas por categoria, foram obtidos os seguintes resultados: 40% está voltado ao planejamento e à gestão; 35% está voltado à divulgação; 13% está voltado ao reconhecimento; 8% está voltado para a comparabilidade e 5% está voltado para incentivo e prática.

Em relação aos dados resultantes das entrevistas realizadas, seguem as considerações:

No caso da questão 01, onde foi solicitado, ao entrevistado, qual seria o entendimento sobre o desenvolvimento sustentável e também se o modelo atual de desenvolvimento é sustentável, as respostas obtidas foram estruturadas em 05 categorias e/ou dimensões, a partir de perspectivas e/ou definições mais comuns de desenvolvimento sustentável (DS), conforme Quadro 14:

a) Entendimento mais frequentemente adaptado, proveniente do Relatório *Brundtland*, de natureza egoísta e centrado no ser humano (antropomórfico) e que define DS como sendo aquele que permite satisfazer as necessidades humanas de hoje sem comprometer as necessidades das gerações futuras;
b) Entendimento igualmente muito frequente, que define o DS como o equilíbrio de três pilares, social, econômico e ambiental, que preconiza aumento eficiente da produção, equilibrada ao consumo, em uma economia crescente de recursos

naturais, ao mesmo tempo em que incorpora o aspecto da justiça social, onde supõe que todos os cidadãos tenham o mínimo necessário para uma vida digna e que ninguém absorva bens, recursos naturais e energéticos que sejam prejudiciais a outros. A estas premissas incorpora-se o aspecto ambiental, onde o modelo de produção e de consumo seja compatível com a base material em que se baliza a economia, como subsistema do meio natural;

c) Entendimento mais restritivo do que o anterior, que se apóia essencialmente em um contrabalanço entre as dimensões econômica e ambiental.

Quadro 26 - Dimensões sobre desenvolvimento sustentável (continua)

Perspectivas/Definições	Base conceitual da categoria	Respostas
Conceito antropomórfico do DS	Entendimento mais frequentemente adaptado, proveniente do Relatório Brundtland, de natureza egoísta e centrado no ser humano (antropomórfico) e que define DS como sendo aquele que permite satisfazer as necessidades humanas de hoje sem comprometer as necessidades das gerações futuras.	Entrevistado C: entendo que o desenvolvimento sustentável seja o desenvolvimento capaz de suprir as necessidades das pessoas na atualidade, sem comprometer a capacidade de atender as necessidades das futuras gerações. Entrevistado E: entendo que o desenvolvimento sustentável significa a obtenção da necessidade de um crescimento econômico, garantindo a preservação do meio ambiente para o presente e futuro.
Conceito de equilíbrio social, econômico e ambiental do DS	Entendimento igualmente muito frequente, que define o DS como o equilíbrio de três pilares, social, econômico e ambiental, que preconiza aumento eficiente da produção, equilibrada ao consumo em uma economia crescente de recursos naturais, ao mesmo tempo em que incorpora o aspecto da justiça social, onde supõe que todos os cidadãos tenham o mínimo necessário para uma vida	Entrevistado F: a definição de desenvolvimento sustentável está relacionada com uma harmonia entre o desenvolvimento econômico e a preservação do meio ambiente, bem como uma justiça social com qualidade de vida e o uso racional dos recursos. Entrevistado G: acredito que o

	digna e que ninguém absorva bens, recursos naturais e energéticos que sejam prejudiciais a outros. A estas premissas, incorpora-se o aspecto ambiental, onde o modelo de produção e de consumo seja compatível com a base material em que se baliza a economia, como subsistema do meio natural.	desenvolvimento sustentável compõe a busca de preservação do meio ambiente, de modo a garantir um futuro melhor para as próximas gerações, alinhado a um desenvolvimento econômico com justiça social, melhoria da qualidade de vida e redução das desigualdades.
Conceito baseado nas dimensões econômica e ambiental do DS	Entendimento mais restritivo do que o anterior, que se apóia essencialmente em um contrabalanço entre as dimensões econômica e ambiental.	Entrevistado A: acredito que o desenvolvimento sustentável considera o equilíbrio entre desenvolvimento econômico/social com o meio ambiente, de forma regular e consciente no uso dos recursos. O modelo de desenvolvimento atual não é sustentável, pois existe o fator econômico e capitalista. Entrevistado B: o desenvolvimento sustentável está vinculado com a proposta de alinhar o desenvolvimento econômico e um meio ambiente que possibilite o uso de recursos de forma consciente e sustentável. Entrevistado D: o desenvolvimento sustentável corresponde à forma de utilizar os recursos naturais conciliando crescimento econômico e preservação da natureza. Entrevistado H: desenvolvimento sustentável significa trabalhar a igualdade

		de gêneros, promover uma perspectiva econômica financeira alinhada às ações de menor impacto ao meio ambiente, avaliar a questão social (responsabilidade por produto).

Fonte: dados da pesquisa.

1) A dimensão e/ou categoria econômico-social/ambiental pressupõe o aumento eficiente da produção, equilibrada ao consumo, em uma economia crescente de recursos naturais, ao mesmo tempo em que incorpora o aspecto da justiça social, onde supõe que todos os cidadãos tenham o mínimo necessário para uma vida digna e que ninguém absorva bens, recursos naturais e energéticos que sejam prejudiciais a outros. A estas premissas, incorpora-se o aspecto ambiental, onde o modelo de produção e de consumo seja compatível com a base material em que se baliza a economia, como subsistema do meio natural.

2) A dimensão e/ou categoria econômica *versus* ambiental incorpora a contradição do aumento eficiente da produção, equilibrada ao consumo, em uma economia crescente de recursos naturais, bem como a premissa do consumo compatível com a base material em que se baliza a economia, como subsistema do meio natural.

3) A dimensão e/ou categoria transregional está vinculada às premissas do Relatório *Brundtland*, que enfatiza o conceito dos três pilares do desenvolvimento sustentável: desenvolvimento econômico, equidade social e proteção ambiental. Neste relatório foi consagrada a expressão desenvolvimento sustentável: “é aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem a suas próprias necessidades”.

4) A dimensão e/ou categoria econômico, ambiental e transregional, apresenta os aspectos supracitados nas perspectivas econômica e ambiental, ao mesmo tempo que incorpora a concepção transregional, vinculada ao Relatório *Brundtland*, cujo o qual enfatiza o conceito dos três pilares do desenvolvimento sustentável: desenvolvimento econômico, equidade social e proteção ambiental. Neste relatório foi consagrada a expressão desenvolvimento sustentável: “é aquele

que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem a suas próprias necessidades".

5) A dimensão e/ou categoria econômica/social/ambiental/transregional incorpora e sistematiza todos os conceitos anteriores apresentados.

Como resultado, foi verificado que um dos entrevistados enfatizou a dimensão econômico-social/ambiental como um desenvolvimento sustentável que busca um equilíbrio com o meio ambiente, com o uso consciente e regular dos recursos, bem como da questão de justiça social e busca da melhoria na qualidade de vida. Em outro ponto, dois dos entrevistados relativizaram o conceito baseado no escopo transregional das premissas do Relatório *Brundtland*, salientando o desenvolvimento como aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem a suas próprias necessidades. Em outro ponto, três dos entrevistados incorporam a dimensão econômica *versus* ambiental, com premissa de desenvolvimento e de preservação do meio ambiente e da natureza. Em outro ponto, um dos entrevistados sistematiza todas as dimensões apresentadas nos aspectos econômico, ambiental, social e transregional. E, por fim, um dos entrevistados enfatizou a dimensão econômico-social *versus* ambiental. Nesta mesma questão, foi solicitado também qual seria o entendimento sobre se o modelo atual de desenvolvimento é sustentável, sendo que todos os entrevistados consideraram que o modelo atual de desenvolvimento não é sustentável pelo fato de existir uma ordem econômica capitalista que gera uma apropriação dos recursos de forma excludente e com desigualdades sociais muito explícitas.

No caso da questão 2, onde foi solicitado, ao entrevistado, qual seria o entendimento sobre a sustentabilidade hospitalar (SH), as respostas dos participantes foram analisadas individualmente. Foi adotada uma sistemática de categorização das respostas, tendo em vista a necessidade, a partir da consolidação de informações, para um processo de seleção e de gerenciamento das respostas. As respostas obtidas foram estruturadas em 03 categorias, a partir de perspectivas correlacionadas à SH: infraestrutura hospitalar/governança corporativa; governança corporativa; e, sustentabilidade econômica/social/ ambiental.

Quadro 27 - Dimensões sobre sustentabilidade hospitalar (continua)

Perspectivas/Definições	Base conceitual da categoria	Respostas
Conceito de infraestrutura/ governança corporativa à SH	Pressupõe a caracterização da necessidade de uma estrutura física, tecnológica e operacional que garanta recursos suficientes para a geração de uma sustentabilidade da instituição.	Entrevistado A: uma instituição hospitalar na busca de uma atuação sustentável, não é apenas a infraestrutura, mas, também, a conscientização de lideranças e equipes de que o engajamento é necessário e destacar a importância de mudar hábitos em torno de ações em prol do meio ambiente.
Conceito de governança corporativa à SH	Delineada pela ação sistêmica de controle dos processos e de práticas organizacionais alinhadas a uma gestão com enfoque na liderança.	Entrevistado C: a sustentabilidade hospitalar envolve uma revisão das práticas organizacionais, pois significa o repensar dos valores e da missão da empresa, levando-a a uma conduta mais em prol de dimensões ecológica (qualidade ambiental), social (equidade) e econômica. Entrevistado D: sustentabilidade hospitalar constitui um conjunto de ações de melhoria dos processos assistenciais para segurança do paciente com uma utilização regular dos recursos empregados na gestão do hospital, tendo como um ponto focal a sua responsabilidade das ações de impacto no meio ambiente. Entrevistado E: a

		sustentabilidade hospitalar está voltada a atuar de uma forma responsável com ações que busquem o equilíbrio na gestão, com a garantia de qualidade de vida melhor, respeitar e valorizar as pessoas e não agredir o maior ambiente.
Conceito das dimensões econômica, social e ambiental à SH	Relacionada com a dimensão da sustentabilidade nos aspectos de análise do desenvolvimento econômico, equidade social e proteção ambiental.	Entrevistado B: entendo que a sustentabilidade na área da saúde ainda é um conceito novo e pouco discutido, em contrapartida quando se fala em sustentabilidade hospitalar deve ser alinhando e analisado nos aspectos que norteiam a sustentabilidade: ambiental, econômico e social. Entrevistado F: entendo que a sustentabilidade hospitalar deve ser moldada em ações comprometidas em diversos níveis. Quando o atendimento aos pacientes é feito ao custo de impactos sociais, ambientais e econômicos, transformam essas instituições dedicadas ao bem-estar das pessoas em agentes poluidores, criando condições que favorecem a propagação de doenças e aumentando os custos da saúde. Entrevistado G: entendo que

		a sustentabilidade hospitalar constitui um modelo de gestão cada vez mais voltado como ferramentas para auxiliar as organizações no gerenciamento dos impactos ambientais causados por suas atividades, principalmente aquelas que oferecem riscos ao meio ambiente. Entrevistado H: sustentabilidade hospitalar é garantir um atendimento de excelência ao paciente. Proporcionar atitudes de respeito à comunidade local, etc. Não podemos causar dano ambiental, social e econômico.

Fonte: dados da pesquisa.

1) A perspectiva de infraestrutura hospitalar/governança corporativa pressupõe a caracterização da necessidade de uma estrutura física, tecnológica e operacional, que garanta os recursos suficientes para a geração de uma sustentabilidade da instituição, bem como de que o aspecto da governança corporativa, delineada pela ação sistêmica de controle dos processos e de práticas organizacionais, alinhada a uma gestão com enfoque na liderança.

2) A perspectiva de governança corporativa está delineada pela ação sistêmica de controle dos processos e de práticas organizacionais, alinhada a uma gestão com enfoque na liderança.

3) A perspectiva de sustentabilidade econômica/social/ambiental está relacionada com a dimensão da sustentabilidade nos aspectos de análise do desenvolvimento econômico, equidade social e proteção ambiental.

Como resultado, foi verificado que um dos entrevistados salientou a questão de que não seria somente a estrutura física para a garantia de uma sustentabilidade,

mas também o fato de alinhar ao conceito da governança corporativa nas práticas organizacionais. Em outro ponto, um dos entrevistados caracterizou o aspecto de uma conceituação nova do termo sustentabilidade hospitalar, correlacionado a dimensão da sustentabilidade nas dimensões econômica, social e ambiental. Em outro ponto, seis dos entrevistados destacaram a perspectiva da governança corporativa como uma nova forma de repensar as práticas organizacionais, os valores e a missão do hospital, o respeito ao meio ambiente, levando à adoção de condutas em prol das dimensões de garantia da qualidade ambiental, social e econômica. Deste grupo correlacionado à governança corporativa, cinco dos entrevistados enfatizaram a sustentabilidade hospitalar como um conceito voltado a um conjunto de ações de melhoria em torno dos processos assistenciais para a segurança do paciente com a utilização regular, responsável e consciente, dos recursos para não agressão ao meio ambiente.

No caso da questão 3, onde foi solicitado, ao entrevistado, qual seria a experiência no uso dos relatórios GRI, com foco nos pontos positivos e negativos, as respostas dos participantes foram analisadas individualmente. Foi adotada uma sistemática de categorização das respostas, tendo em vista a necessidade, a partir da consolidação de informações, para um processo de seleção e de gerenciamento das respostas. As respostas obtidas foram estruturadas em 03 categorias, a partir de perspectivas correlacionadas ao uso dos relatórios GRI: estrutura dos indicadores; gestão corporativa; e, recursos humanos.

Quadro 28 - Dimensões sobre relatórios GRI (continua)

Perspectivas/Definições	**Base conceitual da categoria**	**Respostas**
Conceito de estrutura vinculado aos relatórios GRI	A categoria de estrutura dos indicadores está correlacionada com a padronização dos tipos de indicadores, a sistemática de mapeamento e a formatação dos mesmos, ao processo de coleta e à definição da valoração dos indicadores.	Entrevistado A: os relatórios GRI proporcionam uma experiência para o hospital, no sentido de identificar e relacionar indicadores de suma importância para a gestão como um todo, mas ao mesmo tempo vejo a fragilidade de não ocorrer uma padronização de coleta das informações para a geração destes indicadores. Entrevistado C: o principal ponto positivo seria a capacidade de gerar mudanças

		após a análise dos indicadores. O ponto negativo seria como conseguir uma segurança dos dados coletados, dependemos da ética e compromisso das pessoas. Entrevistado D: ponto positivo seria as novas oportunidades de entendimento sobre as questões sociais, ambientais e econômicas, o que podemos contribuir?; ponto negativo seria a necessidade ainda de alinhar a questão de valor, como valorar estes indicadores e sua representatividade? Entrevistado H: o principal ponto positivo seria um pensar diferente, engajado. Quanto à questão negativa, o que seria a definição de valor, o que está por trás daqueles números. Quanto vale um processo de sustentabilidade? Usar o relatório como ferramenta somente de imagem. Outra questão negativa seria a falta de comprometimento das pessoas em apoiar este processo.
Conceito de gestão corporativa vinculado aos relatórios GRI	A categoria de gestão corporativa está vinculada à identificação de um potencial de novas oportunidades, a partir dos indicadores consolidados para a tomada de decisões, bem como da contribuição dos indicadores para a gestão dos	Entrevistado E: no caso, de ponto positivo seria a possibilidade de identificação de um potencial de novas oportunidades, a partir dos indicadores consolidados para a tomada de decisões. Quanto ao ponto negativo, seria usar os relatórios como um negócio somente de imagem e ganho social especulativo. Entrevistado F: entendo que seria o ponto mais positivo a questão do aprimoramento das atividades do hospital a partir do mapeamento e análise dos indicadores, para os processos em geral. Como ponto negativo, seria a situação de não ter alguns profissionais conscientes, éticos e

	hospitais, como buscar alternativas de melhoria dos processos, etc.	comprometidos para a geração das informações e tabulação dos dados. Entrevistado G: no caso do ponto positivo, o mais relevante seria uma mudança de conceito e real contribuição dos indicadores para a gestão dos hospitais, como buscar alternativas de melhoria dos processos, etc. Como ponto negativo, poderia ser o caso do custo necessário para publicação.
Conceito de recursos humanos vinculado aos relatórios GRI	A categoria de recursos humanos está voltada à identificação das mudanças de hábitos nas pessoas, geradas a partir do uso dos indicadores.	Entrevistado B: tive a oportunidade de participar na elaboração de pelos menos três relatórios GRI, com participação em reuniões com as partes interessadas, mapeamento de indicadores e formatação final dos documentos. Vejo como questão positiva a identificação e mudança nos hábitos e forma de pensar como é importante a visão que os indicadores proporcionam. Como ponto mais negativo, entendo ser a sistemática de valoração destes indicadores, ou seja, como mensurar, um peso de contribuição real. Sem dificuldades.

Fonte: dados da pesquisa.

1) A categoria de estrutura dos indicadores está correlacionada com a padronização dos tipos de indicadores, a sistemática de mapeamento e a formatação dos mesmos, o processo de coleta e a definição da valoração dos indicadores.

2) A categoria de gestão corporativa está vinculada à identificação de um potencial de novas oportunidades a partir dos indicadores consolidados para a tomada de decisões, bem como da contribuição dos indicadores para a gestão dos hospitais, como buscar alternativas de melhoria dos processos, etc.

3) A categoria de recursos humanos está voltada à identificação das mudanças de hábitos nas pessoas, geradas a partir do uso dos indicadores.

Quanto aos pontos positivos, foi verificado que dois dos entrevistados consideraram a perspectiva de gestão corporativa, os novos entendimentos sobre as

questões sociais/ambientais/econômicas, bem como a possibilidade de geração potencial de novas oportunidades de negócios e tomada de decisões para a melhoria dos processos de trabalho. Em outro item, dois dos entrevistados consideraram, na perspectiva de recursos humanos, o resultado como uma forma de um pensar diferente com a possibilidade de mudanças e hábitos a partir da interpretação dos indicadores. Em outro item, quatro dos entrevistados, na perspectiva de estrutura dos indicadores, consideraram o mapeamento e a análise dos indicadores para o aprimoramento dos processos e da gestão com um todo.

Quanto aos pontos negativos, foi verificado que quatro dos entrevistados, na perspectiva de estrutura dos indicadores, consideraram a dificuldade de garantia dos dados coletados, bem como a necessidade de alinhamento de valor e a representatividade dos indicadores. Em outro item, dois dos entrevistados, na perspectiva de gestão corporativa, apontaram os custos para elaboração e publicação, como também o relato do uso dos relatórios somente como ferramenta de imagem e ganho social especulativo.

No caso da questão 4, onde foi solicitado aos entrevistados para relacionar as principais contribuições dos relatórios GRI para o apoio à gestão sustentável dos hospitais, as respostas dos participantes foram analisadas individualmente. Pôde ser identificada a melhoria na imagem institucional como reconhecimento; a melhoria dos processos a partir do mapeamento dos indicadores; a comparabilidade dos processos e as trocas de experiências; a valorização financeira do negócio; a redução de custos; e, a redução de riscos a partir da mitigação dos potenciais impactos. Quanto ao domínio ou setor da gestão, os relatórios são mais importantes, todos os entrevistados consideraram a área financeira, mas destacaram a importância crescente do setor saúde devido à relação direta com o meio ambiente.

No caso da questão 5, onde foi solicitado ao entrevistado como o mesmo considera se o uso dos relatórios corresponde realmente a uma necessidade da instituição hospitalar, as respostas dos participantes foram analisadas individualmente. Pôde ser identificado, que quatro dos entrevistados consideram como uma pressão social, onde as empresas têm que demonstrar que suas ações estão comprometidas com o meio ambiente. Em outro ponto, quatro dos entrevistados consideraram como obrigação institucional para atendimento aos interesses das partes interessadas e melhoria da imagem.

No caso da questão 6, onde foi solicitado aos entrevistados como os mesmos avaliam a aceitação e a valorização dos relatórios GRI, por parte dos órgãos e/ou autoridades na área da saúde, as respostas dos participantes foram analisadas individualmente. Pôde ser identificado que seis dos entrevistados consideraram a baixa aceitação e a valorização devido à falta de entendimento em identificar qual seria a real contribuição dos relatórios GRI. Em outro ponto, dois dos entrevistados consideraram como boa a avaliação e a aceitação pela contribuição para a imagem do hospital.

No caso da questão 7, onde foram solicitadas, aos entrevistados, que sugestões poderiam aperfeiçoar o uso dos relatórios GRI na gestão hospitalar, as respostas dos participantes foram analisadas individualmente. Pôde ser identificado que seis dos entrevistados consideraram a necessidade de implementação de uma sistemática mais efetiva para a divulgação dos resultados e de discussões com grupos de estudos. Em outro ponto, um dos entrevistados considerou a necessidade de revisão dos custos de publicação. Em outro ponto, um dos entrevistados considerou a necessidade de criação de uma sistemática de valor e importância dos grupos/categorias.

No caso da questão 08, onde foi solicitado aos entrevistados para acrescentar outras informações acerca do uso dos relatórios GRI na gestão hospitalar, as respostas dos participantes foram analisadas individualmente. Pôde ser identificado que dois dos entrevistados consideraram que o uso dos relatórios GRI proporciona uma forma de pensar diferente, e não constitui uma moda ou processo especulativo de imagem do hospital. Em outro ponto, quatro dos entrevistados consideraram que os relatórios podem contribuir para as autoridades, na medida em que podem auxiliar os gestores na forma de mensurar o progresso rumo ao desenvolvimento sustentável. Em outro ponto, dois dos entrevistados consideraram a exigência das partes interessadas, cada vez mais, por informações sobre o desempenho sustentável dos hospitais, destacando como um setor estratégico, diretamente relacionado à qualidade de vida, ao consumo e à geração de receitas.

Com relação ao uso dos relatórios GRI na gestão hospitalar, sobretudo ao destacar os subsídios para a tomada de decisão, a percepção externalizada pelos entrevistados vai ao encontro o que previam Siche et al. (2007, p. 146) quando afirmaram que "tanto índices como indicadores de sustentabilidade já são vistos

como padrões utilizados nas decisões políticas, estratégicas e empresariais dos países, sob a premissa ambiental."

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa buscou avaliar o uso dos relatórios de sustentabilidade GRI na gestão hospitalar por três hospitais de uma empresa do segmento da área da saúde, correlacionando às informações com vistas à identificação das diferenças e das semelhanças na estrutura dos relatórios GRI, as suas potencialidades e deficiências para a gestão hospitalar, os seus impactos positivos e negativos gerados para os hospitais, bem como propor alternativas de otimização destes relatórios.

Em relação à revisão teórica temática foi contemplada uma base de conceitos e de abordagens vinculados à questão do desenvolvimento correlacionado à saúde e à dinâmica ambiental sustentável; a caracterização das formas de análise e de mensuração da sustentabilidade, notadamente, dos relatórios de sustentabilidade GRI, que constituem dentre as principais ferramentas de avaliação e de divulgação de desempenho social, ambiental e econômico das organizações; e, por fim, o escopo da sustentabilidade diante do modelo de desenvolvimento sustentável. A partir da análise dos conceitos e das abordagens correlacionados ao tema de estudo, puderam ser evidenciados os seguintes pontos:

a) O desenvolvimento constitui um processo complexo, dinâmico e constante, que denota grandes mudanças e transformações de ordem econômica, política e, principalmente, humana e social;
b) O desenvolvimento está estritamente relacionado com a necessidade de produzir e de distribuir os bens e os serviços necessários para a satisfação das necessidades individuais e coletivas do ser humano e, de certa forma, com uma relação muito estreita com o meio ambiente e a saúde das pessoas;
c) As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e de populações;
d) A importância de se qualificar o crescimento e o desenvolvimento com a necessidade de preservar o meio ambiente, processo esse entendido como desenvolvimento sustentável;
e) As relações contínuas e crescentes entre as organizações, mercados e pessoas, estão condicionadas às transformações de ordem econômica, política, social e ambiental;

f) As organizações de saúde formam uma complexa rede, cuja constituição inclui atributos de população e de território, estrutura logística e modelos assistenciais e de gestão;
g) A responsabilidade social engloba os compromissos da atividade empresarial em toda a sua cadeia produtiva, interagindo com os indivíduos ou grupos para alcance de suas metas e interação com o meio ambiente;
h) A divulgação de informações, por meio de relatórios de sustentabilidade GRI, pode ser considerada como uma das formas de demonstração da responsabilidade social dos hospitais;
i) Os relatórios GRI constituem uma ferramenta de divulgação de ações, dentre as mais utilizadas atualmente, tendo, como base, indicadores voltados à avaliação e à divulgação de desempenho social, ambiental e econômico das organizações.

Em relação ao processo de avaliação do aspecto da sustentabilidade a partir da mensuração dos indicadores constantes nos relatórios GRI dos hospitais em estudo, foi analisado o quantitativo de indicadores segmentado nas áreas de desempenho econômico, ambiental, práticas trabalhistas, direitos humanos, social referente à sociedade e, por fim, de responsabilidade pelo produto. Face ainda a essa perspectiva, foi avaliado também o caráter de especificidade da natureza dos indicadores, dentre indicadores essenciais e adicionais. A partir desta análise, puderam ser evidenciados os seguintes pontos:

a) A padronização dos tipos e das categorias de indicadores de sustentabilidade dos relatórios GRI depende, de forma significativa, da intenção institucional de cada hospital frente as suas necessidades de transparência junto às partes interessadas;
b) Apesar dos hospitais em estudo estarem contemplados dentro de uma mesma organização do segmento da área da saúde, devido à especificidade de atividades e de ações de cada hospital, pôde ser evidenciada a divergência do tipo e das categorias de indicadores disponibilizados por meio dos relatórios GRI;
c) Nos hospitais em estudo, quando do processo de elaboração dos relatórios GRI e, de forma particular, na disponibilização dos indicadores nas diversas áreas e categorias, os referidos indicadores, na sua maioria, não foram objeto de evolução e tão somente de manutenção dos mesmos, alinhados ao nível de aplicação dos relatórios GRI;

d) Um importante fator refere-se à representatividade e à importância dos indicadores de desempenho ambiental e de direitos humanos, sendo que nenhum dos hospitais apresentou indicadores adicionais, característica que denota uma sistemática que pode ser caracterizada como um não procedimento de melhoria, justamente em uma área tão expressiva no âmbito dos relatórios de sustentabilidade;
e) Para efeito de identificação do processo sistêmico de maturidade na elaboração dos relatórios de sustentabilidade GRI, foi percebido que nos relatórios dos hospitais “A” e “B”, de 2010 a 2011, apesar de uma reduzida evolução, os relatórios do hospital “C”, de 2011 e 2012, apresentaram uma evolução significativa frente aos outros hospitais.

Diante da necessidade de buscar uma forma complementar de análise dos dados, foi estruturado um questionário de pesquisa, sendo que o mesmo foi submetido a um processo de validação por especialistas da área concorrente ao tema da pesquisa. Posteriormente, ocorreu a aplicação do questionário voltado a identificar a percepção de gestores dos hospitais diante da eventual contribuição dos relatórios GRI para a sustentabilidade hospitalar, evidenciando, nas respostas tabuladas, um percentual médio acima de 81% das respostas que consideram como máxima ou de muita relevância pela aplicabilidade e importância dos relatórios GRI para os hospitais em estudo.

Em contrapartida, das questões “abertas” ou, de certa forma, de entendimento com, consequentemente, a geração de respostas subjetivas, devido à diversidade e à variedade das mesmas, foi necessário a categorização por temas de resposta, como forma de ordenamento e de classificação lógica. Assim, puderam ser evidenciados os seguintes pontos:

a) Quanto às observações complementares que os participantes julgaram pertinentes:

   - a importância da contribuição dos relatórios GRI para a melhoria da gestão dos hospitais a partir de participação em conjunto com a direção do hospital;

   - a necessidade contínua quanto à conscientização das pessoas pela importância dos relatórios GRI para os hospitais;

   - a necessidade de promover um melhor direcionamento estratégico da geração de informações a partir dos relatórios GRI, com o intuito de atender às partes interessadas, ou seja, governo e sociedade;

- a necessidade de melhor divulgação das informações sobre os relatórios GRI, com o propósito de gerar maior amplitude e conhecimento para todos os interessados;

- a identificação da real contribuição dos relatórios GRI na disseminação do aspecto da sustentabilidade dos hospitais e sua efetiva participação na estratégia do hospital;

- a proposta de melhoria do processo de divulgação das ações e das atividades do hospital, por meio dos relatórios GRI, favorecendo a disseminação de informações para a sociedade e a consequente contribuição dos interessados na gestão dos hospitais.

b) Quanto à indicação das três maiores potencialidades dos relatórios GRI, que foram solicitadas aos participantes da pesquisa:

- a contribuição dos relatórios GRI para a melhoria da gestão dos hospitais, quanto à interação de processos, à disseminação da política institucional, à avaliação de riscos e de oportunidades do negócio, à organização e ao planejamento das ações e das atividades;

- a transparência como uma ferramenta de promoção de um direcionamento estratégico de geração de informações a partir dos relatórios GRI, com o intuito de atender às partes interessadas, ou seja, governo e sociedade;

- a sustentabilidade como um processo de afirmação do tripé (econômico, ambiental e social), bem como de disseminação da cultura de conscientização da realização de ações e de atitudes compatíveis entre desenvolvimento sustentável e meio ambiente.

c) Quanto à indicação das três maiores limitações dos relatórios GRI, que foram solicitadas aos participantes da pesquisa:

- a falta de participação e de envolvimento mais efetivo dos profissionais na contribuição dos relatórios GRI para a melhoria da gestão dos hospitais;

- a falta de uma sistemática de divulgação mais consistente dos relatórios GRI, que realmente possa atingir diversos níveis sociais;

- o custo elevado para essa certificação dos relatórios GRI.

d) Quanto à indicação de sugestões para otimizar o uso dos relatórios GRI na gestão hospitalar, que foram solicitadas aos participantes da pesquisa:

- a necessidade de instituir melhores mecanismos de incentivo, a serem adotados para o uso dos relatórios GRI;

- a necessidade de promover uma melhoria no processo de divulgação dos relatórios GRI, com o intuito de atender às partes interessadas;
- a necessidade de promover uma sistemática mais efetiva de comparação dos dados dos relatórios GRI com outros relatórios, visando à integração entre as informações;
- a necessidade de instituir um maior reconhecimento profissional e empresarial para aqueles que utilizam os relatórios GRI.

Outro ponto a ser destacado refere-se às informações complementares obtidas pelas entrevistas realizadas, onde foram evidenciados os seguintes pontos:

a) Os entendimentos diferenciados vinculados aos conceitos do desenvolvimento sustentável, tanto nas dimensões antropomórfica, equilíbrio econômico, social e ambiental e, por fim, com o contrabalanço econômico e ambiental;
b) O modelo atual de desenvolvimento não é sustentável pelo fato da existência de uma ordem econômica capitalista que gera uma apropriação dos recursos de forma excludente e com desigualdades sociais muito explícitas;
c) Das dimensões categorizadas quanto à sustentabilidade hospitalar, os aspectos de governança corporativa, de infraestrutura e de correlação econômica, ambiental e social, foram enfatizados, sendo que a governança corporativa foi apresentada como uma nova forma de repensar as práticas organizacionais, os valores e a missão do hospital, o respeito ao meio ambiente, levando à adoção de condutas em prol das dimensões de garantia da qualidade ambiental, social e econômica;
d) A sustentabilidade hospitalar como um conceito voltado a um conjunto de ações de melhoria em torno dos processos assistenciais para a segurança do paciente com a utilização regular, responsável e consciente dos recursos para não agressão ao meio ambiente;
e) As principais contribuições dos relatórios GRI para apoio à gestão sustentável dos hospitais estão relacionadas com a melhoria na imagem institucional como reconhecimento, melhoria dos processos a partir do mapeamento dos indicadores, comparabilidade dos processos e trocas de experiências, valorização financeira do negócio, redução de custos e redução de riscos a partir da mitigação dos potenciais impactos;

f) A área financeira constitui um setor de domínio da gestão dos relatórios GRI, mas percebeu-se a importância crescente do setor de saúde devido à relação direta com o meio ambiente;
g) Os usos dos relatórios GRI estão voltados a uma necessidade de pressão social onde as empresas têm que demonstrar que suas ações estão comprometidas com o meio ambiente, bem como uma obrigação institucional para atendimento aos interesses das partes interessadas e melhoria da imagem;
h) A aceitação e a valorização dos relatórios GRI por parte dos órgãos e/ou autoridades na área da saúde, em geral, ainda ocorre uma baixa aceitação e valorização devido à falta de entendimento em identificar qual seria a real contribuição dos relatórios GRI;
i) A necessidade de implementação de uma sistemática mais efetiva para a divulgação dos resultados e das discussões com grupos de estudos.

Desta forma, diante de todas as informações apresentadas, torna-se importante ressaltar que o processo de desenvolvimento incorpora mudanças e transformações de grande impacto em vários setores da sociedade e, em particular, na área da saúde. Isso demonstra a necessidade de correlacionar a produção de bens e serviços, para a satisfação das necessidades humanas, com um modelo sustentável integrado ao meio ambiente.

Torna-se importante ressaltar que as empresas, em geral, e, no caso, os hospitais em estudo utilizam-se de ferramentas para divulgação de suas atividades e ações correlacionadas aos interesses das partes interessadas, vinculando esse processo com a sua transparência e responsabilidade social. Dentre as ferramentas, incluem-se os relatórios de sustentabilidade GRI, que podem ser considerados como uma das formas de demonstração da responsabilidade social dos hospitais. Os relatórios GRI constituem uma ferramenta de divulgação de ações, dentre as mais utilizadas atualmente, tendo, como base, indicadores voltados à avaliação e à divulgação do desempenho social, ambiental e econômico das organizações.

Assim, é salutar mencionar a relevância e a importância da aplicabilidade dos relatórios GRI para os hospitais em estudo, com vistas a possibilitar uma melhoria para a gestão e divulgação das ações dos hospitais, tendo a necessidade de participação efetiva dos profissionais como um todo, voltados para um processo de transparência e de disseminação da cultura de conscientização quanto à realização

de ações e de atitudes compatíveis entre desenvolvimento sustentável e meio ambiente.

Em contrapartida, algumas propostas de utilização desta ferramenta podem ser identificadas, quanto à busca de uma participação mais efetiva dos profissionais neste processo, bem como a necessidade de alternativas de melhor divulgação dos relatórios, os tipos de indicadores que, de certa forma, poderiam ser obrigatórios em cada nível de aplicação, não considerando somente o aspecto quantitativo, mas também o aspecto qualitativo e, por fim, a revisão do custo despendido para a elaboração e a certificação dos relatórios de sustentabilidade GRI e busca de mecanismos para um maior reconhecimento profissional e empresarial para aqueles que utilizam os relatórios GRI.

Em suma, o meio ambiente está estreitamente vinculado com a saúde e, consequentemente, essa complexa e sistemática relação, por meio da sociedade e do governo, coaduna com um modelo de desenvolvimento sustentável, transparente e responsável, que depende diretamente das ações e das atitudes das pessoas e das empresas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. Gestão do desenvolvimento sustentável na indústria eletroeletrônica. Disponível em: <http://www.tec.abinee.org.br/2003/arquivos/s902.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2014.

ALMEIDA, T. R. R. Perspectivas de sobrevivência do hospital. **Rev. Paulista de Hospitais**, São Paulo, n. 5/6, p.104-113, maio/jun. 1983.

AMARAL FILHO, J. do. A endoeneização no desenvolvimento econômico regional e local. **Planejamento e políticas públicas**, Brasília, n. 23, p. 261-286, jun. 2001.

ASSIS, J. **21**: uma nova ética para o desenvolvimento. 3. ed. São Paulo: 2000.

BANNACH et al. Sustentabilidade empresarial: utilização de indicadores para avaliar o desempenho ambiental de empresas paraenses. ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO; 30. **Anais...** São Carlos, SP, 12 a 15 de out. de 2010.

BARBOSA, N. B. **O modelo de administração direta e as organizações sociais de saúde**: um estudo comparado. Tese (Doutorado em Medicina), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1988.

BERTO, A. M. **Parceria público-privada na gestão hospitalar**. Santos, 2008. Dissertação (Mestrado em Gestão de Negócios), Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Católica de Santos, 2008.

BEZERRA, M. C. L.; BURSZTYN, M. (Coord.). **Ciência e tecnologia para o desenvolvimento sustentável**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis: Consórcio CDS/ UNB/ Abipti, 2000.

BIFANI, P. **Medio ambiente e desarrollo sostenible**. Madrid: IEPALA, 1999.

BINSWAHGER, H. C. Fazendo a sustentabilidade funcionar. In: CAVALCANTI, C. **Meio ambiente desenvolvimento sustentável e políticas públicas**. São Paulo: Cortez; Fundação Joaquim Nabuco, 1997.

BRANDÃO, C. **A impossibilidade de uma teoria geral e abstrata do desenvolvimento**. Disponível em: <http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper36.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2012.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ). **Sistema de Indicadores**. FPNQ/CQH. São Paulo; 2014.

_____. Lei n.º 2.224, de 5 de dezembro de 2002. Dispõe sobre o estabelecimento do sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. **DOU**, Brasília, DF, p. 236, 6 dez. 2002.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **DOU**, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos Hospitais**. Rio de Janeiro, 1944.

_____. **Portal do Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>. Acesso em: 13 abr. 2014.

_____.. **Portaria n.º 2616**, de 12 de maio de 1998.

_____. **Saúde e desenvolvimento sustentável**: saúde na Rio+20, [S. l. : s. n.], 2011.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: 2012.

BRUNDTLAND, G. H. (Org.). Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CMMAD). **Nosso futuro comum**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1991.

CABUGUEIRA, A. C. C. M. Do desenvolvimento regional ao desenvolvimento local. Análise de alguns aspectos de política econômica regional. **Gestão e desenvolvimento**, [S. l.], v. 9, p. 103-136, 2000.

CALADO, A. L. C.; FENSTERSEIFER, J. E. Indicadores de sustentabilidade: uma abordagem empírica a partir de uma perspectiva de especialistas. In: SIMPÓSIO DE ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO, LOGÍSTICA E OPERAÇÕES INTERNACIONAIS; 13. **Anais...** São Paulo: FGV/EAESP, 2010.

CARAVANTES, G. R.; PANNO, C. C.; KLOECKNER, M. C. **Administração**: teorias e processo. São Paulo: Pearsons Prentice Hall, 2005.

CARIDE, J.; MEIRA, P. **Educação ambiental e desenvolvimento humano**. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

CASTRO, F. A. R.; SIQUEIRA, J. R. M.; MACEDO, M. A. S. **Indicadores ambientais essenciais**: uma análise da sua utilização nos relatórios de sustentabilidade das empresas do setor de energia elétrica sul americano, elaborados pela versão “G3” da Global Reporting Initiative. Rio de Janeiro: UFRJ, p. 1-16, 2009. Disponível em: <http://www.facc.ufrj.br/csear2009/23.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2014.

CAVALCANTI, C. (Org.). **Desenvolvimento e natureza**: estudos para uma sociedade sustentável. São Paulo: Cortez, 2003.

CIMA, E. G.; AMORIM, L. S. B. Desenvolvimento regional e organização do espaço: uma análise do desenvolvimento local e regional através do processo de difusão de inovação. **Rev. FAE**, Curitiba, v. 10, n. 2, p. 73-87, jul./dez. 2007.

CLUBE DE ROMA. **Para uma nova ordem internacional**. Argélia: [s. n.], 1976. (Relatório).

COIMBRA, J. A. A. **O outro lado do meio ambiente**. São Paulo: CETESB/ ASCETESB, 1985.

COMPÊNDIO RADAR RIO+20. **Por dentro da conferência das Nações Unidas sobre desenvolvimento sustentável**. São Paulo: FGV, 2011.

CONCEIÇÃO, S. H. et al. Global Reporting Initiative (GRI): um estudo exploratório da prática de evidenciação em sustentabilidade empresarial na América Latina. **Revista de Gestão, Finanças e Contabilidade**, Salvador, v. 2, n. 3, p. 17-38, set./dez. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Associação Paulista de Medicina. Programa de avaliação e controle da qualidade do atendimento médico-hospitalar. **Informativo CQH**, São Paulo, ano I, n. 3, 1992.

COSTA, F. A. Diversidade biológica e cultural da Amazônia. In: VIEIRA; I. C. G. et al. (Org.). **As ciências, o uso de recursos naturais na Amazônia e a noção de desenvolvimento sustentável**: por uma interdisciplinaridade ampla. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 2001.

CQH. **Caderno de indicadores 2009**. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=127>. Acesso em: 11 mar. 2015.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução de Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DALARI, S. G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

D’ÁVILA, G. A. L. R. **Análise comparativa de indicadores para a sustentabilidade na dimensão macro**. São Carlos: [s. n.], 2010.

DIAS, R. **Gestão ambiental**: responsabilidade social e sustentabilidade. São Paulo: Atlas, 2006.

DONABEDIAN, A. Evalución de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K. L, FRANK, J. (Org.). **Investigaciones sobre serviços de salud**: uma antologia. Washington: OPAS, p. 382-404, 1992.

DORST, J. **Antes que a natureza morra**: por uma ecologia política. Tradução de Rita Bongermino. São Paulo: Edgar Blucher, 1973.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, jan./fev. 2013. Disponível em: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>. Acesso em: 23 abr. 2013.

FERNANDES, Â. **A responsabilidade social e a contribuição das relações públicas**. 2008. Disponível em: <http://www.portal-rp.com.br/bibliotecavirtual/responsabilidadesocial/0098.htm>. Acesso em: 10 abr. 2014.

FERREIRA, L. C. **A questão ambiental**: sustentabilidade e políticas públicas no Brasil. São Paulo: Boitempo, 1998.

FIEN, J.; TILBURY, D. **The global challenge of sustainability**. In.: TILBURY, D.; STEVENSON, R., 2002.

LEITE FILHO, G. A. et al. Análise dos níveis de evidenciação dos relatórios de sustentabilidade das empresas brasileiras A+ do Global Reporting Initiative (GRI) no ano de 2007. **RCO – Revista de Contabilidade e Organizações**, [São Paulo], v. 3, n. 7, p. 43-59, set./dez. 2009.

FLETA, L. S. **Fundamentos de las relaciones públicas**. Madri: Editorial Sínteses, 1995.

FONSECA, A. S et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **O mundo da saúde**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 161-168, 2005.

FREITAS, M. A década de educação para o desenvolvimento sustentável: do que não deve ser ao que pode ser. In: CONGRESSO IBERO AMERICANO DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL; 5, 2006. **Atas**... [S. l.: s. n.], 2006.

_____. A educação para o desenvolvimento sustentável e a formação de educadores/professores. **Revista Perspectiva UFSC**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 547-575, jul./dez. 2004.

_____. Educação para o desenvolvimento sustentável: sugestões para a sua implementação no âmbito da Década das Nações Unidas. In: SILVA, B.; ALMEIDA, L. (Org.). CONGRESSO GALAICO PORTUGUÊS DE PSICOPEDAGOGIA; 8. 2005. **Atas**... [S. l.: s. n.], p.1473-1488, 2005.

FURTADO, Celso. Desenvolvimento e subdesenvolvimento. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. A saúde na política nacional de desenvolvimento: um novo olhar sobre os desafios da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1. p. 103, 2013.

_____. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 13-20, 2012.

_____. MALDONADO, J. et al. **A relação entre saúde e desenvolvimento**: um novo olhar para as políticas públicas. 2012. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 47-59, 2003.

GERHARDT, T.; SILVEIRA, D. (Org.). **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 22 maio 2013.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, E. L. Estrutura Organizacional do Hospital Moderno. **Revista de Administração de Empresas,** São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90 Jan./Mar. 1998.

_____. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

_____ (Org.). **Gestão hospitalar**: administrando o hospital moderno. São Paulo, Saraiva, 2009.

GLOBAL REPORTING INITIATIVE (GRI). **Diretrizes para os relatórios de Sustentabilidade (2000-2006)**. GRI: [S. l.], 2007. Disponível em: <https://www.globalreporting.org/resourcelibrary/Portuguese-G3-Reporting-Guidelines.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2014.

_____. **Diretrizes para elaboração de relatórios de sustentabilidade da Global Reporting Initiative**. Versão 3.1. [S. l.: s.n.], 2011.

HINRICHSEN, S. L. et al. Seleção de indicadores assistenciais para o monitoramento da qualidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 53, p. 199-206. out./dez. 2011.

KRAEMER, M. E. P. Responsabilidade social corporativa como estratégia para o desenvolvimento sustentável. **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa (RECADM)**, Campo Largo, v. 4, n. 1, maio 2005.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica I**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEAL FILHO, W. Dealing with the misconceptions on the concept of sustainability, **International Journal of Sustainability in Higher Education**, v. 1, n. 1, p. 9-19, 2000.

LEHOUX, P. **Une analyse critique de la valeur des technologies et des processus innovants**: peut-elle nous amener à concevoir de nouveaux instruments de régulation. Montréal: Université de Montréal, 2002.

LIBERATO, R. C. Revisando os modelos e as teorias da análise regional. **Caderno de Geografia**, Belo Horizonte, v. 18, n. 29, p. 127-136, 2.º sem. 2008.

LUFFIEGO, M. G.; RABADÁN, J. V. La evolución del concepto de sostenibilidad y su introdución en la enseñanza. **Enseñanza de las Ciencias**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 473-486, 2000.

MACHADO**,** Roberto. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 4. ed. 1984.

MACHLINE, C.; PASQUINI, A. C. Rede hospitalar nacional usa indicadores gerenciais na administração de suas unidades. **O Mundo da Saúde**, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 290-299, 2011.

_____; PICCHIAI, D. Dois conceitos inovadores no dimensionamento de recursos humanos em hospitais e no seu cálculo de produtividade. In: **QUALIHOSP:** Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde; 9.; 2009.

MAFRA, F.; SILVA, J. A. **Planejamento e gestão do território**. Porto: Sociedade Portuguesa de Inovação, 2004.

MALIK, A. M.; NOVAES, H. M. D. Situação e desafios do sistema hospitalar brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva [online].** 2007, v. 12, n. 4, p. 822-822.

_____; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade e Acreditação. In: VECINA NETO, G; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**, Rio de Janeiro, p. 325-28, 2011.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2007.

_____. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MANZINI, E. J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada**. [S. l.: s.n.], 2003.

MEADOWS, D. **Indicators and information systems for sustainable development**: a report to the Balaton Group, [S. l.], Sep. 1998.

MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R.; MOTTA, N. V. **Manual de indicadores de enfermagem NAGEH / Compromisso com a qualidade hospitalar (CQH)**. 2. ed. São Paulo : APM/CREMESP, 2012.

MENDES, A. D. Envolvimento e desenvolvimento: introdução a simpatia de todas as coisas. In: CAVALCANTI, C. (Org.). **Desenvolvimento e natureza**: estudos para uma sociedade sustentável. Cortez: Recife, p. 54-76, 1998.

MOLINA, M. T. **Historia de la enfermería**. 2. ed. Buenos Aires: Inter-Médica, p.10-11, 1973.

MONTIPÓ, C. Gestão transparente e preocupada com o futuro: relatórios de sustentabilidade. **Revista Geração Sustentável**, [S. l.], v. 22, ano 5, p. 18-24, mar./abr. 2011.

MORESI, E. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodologia_da_pesquisa..pdf>. Acesso em: 22 maio 2013.

NEWORT, D.; CHESNES, T.; LINDNER, A. The “environmental sustainability” problem: ensuring that sustainability stands on three legs. **International Journal of Sustainability in Higher Education**, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 357-363, 2003.

NOGUEIRA, R. P. N. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OLIVEIRA, F. W.; PIROLA, J. C.; PEREIRA, J. L. G. A relação da saúde com a qualidade do meio antrópico: uma questão de debate. **Revbea**: Revista brasileira de educação ambiental, [S. l.], p. 20-27, 2011.

OLIVEIRA, G. B. Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento. **Rev. FAE**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 37-48, maio/ago. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO).** Nova York, 22 jul. 1946.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios, [S. l.], v. 11, maio, 2011.

PICCHIAI, D. **Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas.** São Paulo: GVPesquisa/FGV-EAESP, 2009.

QUIGLEY, R.; DEN BROEDER, L.; FURU, P. et al. Health impact assessment international best practice principles. **Special Publication Series**, Fargo, USA, n. 5, 2006.

REIS, C. N. A responsabilidade social das empresas: o contexto brasileiro em face da ação consciente ou do modernismo do mercado. **R. Econ. Contemp.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 279-305, maio/ago. 2007.

ROTTA, C. S. G. Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial. 2004. (**Tese em Saúde Pública**), Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

ROSEN, G. **A history of public health**. New York: M. D. Publications, 1958.

SCHIESARI, L. M. C.; MALIK, A. M. Instrumentos usados na prática diária da gestão da qualidade. In: GONÇALVES, EL (Org.). **Gestão hospitalar**: administrando o hospital moderno. São Paulo, Saraiva, 2009.

SACHS, I. As cinco dimensões do ecodesenvolvimento. In: **Estratégias de transição para o século XXI**: desenvolvimento e meio ambiente. São Paulo: Studio Nobel, 1993.

_____. **Caminhos para o desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Garamound, 2002.

_____. **L'écodéveloppment**: stratégies pour le XXI e siéle. México: Siglo XXI. 1997.

SALIM, J. J.; SILVEIRA, E. **Metodologia científica para construção de TCCs**: plano de impacto nos negócios. São Paulo: FGV, 2012.

SALOMÃO, B. Saúde é central para um desenvolvimento sustentável. **RET-SUS**, [S. l.], abr, p. 2-3, 2012.

SANTOS, M. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: Ed. da USP, 2012.

SANTOS, P. R. **Indicadores de sustentabilidade em áreas de conservação da natureza**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ordenamento do Território e Planejamento Ambiental) - Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2010.

SARAIVA, A. L. Conceitos de desenvolvimento sustentável em Josué de Castro: uma leitura atual. **Revista de educação, cultura e meio ambiente**, v. 7, n. 26, 2003.

SCATOLIN, F. D. **Indicadores de desenvolvimento**: um sistema para o Estado do Paraná. 1989. Dissertação (Mestrado em Economia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1989.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 12, n. 4, p. 935-944, 2007.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2014.

SICHE, R.; AGOSTINHO, F.; ORTEGA, E. et al. Índices versus indicadores:precisões conceituais na discussão da sustentabilidade de países. **Ambiente & Sociedade**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 137-148, jul./dez. 2007.

SOUZA, N. J. **Desenvolvimento econômico**. São Paulo: Atlas, 1993.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. Rio de janeiro: HUCITEC, 1975.

TRATADO de educação ambiental para sociedades sustentáveis e responsabilidade global. In: JORNADA DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL, 1. Rio de Janeiro, 1992.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.75-88, 2010..

UNISINOS. **Portal Sipageh**. Disponível em: <http://www.projeto.unisinos.br/sipageh/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=206&menu_ativo=active_menu_sub&marcador=191>. Acesso em: 10 mar. 2015.

VAN BELLEN, H. M. As dimensões do desenvolvimento: um estudo exploratório sob a perspectiva das ferramentas de avaliação. **Revista de Ciências da Administração**, [S. l.], v. 12, p. 143, 2010.

_____. **Indicadores de sustentabilidade**: uma análise comparativa. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

_____. Indicadores de sustentabilidade: um levantamento dos principais sistemas de avaliação. **Cad. EBAPE**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512004000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2014.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável**: apontamentos para uma política de estado. 2007. Tese (Doutorado), Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2007. 421 p.

VEIGA, J. E. **Desenvolvimento sustentável**: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Garamound, 2008.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, p. 1765-1777, 2007.

WALLS, A.; JICKLING, B. Sustainability in higher education from doublethinking and newspeak to critical thinking ans meaningful learning. **Journal of Sustainability in Higher Education**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 221-232, 2002.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 38, n. 4, p. 509-16, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, p. 11-18, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Carta da Terra.** Organização das Nações Unidas (ONU): [s.n.], 1992.

ZACCHI, G. P.; VAN BELLEN, H. M. O desenvolvimento sustentável e a organização do espaço regional. **Diálogos & Ciência**: Revista Eletrônica da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana, ano II, n. 5, jun. 2005.

APÊNDICE A – Modelo de questionário de pesquisa para gestores

FARIA, Ênylo Vinicius. SUSTENTABILIDADE HOSPITALAR BASEADA EM RELATÓRIOS GRI. MPPT/UDESC. Florianópolis, 2014.

O presente questionário constitui um instrumento de coleta de dados para a elaboração de dissertação, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental – Mestrado Profissional MPPT, da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), em torno da linha de pesquisa de Análise e Gestão Ambiental, sob orientação do Prof Mário Jorge C. C. Freitas.

O objetivo geral da pesquisa é avaliar o uso dos relatórios de sustentabilidade GRI (Global Reporting Initiative) na gestão hospitalar.

O modelo GRI baseia a sua avaliação na utilização de indicadores relativos aos domínios social, econômico e ambiental das empresas (neste caso hospitais), chegando a resultados passíveis de ampla divulgação na sociedade.

A sua contribuição é muito importante para a melhoria do processo de desempenho dos hospitais. As respostas são anônimas, garantindo-se o sigilo das opiniões individuais prestadas.Contudo, poderá indicar o seu contato e email, caso tiver interesse nos resultados.

*Obrigatório

I) Informações institucionais e pessoais:

1. **i) Sua área ou domínio de formação** *
   Marcar apenas uma oval.
   - ◯ Administração Hospitalar
   - ◯ Administração de Empresas
   - ◯ Ciências Sociais
   - ◯ Ciências Econômicas
   - ◯ Direito
   - ◯ Enfermagem
   - ◯ Medicina
   - ◯ Outro

2. **Se você respondeu "outro" na questão anterior, por favor, indique qual seria.**

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

3. **ii) Seu nível de formação** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Graduação
- ◯ Bacharelado
- ◯ Licenciatura
- ◯ Mestrado
- ◯ Doutorado

4. **iii) Seu local de atuação profissional** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Acre
- ◯ Alagoas
- ◯ Amapá
- ◯ Amazonas
- ◯ Bahia
- ◯ Ceará
- ◯ Distrito Federal
- ◯ Espírito Santo
- ◯ Goiás
- ◯ Maranhão
- ◯ Mato Grosso
- ◯ Mato Grosso do Sul
- ◯ Minas Gerais
- ◯ Pará
- ◯ Paraíba
- ◯ Paraná
- ◯ Pernambuco
- ◯ Piauí
- ◯ Rio de Janeiro
- ◯ Rio Grande do Norte
- ◯ Rio Grande do Sul
- ◯ Rondônia
- ◯ Roraima
- ◯ Santa Catarina
- ◯ São Paulo
- ◯ Sergipe
- ◯ Tocantins

5. **iv) Sexo** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Masculino
- ◯ Feminino

6. **v) Faixa Etária** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ 20 a 30 anos
- ◯ 31 a 40 anos
- ◯ 41 a 50 anos
- ◯ 51 a 60 anos
- ◯ Acima de 61 anos

7. **vi) Tipo do hospital em que você atua:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Público
- ◯ Privado

8. **vii) Tempo de experiência ou trabalho em hospitais** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Entre 01 a 03 anos
- ◯ Entre 04 a 06 anos
- ◯ Entre 07 a 09 anos
- ◯ Entre 10 a 12 anos
- ◯ Acima de 12 anos

9. **viii) O hospital em que você atua:** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Já elabora relatórios GRI
- ◯ Está em fase de elaboração dos relatórios GRI
- ◯ Não elabora relatórios GRI

10. **ix) Relate a sua experiência com o uso dos relatórios GRI na gestão hospitalar** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Já trabalhou diretamente na elaboração dos relatórios GRI
- ◯ Não participou diretamente, mas acompanhou a elaboração dos relatórios GRI
- ◯ Não trabalhou diretamente e nem acompanhou, mas tem conhecimento geral sobre o que são os relatórios GRI
- ◯ Possui somente uma ideia muito vaga sobre os relatórios GRI
- ◯ Não conhece e/ou nunca teve acesso às informações sobre Relatórios GRI

11. **Contato e/ou email (OPCIONAL)**

_____

_____

_____

_____

_____

II) Opinião sobre relatórios GRI

Assinale, em cada caso, o seu grau de concordância com cada uma das afirmações enunciadas. Para efeito, utilize a escala de grau de relevância a seguir transcrita:

5 – Máxima relevância; 4 – Muita relevância; 3 – Média relevância; 2 – Pouca relevância; 1 – Nenhuma relevância; 0 – Sem opinião.

12. **1) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI para apoio à gestão sustentável dos hospitais?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

13. **2) Como você avalia a relevância da utilização dos relatórios GRI em conformidade com as diretrizes do hospital?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

14. **3) Como você avalia a relevância da utilização dos relatórios GRI para melhoria de desempenho hospitalar?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

15. **4) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI para a geração de produtos e/ou serviços hospitalares mais sustentáveis?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

16. **5) Como você avalia a relevância da utilização dos relatórios GRI para a geração de mudanças nos hábitos profissionais do pessoal de saúde?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

17. **6) Como você avalia a relevância da utilização dos relatórios GRI no desenvolvimento profissional dos gestores hospitalares?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

18. **7) Como você avalia a relevância da utilização dos relatórios GRI no desenvolvimento profissional dos demais funcionários do hospital?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

19. **8) Como você avalia a relevância dos resultados dos relatórios GRI na tomada de decisões futuras em termos de gestão hospitalar?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

20. **9) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI no processo de prestação de contas?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

21. **10) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI na promoção de transparência do processo de gestão hospitalar?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

22. **11) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI para a melhoria da imagem dos hospitais?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

23. **12) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI na avaliação dos impactos gerais das atividades hospitalares?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

24. **13) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI no planejamento das ações hospitalares?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

25. **14) Como você avalia a relevância dos relatórios GRI para os órgãos e as políticas de saúde (municipal e/ou estadual e/ou federal)?** *
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯	◯

26. **15) Você pode agora, se achar necessário, complementar as suas respostas com as observações que julgue pertinente.** *

_____

_____

_____

_____

_____

27. **16) Indique, por favor, o que você considera serem as três maiores potencialidades dos relatórios GRI.** *

_____

_____

_____

_____

_____

28. **17) Indique, por favor, o que você considera serem as três maiores limitações dos relatórios GRI.** *

_____

_____

_____

_____

_____

29. **18) Que sugestões você gostaria de fazer para otimizar o uso dos relatórios GRI na gestão hospitalar?** *

_____

_____

_____

_____

_____

Muito obrigado pela sua colaboração.

Powered by
Google Forms

APÊNDICE B – Modelo de questionário de pesquisa para validação de especialistas

Validação de questionário de pesquisa

Prezado (a) Senhor (a),

O questionário para a sua avaliação constitui uma parte da pesquisa de mestrado, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental – Mestrado Profissional MPPT, da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), na linha de pesquisa de Análise e Gestão Ambiental sob orientação do Prof Mário Jorge C C Freitas.

Para tanto, é importante destacar os seguintes pontos:
O objetivo geral da pesquisa é avaliar o uso dos relatórios GRI na gestão hospitalar. O objetivo do questionário é de identificar como profissionais da saúde avaliam a relevância dos relatórios GRI e de seus impactos na gestão hospitalar.

O questionário divide-se em duas partes: uma destinada a informações institucionais e pessoais e outra destinada a opinião sobre os relatórios GRI.
Esta segunda parte inclui: a) uma escala de opinião do tipo Likert de cinco níveis (5 – máxima relevância; 4 – muita relevância; 3 – média relevância; 2 – pouca relevância; 1 – nenhuma relevância; 0 – sem opinião), que se pede que seja aplicada para avaliar a relevância de 5 afirmações sobre os relatórios GRI e sua utilização na gestão hospitalar; b) Três questões abertas de composição curta.

Este processo de validação do questionário, em que lhe pedimos que participe, inclui uma avaliação geral e uma avaliação questão a questão.

*Obrigatório

Avaliação geral

Relativamente à avaliação geral, pedimos que utilize a escala de 5 a 1 (5=total acordo; 4=muito acordo; 3=médio acordo; 2=pouco acordo; 1= nenhum acordo). Em cada uma das questões existe a possibilidade de fazer considerações e/ou sugestões gerais que julgue adequadas.

1. **a) O questionário está, em geral, bem organizado e questões bem sequenciadas?** *
   Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

2. **Considerações e/ou sugestões**

_____

_____

_____

_____

_____

3. **b) As questões de natureza pessoal e institucional são adequadas?** *
   Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

4. **Considerações e/ou sugestões**

5. **c) As questões estão redigidas de forma clara e são inteligíveis?** *
   Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

6. **Considerações e/ou sugestões**

7. **d) As questões que integram a escala e as questões abertas finais são adequadas ao objetivo do questionário?** *
   Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

8. **Considerações e/ou sugestões**

9. **e) As questões são suficientemente concisas e discriminantes, não havendo, em geral, redundância?** *
   Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

10. **Considerações e/ou sugestões**

11. **f) Comentários gerais complementares** *

Avaliação das questões

Comentários críticos e/ou sugestões

12. **Questão Nº 1**

13. **Questão Nº 2**

14. **Questão Nº 3**

15. **Questão Nº 4**

16. **Questão Nº 5**

17. **Questão Nº 6**

18. **Questão Nº 7**

19. **Questão Nº 8**

20. **Questão Nº 9**

21. **Questão Nº 10**

22. **Questão Nº 11**

23. **Questão Nº 12**

24. **Questão Nº 13**

25. **Questão Nº 14**

26. **Questão Nº 15**

APÊNDICE C – Plano de redação

Item	Especificação	Observações	Prazo de conclusão
1	Elementos pré-textuais		
	1.1. Capa		Dez/2014
	1.2. Folha de rosto		
	1.3. Folha de aprovação		
	1.4. Dedicatória		
	1.5. Agradecimentos		
	1.6. Epígrafe		
	1.7. Resumo em língua portuguesa	- Máximo 250 palavras.	
	1.8. Resumo em língua inglesa		
	1.9. Lista de abreviações e siglas		
	1.10. Sumário		
2	Elementos textuais		
	2.1. Introdução	✓ Tema/problema/hipóteses/ objetivos/justificativa; ✓ MORESI, Eduardo (Org.). Métodos de Pesquisa; ✓ GERHARDT, Tatiana e SILVEIRA, Denise (Org.). Métodos de Pesquisa; ✓ SACHS, Ignacy. Caminhos para o Desenvolvimento Sustentável; ✓ MARCONI, Marina & LAKATOS, Eva. Fundamentos da Metodologia Científica. 2003, 2007.	Nov/2014
	2.2. Fundamentação teórica		
	2.2.1. O Desenvolvimento correlacionado à organização espacial e a dinâmica ambiental.	✓ ZACCHI, Giancarlo Philippi & BELLEN, Hans Michael Van. O Desenvolvimento Sustentável e a organização do espaço regional; ✓ VEIGA, José Eli Da. Desenvolvimento sustentável: o desafio do	Julho/14

		século XXI; ✓ SACHS, Ignacy. Caminhos para o Desenvolvimento Sustentável; ✓ VAN BELLEN, Hans Michael. As dimensões do desenvolvimento: um estudo exploratório sob a perspectiva das ferramentas de avaliação, 2010. ✓ FREITAS, M. Educação para o Desenvolvimento Sustentável. ✓ SANTOS, Milton. Da Totalidade ao Lugar. 2012.	
	2.2.2. A sustentabilidade no contexto hospitalar.	✓ MALIK, A. M.; NOVAES, H. M. D. Situação e desafios do sistema hospitalar brasileiro; 2007. ✓ TOLEDO, Arthur Ferreira de. Gestão Ambiental em Hospitais. ✓ BARBOSA, N. B. O Modelo de Administração Direta e as Organizações Sociais de Saúde: um estudo comparado; 2005. ✓ PORTER, M.; STEISBERG, E. O. Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.	Agosto/14
	2.2.3. As Diretrizes dos Relatórios de Sustentabilidade GRI	✓ GRI - Diretrizes para elaboração de relatórios de sustentabilidade da Global Reporting Initiative, 2011; ✓ VAN BELLEN, Hans Michael. Indicadores de sustentabilidade: um levantamento dos principais sistemas de avaliação, 2004. ✓ MONTIPÓ, Criselli. Gestão Transparente e preocupada com o futuro: Relatórios de Sustentabilidade; 2011. ✓ MEADOWS, D. Indicators and Information Systems for sustainable Development: a report to the Balaton Group;	Junho/14

		✓ FILHO, Geraldo Alemandro Leite et al. Análise dos Níveis de Evidenciação dos Relatórios de Sustentabilidade das Empresas Brasileiras A+ do Global Reporting Initiative (GRI) no Ano De 2007. 2009.	
	2.3. Metodologia	✓ Pesquisa caráter exploratório e descritivo	
	2.3.1. Coleta de dados	✓ Abordagem mista	
	2.3.1.1. Quantitativo 2.3.1.2. Qualitativo	✓ Relatórios de sustentabilidade de grupo no segmento da saúde, com aplicação de um questionário ou entrevista estruturada, definindo a população a partir do quantitativo total de hospitais administrados; ✓ Amostra a partir de 03 hospitais municipais que declararam e publicaram relatórios de sustentabilidade no modelo GRI C+ nos anos de 2010 a 2012; ✓ Amostra convidada a partir do quantitativo de gestores públicos municipais com aplicação de um questionário ou entrevista estruturada; ✓ Análise documental em torno de método comparativo. ✓ GERHARDT, Tatiana e SILVEIRA, Denise (Org.). Métodos de Pesquisa;	Julho/14

		✓ MORESI, Eduardo (Org.). Métodos de Pesquisa; ✓ GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa.	
	2.4. Elaboração de questionários e bases para entrevista	✓ Validação dos instrumentos de pesquisa.	Junho/14
	2.5. Aplicação e coleta de dados do questionário	✓ CRESWELL, John W. Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo, misto;	Julho/14
	2.6. Preparação, interpretação e análise de dados.	✓ Tratamento dos dados coletados; ✓ Elaboração de relatórios do questionário/entrevistas; ✓ Análise crítica e interpretação dos resultados; ✓ Triangulação; ✓ CRESWELL, John W. Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo, misto;	Set/14
	2.7. Conclusões		Out/14
3	Elementos pós-textuais		
	3.1. Bibliografia		Set/14
	3.2. Anexos		
	3.3. Apêndices		
4	Elementos gráficos	✓ Papelaria, formatação, impressão, encadernação.	Abril/15