ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM

FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE

A GESTÃO PÚBLICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO

VITÓRIA
2012

FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE

A GESTÃO PÚBLICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Larissa Letícia Andara Ramos.

VITÓRIA
2012

FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE

A GESTÃO PÚBLICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas publicas e Desenvolvimento Social da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em _____ de _____ de 2012.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Larissa Letícia Andara Ramos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia - EMESCAM

_____

Profª. Drª. Gilsa Helena Barcellos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia - EMESCAM

_____

Profª. Drª. Vânia Carvalho de Araújo -
Secretaria Municipal de Educação – Vitória (ES)

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca da EMESCAM,Espírito Santo, ES, Brasil)

Smiderle, Fabiana Rosa Neves, 1979-

S639g A gestão pública dos serviços de saúde e sua relação com um hospital filantrópico / Fabiana Rosa Neves Smirderle. – 2012.

132 f. il.

Orientadora: Larissa Letícia Andara Ramos.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misercórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Hospital filantrópico. 2. Políticas públicas. 3. Serviços de saúde. I. Ramos, Larissa Letícia Andara. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misercórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

À minha família por ser
responsável pela minha formação.

Ao meu esposo Anderson pela compreensão
e carinho nas horas difíceis.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor meu Deus, por me conceder as condições de finalizar esse estudo, pois sem o seu imenso amor e direção isso não seria possível, e na sua presença sou mais que uma vencedora porque “tudo posso naquele que me fortalece”.

Aos meus pais por me ensinarem o valor da educação e a perseverar na busca dos meus ideais.

Ao meu esposo pelo incentivo, amor, paciência e cumplicidade em todos os momentos.

As minhas irmãs por acreditarem na minha capacidade e pelas palavras de ânimo.
Aos meus irmãos em Cristo pelas orações e por compartilhar as alegrias e tristezas.

Ao Jeocarly por sua paciência e orientação nos momentos de desespero.

À minha amiga Raquel pela sua organização, conselho, direção e incentivo. Você é grande responsável pela concretização deste sonho!

Aos meus queridos enfermeiros Bruna, Neusa, Renata, Rúbia e Weslley pela compreensão, amizade, apoio e profissionalismo. Principalmente às segundas – feiras!!!

À professora Larissa por dividir comigo sua sabedoria, pela compreensão e orientação.

Aos meus mestres que contribuíram para minha formação profissional e acadêmica nestes dez anos.

Aos funcionários e diretores do Hospital Santa Casa e Secretaria Estadual de Saúde, por terem contribuído para a elaboração desse trabalho.

E a todos aqueles que de forma direta ou indiretamente foram colaboradores para a concretização de mais uma etapa em minha vida!

Muito Obrigada.

“Por isso não desfalecemos; mas ainda que o nosso homem exterior se corrompa, o interior, contudo, se renova de dia em dia.”

II Coríntios 4,16.

RESUMO

O estudo apresentado tem como objeto de pesquisa a relação entre um hospital filantrópico e a gestão pública dos serviços de saúde. A presente pesquisa foi desenvolvida no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). A delimitação do objeto deste estudo tem por finalidade levantar dados relevantes sobre a filantropia com ênfase na trajetória histórica do Hospital e sua interação com a gestão dos serviços públicos de saúde. Pretende-se também reconstruir a trajetória histórica de um hospital filantrópico que mantém contratos de serviço com o governo estadual do Espírito Santo; identificar os principais marcos dessa relação e as formas de atuação da filantropia utilizadas por este hospital, no campo da saúde como práticas sociais; problematizar a questão da instituição filantrópica no terceiro setor e sua relação com a instituição pública. Trata-se de uma pesquisa com método de abordagem qualitativa utilizando-se de um estudo exploratório retrospectivo com coleta de dados, através da documentação direta e indireta dos acontecimentos. Para o instrumento de pesquisa foi elaborado um roteiro com questões semi estruturadas que auxiliaram no direcionamento das entrevistas, abordando práticas de trabalho e também aquelas que caracterizam a amostra. Os sujeitos deste estudo foram os gestores do HSCMV e a atual equipe técnica da SESA. Para investigação dos dados utilizou-se o método de análise de conteúdo, as falas foram classificadas em categorias. Com base na análise temática constatou-se que a maior fonte de renda deste hospital é através da relação contratual o que denomina-se relação de parceria. Essa relação é marcada por conflitos que podem ser atribuídos a imagem limitada dessas organizações quanto à sua capacidade de resposta de forma efetiva ao agente financiador e regulador dos processos. Os resultados dessa relação contratual alcançam o esperado uma vez que ocorre o aumento na oferta e melhora no acesso da população aos serviços de saúde. A instituição no campo das práticas sociais tem contribuído como parte integrante no processo de inclusão social. O futuro quanto à durabilidade da relação contratual ainda é incerto, pois muitos são os questionamentos acerca desse tema.

Palavras Chave: Serviços de Saúde. Hospitais Filantrópicos. Assistência à Saúde. Políticas Públicas.

ABSTRACT

The study presented as an object of research the relationship between a charity hospital management and public health services. This research was conducted at Hospital Santa Casa de Misericordia de Vitoria (HSCMV). The delimitation of the object of this study aims to collect data relevant to philanthropy with an emphasis on the historical trajectory of the Hospital and its interaction with the management of public health services. We also intend to reconstruct the historical trajectory of a charity hospital that maintains service contracts with the state government of the Holy Spirit; identify key milestones of this relationship and the role of philanthropy forms used by this hospital, in health and social practices , discuss the issue of charity in the nonprofit sector and its relationship with the public institution. This is a research method with qualitative approach using an exploratory retrospective data collection through direct and indirect documentation of events. For the survey instrument was elaborated one with semi-structured questions that assisted in directing interviews, addressing labor practices and also those that characterize the sample. The subjects of this study were managers and HSCMV the current crew of SESA. To research the data we used the method of content analysis, the lines were classified into categories. Based on thematic analysis found that the largest source of income is through this hospital contractual relationship which is called partnership. This relationship is marked by conflict that can be attributed to limited picture of these organizations for their ability to respond effectively to the funder and regulator processes. The results of this contractual relationship reach expected since there is an increase in supply and improvement in the population's access to health services. The institution in the field of social practices has contributed as part of the process of social inclusion. The future and the durability of the contractual relationship is still unclear because there are many questions about this topic.

Keywords: Health Services. Hospitals Voluntary. Delivery of Health Care. Public Policies.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- INTERAÇÃO ENTRE O PÚBLICO, PRIVADO E O TERCEIRO SETOR. 35
FIGURA 2 - CONSTRUÇÃO DO PAVILHÃO CENTRAL HSCMV 55
FIGURA 3 - LOCALIZAÇÃO DO HSCMV 55
FIGURA 4 - VISTA PANORÂMICA DO HSCMV 59

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL 59
QUADRO 2 - RELAÇÃO DE PROVEDORES DA ISCMV (1829 – 2012).....57
QUADRO 3 - DEMONSTRATIVO DO PERCENTUAL A SER REPASSADO VINCULADO A AVALIAÇÃO DAS METAS FÍSICAS 62
QUADRO 4 - METAS DE QUALIDADE.....62
QUADRO 5 - DEMONSTRATIVO DO PERCENTUAL A SER REPASSADO VINCULADO A AVALIAÇÃO DE METAS DE QUALIDADE.....59
QUADRO 6 - QUANTITATIVO DE HOSPITAIS EM PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO 67
QUADRO 7 - PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO.....69
QUADRO 8 - RELAÇÃO DE HOSPITAIS CONTRATUALIZADOS POR ESTADO ..69
QUADRO 9 - PERFIL DOS ENTREVISTADOS 86

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de saúde

APAES – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APG – Administração Pública Gerencial

BVS – Biblioteca Virtual em saúde

CADEQ – Centro de Apoio ao Dependente Químico

CAPS – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CEBAS – Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social

CNAS – Conselho Nacional de assistência Social

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

EMESCAM- Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

GE – Governo Empreendedor

GH – Gestor Hospitalar

GS – Gestor Secretaria

HE – Hospital de Ensino

HISNG – Hospital Nossa Senhora da Glória

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

HSCMV – Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória

IAC- Incentivo de Adesão à Contratualização

IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensões

INAMPS – Instituto de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

ISCMV – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LOAS – Lei Orgânica da Saúde

MBA – Mestre na Administração de Negócios

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NUEPAC – Núcleo Especial de Programação Assistencial e Contratualização

ONG – Organização Não Governamental

OS - Organização Social

OSCIPS - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PGPs – Política de Gestão Públicas

POA – Plano Operativo Anual

SESA - Secretaria Estadual de Saúde

SIPAC – Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 16

1. O ESTADO E O TERCEIRO SETOR NA PROVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE..... 23

1.1. CONCEPÇÃO DE ESTADO..... 23

1.2. NEOLIBERALISMO 28

1.3. O TERCEIRO SETOR E ALGUMAS PERSPECTIVAS..... 34

2. A FILANTROPIA E O HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA..... 43

2.1. FILANTROPIA 43

2.2. A IRMANDADE E A SANTA CASA 51

2.2.1 Características do Hospital Escola..... 65

2.3 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SETOR DE SAÚDE NO ESTADO NEOLIBERAL.. 71

2.4. A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA..... 76

3. O HOSPITAL FILANTRÓPICO E A GESTÃO PÚBLICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE..... 82

3.1. GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 82

3.2. A EXPERIÊNCIA DA RELAÇÃO DO HOSPITAL FILANTRÓPICO NA GESTÃO PÚBLICA..... 86

3.2.1 A Instituição Filantrópica no campo da saúde: 88

3.2.2 A Filantropia e sua relação na prestação de serviços: 91

3.2.2.1 Repasse financeiro na relação contratual: 96

3.2.2.2 Conflitos nas relações da gestão pública dos serviços de saúde:..... 98

3.2.3 Posicionamento das instituições filantrópicas: 100

3.2.3.1 A Mudança no perfil gestor da instituição filantrópica:..... 103

3.2.4 Resultados esperados na relação Contratual:..... 106

3.2.4.1 A atuação da instituição Filantrópica e as Práticas sociais: 109

CONSIDERAÇÕES FINAIS **112**

REFERÊNCIAS **115**

APÊNDICES **123**

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO **124**

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA – SANTA CASA **126**

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA - SESA **127**

ANEXOS **128**

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA **129**

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA **130**

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA **131**

INTRODUÇÃO

A filantropia está relacionada com a Igreja Católica, pois os princípios teorizados e pregados tais como a caridade, a solidariedade e o amor ao próximo, durante um longo período, eram requisitos para a moral ligados à religião.

Deste cenário, surge o que hoje é considerado como a filantropia tradicional, ou seja, o atendimento aos necessitados de forma voluntária, assistencialista e provendo as necessidades básicas de subsistência como a alimentação, a vestimenta e a satisfação de um “desígnio divino”. O satisfazer ao “desígnio divino” seria seguir a doutrina defendida pela igreja como “amar ao próximo como a si mesmo” e “ajudar uns aos outros” (KISIL, 2006).

Com essa filosofia de atendimento aos necessitados, surgiu em 1498 a primeira Santa Casa de Misericórdia em Portugal, através de um compromisso assinado pela Rainha D. Leonor, pelo Rei Dom Manuel e pelo Frei Miguel de Contreiras. Durante este período, as Santas Casas levavam o nome de Irmandade ou de Misericórdia (SCHWAB; FREIRE, 1979).

Foram as primeiras fundações a se estabelecerem no Brasil, e desde o seu nascimento em Lisboa, os religiosos utilizavam os serviços de voluntários, das irmãs de caridade e dos escravos. As assistências prestadas aos doentes nestas instituições dependiam da iniciativa privada, por isso algumas das Santas Casas mantinham o seu funcionamento à base de esmolas (GEOVANINI et al, 2002).

Outra forma de obtenção de renda era através da roda dos expostos, onde crianças eram abandonadas. A roda é um cilindro oco confeccionado em madeira e era colocado nos muros, com uma abertura voltada para a rua, e era onde recebiam cartas, medicamentos e também crianças enjeitadas. As crianças eram alimentadas, assistidas e liberadas somente após estarem aptas para a vida adulta, quando não eram adotadas antes desse período. Para o provimento dessas crianças havia o pagamento de mensalidades (ANDRADE, 2010).

As instituições Filantrópicas compõem o chamado terceiro setor que é definido pelas instituições sem fins lucrativos com ações destinadas ao bem comum. Ele avança através de uma nova perspectiva sobre a caridade e a filantropia desenvolvendo uma atuação mais técnica exigindo qualidade dos processos assistenciais uma vez que os usuários apresentam direitos a serem assegurados pelas instituições que o compõe.

Ao longo dos anos a assistência social teve sua trajetória histórica indefinida pois estava sujeita ao cenário das políticas públicas sendo a Constituição de 1988 um marco legal para a compreensão das transformações e redefinição do perfil histórico da assistência social. Logo a assistência a saúde foi determinada como um direito do cidadão e dever do Estado, ocorrendo assim a inclusão de toda a sociedade nas práticas assistenciais. A LOAS marca uma nova face da assistência social descentralizando a gestão política e referenciando um sistema participativo.

Há uma mudança no cenário atribuindo ao Estado o papel de provedor das necessidades de reprodução social, pensando não mais em ações individuais e sim na coletividade para estruturação de políticas sociais.

Dentro deste contexto, as entidades filantrópicas apresentam-se como alternativas para a descentralização e operacionalização dos serviços, uma vez que o Governo as utiliza para implementar o Sistema Único de Saúde (SUS) (ZATTA, 2002).

As ações governamentais lançam hoje o desafio da parceria entre o público e o privado, havendo divergências quanto à opinião das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS). Acredita-se que há uma transferência de responsabilidade nas ações e execuções de políticas sociais públicas para o setor privado como um sistema alternativo para prover essas ações (KISIL, 2006).

Alguns modelos organizacionais vêm formulando o quadro de reformas da administração pública, sendo eles: a administração pública gerencial (APG) e o governo empreendedor (GE). Esses dois modelos prezam os valores da produção, a

descentralização, a orientação e a eficiência na prestação dos serviços (SECCHI, 2009).

Diante do exposto o presente estudo tem como objeto de pesquisa a relação entre um hospital filantrópico e a gestão pública dos serviços de saúde. A delimitação do objeto deste estudo tem por finalidade levantar dados relevantes sobre a filantropia com ênfase na trajetória histórica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória e sua interação com a gestão dos serviços públicos de saúde.

A elaboração desta dissertação do ponto de vista pessoal significa a grande conquista de um sonho, que iniciou em 2002 com o término da graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), perpetuando pelas especializações nos anos de 2006 em Condutas de Enfermagem no Paciente Crítico e 2009 no Curso de MBA – Executivo em Saúde. No âmbito profissional, este trabalho marca o início de uma vida acadêmica voltada para o ensino e pesquisa agora como docente do curso de enfermagem da EMESCAM.

Pretende-se também reconstruir a trajetória histórica de um hospital filantrópico que mantém contratos de serviço com o governo estadual do Espírito Santo; identificar os principais marcos dessa relação e as formas de atuação da filantropia utilizadas por este hospital, no campo da saúde como práticas sociais; problematizar a questão da instituição filantrópica no terceiro setor e sua relação com a instituição pública.

Com este estudo, deseja-se contribuir para um melhor conhecimento da área em questão, tanto do ponto de vista da filantropia, como também conhecer melhor os aspectos que facilitaram e contribuem para a realização das relações entre essas instituições e o Governo.

Para a construção desta pesquisa, foi utilizado o método de abordagem qualitativa através da pesquisa exploratória retrospectiva com coleta de dados, através da documentação direta e indireta dos acontecimentos. A pesquisa qualitativa responde a questões particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado (Minayo, 2008), está direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, em que suas ações são influenciadas pelas

emoções e/ou sentimentos aflorados diante de situações vivenciadas no dia-a-dia como aspirações, crenças, valores e atitudes (FIGUEIREDO apud MINAYO, 2008).
Na documentação direta, foram utilizadas as técnicas de entrevista. Na documentação indireta foram utilizadas as pesquisas documentais e bibliográficas, utilizando como fontes primárias (legislações, programas e projetos de governo), disponível no Hospital Santa Casa, e fontes secundárias (jornais, livros, boletins, revistas, dissertações e pesquisas acadêmicas). Foram coletadas nestes documentos, informações necessárias para atingir os objetivos da pesquisa, ou seja, informações que permitam compreender melhor a relação existente entre um hospital filantrópico e a gestão dos serviços públicos de saúde.

A pesquisa documental e bibliográfica constitui também parte da pesquisa descritiva, o que seria o primeiro passo de qualquer pesquisa científica. Apresenta-se como o levantamento de toda a bibliografia (FIGUEIREDO, 2008; LAKATOS e MARCONI,1992).

Anterior à pesquisa de campo, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre o tema em periódicos e literaturas afins disponibilizadas na página eletrônica da BIREME. A busca será realizada nas bases da SCIELLO (cientific eletronic livrary) e LILACS (literatura latino americana e do caribe em ciências e saúde). Serão utilizados para buscas os seguintes descritores: Filantropia, Santa Casa, Políticas públicas e de Assistência, Políticas Sociais e Neoliberalismo.

Para o instrumento de pesquisa foi elaborado um roteiro com questões semi estruturadas que auxiliaram no direcionamento das entrevistas (APÊNDICE A e B), abordando práticas de trabalho e também aquelas que irão caracterizar a amostra, tais como: cargo ocupado, tempo desempenhado no cargo, vínculo empregatício, dentre outros.

Segundo Triviños (1987) a entrevista semi-estruturada é a técnica mais adequada para coletas de dados em estudos que utilizam essa metodologia. Ela permite que o sujeito participante da pesquisa alcance a liberdade e espontaneidade necessárias enriquecendo a investigação.

> Tem como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre as variáveis obtidas por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (FIGUEIREDO, 2008, p.94).

A presente pesquisa foi desenvolvida no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), localizado à Rua Dr. João dos Santos Neves, nº 143, Centro, Vitória, ES. Trata-se de um hospital filantrópico que atende tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como por convênio particular próprio. A instituição é referência estadual da região macrocentro, o que comporta uma população de mais de 1.500.000 habitantes. Recebe ainda pacientes dos demais municípios do Estado do Espírito Santo, Sul da Bahia, Leste de Minas Gerais, Norte do Rio de Janeiro e de outros estados.

O HSCMV conta atualmente com 1130 funcionários, 196 leitos ativados e 14 enfermarias Nossa Senhora de Fátima, Menino Jesus, São Miguel, São José, São Lucas, Santa Luzia, Pronto Socorro, Santa Izabel, UTIN, Maternidade, Pré-Parto (Maternidade) e Centro de Terapia intensiva (CTI), Centro de Material e Esterilização (CME) e Centro Cirúrgico.

Os sujeitos deste estudo foram os gestores do HSCMV (Provedor, Superintendente, Administrador e Diretor Técnico e Clinico) desde a gestão de 1990 até a atual, totalizando 05 (cinco) entrevistados. Outra parte desta amostra foi constituída da atual equipe técnica da SESA, com 02 (dois) entrevistados.

Este trabalho foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciência da Santa casa de Misericórdia e está conforme o estabelecido na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, e também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória – CEP – HINSG/SESA, de acordo com protocolo institucional de pesquisa (ANEXO A).

Somente participaram das entrevistas os gestores do hospital e os técnicos da SESA que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), não havendo prejuízo algum à instituição ou à imagem dos entrevistados, no qual suas

identidades serão mantidas em sigilo absoluto, e identificadas por códigos alfanuméricos sequenciais.
Quanto à codificação dos sujeitos, a representatividade dos mesmos ao longo da apresentação dos resultados foi feita pela letra G, por se tratar de GESTOR e foi acrescentada junto a esta letra, a letra H, e quando se tratar de gestor HOSPITALAR e S quando se tratar de gestor da SECRETARIA - SESA, seguidos por um número (em ordem numérica), definidos aleatoriamente, diante das entrevistas.

Nenhum dos entrevistados se recusou a responder alguma pergunta bem como interromper sua participação no estudo a qualquer momento. Todos os dados colhidos na pesquisa serão mantidos em arquivo sob exclusiva guarda da pesquisadora pelo período de 5 (cinco) anos.

Os dados foram coletados através da entrevista semi-estruturada. Procedimento este comum para a construção da pesquisa, pois expõe a fala dos atores sociais envolvidos e insere os fatos relatados pelos atores da maneira vivenciada (MINAYO, 2004). Foi utilizado um aparelho de MP3, com gravador, transcrição da fala dos entrevistados para posterior análise.

Após transcrição das entrevistas, leitura e análise para melhor exposição dos dados foram construídas categorias das falas dos entrevistados. Desta forma cada entrevista foi recortada, refletida, discutida e referenciada conforme as bases teóricas do trabalho, descrevendo e reportando cada categoria de acordo com o foco do estudo.

Para investigação dos dados utilizou-se o método de análise de conteúdo, que de acordo com Triviños (1987) pode aplicar-se tanto na pesquisa qualitativa quanto na quantitativa, mas com abordagens diferentes. O autor refere Bardin (1977) no que diz ser este método um conjunto de técnicas de análise das comunicações, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdos das mensagens, visando obter indicadores que permitam adquirir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens.

Além da introdução essa discussão está estruturada em três capítulos.

No primeiro capitulo é realizado a abordagem da concepção do Estado e a política do neoliberalismo. Sabe-se que a saúde é direito de todos e dever do Estado. A lógica de organização das ações está relacionada na evolução de uma estratégia em se constituir uma rede universal de proteção social, ou na concepção de bem–estar. Pertencer ao âmbito privado seria para alguns um retrocesso.

No segundo capitulo, existe a explanação da filantropia e histórico da Santa Casa, caracterizando o hospital filantrópico e escola.

No terceiro capitulo, está descrito os aspectos históricos do setor saúde, as políticas de assistência social e gestão dos serviços de saúde. Há uma síntese e conclusão do trabalho com os resultados da pesquisa realizada respondendo as questões propostas além de sugerir estudos futuros sobre o tema.

Considerando o número reduzido de trabalhos científicos sobre as Santas Casas no Brasil, este estudo agrega informações relevantes com aspectos de originalidade. Os resultados obtidos oferecem informações de interesse para novas pesquisas e fomentam o debate sobre a eficiência e a contribuição das Organizações do terceiro setor.

Espera-se também que este estudo possibilite esclarecimentos sobre os modelos de gestão e práticas de saúde adotadas pelo governo como forma de ampliar e melhorar o acesso aos serviços.

Sendo assim, fez-se necessário o aprofundamento das discussões acerca da filantropia e da sua relação com a gestão dos serviços públicos de saúde, buscando promover ações assistenciais de qualidade e melhor inserção nos serviços públicos.

1. O ESTADO E O TERCEIRO SETOR NA PROVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

1.1. CONCEPÇÃO DE ESTADO

Segundo Dallari (2005) “a dominação Estado (do latim *status* = estar firme), significando situação permanente de convivência e ligada à sociedade política, aparece pela primeira vez em *“O Príncipe”* de Maquiavel, escrito em 1513”.

DALLARI (2005, p. 51) afirma que:

> [...] Durante os séculos XVI e XVII a expressão foi sendo admitida nos escritos franceses, ingleses e alemães. Na Espanha, até o século XVIII, aplicava-se também a denominação de *estados* a grandes propriedades rurais de domínio particular, cujos proprietários tinham poder jurisdicional. De qualquer forma, é certo que o nome *Estado,* indicando uma sociedade política, só aparecendo no século XVI, e este é um dos argumentos para alguns autores que não admitem a existência do Estado antes do século XVII. [...] o nome Estado só pode ser aplicado com propriedade à *sociedade política dotada de certas características* bem definidas. A maioria dos autores, no entanto, admitindo que a sociedade ora denominada Estado é, na sua essência, igual à que existiu anteriormente, embora com nomes diversos, dá essa designação a *todas as sociedades políticas que, com autoridade superior, fixaram as regras de convivência de seus membros.*

Existem várias teorias sobre o aparecimento do Estado DALLARI (2005) cita em sua obra *Elementos de Teoria Geral do Estado,* três posições consideradas por ele fundamentais para se entender essa origem.

a) Primeira – Para muitos autores, o Estado, assim como a própria sociedade, sempre existiu desde que o homem habita na terra, achando se em uma organização social, dominada por algum poder sobre tal grupo. Entre os autores que partilham dessa posição DALLARI (2005) p.52 destaca EDUARD MEYER e WILHELM KOPPERS, “[...] ambos afirmam que o Estado é um elemento universal na organização social humana. MEYER define o Estado como principio organizador e unificador em toda organização social da Humanidade”.

b) Segunda – “[...] alguns autores admite que a sociedade humana existiu sem o Estado durante um certo período” DALLARI, 2005, p. 52 e por várias razões se constituiu o Estado para atender as privações dos grupos sociais. Essa segunda linha de autores afirma ainda que a formação do Estado em diferentes lugares foi senda formada simultaneamente com outros.

c) Terceira – é a dos autores que reconhece o Estado como a sociedade política. Um dos seguidores dessa corrente filosófica, “Karl Schmidt, diz que o conceito de Estado não é um conceito geral válido para todos os tempos, mas é um conceito histórico concreto” DALLARI (2005), p.53.

As principais teorias que procuram explanar a origem do Estado: é a formação natural ou espontânea do Estado, afirmando que o mesmo surge por um ato voluntário e natural. Ainda existem as teorias que conservam a idéia de que o Estado surgiu pela vontade e interesse dos homens, ou seja, uma formação contratual da sociedade.

Ao longo da história e com as alterações no perfil da sociedade até os tempos modernos, encontramos muitas definições para a concepção de estado. Na literatura, encontramos as primeiras definições de Hegel para o Estado, principalmente no âmbito filosófico da discussão “como o verdadeiro fundamento da liberdade. Dito de outro modo é nele que o conceito de liberdade se realiza plenamente.” (ARAÚJO NETO, 2007, p.02)

> [...] o Estado - enquanto totalidade ética - inclui as liberdades individuais na medida em que estão conservadas e resguardadas na universalidade. Desta maneira, os indivíduos estão inseridos ao sistema hegeliano, como “essência da autoconsciência que se realiza de forma autônoma, plena” (ARAÚJO NETO, 2007, p.3).

A tradução literal de Estado de acordo com o dicionário Aurélio significa:

> [...] Um povo social, política e juridicamente organizado, que, dispondo de uma estrutura administrativa, de um governo próprios, tem soberania sobre determinado território. / Divisão política, administrativa e territorial de certos países (Brasil, Estados Unidos da América, México, Venezuela). / O governo, a administração superior de um país [...] (FERREIRA,1986).

Ele foi desenvolvido historicamente para garantir a continuidade do grupo social sendo o único capaz de negociar conflitos dentro da sociedade. O seu desenvolvimento ocorre através da desigualdade social, sua capacidade de interlocução entre as classes menos favorecidas e os grupos dominantes não tem ocorrido de forma neutra uma vez que, evidencia-se a capacidade desse grupo de impor sua vontade (WESTPHAL, 2001).

O Estado está relacionado à figura do governo territorial e sua política de estrutura administrativa. As teorias políticas liberais determinam o estado sendo mecanismo para atuação da sociedade, e não deve ser confundido somente como governo no sentido de cumprimento das leis (GONZAGA, 2004).

O Estado Liberal tem três fases históricas mais ou menos determinadas. A primeira fase reivindica os direitos individuais. Logo em seguida o próprio capitalismo conhece um salto – agora em direção à fase industrial.

A segunda fase se inicia com a Segunda Revolução Industrial, a partir de 1850. Este é o grande impulso tecnológico, político e econômico no interior do próprio capitalismo. A partir de então, o capitalismo industrial não conhecerá mais limites jurídicos, geográficos, políticos ou morais. Esta fase perdurou até as primeiras décadas do século XX ou meados do século, por volta dos anos 50-60, quando entra em cena o Estado do Bem-Estar Social – limitado à experiência europeia.

Já a terceira fase, a mais recente do Estado Liberal é esta em que nos encontramos e que resultou da mistura do neoliberalismo com a globalização.

Com o declínio do Estado Liberal, ergue-se um modelo do Estado Social, promovendo inúmeras diferenças econômicas e sociais. Desta forma, haveria de surgir um Estado baseado na realização da justiça social, em outras palavras o Estado Social de Direito. Devido o chamado Estado Liberal não conseguir solucionar todos os problemas o seu declínio torna-se inevitável.

Pode-se considerar que o Estado Social nasce como uma reformulação do próprio capitalismo, partindo do desgaste do modelo liberal, onde os direitos sociais e de

participação política assumem a condição de direitos fundamentais através do Estado. Assim, procurou-se construir um novo Estado que defende as liberdades fundamentais e demonstre, através da Constituição, o papel de assistência dos desfavorecidos e que impulsione a economia.

> Portanto, o Estado tem como premissa básica a ordenação econômica e social do aparelho produtivo de um determinado país. Em síntese é uma organização estrutural das Leis, da Justiça e da execução da ordem geral de uma nação. Não existem condições de que o estado não tenha intervido na economia; apenas, pode-se dizer que a sua participação tenha sido no passado, pequena, considerando que seus desajustamentos não tenham precisado da interveniência do Estado na área de investimento e da ordem pública (GONZAGA, 2004, p.21).

O que se observa na prática é o estado como meio protetor do sistema capitalista e o interesse das demais classes à mercê da estrutura de massificação e servidão dos interesses burgueses. “O Estado deveria partir do principio de que seu objetivo fundamental é o bem comum”, o que se torna muito difícil na atualidade do mundo capitalista (GONZAGA, 2004, p.14).

A intervenção do Estado no tratamento da questão social atua de forma contraditória, visto que, através das políticas sociais busca responder às pressões sociais, de uma sociedade marcada pelas desigualdades com níveis de absoluta pobreza intermediando os conflitos de classes, visando ainda o processo de produção de capital.

Sabe-se que o Estado demonstra a forma em que a sociedade civil se organiza como uma Nação e sua forma de expressão, sendo também:

> [...] a forma através da qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer os seus interesses comuns e na qual se resume toda sociedade civil de uma época, conclui-se que todas as instituições públicas tem o Estado como mediador e adquirem dele uma forma política (MONTEIRO & MONTEIRO, 2003, p.10).

A figura do Estado estaria ligada a uma atuação dos bens produção, de maneira distributiva, com a interferência de políticas públicas, no sentido de amenizar a situação dos desfavorecidos da sociedade.

No âmbito social o Estado assumiu para si todas as responsabilidades das ações efetivas, mesmo assim ainda insuficiente, necessitando delegar para outros Conselhos setoriais, Organizações civis, Organizações não – governamentais entre outros para fazer cumprir a Constituição.

“A criação (e a manutenção) de uma *“ordem social”*, pelo Estado, legaliza e consolida a submissão da classe trabalhadora, reduzindo os conflitos sociais e amortecendo a colisão das classes” (RAMOS, 2011b, p.5).

A atuação do Estado deve ser ampliada à burocracia pública e aos órgãos estatais que conceberiam e implementariam as políticas públicas:

> As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do estado quanto a implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolvem órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada (HOFLING, 2001 p.31).

Percebe-se que a atuação do estado em prol do bem estar social e da manutenção da boa convivência entre classes distintas se faz através da implementação e regulação das políticas publicas, de responsabilidade estatal, com o apoio de outros setores da sociedade civil, que se organiza em prol da coletividade.

1.2. NEOLIBERALISMO

Entre as teorias que explicam ou recomendam certas posições do Estado em relação a seus direitos e obrigações, principalmente no que se refere às questões econômicas, estão o liberalismo e o keynesianismo que antecedem ao neoliberalismo. Tais teorias tentam explicar quais as funções do Estado, sua melhor forma de organização e até onde deve interferir ou se omitir nas diversas situações.
O liberalismo baseou-se na idéia em que o próprio capitalismo continha mecanismos racionais e eficientes de autorregulação das condições socioeconômicas de uma sociedade. Dessa forma o papel do Estado deveria se limitar a cumprir contratos e garantir a propriedade privada.

Com a Primeira Guerra, houve um período de grande progresso e uma "superprodução de capital" o que desencadeou em uma crise ocorrendo à quebra da Bolsa de Nova York ou crise de 1929 (RAMOS, 2011a).

Com a crise de 1929 a eficiência do capitalismo começou a ser questionada, tornando notório que os mecanismos de autorregulação não eram suficientes para manter a economia.

A recuperação desta crise aconteceu apenas depois de 1945, com a Segunda Guerra mundial, o que culminou com a divisão do mundo através das duas potências: Estados Unidos e União Soviética na chamada Guerra Fria. Essa guerra garantiu a "dominação mundial do capital sobre o trabalho" (RAMOS, 2011a, p.7).

Mediante a crise vivenciada surgiu uma teoria que rompia totalmente com a idéia liberalista e afirmava que o Estado deveria sim, intervir na sociedade, na economia e em qualquer área que julgasse necessário. O modelo do Estado intervencionista foi adotado por muitos países após o fim da Segunda Guerra Mundial já que a interferência estatal parecia essencial para a recuperação do mundo pós-guerra.

Configurou uma divisão político - econômica mundial entre o capitalismo e socialismo. O capitalismo, através dos conflitos de classes, exigiu a formação de

novas formas de coesão social pelo Estado para a regulação social e seguridade do direito social, em contrapartida, o socialismo deveria prover as condições básicas de vida (ESCORSIM, 2008). Logo “a existência de um Estado de bem estar social acaba por restringir as ações de instituições de caráter voluntário e filantrópico.” (SANGLARD, 2003 apud ROSS, 1974, p.783).

> A decadência do liberalismo foi resultado não do triunfo teórico de um paradigma alternativo, mas das lutas sociais e políticas do século XIX e princípios do XX: o auge do socialista e a decadência do assistencialismo cristão. O liberalismo fracassou do ponto de vista de ser capaz de sustentar o crescimento econômico sem grandes crises, assim como de garantir a ordem social (GARZA TOLEDO, 1997, p.75).

O modo de produção capitalista foi gerador de desigualdades e desestruturou as relações sociais. Uma vez que, o capital e o trabalho estabeleceram novas formas de produção, estratificação da sociedade e na produção e reprodução político-ideológica formada pelo Estado (ESCORSIM, 2008).

O Estado moderno, ao longo da história, apresentou um predomínio aos interesses burgueses tornando-se o regulador contratual da sociedade industrial.

A partir do século XX, foi discutida uma nova visão para as necessidades coletivas, atribuindo ao Estado o papel de provedor das necessidades de reprodução social, pensando não mais em ações individuais e sim na coletividade para estruturação de políticas sociais. Essa discussão surgiu após as lutas de classes e a formação de movimentos sindicais e associativos originados de uma sociedade industrial (ESCORSIM, 2008).

A partir dos anos 60, com a crise dos países centrais, ocasionada pela acumulação intensiva e por uma regulação monopolista, o keynesianismo também foi questionado devido a problemas como inflação e instabilidade econômica.

O cenário que precedia a política neoliberal era ilustrado por grandes inovações tecnológicas, provocadas pelo aumento das forças produtivas e concorrências entre as nações capitalistas (RAMOS, 2011a).

> A chegada da grande crise do modelo econômico do pós – guerra, em 1973, quando todo o mundo capitalista avançado caiu numa longa e profunda recessão, combinando pela primeira vez, baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação, mudou tudo. A partir daí as idéias neoliberais passaram a ganhar terreno (ANDERSON, 2003, p.10).

Há então o surgimento de um novo modelo de liberalismo, o neoliberalismo ao qual estabelecia um certo limite ao Estado.

O processo de reestruturação do capital seguindo os preceitos neoliberais com a flexibilização dos mercados, distanciamento do Estado de suas responsabilidades sociais e da função de regular a relação entre capital e trabalho proporcionou a sua consolidação na sociedade.

> A propriedade privada dos meios de produção e a mercantilização como substrato da sociedade capitalista, passaram a determinar o lugar social daqueles trabalhadores inseridos no processo produtivo dos quais se extrai a mais – valia, e daqueles cuja força de trabalho não interessava imediatamente ao capital e, portanto, cumpriram a função do exército social de reserva. A estes relegados do processo produtivo, restavam apenas a caridade, a benemerência, e a filantropia, como respostas às suas indigências (ESCORSIM, 2008, p.01).

"O neoliberalismo foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem – estar" (ANDERSON, 1995, p.9). Ele surgiu para limitar o Estado de bem estar (*welfare state*), redução dos gastos públicos em políticas sociais, desestruturação dos trabalhadores e garantir o controle do capital sobre o trabalho (RAMOS, 2011 apud NETTO, 1993).

> [...] Estado neoliberal pode significar Estado menos proprietário e interventor na economia e na previdência social, mas não necessariamente Estado politicamente fraco. [...]. Na prática, o ajuste neoliberal tem significado muitas vezes a ruptura de formas anteriores de fazer o Estado funcionar por meio de pactos entre corporações. Neoliberal agora pode significar marginalizar as corporações sindicais do Estado [...] ou utilizar as organizações como mecanismo de controle do descontentamento [...] frente às políticas salariais restritivas, à diminuição do gasto social ou mesmo mediar estatalmente o conflito operário patronal em favor da empresa e da flexibilidade não ajustada das relações trabalhistas (GARZA TOLEDO, 1997, p.82).

O Estado neoliberal não necessariamente é fraco politicamente, mas demonstra-se que essa é uma forma de gerenciamento do impacto e descontentamento social causado pelas ações adotadas.

Os governos que aderiram ao Neoliberalismo realizaram reformas fiscais e cortes com gastos sociais, elevaram taxas de juros e iniciaram as privatizações (ANDERSON, 2003).

> [...] os capitalistas se apropriaram das empresas estatais e dos serviços públicos mais rentáveis [...] como resultado [...] reforçaram de maneira considerável seu predomínio econômico, reduzindo drasticamente o controle público dos recursos nacionais e facilitando a atuação do setor privado (BORÓN, 2003, p.79).

Essas transformações atingiram principalmente os países periféricos que passaram a sofrer grandes intervenções de organizações internacionais (Banco Mundial e FMI-Fundo monetário Internacional) (RAMOS, 2011a). Na verdade, tinha-se que reduzir o tamanho do Estado, não interventor na economia, que de fato significava gasto público máximo para o Capital e mínimo para os trabalhadores.

Os defensores do Neoliberalismo, na formulação de sua política, partem de uma falsa análise das reais causas da crise fiscal. Afirmam que ela reside, essencialmente, nas demandas excessivas dos trabalhadores. Na verdade a causa mais importante da crise fiscal é o custo financeiro da dívida, tanto interno como externo – o que é omitido pelos neoliberais, pois se trata de um mecanismo para transferir recursos da esfera pública para a privada, no processo de acumulação capitalista (ARANTES, 2001).

> Além de minimizar direitos sociais e políticos, a ideologia neoliberal confunde a figura do cidadão com a do consumidor. A idéia de valor, que aqui predomina, é dada pela dimensão econômica das relações sociais e apenas secundariamente pelas necessidades individuais e coletivas (CARVALHO, 2002, p.42).

Houve visível retrocesso do que poderia se chamar de democracia e todos os direitos conquistados através das lutas de classe. Como forma de ampliar e viabilizar formas de mercado os cidadãos foram vistos como consumidores e sendo a válvula de escape para a modificação da economia vigente. A economia e o mercado formalizados pelo capitalismo sobrepõem-se aos direitos sociais.

Logo, tornou-se visível os reflexos de uma política individualista, discriminatória com regressão da democracia e políticas públicas e sociais. “A herança do neoliberalismo

é uma sociedade profundamente desagregada e distorcida, com gravíssimas dificuldades em se constituir do ponto de vista da integração social [...]" (BORÓN, 2003, p.187).

> O aumento da violência e da criminalidade, a decomposição social e a anomia, a crise e a fragmentação dos partidos políticos, a prepotência burocrática do Executivo, a capitulação do Congresso, a passividade da justiça, a corrupção do aparato estatal e da sociedade civil, a ineficácia do Estado, o isolamento da classe política, a impunidade para os grandes criminosos e a "mão dura" para os pequenos delinqüentes e, *last but not least*, o ressentimento e a frustração das massas constituem a síndrome dessa perigosa decadência institucional de uma democracia reduzida a uma fria gramática do poder, expurgada de seus conteúdos éticos (BORÓN, 2003, p.110).

Na visão neoliberal o Estado dificulta o desenvolvimento do capitalismo por isso é proposto uma reforma do aparelho estatal "Estado – empresa", através dessa reforma reduziria também o pensamento e as ações para a existência de uma política social universalista e redistributiva. Neste contexto acredita-se que essas políticas são "gastos desnecessários", produziriam "déficit fiscal" além de proporcionar um "desestímulo ao trabalho e à competição" (CARVALHO, 2002).

> [...] acrescenta um discurso ideológico auto-incriminatório que iguala tudo o que é estatal com a ineficiência, a corrupção e o desperdício, enquanto a "iniciativa privada" aparece sublimada como a esfera da eficiência, da probidade e da austeridade. Essas imagens dicotômicas do "público" e do "privado" não resistem a menor análise ainda que seja pelo fato elementar de que a outra cara da corrupção e da ineficiência do "estatismo" é o empresário privado que corrompe o funcionário estatal. Em todo caso, o amálgama da crise estrutural do Estado com o discurso satanizador do setor público diminui a capacidade deste para formular e executar políticas (BORÓN, 2003, p.79).

As políticas neoliberais causaram muitos estragos, mas seus reflexos até hoje são percebidos principalmente no campo social. Nos países da América Latina e no Brasil, o desmantelamento das políticas sociais foi extremamente fácil uma vez que não existiam bases sólidas de um Estado de bem Estar Social (LEITE, 2003).

Com a substituição do Estado de Bem Estar Social pelo Estado Mínimo através da implantação da política neoliberal e o desmantelamento das políticas públicas sociais ocorreu o fortalecimento das organizações da sociedade civil organizada (COSTA, 2012).

> Com isso pretende-se justificar que as perdas das respostas estatais à "questão social" seriam compensadas pela intervenção deste setor, manifestando que não é hora de enfrentar o fato do "encurtamento do Estado", mas sim de concentrar os esforços por reforçar o "crescimento da sociedade civil". Argumento claramente resignado a um suposto "fato inalterável" (a crise estatal e sua incapacidade de resposta efetiva à "questão social") e mistificado por pensar esta "sociedade civil" como representante homogêneo dos interesses populares (em oposição ao Estado e ao mercado, supostamente tidos como oriundos do capital) (MONTAÑO, 2005, p.215).

Houve uma justificativa para o crescimento da sociedade civil o que mais tarde representaria o terceiro setor sendo explícita a incapacidade estatal de garantir as suas responsabilidades e regulação social.

"A crise do estado de bem estar social fez com que se buscassem, na sociedade civil, alternativas para responder as demandas da população por bens e serviços cujo provimento era num passado recente, visto como poder estatal" (LEITE, 2003, p.2).
O ideário neoliberal veio na contramão das políticas públicas implantadas e oferta de serviços à população reforçada pela Constituição de 1988 e as Leis orgânicas que garantem que a saúde é um direito universal e dever do Estado. Logo, a saúde deixa de ser um direito do cidadão e passa a ser uma mercadoria na concepção liberal.

O SUS "preconiza um Estado ativo, que preste serviços sanitários de qualidade e que regule, a partir da lógica do bem comum, as ações do setor privado [...] é um espaço de resistência às políticas neoliberais" (CARVALHO, 2002, p.46).

Hoje há um enfraquecimento e sucateamento do SUS devido às restrições financeiras com a crise de Estado. Esta situação favoreceu o pensamento neoliberal que aproveita a situação de precariedade da rede pública para implementar e disseminar o serviço privado.

O crescimento das idéias neoliberais apresenta "grande força política e econômica" tendo como respaldo a política governamental na clara intenção em repassar para o terceiro setor às responsabilidades antes atribuídas ao Estado com a Constituição. O impacto neoliberal é evidente, e como forma de minimizá-los foi realizada estratégias ainda que insuficientes para reversão das questões sociais.

1.3. O TERCEIRO SETOR E ALGUMAS PERSPECTIVAS

O conceito do terceiro setor foi marcado por intelectuais do capital e isso mostra a clara ligação com os interesses de classe e as transformações necessárias à alta burguesia (MONTAÑO, 2005).

Logo esse termo é construído após um recorte social em três esferas onde: o Estado (primeiro setor), o mercado (segundo setor) e a sociedade civil (terceiro setor) (MONTAÑO, 2005).

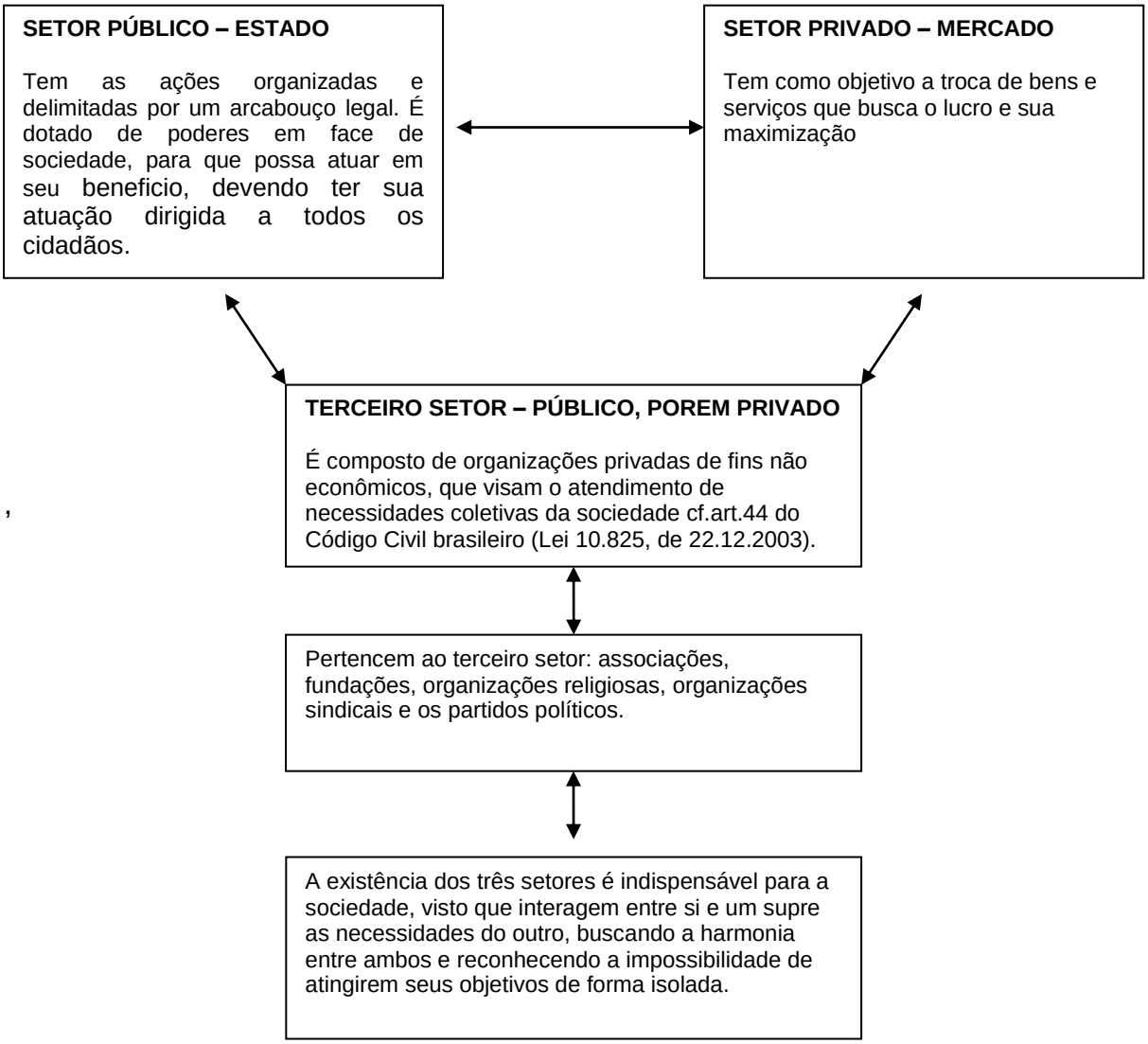
Montaño (2005) faz uma análise, interrogando sobre o que é o ”terceiro setor”, abordando que este seria o “primeiro setor”, sob a lógica de que historicamente a sociedade civil é quem produz suas instituições.

> Porém, ao identificar Estado, mercado e sociedade civil, respectivamente como primeiro, segundo e terceiro setores, [...] observam que o “terceiro setor” na realidade “é o primeiro setor”. Claro se este é identificado com a sociedade civil e se, historicamente, é a sociedade que produz suas instituições, o Estado, o mercado etc., há clara primazia histórica da sociedade civil sobre as demais esferas; o “terceiro setor” seria na verdade o primeiro (MONTAÑO, 2005, p.54).

Nessas alternativas que se apresentam para reordenar a intervenção estatal, verifica-se que cada vez mais organizações que não são nem do Estado, nem do setor privado prestam serviços de caráter público. Em meio ao debate que aborda os aspectos estratégicos, envolvidos na emergência de uma terceira via para a provisão de serviços públicos (CLARO, 2002).

> A emergência do terceiro setor representa, em tese, uma mudança de orientação profunda e inédita no Brasil no que diz respeito ao papel do Estado e Mercado e, em particular, à forma de participação do cidadão na esfera pública. Isto tem levado à aceitação crescente da ampliação do conceito de público como não exclusivamente sinônimo de estatal: “público não – estatal” (FALCONER, 1999, p.1).

Machado (2011, p.30) apresenta um fluxograma que demonstra claramente a interligação entre o público, o privado e o Terceiro setor.



,

Figura 1- Interação entre o Público, Privado e o Terceiro setor.
Fonte: MACHADO (2011, p.30).

No fluxograma acima é confrontado três setores onde um é burocrático e apresnta déficit em ações sociais; o outro busca a maximização dos lucros e a partir das lacunas deixadas surge um novo que busca o bem comum. Observa-se a interdependência dos mesmos pois é impossível sobreviverem isoladamente porque na verdade um atua na falha do outro.

Alguns autores notam a origem do terceiro setor na “falha” do Estado, devidamente planejada pelo neoliberalismo. Portanto, este setor, que está entre o Estado e as empresas seria responsável pelo planejamento de “uma nova racionalidade mundial”. O “terceiro setor” teria vindo para “resolver” um problema em que o Estado não poderia responder as demandas sociais, proporcionando que a atividade pública fosse desenvolvida pelo setor privado (MONTAÑO, 2005).

De acordo com Montaño (2005) os preceitos teóricos de formulação do terceiro setor apresentam fragilidades uma vez que as instituições que o compõe apresentam diversificação na sua origem e finalidade.

Fischer & Falconer (1998 p.13) também trazem essa abordagem relatando que “o Terceiro Setor foi se ampliando sem que esse termo, usado para designá-lo, seja suficientemente explicativo da diversidade de elementos componentes do universo que abrange.”

De acordo com Montaño (2005) o terceiro setor também é denominado como “sociedade civil”, mas há uma ausência das organizações sindicais e de movimentos sociais pertencentes a este grupo o que tornaria essa nomenclatura parcialmente correta, pois há uma lacuna neste conceito.

Ele é definido pelas instituições sem fins lucrativos com ações destinadas ao bem comum. Mas na verdade há um questionamento sobre o que seriam as instituições sem fins lucrativos. Estas instituições são pessoas jurídicas: Institucionalizadas (constituídas legalmente); Privadas (não integrantes do aparelho do Estado); sem fins lucrativos (não distribuem lucros para os seus administradores ou dirigentes); Auto – administradas (gerenciam suas próprias atividades) e Voluntárias podem ser constituídas livremente por qualquer pessoa ou grupo de pessoas. Logo o terceiro setor é o conjunto de entidades que preenche os requisitos referidos e que tenha como objetivo e finalidade o desenvolvimento de ações voltadas à produção do bem comum (TEIXEIRA, 2010).

O terceiro setor avança através de uma nova perspectiva sobre a caridade e a filantropia desenvolvendo uma atuação mais técnica exigindo qualidade dos

processos assistenciais uma vez que os usuários apresentam direitos a serem assegurados pelas instituições que o compõe.

No Brasil, as figuras jurídicas que apresentam as características de entidades sem fins lucrativos são as Associações e Fundações privadas. É importante destacar que apesar de as pessoas jurídicas atuantes neste setor serem identificadas como ONG (Organização não governamental), OSCIP (Organização da Sociedade Civil de interesse público), OS (Organização Social), Instituto, Instituição, dentre outras, elas são juridicamente constituídas sob a forma de associação ou de fundação. As designações OSCIP e OS, porém, são qualificações que as associações e fundações podem receber uma vez preenchidos os requisitos legais. O Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) que pode ser requerido junto ao Conselho Nacional de Assistência Social e OSCIP através do Ministério da Justiça (COSTA, 2012).

> A falta de dados sistemáticos, as variações terminológicas e a grande gama de papéis que desempenham tornam essas organizações difíceis de serem identificadas em cada lugar, dos inúmeros em que elas vem emergindo. Sérios problemas de definição conceitual combinam-se com o variado tratamento jurídico que essas organizações recebem nas estruturas legais nacionais (SALAMON,1998, p.6).

ONG é uma tradução da palavra em língua inglesa Non-governmental organizations (NGO), expressão muito difundida no Brasil e utilizada, de uma forma geral, para identificar tanto associações como fundações sem fins lucrativos. Instituto e Instituição, por sua vez, são parte integrante do nome da associação ou fundação. Em geral é utilizado para identificar entidades dedicadas ao ensino e à pesquisa. Falconer (1999, p.10) relata que essas organizações “foram as primeiras a se organizar coletivamente e a apresentar sua identidade e seus valores comuns à sociedade, baseadas na negação do assistencialismo e promoção da defesa dos direitos.”

O Terceiro Setor no Brasil é composto por organizações antigas como as Santas Casas de Misericórdia que iniciou suas atividades no Período Imperial de D. João VI, instituições de caráter social como APAES (Associação de Pais e Amigos de Excepcionais) e outras que surgiram a partir dos anos 70 no período da ditadura

militar através de movimentos sociais como as organizações não – governamentais (FALCONER, 1999; COSTA, 2012).

Conforme relata Montaño (2005, p.55):

> Portanto, a "origem" do "terceiro setor" já enfrenta um problema. Surgiu na década de 80, numa construção teórica, com a suposta preocupação de certos intelectuais ligados a instituições do capital por superar a eventual dicotomia público/privado? Teria data anterior, nas décadas de 60 e 70, com o auge dos chamados "novos movimentos sociais" e das "organizações não-governamentais"? Seria uma categoria vinculada às instituições de beneficência, caridade e filantropia, dos séculos XV a XIX (ou no Brasil, com as Santas Casas de Misericórdia, Cruz Vermelha etc). Sua existência data da própria formação da sociedade, conforme os contratualistas analisam**.**

No cenário atual, as organizações da sociedade civil têm determinados incentivos fiscais e realizam convênios com o governo, mas o processo de concessão passa por várias barreiras burocráticas em diferentes instâncias governamentais, como uma forma do governo conseguir uma base de dados segura que permita avaliar os resultados e realizar um controle social (FERRAREZI, 2001).

> Por seu turno, a "generalização" de que é acusada esta perspectiva de abordagem do "terceiro setor" põe limitações – na medida em que não diferencia a filantropia da "pilantropia", as ONGs realmente comprometidas com os setores subalternos e com o desenvolvimento, preservação e ampliação dos direitos sociais e trabalhistas [...] daquela maioria que apenas persegue o objetivo de enriquecer seus altos membros - ; no entanto, ela potencializa a capacidade de determinação do verdadeiro significado e papel social deste conjunto, entendido como fenômeno (MONTAÑO, 2005, p.19).

Por algumas instituições apresentarem esse perfil houve a necessidade de implementação de um controle maior na concessão dos certificados de filantropia e também do destino do dinheiro que era depositado. Pode-se dizer que esse é fator que dificulta as relações contratuais das instituições por gerar um cenário de desconfiança.

Contudo, não é totalmente eficaz o controle dessas informações para a definição de incentivos e estabelecimentos dessas parcerias. Isso proporciona a indevida classificação como Filantrópica de muitas instituições, uma vez que não demonstram mérito de sua ação social (ESCORSIM, 2008).

O início da parceria entre o Estado e a sociedade civil é explicado por alguns autores como Montaño (2005) p.233 através da elaboração de teses para justificar a sua existência como a Tese da “passagem” e “compensação”, na qual a interpretação seria a “suposta compensação das perdas da atividade (e responsabilidade) social no âmbito estatal (primeiro setor), com o paralelo aumento da atividade da sociedade civil (definida como “terceiro setor”)” – “compensação”.

> [...] – com o corte destas remessas, redirecionadas a outras latitudes – deveu-se ao campo vazio que deixa paulatinamente o Estado e ao estímulo e financiamento estatal destas organizações, mediante as chamadas “parcerias”. O Estado fornece a essas organizações crédito fácil, isenção fiscal, facilidades legais, destina recursos financeiros, materiais e humanos (MONTAÑO, 2005, p.225).

Efetivamente as organizações do terceiro viram nas parcerias a forma de sustentação e crescimento institucional dos anos 90 o que anteriormente era realizado através do financiamento das agências internacionais (FISCHER & FALCONER, 1998).

> “Ao optar pela provisão privada como forma de viabilizar a universalização, sem regular desde o início o escopo de atuação dessa iniciativa privada empresarial, o setor público acaba criando e consolidando bases para a oferta privada de serviços” (SANTOS & GERSCHMAN, 2004, p. 796).

Para Montaño (2005), o crescimento do terceiro setor será possível apenas enquanto o Estado o estiver financiando, mas seu futuro ainda é incerto uma vez que não se sabe até quando as parcerias serão úteis para o setor estatal na concepção neoliberal. Nesse processo a parceria teria uma finalidade ideológica, de aceitação da população para a saída do Estado do cenário das questões sociais e implementação das políticas públicas. Portanto após o cumprimento dessa finalidade não seria necessário sua manutenção.

Outra ameaça para as parcerias seria a perda da capacidade do Estado em financiá-las uma vez que houve uma significativa diminuição da fonte de renda após a crise estatal.

> [...] com a crise fiscal estatal, com a pressão do capital para a diminuição de tributos, com as privatizações – que tanto levam a uma perda da capacidade de gestão e controle social sobre os recursos das empresas privatizadas, quanto derivam numa significativa perda de fonte de renda do

> Estado -, com a ideologia do “Estado mínimo” e do “mercado livre”, então o Estado não apenas não precisará mais manter as “parcerias”, ele não poderá mantê-las (MONTAÑO, 2005, p. 228).

FALCONER (1999) descreve ainda as limitações do terceiro setor no desempenho de suas atribuições estabelecidas com as parcerias. Essa incapacidade é associada a constituição organizacional fragilizada das instituições, grande dependência de recursos estatais, e a falta de profissionais capacitados no cumprimento das ações o que poderia reduzir a interação dessas relações.

> Constata-se que, embora o terceiro setor esteja sendo alcançado a uma posição de primeira grandeza, como “manifestação” da sociedade civil e parceiro obrigatório do Estado na concepção e implementação de políticas públicas, a realidade deste setor, quanto ao seu grau de estruturação e capacidade de mobilização, ainda está muito aquém da necessária para que se cumpra os papéis para os quais está sendo convocado, seja por características políticas e culturais brasileiras, como a alegada “falta de tradição associativa”, seja por deficiências na gestão destas organizações (FALCONER, 1999, p.7).

O Estado tenta minimizar essas deficiências, através de iniciativas que promovam um ambiente propício para as instituições do terceiro setor desempenharem os papéis que lhe são propostos. Seja por meio de elaboração de Leis ou através de iniciativas no aperfeiçoamento da gestão nestas organizações (FALCONER, 1999).

Com o fortalecimento e crescimento do terceiro setor no Brasil, o governo buscou identificar as instituições que possuíssem fins públicos e que não eram contempladas com nenhum benefício. Regulamentou a Lei nº 9.790 de 23/03/99 que “simplificou os procedimentos para o reconhecimento institucional das entidades da sociedade civil como a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), ampliando e definindo a área de atuação” (FERRAREZI, 2001, p.05). Essa lei ficou conhecida como Lei do Terceiro Setor.

> [...] entidades privadas, sem fins lucrativos, que ocupam o espaço público não – estatal, em conformidade com os princípios de universalização dos serviços, cujas finalidades estejam voltadas para a promoção de assistência social, cultura, educação, saúde gratuita, segurança alimentar e nutricional, defesa dos direitos e do meio ambiente, promoção da ética, da paz, da cidadania e da democracia, do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza, produção de estudos e pesquisas (ESCORSIM p. 06, 2008 apud GOMES, 1999, p.104).

Com a realização dessa Lei, procurou-se modernizar as relações de parcerias, considerando os critérios de eficácia, eficiência e regulamentação dos contratos para

acompanhamento dos recursos aplicados com finalidades públicas (FERRAREZI, 2001, p.05).

As OSCIPs são escolhidas através de editais públicos para parcerias, permitindo no contrato o pagamento e custeio de diretores, o que antes não era possível nos contratos de convênios.

> A elaboração da Lei das OSCIP revela em si que a tradicional dicotomia Estado X Sociedade civil está ganhando novos contornos. As OSCIPs não são instrumentos e extensão da ação do Estado, nem simplesmente suplementares. Pelo contrário são autônomas em relação ao Estado[...]. As formas alternativas de provisão de serviços e políticas não significam eliminar ou reduzir o papel do Estado. Pelo contrário, as formas complementares de provisão auxiliam a reforma da ação do Estado à medida que outros atores com lógicas diferentes entram na cena pública" (FERRAREZI, 2001, p.13).

Hoje as ações governamentais lançam o desafio da parceria entre o público e o privado, havendo divergências quanto à opinião das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS). Acredita-se que há uma transferência de responsabilidade nas ações e execuções de políticas sociais públicas para o setor privado como um sistema alternativo para prover essas ações (KISIL, 2006).

Atualmente, o terceiro setor vem articulando as questões assistenciais, desenvolvendo intervenções na área da saúde. Conforme afirmado Montaño (2005, p.54) "Se o Estado está em crise e o mercado tem uma lógica lucrativa, nem um nem o outro poderiam dar resposta às demandas sociais" (MONTAÑO, 2005, p.54).

> E autores como Landim e Montãno marcam a visão do terceiro setor como uma reestruturação do capitalismo contemporâneo. "Terceiro setor não é um "termo neutro", ele tem nacionalidade clara. É de procedência norte-americana, contexto onde o associativismo e voluntariado fazem parte de uma cultura política e cívica baseada no individualismo liberal." (LANDIN, 1999, p.63).

Com isso as organizações do chamado terceiro setor serviriam também para responder ao problema de emprego, seria então uma solução "não-capitalista" para um problema capitalista, uma solução na "sociedade civil" para um problema da produção e do mercado. O debate do "terceiro setor" realiza essas promessas sem

sequer problematizar essas questões. Ignora e/ou esconde o real processo de desemprego (MONTAÑO, 2005).

> Na realidade brasileira, e talvez possa-se dizer na latino-americana como um todo, as organizações do Terceiro Setor, à semelhança das norte – americanas, atuam nessa faixa difusa que está igualmente distante do setor público e do setor privado, embora exercendo atividades que poderiam estar catalogadas entre os deveres do Estado (Educação, Saúde Pública, Assistência Social) e, simultaneamente, funções que, em teoria deveriam ser de responsabilidade de agentes sociais e econômicos específicos (geração de emprego e renda, formação e desenvolvimento profissional). Devido às características do desenvolvimento social e econômico do país, ao longo de sua história recente, esses papéis e funções mesclaram-se, não permitindo que, na prática, houvesse critérios claros para delimitar o público e o privado (FISCHER & FALCONER, 1998, p.14).

Após essas reflexões o terceiro setor mostra - se no contexto histórico promissor na forma de gestão pública atual uma vez que há o reconhecimento de sua competência e o estímulo na participação para o provimento de bens e serviços o legitimando no contexto local.

2. A FILANTROPIA E O HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

2.1. FILANTROPIA

A filantropia foi referida desde a época da Grécia Antiga quando Aristóteles, através da sua compreensão, a considerava como sendo “amizade do homem com o próprio homem” uma vez que “nenhum homem poderia ser alheio a outro homem” (ESCORSIM, 2008, p.01). Essa visão também foi referenciada por Platão através de aspectos onde “o homem como ser social por essência justificava a naturalização destas relações, considerando ainda que a igualdade e a democracia fossem devidas aqueles que tinham o status de cidadãos” (ESCORSIM, 2008, p.01).

Historicamente, a filantropia está relacionada com a Igreja Católica, pois durante um longo período remeteu-se a caridade, a solidariedade e amor ao próximo; os princípios teorizados e pregados por esta instituição como sendo requisitos para a moral.

Surge deste cenário o que é considerado como a filantropia tradicional, ou seja, o atendimento aos necessitados voluntariamente, de forma assistencialista, provendo as necessidades básicas de subsistência como alimentação, vestimenta e também para satisfação de um “desígnio divino” (KISIL, 2006). Esse “desígnio divino” seria fazer aquilo que é pregado pela igreja católica como “amar ao próximo como a si mesmo” e ajudar aos necessitados.

No período feudal também se pode observar outras situações que remetiam a filantropia, devido à necessidade de ajuda mútua para produção dos bens de consumo ou para a proteção dos feudos (ESCORSIM, 2008).

Segundo Monello (2008), a filantropia originou-se de um processo histórico através das entidades beneficentes considerando o amor à humanidade e à caridade.

> “A filantropia seria a vontade do homem em fazer o bem ao outro, a benemerência, quase similar, incluiria obras, asilos e outros e a assistência significaria socorro, atendimento, onde haja uma necessidade que a pessoa não possa resolver sozinha.” (MACHADO, 2011, p.31)

De acordo com Machado (2011), no Brasil a assistência, a filantropia e a benemerência são expressões similares, na verdade essas expressões, em sua essência possuem a mesma ação.

A partir do século XIII, a filantropia pode ser entendida, de forma generalizada, como a laicização da caridade cristã, tendo os filósofos das luzes seus maiores defensores. O “prestar socorro aos necessitados” deixa de ser uma virtude cristã e passa a ser uma virtude social; mediante ao entendimento destes filósofos a generosidade é a virtude do homem bem nascido apresentando tendências a doar, daí a forte presença das grandes fortunas dos filantropos (SANGLARD, 2003).

Mestriner (2005, p.14) define assim o conceito de filantropia:

> A filantropia (palavra originária do grego: philos, significa amor e antropos, homem) relaciona-se ao amor do homem pelo ser humano, ao amor pela humanidade. No sentido mais restrito, constitui-se no sentimento, na preocupação do favorecido com o outro que nada tem, portanto, no gesto voluntarista, sem intenção de lucro, de apropriação de qualquer bem. No sentido mais amplo, supõe o sentimento mais humanitário: a intenção de que o ser humano tenha garantida condição digna de vida. É a preocupação com o bem-estar público, coletivo. É a preocupação de praticar o bem. E aí confunde-se com a solidariedade.

Logo, tanto a caridade quanto a filantropia destinam suas obras aos necessitados, mas a diferença entre ambas não está na ação em ajudar, mas na forma como ela é realizada. A caridade se dá por um ato de anonimato, pressupõe-se a abdicação de toda a vaidade de seu autor; enquanto a filantropia tem como maior aliado a publicidade, uma vez que provoca a visibilidade da obra e aumenta a rivalidade entre os benfeitores (SANGLARD, 2003).

A caridade está ligada à esfera da ação do Cristianismo, como princípio cristão, ações de benevolência e assistência ao próximo enquanto a filantropia tenha um fator limitador que é a ação do Estado (SANGLARD, 2003apud ROSS, 1974, p.783).

As ações de caridade e de filantropia resultaram, ao longo do século, a construção de asilos, orfanatos, casas de repousos e hospitais, ligadas à filantropia e a assistência social, e dependiam de ações solitárias e caritativas, por meio de ações religiosas voltadas aos mais necessitados ou desprovidos de sorte.

Após a Segunda Guerra Mundial configurou uma divisão político - econômica mundial entre o capitalismo e socialismo. O capitalismo, através dos conflitos de classes, exigiu a formação de novas formas de coesão social pelo Estado para a regulação social e a seguridade do direito social, em contrapartida, o socialismo deveria prover as condições básicas de vida (ESCORSIM, 2008). “A existência de um Estado de bem estar social acaba por restringir as ações de instituições de caráter voluntário e filantrópico” (SANGLARD, 2003 apud ROSS, 1974, p.783).

Os momentos históricos delinearam no decorrer dos tempos as tipologias das organizações sociais de acordo com o modelo político que se desenha para a filantropia, solidariedade e assistência social. No quadro 1 abaixo mostra a evolução histórica da assistência social considerando a tipologia e o modo de regulação estatal/organizações sociais nos diversos períodos.

Quadro 1- Evolução histórica da assistência social e a tipologia das organizações

	Tipos de Organizações	Tipos de Regulação
Período Imperial até 1889 Filantropia Caritativa: Assistência e repressão	Obras pias atendimento conjunto (uma só massa) a órfãos, inválidos, enfermos, delinqüentes e alienados.	Religiosa Testamentos, subscrições e auxílios provinciais (pela junta da fazenda nacional ou Câmara Municipal do império)
Primeira República de 1889 a 1930 Filantropia higiênica: Assistência, prevenção e segregação	Obras sociais Atendimento por especialidades para: - crianças: asilos, orfanatos e internatos - velhos e inválidos: asilos - alienados: hospícios - mendigos: asilos de mendicidade - doentes: sanatórios, dispensários, lazarentos - imigrantes: instituições de auxílio mútuo	Médico – religiosa Auxílios provinciais (Pela junta da Fazenda Nacional ou Câmara Municipal) Jurídica 1º Juízo de Menores no Rio de Janeiro (1923) Código de Menores (Mello Matos) - 1927

	Tipos de Organizações	Tipos de Regulação
Getulismo de 1930 a 1945 Filantropia disciplinadora: Enquadramento nas normas técnicas e disciplinamento dos indivíduos	Instituições assistenciais (influência das encíclicas sociais) Materno-infantil: Hospitais, ambulatórios, postos de saúde Proteção à infância: Orfanatos, creches, internatos De educação: Educandários, de assistência pré-primária, primária, profissionalizante, educação de anormais, educação e reeducação de adultos Proteção a jovens: Organizações da juventude, escolas profissionais De auxílio mútuos: Instituições étnicas e de categorias profissionais Estatais: Departamento de Assistência Social de São Paulo – 1935 SAM – Serviço de Assistência ao Menor – 1941 Formação: Centro de Estudos e Ação Social, escolas de Serviço Social Movimento Católico Laico, Ação católica, círculos operários, Sindicatos Centros assistenciais complementares Instituições fomentadas pelo Estado LBA (1942), SENAI (1942), Samdu (1945) Instituições religiosas- protestantes, espíritas e evangélicas: Albergues, centros de juventude, abrigos, instituições para deficientes físicos e mentais	Estatal Constituição Federal de 1934 - Presidente da República: Contribuições à caridade oriundas de taxas alfandegárias e bebidas alcoólicas e embarcações - Ministério da Justiça e Negócios Interiores Caixa de Subvenções (31/8/31) Certificado de Utilidade Pública (28/8/35) - Ministério da Educação Criação do CNSS (1/7/38) Subvenção Federal (regulamentação 25/11/35 – 1/7/38 Constituição de 1937 Reitera o CNSS - amplia regulamentação de subvenções - isenção: na ampliação de tetos mínimos de salário dos funcionários (1945/46) e de imposto de renda (1943)
Estado Democrático Populista de 1946 a 1964 Filantropia partilhada profissionalizante	Instituições criadas pelo Estado com o empresariado: SENAC (1946) SESC (1946), SESI (1946) Movimentos comunitários	Estatal Complexificação da burocracia: Registro Geral de instituições (1951) Isenção de contribuição da cota patronal previdenciária (1959) Certificado de filantropia (1959)

	Tipos de Organizações	Tipos de Regulação
Estado autoritário de 1964 a 1988 Filantropia de clientela e apadrinhamento: Assistência e repressão	- Organizações sociais – influência do racionalismo técnico – vertente modernizadora do serviço social frente à reconceituação (1964) - Funaben / Febem – 1964 - Associações comunitárias: Sociedades de amigos de bairro Associações de moradores Renovação pastoral Comunidades eclesiais de Base – CEBs	Estatal Assistência por convênios Isenção de impostos sobre importações (1965)
Transição Democrática Filantropia vigiada 1985 – 88	- Organizações não – governamentais - Movimentos de defesa de direitos - Novos movimentos sociais	
Estado Democrático de 1988 a 1999	Expansão de: - Conselhos setoriais - Organizações não-governamentais - Organizações civis - Centro de defesa de direitos - Fundações empresariais	Estatal Constituição Federal de 1988 ECA – 1990 LOAS- 1993 Extinção da LBA/CBIA Extinção do CNSS Criação do CNAS Lei do voluntariado – 1998 Lei da Filantropia – 1998 Lei das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Termo e Parceria – 1999

Fonte: MESTRINER (2001, p.45-46).

Este quadro demonstra que as ações sociais mais efetivas sob a responsabilidade do Estado só ocorreram após 1930 com o getulismo o que gradativamente culminou com a necessidade de inserção de outras entidades para a garantia de serviços sociais mesmo com sua forma de governo centralizadora e controladora. Sob seu governo foi promulgada a Constituição de 1934, ele fecha o Congresso Nacional em 1937, instala o Estado Novo e passa a governar com poderes ditatoriais.

A filantropia tradicional segundo Kisil (2006, p.02)

> [...] nasce fundamentalmente da decisão individual de um possuidor de bens ou recursos financeiros, que acredita que esses recursos doados a uma entidade ou a uma causa podem fazer a diferença na vida de uma pessoa. [...] é um compromisso individual de um sujeito que podemos chamar de “filantropo”, “mecenas”, ou simplesmente “doador”. Quando pessoas com esse perfil sabem institucionalizar sua filantropia, despontam fundações como Rockfeller, kellogg, Carnagie.

Há uma preocupação com este tipo de filantropia, pois devido a sua forma personalizada há uma ameaça de quando o seu instituidor falecer encerrarem suas atividades caso algum membro da família não queira dar continuidade aos investimentos.

É importante ressaltar a forma como essa filantropia é realizada e com qual finalidade, o que levaria ao individuo em institucionalizar a filantropia e ao mesmo tempo são empresas que a cada dia crescem financeiramente. No passado alguns autores relatam que a filantropia tradicional seria uma forma de estar atendendo ao desígnio divino e na atualidade? Provavelmente há outros interesses que não será comentado neste estudo.

Nos dias atuais, a filantropia tradicional ainda é importante uma vez que organiza-se dentro de um sistema alternativo buscando o provimento de bens e serviços colocados em benefício público devido a incapacidade do Estado de gerir de forma equânime para toda a sociedade (KISIL, 2006).

> Essa visão alternativa não traz mudanças das relações existentes dentro da sociedade. Assume papel suplementar à ineficiência do Estado, aproximando-se de uma visão caritativa para com os excluídos dos bens e serviços oferecidos pelo setor público (KISIL, 2006, p. 2).

Com essa visão alternativa não há preocupação com o que foi o fator causal das desigualdades, apenas a filantropia iria atuar para amenizar as conseqüências desta exclusão dos bens e serviços.

Há, porém outra abordagem para a filantropia onde se utiliza o recurso privado em benefício público, mas de forma a transformar a sociedade a partir de programas e projetos criativos, geração de capital humano e social (KISIL, 2006).

No decorrer dos anos surgiram novas organizações incentivadas pelo Estado e pela igreja católica contrapondo-se as instituições com bases caritativas e de assistência mútua, mas estando inseridas no mesmo universo.

As entidades filantrópicas apresentam-se como alternativas para a descentralização

e operacionalização uma vez que o Governo as utiliza para implementar o SUS (ZATTA et al, 2002). Sendo assim, a filantropia, no contexto hospitalar, é responsável por um terço dos leitos existentes no Brasil (PORTELA ET al, 2004).

> As práticas efetivadas em nome da cidadania ou da filantropia atuam, em princípio, a partir de versões aparentemente contraditórias, posicionadas como se fossem lados opostos de uma balança. A filantropia afirmaria uma espécie de indiferença às razões que impulsionam as desigualdades, sendo os direitos a designação de atributos de uma cidadania que deveria ser extensiva a todos e regulada pelos princípios de equidade social (BARREIRA, 2006, p.60).

Evidencia-se o questionamento do autor uma vez que a cidadania viria para garantir o direito de todos a sua participação e inclusão social, enquanto a filantropia para o atendimento de uma demanda de excluídos ao processo e direitos sociais, sem se preocupar com o fator causal.

A Confederação das Misericórdias do Brasil apud Zatta et al (2002, p.03) relata que:

> [...] as instituições filantrópicas hospitalares totalizam 2,6 mil e representam aproximadamente 57% dos leitos atualmente oferecidos ao SUS. Apesar desta representatividade, [...] têm apresentado em sua maioria, resultados operacionais deficitários.

Os baixos resultados operacionais destas instituições podem ser atribuídos pelo próprio fator histórico cultural que foram surgindo e pela dificuldade financeira estabelecida.

As instituições consideradas filantrópicas são aquelas que apresentam o “Certificado de Entidades Beneficente de Assistência Social”, concedido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, através do Conselho Nacional de Assistência Social (PORTELA et al,2004).

Para obtenção desse certificado, são exigidas algumas condições estabelecidas pelo decreto 4.327/2002, são elas: oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internação ao SUS; aplicação de um percentual de receita bruta em gratuidade variando entre 20% e 5% na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS (PORTELA et al, 2004).

Panorama setorial apud Zatta (2002) menciona ainda que esse certificado garante o benefício da imunidade tributária sobre o patrimônio, as rendas e os serviços a eles relacionados.

> Os Hospitais Filantrópicos estão em via de extinção, mas tiveram papel de destaque na implantação da rede hospitalar brasileira, particularmente as Santas Casas de Misericórdia, que foram pioneiras na prestação de serviços assistenciais e na complementação do ensino da Medicina e de Enfermagem (ZANON, 2001, p.37).

Também por meio da filantropia o Estado consegue desenvolver iniciativas de utilidade pública, pois é dever do Estado garantir os padrões de dignidade social para todos os brasileiros. O primeiros movimentos iniciaram com a Constiuição de 1934 com o favorecimento da criação das organizações sem fins lucrativos. Todavia é necessário implementar uma reforma no Estado incluindo a sociedade e suas organizações com novas parcerias de forma democrática e transparentes com compromissos éticos e garantindo o direito de todos.

2.2. A IRMANDADE E A SANTA CASA

Devido ao cenário de fome, pragas e guerras vividas na Europa, houve uma necessidade crescente de assistência social o que proporcionou a origem da fundação de Irmandades de Caridade (BONICENHA, 2004).

Em Portugal, a situação não era diferente, considerada ainda mais grave com o alto índice de despovoamento devido à expansão ultramarina (BONICENHA, 2004).

> A elevada mendicância e o desemprego decorrentes do grande número de aventureiros frustrados com as empresas marítimas e com a decadência da agricultura, assim também o aumento no número de viúvas, órfãos, parentes desamparados de aventureiros que ficavam no ultramar e inválidos das empresas e expedições, foram os elementos responsáveis para que as associações filantrópicas se proliferassem em Portugal (BONICENHA, 2004 p.117).

A Irmandade da Misericórdia de Lisboa foi a precursora de todas as irmandades da Misericórdia que surgiram nas cidades e colônias de Portugal (BONICENHA, 2004).
A instauração da Confraria Misericórdia de Lisboa ocorreu em 1498 e deve-se a rainha D. Leonor Lancastre, esposa de D. João II, e ao Frei Miguel Contreiras. Estes possuíam um espírito caridoso e percorriam as ruas em busca de caridades aos pobres. Logo, devido ao seu trabalho, D. Leonor tornou o Frei seu Conselheiro e confessor (BONICENHA, 2004).

> As associações leigas, chamadas, indiscriminadamente de confrarias, utilizando-se de uma terminologia múltipla, como sodalícios, congregações, pias uniões, irmandades, não tiveram clara diferenciação entre si pela cúria romana em seus documentos. O Código do Direito Canônico aponta três classes de associações: ordens terceiras, confrarias e pias uniões, sendo que as associações de fiéis que tenham sido constituídas para o incremento do culto público recebem o nome de confrarias [...]. As confrarias particularizavam-se numa forma hierárquica e restritiva, construindo laços entre seus confrades, elevados à categoria de irmãos (BONICENHA, 2004, p.23).

Alguns autores consideram a existência de vários tipos de irmandades: “umas estritamente devocionais, outras com fins sociais definidos e ainda outras com caráter misto”. Sendo também de grande importância no “processo de ascensão social e de aculturação” (BONICENHA, 2004, p.23).

A ascensão da Irmandade foi conquistada ao prestar auxílio ao Exército e à Armada, passando a administrar os hospitais de Lisboa, a inspecionar o asilo dos expostos e aos desamparados. Em 1755, o majestoso edifício foi destruído por um terremoto, desde então a Misericórdia estava em casas alugadas, esforçando-se para manter sua obra benemérita (FREIRE; SCHWAB, 1979).

Após uma fase negra de invasões e guerras, que se instalou em Portugal, deixando vários mortos e feridos, o Estado retornou a investir na Misericórdia. Em 1884, a Confraria, ainda com caráter de Irmandade, foi dissolvida e seus administradores foram nomeados pelo governo, passando a caracterizar-se como organização institucional e seu inspirador, Frei Miguel de Contreiras, redigiu o “Primeiro Compromisso”, documento que dispunha sobre a nomeação de seus membros irmãos e suas diversas atribuições (FREIRE; SCHWAB, 1979).

O Compromisso era atender e curar os enfermos pobres, acompanhar os culpados sem defesa nos tribunais até os últimos momentos, ofertar dotes às donzelas para se casarem, auxiliar as viúvas pobres, recolher e educar os expostos, amparar e socorrer os peregrinos necessitados, resgatar transporte à pátria aos cativos, orar e sepultar os mortos sem recursos (FREIRE; SCHWAB, 1979).

Neste período, o rei de Portugal instituiu que em todas as cidades e vilas fundadas a partir daquela data seriam construídas Confrarias da Misericórdia (FREIRE; SCHWAB, 1979).

> Normalmente quando se fundavam vilas e cidades nos domínios portugueses, instituía-se logo a Irmandade da Misericórdia, sem necessariamente possuírem um hospital, limitando sua ação a cuidar dos presos, enterrar os mortos, etc. Logo no período colonial brasileiro, a beneficência começou a se revelar em algumas povoações. A essas ações humanitárias, chamou-se de Santa Casa de Misericórdia, ou simplesmente Misericórdia, ou Santa Casa (BONICENHA, 2004, p.120).

No Brasil, os primeiros tipos de serviços com esta finalidade foram as Santas Casas, destinadas primordialmente ao atendimento a doentes e à administração de cemitérios. Muitas das irmandades brasileiras, durante o Primeiro Reinado (1822-1831) e Segundo Reinado (1831-1889), eram constituídas por maçons. Estas

instituições são locais geralmente independentes uma das outras, estando sob a jurisdição do Bispo (SCHWAB; FREIRE, 1979).

A tradição luso-brasileira esteve sempre ligada às ações das Irmandades e às Ordens Terceiras, ambas de origem medieval, ligadas direta ou indiretamente à Igreja Católica. As Ordens Terceiras estavam ligadas diretamente à uma ordem religiosa, o que permitia seu funcionamento (SANGLARD, 2003).

> As irmandades se constituíram numa forma de sobrevivência na esfera religiosa das antigas corporações de arte e ofício, tendo como objetivo promover o culto divino e a caridade conforme os seus estatutos, importantes na organização corporativa assim como o patrimônio - sede. Não se podem confundir as confrarias com as ordens terceiras, que são extremamente ligadas com as ordens religiosas medievais: franciscana, carmelita, dominicana, beneditina, etc (BONICENHA, 2004, p.23).

Desde a fundação da Santa Casa de Lisboa para a Santa Casa do Brasil, os religiosos utilizavam os serviços dos voluntários, das irmãs de caridade e dos escravos. A assistência prestada aos doentes, nesta instituição, dependia da iniciativa privada, por isso algumas Santas Casas mantinham o funcionamento à base de esmolas (GEOVANINI et al, 2002)**.**

Outra forma de obtenção de renda era através da roda dos expostos, onde crianças eram abandonadas. A roda é um cilindro oco confeccionado em madeira e era colocado nos muros, com uma abertura voltada para a rua, e era onde recebiam cartas, medicamentos e também crianças enjeitadas. As crianças eram alimentadas, assistidas e liberadas somente após estarem aptas para a vida adulta, quando não eram adotadas antes desse período. Para o provimento dessas crianças havia o pagamento de mensalidades. Geralmente as crianças permaneciam na Santa Casa até completarem três anos e o prolongamento de sua permanência era mediante ao pagamento. O índice de mortalidade dessas crianças era muito alto em torno de 30% devido ao estado debilitado em que essas crianças eram deixadas(ANDRADE, 2010) (ANDRADE, 2010).

A primeira Confraria da Misericórdia no Brasil foi fundada por Braz Cubas, no ano de 1543, em Santos. Acredita-se que a segunda foi a Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV) fundada entre os anos de 1545 a 1555, com os mesmos objetivos

filantrópicos da Misericórdia de Lisboa (ANJOS et al, 2005). Posteriormente entre os anos de 1560 a 1680 foram fundadas as demais Santas Casas sendo que o controle e a administração destas instituições eram de responsabilidade das ordens religiosas (SCHWAB; FREIRE, 1979).

Não há como distinguir a fundação da Irmandade com a da Santa Casa. Estas nasceram e sempre funcionaram juntas, desde os primórdios da instituição na Capitania do Espírito Santo, assim como ainda hoje acontece (SCHWAB; FREIRE, 1979).

A Irmandade e a Santa Casa da Misericórdia do Espírito Santo tiveram seu início em Vila Velha com a fundação da capitania (Vila do Espírito Santo) aproximadamente no ano de 1545. Segundo os autores (SCHWAB; FREIRE, 1979; BONICENHA, 2004) ela foi construída junto à igreja Nossa Senhora do Rosário.

Não se sabe ao certo a data da sua transferência para a Vila da Vitória, atual cidade de Vitória, por não haverem documentos comprobatórios. Ficou juntamente com a Casa da Caridade que existia anexa à Capela da Misericórdia, no largo Pedro Palácios (SCHWAB; FREIRE, 1979).

A Irmandade da Misericórdia do Espírito Santo foi aprovada pelo Alvará nesta mesma data, e em 1696, o Capitão Manoel Torres de Sá, proprietário da fazenda situada em Piranema, no município de Cariacica, fez uma doação, por inadimplência, da fazenda e de outros bens para o Convento do Carmo, em seguida o convento transferiu os bens à Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCHWAB; FREIRE, 1979).

O rei D. João VI, no ano de 1817 autorizou, através de um decreto, a criação de um Hospital de Caridade na Vila de Vitória. Esse Hospital ficaria sob a inspeção da Santa Casa de Misericórdia (SCHWAB; FREIRE, 1979; BONICENHA, 2004).

Em 06 de junho de 1881, D. Maria de Oliveira Subtil doou à Irmandade sua propriedade, a antiga fazenda do campinho, onde foi construído o HSCMV, que funciona até hoje no mesmo local. A data de sua construção é desconhecida, sabe-

se, porém, que parte dela foi inaugurada em 1910 (DEPIZZOL, PONTES, LUCENA, 2008). Era comum, na época, a realização de doações dos bens como forma de redimir-se dos pecados, foi assim que grande parte do patrimônio da Irmandade foi constituído.

> O local escolhido para a instalação do Hospital foi a sede da fazenda "Campinho" [...]. A fazenda compreendia a região do atual Parque Moscoso, Vila Rubim e Praça Misael Pena. O "casarão", sede da fazenda, possuía as dependências necessárias para o funcionamento de um hospital. De posse das doações recebidas, pôde a Irmandade iniciar a construção do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Vitória (BONICENHA, 2004, p.123).

Figura 2 Construção do pavilhão central HSCMV
Fonte: Acervo do HSCMV

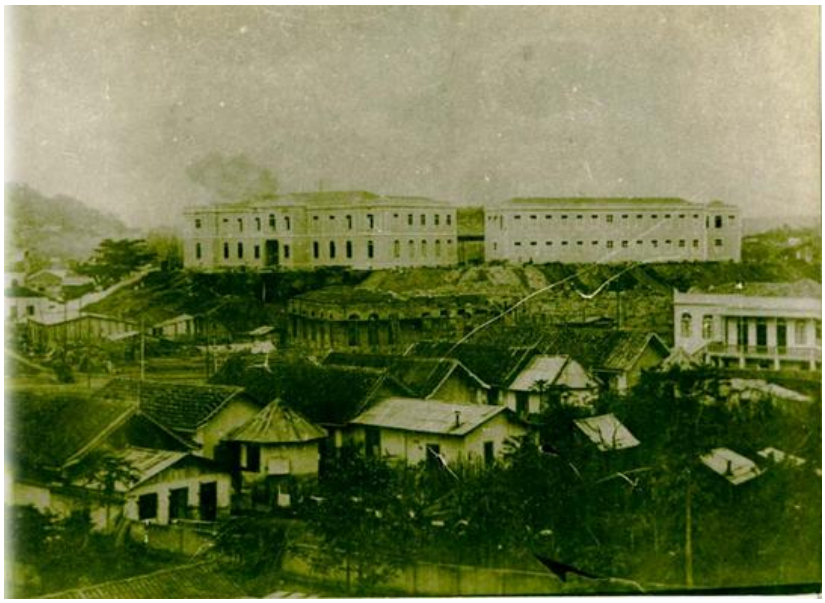


Figura 3 Localização do HSCMV
. Fonte: Acervo do HSCMV

O Hospital prestava assistência aos reconhecidamente pobres, o tratamento dos escravos era cobrado de seus senhores e os órfãos eram entregues a cuidados de particulares, pois não tinham condições de abrigá-los por muito tempo fornecendo uma contribuição para as despesas. Ainda ajudava aos presos, levando alimentos, roupas e auxílio médico (BONICENHA, 2004).

Até o século XVIII um dos grandes colaboradores da Irmandade da Misericórdia eram os jesuítas após a saída dos mesmos em maio de 1900 chegaram a Vitória as Irmãs de caridade de São Vicente de Paulo para assumir a função de enfermeiras do Hospital com grande destaque a irmã superiora Luiza Pirnay que ficou na administração das irmãs até 1934 (BONICENHA, 2004).

As atividades dessa irmã foram tão significativas que em 1947 a Irmandade adquiriu terrenos e construiu a “Obra Social Santa Luíza” recebendo este nome em sua homenagem (BONICENHA, 2004).

Posteriormente no ano de 1966 a Irmandade criou por ato administrativo a Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM. Sua inauguração ocorreu no ano de 1968 no prédio do antigo Orfanato Santa Luíza (BONICENHA, 2004).

Em sua composição organizacional inicialmente a Irmandade contava com cem membros “sendo metade retirada da classe dos irmãos de maiores condições; [...] a outra metade era retirada entre os plebeus, conhecidos como oficiais mecânicos ou irmãos de menor renda.” (BONICENHA, 2004, p.127). A mesa dirigente era composta de treze oficiais seis de cada classe e um provedor.

> O provedor dispunha de certos privilégios, mas, em todos os assuntos relacionados à política, de despacho de petições e transações financeiras deveria obter o acordo com a maioria dos mesários. Para assegurar a correta aplicação dos bens da Irmandade, deveria mensalmente realizar visitas aos necessitados atendidos pela Misericórdia (BONICENHA, 2004, p. 128).

A figura do provedor que na literatura é aquele que provém, e que tinham acesso aos grupos que financiavam a estrutura da Santa Casa, pois tinham acesso as rodas governamentais que repassavam o dinheiro, foi modificando a partir do momento

que também mudou a lógica do estado brasileiro. Segue abaixo quadro 2 com a relação de provedores da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia – ISCM de 1929-2012.

Quadro 2: relação de provedores da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia

RELAÇÃO DE PROVEDORES DA ISCMV (1829 – 2012)	
1829- Inácio Acioli de Vasconcellos	1898 – Antônio Gomes Aguirre
1830- José Francisco de Andrade Almeida Monjardim	1898 – Wlademiro Fradesso da Silveira
1832 – Malaquias dos Santos Azevedo	1899 – José de Mello Carvalho Muniz Freire
1834 – Idelfonso Joaquim Barboza de Oliveira	1900 – José Ribeiro Espíndula
1835 – Joaquim José do Amaral	1901 - Alpheo Adelpho Monjardim de Andrade e Almeida (Barão de Monjardim)
1836 – José da Silva Vieira Rios	1903 – Eutrópio Pereira de Faria
1837 – Jerônimo de Castanheda Vasconcelos Pimentel	1905 - Wlademiro Fradesso da Silveira
1838 – Padre Francisco de São João Batista	1916 – Américo Ribeiro Coelho
1841- Dionysio Álvaro Rezendo	1918 – Francisco Etienne Dessaune
1842 – Venceslao da Costa Vidigal	1919 – Ceciliano Abel de Almeida
1843- José da Silva Vieira Rios	1920 – Mateus Vasconcelos
1845- Padre Joaquim de Santa Maria Magdalena Duarte	1922 – Arnaldo Magalhães
1846 – Padre Ignácio Rodrigues Bermudes	1923 – Arnaldo Pascual
1848 – José Francisco de Andrade e Almeida Monjardim	1924 – Josué Prado
1849 – Antônio Joaquim da Siqueira	1926 – José Sette
1850 - Venceslao da Costa Vidigal	1929 – Eurico Borges de Aguiar
1851 - Padre Ignácio Rodrigues Bermudes	1930 – Carlos Fernando Monteiro Lindenberg
1855 – José Joaquim de Almeida Ribeiro	1931 – Antônio da Silva Cabral
1856 – Padre Mestre João Luiz Fraga Loureiro	1933 – Pietrangelo de Biase
1857 – Francisco da Gama Rosa	1935 – Alberto de Oliveira Santos
1860 - Padre Ignácio Rodrigues Bermudes	1936 – Carlos Marciano de Medeiros
1861- Padre Joaquim de Santa Maria Magdalena Duarte	1937 – Dório Silva
1862- Sebastião Fernandes de Oliveira	1938 – Alberto de Oliveira santos
1862 – Antônio Francisco Athayde	1939 – Otorino Avancini
1864 – José Camilo Ferreira Rabelo	1943 – Oscar Guimarães
1867 – José da Silva Cabral	1945 - Pietrangelo de Biase
1873 – Alpheo Adelpho Monjardim de Andrade e Almeida	1949 – Joaquim Figueiredo Cortes
1874 – Tito da Silva Machado	1956 – João Luiz Aguirre
1879 - José da Silva Cabral	1959 – Constanteen Helal
1880 – Torquato Caetano Simões	1974 – Laélio de Almeida Lucas
1883 – Eliseu de Souza Martins	1984 – Luiz Buaiz
1883 - Torquato Caetano Simões	1995 – Gabriel Leônidas dos Arcos Rodrigues
1885 - Alpheo Adelpho Monjardim de Andrade e Almeida	2002 – Péricles Cavalcanti de Miranda

RELAÇÃO DE PROVEDORES DA ISCMV (1829 – 2012)	
1891 – João Aprígio Aguirre	2002 – Maria da Penha Rodrigues D'ávila
1892 – Florêncio Francisco Gonçalves	2004 - Maria da Penha Rodrigues D'ávila até os dias atuais
1896 – Cleto Nunes Pereira	

FONTE: Adaptado ao quadro de BONICENHA, (2004, p. 135)

Com o passar dos anos houve a necessidade de reformulação do compromisso da Irmandade para a adaptação dos tempos atuais aprovando-se o Estatuto da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia.

O estatuto a tornava em: "uma associação Beneficente, que se propõe à prática da caridade, abrigando e socorrendo em seu Hospital a toda a pessoa necessitada, indigente e enferma, sem distinção de idade, sexo, nacionalidade, cor e crença religiosa" (BONICENHA, 2004, p. 131).

Nas últimas décadas do século XX, com a falta de recursos juntamente com a falta de consciência e de espaços para preservar seu acervo histórico, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (ISCMV) viu seu patrimônio cultural desaparecer (BONICENHA, 2004). Atualmente a ISCMV é composta por um número ilimitado de irmãos, e para fazer parte da mesma o solicitante deverá ter mais de "21 anos de idade e conduta mora ilibada", além de apresentar um pedido por escrito da intenção. Esse pedido será encaminhado ao provedor e avaliado a sua aprovação na mesa diretora.

No Estatuto Social da Irmandade (1999) no artigo 4º (BONICENHA, p.134, 2004) descreve:

> A ISCMV, originariamente existente apenas para a prática da caridade, é uma associação beneficente, sem fins lucrativos e tem por finalidades:
> I – A prática da caridade;
> II – A assistência médica e social aos que dela venham necessitar;
> III – Manter um hospital Central, denominado Santa Casa de Misericórdia de Vitória, bem como o Hospital da Santa Casa de Colatina, no qual recebam assistência Médica, social e hospitalar aos enfermos necessitados.
> IV – Prestar assistência médico-social e hospitalar a seus associados, de acordo com este Estatuto.
> V – Criar e/ou manter entidades ou unidades assistenciais no setor educacional e/ou pesquisa;
> VI – Criar e/ou manter estabelecimento de ensino dos níveis médio e/ou superior;

> VII – Criar e/ou manter entidades ou unidades assistenciais próprias no setor médico hospitalar,

Na década de 60, a Santa Casa de Misericórdia de Vitória era o hospital mais importante do estado do Espírito Santo, com excelente padrão de serviços oferecidos à população de qualquer nível social. Apesar disso, essas classes eram divididas, dentro do hospital, em enfermarias A, B e C. Na enfermaria A ficavam os ricos e tinham os melhores quartos, inclusive salas de operação próprias entre outras regalias, na enfermaria B internavam-se os funcionários da previdência e na C as classes mais baixas, com leitos em condições precárias (ANJOS et al, 2005).
O HSCMV atualmente apresenta 196 leitos ativos e 14 enfermarias, distribuindo leitos de clinica médica e cirúrgica. Atende a todas as faixas etárias procedentes do Espírito Santo, leste de Minas Gerais e sul da Bahia.

Figura 4 Vista panorâmica do HSCMV
Fonte: Arquivo HSCMV.

Possui 86 funções diferentes totalizando com 1.019 funcionários em regime de CLT – (Consolidação das Leis do Trabalho). Aproximadamente 201 profissionais com outras formas de serviço (prestação de serviços) e com vínculos empregatícios cedidos ao hospital.

A instituição também recebe o título de Hospital de ensino da EMESCAM agregando aos seus recursos humanos mais 117 profissionais que são professores dos cursos de graduação de enfermagem, farmácia, fisioterapia, serviço social e medicina prestando assistência aos pacientes internados e atendimento ambulatorial.

A Irmandade da Santa Casa representa um dos principais hospitais públicos do Estado e apenas se direciona a ações sociais, no qual o amparo aos doentes menos favorecidos é o principal destaque. Continua na busca de recursos financeiros para manter com dignidade sua importante representatividade para a sociedade, pelo trabalho que realiza desde a sua fundação (BONICENHA, 2004).

> Até a promulgação da atual Constituição, esses hospitais recebiam de quem pudesse pagar pelos serviços e atendiam gratuitamente aos carentes que nada podiam pagar. Tendo o Artigo 196 da Constituição Federal conferido a todos os brasileiros o direito aos serviços de saúde, os hospitais filantrópicos, mediante convênio com o Sistema Único de Saúde, passaram a receber pelos serviços prestados a todos os pacientes, independentemente de suas possibilidades financeiras (ZANON, p.37, 2001).

O HSCMV apresenta 98% de seus atendimentos destinados à pacientes do SUS: “as Santas Casas não são meras prestadoras de serviço ao SUS. Muito mais do que isso, elas são um dos pilares desse controle social que deve se inscrever em seu ideário nesse novo tempo em que vivemos” (BARROS, 1998).

No final do ano de 1998 se comemorou 500 anos de filantropia das Santas Casas. Existe no Brasil cerca de 2.500 Santas Casas que são responsáveis por 600mil internações e 1 milhão e 300 mil consultas de pessoas carentes (ZANON, 2001).

Como instituição filantrópica, depende de doações, enfrentando dessa forma sérios problemas estruturais e falta de investimentos financeiros. Com dificuldades para superar estes obstáculos, a Instituição não alcançava um padrão adequado de assistência (GEOVANINI et al, 2002).

Prevendo esse cenário e com uma demanda reprimida de serviços ofertados a sociedade, o Ministério da Saúde criou mecanismos para auxiliar as entidades, como o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS.

A Portaria que o institui GM/MS nº 1.721, de 21.9.2005, que faz parte de um conjunto de medidas e estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde com vistas ao fortalecimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde, incrementando um novo modelo de organização e financiamento para uma adequada inserção desses

estabelecimentos de saúde na rede hierarquizada de atenção à saúde (BRASIL, 2005).

Esta proposta tem como base o critério de adesão voluntária e tem o potencial de qualificar e humanizar a assistência, a gestão e a descentralização, além de trazer elementos que fortalecem o monitoramento, a avaliação, a regulação e os recursos empregados (BRASIL, 2005).

> Mesmo organizações de maior porte, como hospitais, que pela especificidade de sua atividade, necessitam de mais recursos e profissionais de elevada especialização, usualmente contam com uma disponibilidade de recursos financeiros e humanos muito abaixo do que necessitariam para operar em condições ideais (FALCONER, p.9, 1999).

Esse programa não somente contribui com incentivos financeiros como também reformula o sistema de gestão das instituições.

De acordo com o artigo 3º §1da Portaria nº 1.721, de 21.9.2005:

> A Contratualização é o processo pelo qual as partes, o representante legal do hospital e o gestor municipal ou estadual do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizado por meio de um convênio (BRASIL, 2005a).

Essas metas são estabelecidas considerando a realidade das redes de saúde que prestam assistência e as necessidades da população (demanda) a ser atendida (Tcherniacowski, 2004).

A portaria nº 3.123 de 7 de dezembro de 2006 Homologa o Processo de Adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece as faixas de pagamento mediante o cumprimento das metas (BRASIL, 2006). O cumprimento das Metas Físicas (ou Quantitativas) será avaliado trimestralmente de acordo o que foi estabelecido no Artigo 7° da Portaria 3.123/MS de 07/12/2006, conforme faixas de desempenho discriminadas a seguir:

Quadro 3 - Demonstrativo do percentual a ser repassado, vinculado a Avaliação das Metas Físicas

Índice percentual sobre o repasse mensal pactuado referente à parcela pré-fixada vinculada ao cumprimento das Metas Físicas (90% da média complexidade)	
Cumprimento de 95 a 105% das metas físicas pactuadas	Corresponde ao repasse de 100% da parcela pré-paga em cada sistema (ambulatorial e hospitalar)
Cumprimento de 81 a 94% das metas físicas pactuadas	Corresponde ao repasse de 80% da parcela pré-paga em cada sistema (ambulatorial e hospitalar)
Cumprimento de 70 a 80% das metas físicas pactuadas	Corresponde ao repasse de 70% da parcela pré-paga em cada sistema (ambulatorial e hospitalar)
Cumprimento abaixo de 70% das metas físicas pactuadas	Revisão do Convênio

Fonte: Plano Operativo Anual (2012) do HSCMV.

As metas qualitativas também serão avaliadas a cada trimestre e seguirão critérios estabelecidos pelo gestor estadual pautados na Portaria 3.123/MS de 07/12/2006.

Quadro 4: Metas de Qualidade

Metas de Qualidade				
Compromissos		**Mensal/Trimestral**		
		Meta	**Pontos**	**Instrumento**
01	Atendimento aos pacientes dos Pronto Atendimentos de referência do Hospital, pactuado no Comitê Gestor de Urgência e Emergência e do SAMU.	100% dos pacientes acolhidos	30	Relatório do CR *
02	Internação Regulada – Regulação de Leitos pela Central de Regulação de Internação– CRI/SESA	100% dos leitos disponibilizados, regulados para CRI, conforme pactuação	30	Relatório da CRI
03	Regulação de Consultas ambulatoriais em especialidades e exames pela Superintendência Regional de Saúde de Vitória - SRSV.	100% de consultas reguladas pela SRSV, conforme pactuado	30	Relatório da SRSV sobre a disponibilização da agenda e atendimento
04	Pesquisa de Satisfação do Usuário	Satisfação de 75% dos usuários que participaram da Pesquisa	10	Relatório da Pesquisa
			100	

***CR – Complexo Regulador**

Fonte: Plano Operativo Anual (2012) do HSCMV

São unidades prioritárias de adesão, as instituições que já recebem dos gestores municipais ou estaduais o repasse de recursos do seu orçamento (BRASIL, 2005a). Para incentivar os hospitais a participarem desse Programa foi criado um Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) destinado às instituições que se qualificarem nos termos estabelecidos (BRASIL, 2005b).

Segue abaixo quadro 5 apresentando o demonstrativo do percentual a se repassado, vinculado a Avaliação das Metas de Qualidade de acordo com o cumprimento das metas estabelecidas.

Quadro 5 - Demonstrativo do Percentual a ser repassado vinculado a Avaliação de Metas de Qualidade

Índice percentual sobre o repasse mensal pactuado referente à parcela retida vinculada ao cumprimento das Metas de Qualidade (10%– Recurso Federal e 30% do incentivo estadual de qualidade)	
Abaixo de 20 pontos	Não fará jus ao valor retido
20 a 30 pontos	30% do valor retido
31 a 40 pontos	40% do valor retido
41 a 50 pontos	50% do valor retido
51 a 60 pontos	60% do valor retido
61 a 70 pontos	70% do valor retido
71 a 80 pontos	80% do valor retido
81 a 90 pontos	90% do valor retido
91 a 100 pontos	100% do valor retido

Fonte: Plano Operativo Anual (2012) do HSCMV

No âmbito da esfera Estadual foi instituído a Portaria nº 096-R de 15 de julho de 2009, publicada no Diário Oficial do Poderes do Estado, que estabelece “as normas e procedimentos operacionais para a celebração de convênios de cooperação entre o Estado e as entidades prestadoras de serviços de saúde privadas sem fins lucrativos e/ou de ensino.”

> Essa portaria aplica-se exclusivamente à relação de cooperação entre o Estado e as entidades prestadoras de serviços de saúde privadas sem fins lucrativos e/ou de ensino e trata da execução descentralizada de Programas de Trabalho referentes à Assistência à Saúde a cargo da Secretaria de Estado da Saúde na qualidade de concedente, que envolva respectivamente a transferência de recursos aos hospitais filantrópicos ou aos hospitais de ensino que estejam ou não sob a gestão de entidades filantrópicas, e será efetivada mediante a celebração de convênios nos termos desta portaria, observada a legislação pertinente (ESPÍRITO SANTO, 2009).

A principal vantagem dessas portarias está na modificação do relacionamento entre gestores e prestadores de serviços, uma inserção mais objetiva destas instituições assistenciais na rede de serviços e a responsabilização efetiva dos hospitais pelos compromissos assumidos (BRASIL, 2005b).

Outra vantagem seria a resolução do problema financeiro que as instituições filantrópicas e principalmente a Santa Casa apresentam no decorrer dos últimos

anos. Através da adesão desses convênios há uma possibilidade de melhora no planejamento das ações já que os hospitais saberão antecipadamente o valor a receber mediante o cumprimento das metas (Tcherniacowski, 2004).

Essa é a forma mais apropriada para o pagamento das instituições, uma vez que irão receber efetivamente pelos procedimentos que executam, além de poderem implementar a realização das suas ações como forma de melhorar o valor do repasse financeiro.

2.2.1 Características do Hospital Escola

No Brasil os hospitais das Santas Casas de Misericórdia abrigaram alunos e professores até o início da Segunda Guerra Mundial, mas essa relação se mantinha frágil uma vez que os objetivos educacionais da escola muitas vezes eram contrários aos assistenciais dos hospitais (BARBOSA NETO, 2008).

A situação tornou-se insustentável com o desenvolvimento da indústria hospitalar através de equipamentos e fármacos chegando ao mercado com custo inacessível à Direção dos hospitais Santas Casas. Esse fato resultou em manifestações pelos estudantes reivindicando melhores condições de ensino através da construção de hospitais e clínicas com esta finalidade (BARBOSA NETO, 2008).

Os hospitais de ensino ou hospitais escola foram instituídos para proporcionar um suporte na formação profissional de universitários na área da saúde (REIS; CECÍLIO, 2009).

> A entrada em funcionamento de muitos hospitais-escola na década de 1960, sem definição da origem dos recursos para a sua sustentabilidade, coincide com a primeira grande explosão de abertura de novas escolas médicas, o que, em consequência, implicaria novos hospitais-escola de acordo com o paradigma vigente (BARBOSA NETO, 2008, p. 24)

A Portaria MEC nº 375 de 04 de março de 1991 define que o termo HE é aplicável ao conjunto dos Hospitais Universitários (de propriedade ou gestão de universidade pública ou privada, ou a ela vinculado por regime de comodato ou cessão de uso,devidamente formalizado), Hospital-Escola (de propriedade ou de gestão das escolas médicas isoladas públicas ou privadas, ou a elas vinculadas, por regime de comodato ou cessão de uso devidamente formalizados) e Hospitais Auxiliares de Ensino (aqueles que, mesmo não sendo de propriedade ou de gestão de universidade ou escola médica isolada, desenvolvem programas de treinamento em serviço, de curso de graduação ou de pós-graduação na área de saúde, devidamente conveniados com uma instituição de ensino superior (BRASIL. MEC, 1991; BITTAR, 2002).

> No Brasil, os hospitais de ensino foram assim denominados pela Portaria SNES/MS nº15, de 08 janeiro de 1991, que estabeleceu para estas instituições o Fator de Incentivo ao desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS). Hospitais de Ensino eram aqueles reconhecidos pelo MEC, funcionando regularmente há mais de 5 anos e pertencendo ao Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), do Ministério da Saúde (MS), como centro de Referência nacional Ministério da Saúde (DALLORA & FORSTER, 2008, p.136).

Na década de 90 algumas portarias foram editadas referentes ao incentivo destas instituições. A Portaria MS-MEC nº 01 de 16 de agosto de 1994 estabelecia novos critérios para a concessão do FIDEPS, com adicionais de 25, 50 e 75% sobre a receita das internações de acordo com critérios específicos (pagamento por produção ao SUS através de uma tabela de remuneração por procedimento). Essa estratégia não perdurou, pois o adicional, que deveria ser destinado ao ensino e à pesquisa, foi englobado ao custeio geral como tentativa de contornar problemas de financiamentos (BARBOSA NETO, 2008).

A forma de financiamento dos hospitais de ensino pode ser através de múltiplas fontes, pois variam de acordo com a natureza jurídica da instituição. Os hospitais públicos são mantidos com recursos dos orçamentos públicos podendo ser no âmbito das três esferas governamentais (federal, estadual ou municipal), de recursos de transferências públicas conveniais (investimento para obras, compra de equipamentos etc.) e recursos provenientes do pagamento de acordo com sua produção, conforme descrito anteriormente. Alguns também recebem recursos de fontes privadas referentes ao atendimento de pacientes cobertos por operadoras de saúde. Já os hospitais de ensino privados sem fins lucrativos se mantêm com recursos de suas mantenedoras e com aqueles provenientes da prestação de serviços ao SUS (BITTAR, 2002).

Devido à crise institucional de sustentabilidade dos hospitais de ensino no seu financiamento, além de outros fatores, em 2003, retomou-se o debate sendo imprescindível o desenvolvimento de políticas mais abrangentes para estas instituições. Para responder estas questões e realizar um diagnóstico da real situação em 12 de maio de 2003 foi editada a Portaria Interministerial nº 562, assinada pelos ministros de Estado da Educação, da Saúde, do Planejamento, Orçamento e Gestão da Ciência e Tecnologia. Instituiu a Comissão Interinstitucional

para a Reestruturação dos Hospitais de Ensino, com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação desses hospitais no Brasil, visando à reorientação e/ou reformulação da política para o setor (BARBOSA NETO, 2008).

> O trabalho da Comissão resultou na proposta de uma política mais abrangente para a rede de hospitais de ensino, denominada "Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde", com variantes em função do vínculo ou da natureza jurídica do hospital. Portarias interministeriais MEC/MS e do próprio Ministério da Saúde desenharam um arcabouço de implementação desta nova política, substantivada nos termos: certificação e contratualização dos hospitais de ensino (BARBOSA NETO, 2008, p.27).

Nos últimos anos ocorreram algumas alterações na definição de Hospital Escola conforme observado na Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.000 de 15 de abril de 2004, como o primeiro instrumento a definir os novos requisitos para que um hospital seja considerado de ensino (CALDAS, 2008).

No artigo 1º desta portaria, estabelece que possam obter o certificado de Hospital de Ensino as instituições hospitalares que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituição de Ensino Superior (BRASIL. MEC-MS, 2004).

Surgiu uma nova modalidade de certificação, o que não apenas bastava à instituição estar inserida dentro das nomenclaturas previamente mencionadas, mas tinha que ser previamente certificado pelo MEC- MS. Seria então uma nova modalidade de contratação com o Sistema Único de Saúde (SUS) (DALLORA & FORSTER, 2008; CALDAS, 2008).

Segue abaixo quadro 6 referente ao quantitativo de hospitais em processo de certificação.

Quadro 6: referente ao quantitativo de hospitais em processo de certificação

Hospitais em processo de certificação	
Hospitais que solicitaram a certificação	235

Hospitais em processo de certificação	
Hospitais certificados (total)	167
Hospitais certificados (HU - federais/MS)	9
Hospitais certificados (HU - federais/MEC)	38
Hospitais filantrópicos certificados	47

Fonte: CGHOSP/DAE/SAS/MS - Dados Jan/2011

O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.702 de 17 de agosto de 2004) que abrange os hospitais de ensino públicos e privados, sendo a obrigatoriedade do acompanhamento deste contrato destinado ao Ministério da Saúde (CALDAS, 2008).

Apresentam diretrizes gerais e orientação quanto à relação entre as partes, bem como dos serviços e atividades pactuados e formalizados por meio de contrato de gestão, plano operativo e de metas. O contrato, o plano e as metas devem contemplar as ações relativas à atenção à saúde, gestão, educação, pesquisa, avaliação e incorporação tecnológica e financiamento (CALDAS, 2008).

Recentemente, a Portaria Interministerial MEC-MS nº 2.400 de 2 de outubro de 2007 estabelece também que, para certificar-se como hospital de ensino, a unidade hospitalar deve estar inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) . Essa mesma portaria ainda dispõe:

> A Portaria Interministerial MEC-MS nº 2.400 de 2 de outubro de 2007 revoga a Portaria anteriormente citada e define novos requisitos para a certificação como HE. As mudanças trazidas pela Portaria Interministerial nº 2.400 incluem a existência de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas no hospital e a ampliação das comissões que devem estar constituídas e em permanente funcionamento (Ética, Controle de Infecção Hospitalar, Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras). As unidades certificadas de acordo com a Portaria Interministerial nº 1.000 deverão adequar-se a esta Portaria no prazo de 12 meses (CALDAS, 2008, p.44).

Segundo Brasil (2012), até o momento 137 instituições Hospitalares certificadas como Hospitais de Ensino finalizaram as pactuações dos serviços e ações formalizadas por meio de convênio, o processo de contratualização está distribuído por estado da seguinte forma:

Quadro 7: Processo de Contratualização dos Hospitais de Ensino

Processo de Contratualização	
Hospitais Contratualizados (total)	137
Hospitais Contratualizados (HU - federais/MS)	4
Hospitais Contratualizados (HU - federais/MEC)	38

Fonte: CGHOSP/DAE/SAS/MS - Dados Jan/2011.

Observa-se no estado do Espírito Santo dois hospitais de ensino contratualizados que são o HUCAM- Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes e o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Quadro 8: Relação de hospitais contratualizados por Estado

Hospitais Contratualizados	
UF	**Quantidade**
AL	1
AM	3
BA	5
CE	9
DF	5
ES	2
GO	1
MA	1
MG	13
MS	2
MT	2
PA	2
PB	2
PE	6
PI	0
PR	11
RJ	13
RN	3
RS	15
SC	7
SE	1
SP	33
TOTAL	**137**

Fonte: CGHOSP/DAE/SAS/MS - Dados Jan/2011

- Os hospitais existentes no estado apresentam-se como alternativa para a descentralização e operacionalização de serviços, uma vez que o Governo os utiliza na implementação do SUS.

Os hospitais de ensino são de grande relevância na estratégia de organização do sistema de saúde pois com o seu arsenal tecnológico, profissionais especializados e por ser fornecedor de recursos humanos para o mercado além da promoção de pesquisas em saúde torna-se essenciais como meios de fornecimento de insumos para a saúde

2.3 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SETOR DE SAÚDE NO ESTADO NEOLIBERAL

No Brasil, durante as últimas décadas, o setor saúde passou por várias transformações até alcançar uma proposta de descentralização das políticas públicas.

No final do século XIX até metade de 1960, praticou-se o “Sanitarismo Campanhista” como modelo de saúde, baseado em ações estruturais verticalizadas (Westphal, 2001).

A partir das primeiras décadas do século XX, as pessoas que dispunham de algum poder aquisitivo eram obrigadas a comprar serviços de saúde e os que não haviam condições, restava principalmente o auxílio das Santas Casas de Misericórdia, responsáveis pelo tratamento e amparo de indigentes e pobres (Westphal, 2001).

As raízes históricas iniciam-se nas décadas de 20 a 30 quando foram criados a Previdência Social no Brasil com os CAPs (Caixa de Aposentadoria e Pensões) e após alguns anos IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensões) provocando um aumento nos atendimentos médicos devido ao ritmo acelerado da industrialização e urbanização, (Cohn & Elias,1999).

Com o incentivo à industrialização, o modelo econômico agroexportador anterior vigente, ficou enfraquecido, ocasionando o aparecimento da assistência médica da previdência social em virtude da aprovação da Lei Elói Chaves (Westphal, 2001), em 1923, que consolida a base do sistema previdenciário brasileiro.

O ano de 1930 trouxe grandes transformações no cenário político. A ascensão de Getúlio Vargas marcou uma centralização do poder do Estado e da saúde pública apresentando uma postura interventora e não provedora. A partir disso, a Filantropia perdeu um pouco a sua função uma vez que o Estado passou a ser responsável pela construção dos hospitais reduzindo assim as atividades em relação à década de 1920, quando o Estado deixou essa finalidade para a iniciativa privada. (SANGLARD, 2003).

Em 1930 a 1945, a partir do Estado Novo de Getúlio Vargas foram criados os IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensões), no qual tinham ações centralizadoras e eram organizados por categorias profissionais e não mais por empresas (Borba & Neto, 2008).

As CAPs eram organizadas por empresas e financiadas por empresários (1% renda), e trabalhadores (3%). Os recursos financeiros do IAPs passaram a ser tripartite (Estado, empresa e trabalhadores) fato que se tornou de fundamental importância para o sucesso da industrialização no Brasil (Westphal, 2001).

Durante os governos de Getúlio Vargas (2º mandato) e JK (Juscelino Kubscheck), os IAPs foram consideravelmente ampliados e a maioria dos hospitais públicos foram construídos. O sanitarismo campanhista já não respondia as necessidades de uma economia industrializada (Westphal, 2001).

Em 1945-1965, houve uma uniformização dos direitos dos assegurados e ampliação dos benefícios e serviços através da Constituição de 1946 com a Lei Orgânica da Previdência Social (Borba & Neto, 2008).

Já em 1966, foi estabelecido o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) pelo Governo, onde todas as pessoas doentes eram igualmente reconhecidas e o Ministério da Saúde deveria elaborar programas e assistir a população (Borba & Neto, 2008).

Uma vez que as desigualdades quanto ao acesso, à qualidade e a quantidade de serviços eram cada vez mais nítidas pois, ao mesmo tempo em que se ampliava a cobertura, explicitava-se o caráter discriminatório (Westphal, 2001).

Na década de 70, surgiu os pilares político-ideológicos para o Movimento da Reforma Sanitária. Em 1974, após o crescimento dos serviços da previdência social criou-se o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (Borba & Neto, 2008).

Aproximadamente em 1978, como sucessor do INPS foi instituído o INAMPS (Instituto de Assistência Médica e Previdência Social). Houve nesse período uma centralização das decisões na assistência médica curativa.

Nesse mesmo ano houve a proposta Internacional de priorizar a atenção e os cuidados primários de saúde acordada na Conferência Mundial de Saúde de Alma – Ata promovida pela Organização Mundial de Saúde (Westphal, 2001).

No ano de 1980, foi promulgado o Prev Saúde com objetivo de universalizar a assistência médica e principalmente estendê-la à população do meio rural e a outros setores (Cohn & Elias, 1999).

Seguindo-se nos próximos anos, em 1981 a 1982, foram criados o CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária e AIS – Ações Integradas de Saúde com intuito de racionalizar e integrar o atendimento médico e também de realizar transformações na forma de normatizar os serviços de saúde (Borba & Neto 2008).

Em Brasília, no ano de 1986, houve a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), este evento foi considerado um dos mais importantes devido sua relevância política e, partindo desse pressuposto, formatou-se o Projeto da Reforma Sanitária (Westphal, 2001).

Westphal (2001, p.31) relata que:

> [...] a formatação do Projeto da Reforma Sanitária foi caracterizado por três aspectos principais:
> - O conceito abrangente de saúde.
> - Saúde como direito de cidadania e dever do Estado.
> - A instituição de um Sistema Único de Saúde.

Em 1987, houve a criação do Sistema Unificado e descentralizado de Saúde (SUDS), trabalhando a descentralização, regionalização e hierarquização como alternativa única para a construção de um sistema de saúde que realmente atendesse as necessidades da população e garantissem a equidade no acesso (Cohn & Elias, 1999).

No ano de 1988, com a Constituição Federal foi estabelecida para o SUS uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento das políticas e serviços de saúde (Borba, 2008).

> Em meio ao debate da Constituição Federal em 1988, a planos de estabilização da economia, à corrosão da credibilidade do Governo e a uma arrasadora inflação de cerca de 80% ao mês, a sociedade experimentava, no final da década de 80, uma profunda descrença nas instituições públicas e uma importante reorganização das forças políticas e sociais do país (PIOVESAN, 2002, p. 2).

BORBA, 2008 menciona ainda (p.31) que a Constituição "é reconhecida internacionalmente como referência em termos de política de saúde e base jurídico-constitucional."

> O texto constitucional sela não mais um sistema de seguro social, mas de seguridade social, constituído por um conjunto integrado de ações assegurando os direitos relativos à Saúde, Assistência e Previdência Social. (Cohn & Elias, 1991, p.31).

No período seguinte (1990), foi elaborada a Lei Orgânica da Saúde - LOAS (Lei 8080) que relata as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde além do funcionamento dos serviços de saúde. Também foram criadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios. Após a Lei Orgânica, foi estabelecida a Lei nº 8142 que resgatou a proposta de participação social e a transferência de recursos financeiros para que os municípios e os Estados pudessem receber recursos Federais (Westphal, 2001).

> Ao tempo em que partidos políticos chamados de esquerda ganhavam espaço nas urnas, assume, em 1990, Fernando Collor de Mello. Adota medidas econômicas drásticas para a estabilização da economia, abre o país às importações, estremece a Administração Pública com a extinção de órgãos, estimula o processo de privatizações, sucumbe a denúncias de corrupção, é afastado com o início do processo de *impeachment* e renuncia ao cargo em 1992. Era o primeiro Presidente da República eleito por sufrágio universal, livre e secreto em 29 anos. O vice-presidente Itamar Franco assume, e seu governo, em um contexto internacional de estabilização das economias, restitui o controle da inflação no país (PIOVESAN, 2002, p.2-3).

Nesta mesma década, inicia-se o processo através das NOBs/ SUS – Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde, de implantação do SUS – Sistema Único

de Saúde e descentralização da Gestão do Sistema e dos serviços com diferentes níveis de responsabilidades para o Estado e Municípios (Westphal, 2001).

> [...] a Norma estabeleceu como objetivo disciplinar o processo de descentralização de gestão das ações e serviços de saúde, na perspectiva de construção do Sistema Único de saúde; reconheceu que a construção do SUS é um processo [...] (Westphal, 2001, p.42).

A partir da década de 90, surgiram novas posições defendidas pelo movimento reformista em que se atribui papel de destaque para as instituições não estatais no desenvolvimento social. Porém, defendiam que o Estado realizasse e acompanhasse os incentivos a parcerias no público e privado (coordenação e regulação) para a produção de bens e serviços voltados para a população (Júnior & Elias, 2006).

> No Brasil, ícones do Estado desenvolvimentista eram privatizados, e o papel de provedor de bens e serviços públicos transformava-se, nessas áreas, no de regulador do cumprimento dos contratos de privatização. A diretriz da Reforma Administrativa do Aparelho do Estado, em curso a partir de meados dos anos 90, delineava para a instância federal a formulação de políticas e a execução de funções consideradas exclusivas de Estado, algumas destas retiradas da administração direta com a criação de agências executivas e reguladoras (PIOVESAN, 2002, p. 3-4).

As políticas públicas são capazes de elaborar mecanismos gerenciais eficientes, instituir metas e observar os resultados, além de proporcionar a participação nas ações públicas em favor do desenvolvimento da sociedade (Júnior & Elias, 2006).

2.4. A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA

A Assistência social na sua trajetória histórica esteve indefinida estando sujeita ao cenário das políticas públicas, com um conjunto de práticas manipuladas, indefinidas e com ajudas isoladas e emergenciais a grupos com maior vulnerabilidade social (CHIACHIO, 2006).

Intimamente ligadas à filantropia e a assistência social dependiam de ações solitárias e caritativas com intuito de ações religiosas aos mais necessitados ou desprovidos de sorte.

No Brasil, como sua Constituição de 1934 favorece a criação de organizações sem fins lucrativos, foi necessário a criação de Leis, a partir da década de 30, para regular as concessões de títulos e registros a essas organizações (FERRAREZI, 2001).

Somente no governo de Getúlio Vargas iniciou os primeiros movimentos de estruturação da assistência social. No seu governo foi criado a LBA - Legião Brasileira de Assistência que tinha grande influência das esposas dos políticos da época. A miséria e a pobreza passaram a serem observadas sob a ótica do conservadorismo e da filantropia tradicional. Desta forma a assistência social é vista como o “reconhecimento dos necessitados, e não das necessidades sociais” (ESCORSIM, 2008 apud SPOSATI, 2006).

Anteriormente ao surgimento da LBA, foi criado o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) que “[...] era o órgão estatal que atribuía parecer quanto à concessão de recursos estatais, sob a forma de subvenções, para entidades sem fins lucrativos [...]” (ESCORSIM, 2008, p.03).

Com a proposta de uma assistência pública foi a primeira regulamentação desta área no país como uma estratégia do Estado perante a sociedade civil por intermédio da filantropia.

A Constituição de 1946 garantiu a isenção de impostos às instituições de assistência social possibilitando essa extensão para entidades com fins lucrativos (FERRAREZI, 2001).

A “Constituição de 1967 manteve as isenções e a vedação da criação de impostos sobre o patrimônio renda ou serviço a instituições de educação ou assistência social, benefícios esses que atraem a busca pelo reconhecimento da filantropia” (FERRAREZI, 2001, p.4).

A Constituição de 1988 é um marco legal para a compreensão das transformações e redefinição do perfil histórico da assistência social no País, que a qualifica como política de Seguridade Social podendo ser observado no artigo 194 da Constituição Federal (BRASIL, 1988, p.131).

> **Art. 194.** (*) A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativados poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.
> *Parágrafo único.* Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social,com base nos seguintes objetivos:
> I - universalidade da cobertura e do atendimento;
> II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
> III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
> IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
> V - eqüidade na forma de participação no custeio;
> VI - diversidade da base de financiamento;
> VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Para Westphal (2001, p.15), “as ações, programas, projetos, leis, regulamentações e normas que o Estado desenvolve para administrar de maneira mais equitativa os diferentes interesses sociais, recebem o nome de “políticas públicas”. O estado mantém o papel de legitimador das ações no âmbito social, contemplando de alguma forma os interesses do conjunto: a sociedade.

“A destinação de novos recursos que deveriam compor o orçamento da Seguridade Social poderia cumprir uma importante função redistributiva e universalizada, possibilitando novas políticas de equidade” (CORDEIRO, 2001, p.325).

Muitas regulamentações posteriores foram realizadas, mas apenas com a Constituição de 1988 que a “Assistência Social foi reconhecida como política pública integrando o tripé da Seguridade Social, políticas de saúde e previdência” (ESCORSIM 2008, p.3). Relata ainda sobre a “isenção da contribuição para a seguridade social das entidades beneficentes de assistência social, as entidades de educação e de assistência” [...] ficando “imunes de impostos sobre a renda, patrimônio ou serviço” (FERRAREZI , 2001, p.4).

Como instrumento de participação da sociedade civil na formulação e controle das políticas públicas na Assistência Social o mecanismo foi operacionalizado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) – sancionada pelo Presidente Itamar Franco e regulamentada pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 -, com a criação dos conselhos de Assistência Social nas três esferas governamentais (RAICHELIS, 2005).

A Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS é o marco da nova face da Assistência Social, enquanto política pública, rompendo a tradição cultural e política, descentralizando a gestão política da assistência social no Brasil e referenda um sistema descentralizado e participativo.

Ela foca suas diretrizes no atendimento aos cidadãos em situação de vulnerabilidade e pobreza decorrentes da exclusão social.

Em 1993, através de um Decreto nº 752 de 16/02/93 foi criado o Certificado de Entidades de Fins Lucrativos uma vez que:

> [...] reiterava as isenções para a instituição beneficente de assistência social, educacional ou de saúde sem fins lucrativos, postulando a obrigatoriedade destas entidades a aplicarem a gratuidade de atendimento no percentual mínimo de 20% de sua renda bruta. Ainda, ampliava para as entidades de saúde a dispensa de tal exigência quando essas oferecessem ao Sistema Único de Saúde 60% de sua capacidade de atendimento. (ESCORSIM, 2008, p.4)

Neste mesmo ano foi extinto o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) e substituído pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) porque ainda existia o impasse sobre quais das organizações teria à isenção de contribuição da

Seguridade Assistencial logo o CNAS direcionou para entidades da área da saúde e educação (ESCORSIM, 2008).

O CNAS foi criado como resultado da implementação de proposição contida na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), cabendo a este órgão as tarefas de aprovar a Política Nacional de Assistência Social, normatizar a ações de natureza pública – estatal e privada – incluindo a definição dos critérios para a concessão de registros e certificados às entidades privadas sem fins lucrativos, apreciar e aprovar proposta orçamentária, aprovar critérios de transferência de recursos para outras esferas de governo, acompanhar e avaliar a gestão de recursos entre outros (RAICHELIS, 2005).

Após aprovação da Lei 12.101 de 27/11/2009 a certificação passou a ser concedida pelos respectivos ministérios das áreas de atuação ou seja, Educação no Ministério da Educação; Saúde, no Ministério da Saúde e a Assistência Social no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Cada um desses ministérios deverá expedir regulamentação para concessão ou renovação dos CEBAS (MACHADO, 2011).

> Surge então “a nova filantropia”, portanto passou a buscar uma inserção em temas de maior complexidade exigindo maior planejamento estratégico e estruturação, maior profissionalismo, articulação como os próprios governos, mundo empresarial, com a sociedade civil organizada, universidades e, muitas vezes com as próprias igrejas, que ainda seguem uma filantropia tradicional. (KISIL, 2006, p.5)

A lei impõe maior fiscalização às entidades certificadas, reprimindo desvios nas organizações descompromissadas, já que os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome ficarão responsáveis por supervisionar as entidades beneficentes e zelar pelo cumprimento das condições que permitiram a certificação da entidade, podendo, para tanto, a qualquer tempo, requisitar documentos, auditorias e diligências que se fizerem necessárias (PORTAL DO TERCEIRO SETOR 2012).

A regulamentação da normatização originou-se a partir de várias discussões estabelecidas entre a comissão de normas da CNAS e várias instituições de ensino, tendo como produto final, muitos trabalhos científicos, porém sem a participação

governamental nessas discussões uma vez que o seu interesse prioritário era melhorar a sua arrecadação fiscal. Esses interesses foram frustrados através da liderança desses grupos de discussões (ESCORSIM, 2008).

Essa regulamentação tinha como objetivo assegurar parcerias e promover a articulação entre o Estado, instituições privadas e a sociedade civil, sendo inquestionável a responsabilidade do Estado na coordenação de ações e ampliação de discussões para garantir a equidade e justiça social.

No cenário atual as organizações da sociedade civil têm determinados incentivos fiscais e realizam convênios com o governo, mas o processo de concessão passa por várias barreiras burocráticas em diferentes instâncias governamentais, como uma forma do governo conseguir uma base de dados segura que permita avaliar os resultados e realizar um controle social.

> [...] Tradicionalmente, a distribuição de verbas públicas para entidades assistenciais tem sido realizadas por diferentes mecanismos, como subvenções, convênios, contratos, que implicam recursos per capita repassados às organizações sociais ou isenções de tributos para a efetivação de programas sociais de natureza pública (RAICHELIS, 2005, p. 119).

Contudo não é totalmente eficaz o controle dessas informações para a definição de incentivos e estabelecimentos dessas parcerias. Proporcionando que muitas instituições fossem indevidamente classificadas como Filantrópicas uma vez que não demonstraram mérito de sua ação social (ESCORSIM, 2008).

Mesmo a assistência social sendo reconhecida como política pública, ficando as entidades beneficiadas imunes aos pagamentos de alguns impostos, há um déficit pelas autoridades na fiscalização destas instituições no que se refere ao percentual de gratuidade e aplicação destes recursos, que é exigido por Lei, para que não sejam classificadas como filantrópica de forma indevida.

> Ao optar pela provisão privada como forma de viabilizar a universalização, sem regular desde o início o escopo de atuação dessa iniciativa privada empresarial, o setor público acaba criando e consolidando bases para a oferta privada de serviços (SANTOS & GERSCHMAN, 2004, p. 796).

No entanto o que não pode ocorrer é a falta de uma ação reguladora do Estado que venha a diminuir suas obrigações e encolher suas obrigações sociais.

3. O HOSPITAL FILANTRÓPICO E A GESTÃO PÚBLICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1. GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A palavra gestão significa “ato ou efeito de gerir; gerência, administração” (RIOS, 2009, p.266). Para Carneiro (2002, p.28):

> [...] na língua portuguesa assume o significado de fazer, pôr em andamento procedimentos, rotinas, fluxos na execução e coordenação de processos de trabalho que visam a um produto qualquer. Portanto, esse significado mais afeito à área da administração pública ou privada refere-se a primazia da racionalidade técnica.

A partir de 1980, surgiram relevantes mudanças nas políticas de gestão públicas (PGPs), consolidando assim novos discursos e práticas provenientes do setor privado em várias organizações públicas e esferas de governo (Secchi, 2009).

As políticas públicas podem ser definidas de acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (2009, p.01) como:

> [...] conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. [...] todas as ações de governo divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

Nas últimas décadas, dois modelos organizacionais têm formulado o quadro de reformas da administração pública que são a administração pública gerencial (APG) e o governo empreendedor (GE). Os dois modelos prezam os valores da produção, descentralização, orientação e eficiência na prestação do serviço (SECCHI, 2009).

No Brasil, as políticas públicas são, desde 1988, ano de sua promulgação, orientadas pela Constituição Federal, e seguem os princípios de universalidade, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade (Biblioteca Virtual em Saúde, 2009).

A universalidade é entendida como o direito de todas as pessoas adquirirem ao atendimento independente de sua cor, raça, sexo, religião ou ideais políticos (WESTPHAL, 2001).

Para Carneiro & Elias (2006, p.916), a “equidade é compreendida como estratégia de organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente [...]”. Este princípio da equidade é visto por Cohn et al (2002, p.94) como “o tratamento desigual aos desiguais” sendo assim, contrariamente, a própria população elabora a sua capacidade de utilização dos serviços.

A descentralização é nada mais que a “redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde” retirando do nível central e aplicando a outros níveis de governo (WESTPHAL, 2001, p.37).

A integralidade é a visão que as ações de saúde devem ter do indivíduo realmente como um todo. Com relevância em ações não só curativas, mas também preventivas considerando o meio em que esse indivíduo está inserido (Westphal, 2001).

A participação da comunidade, como o próprio nome já descreve, ocorre através de representantes de várias entidades, tendo participação no processo de formulação e controle das políticas públicas (WESTPHAL, 2001).

O SUS, para sua organização, apresenta alguns princípios que juntamente com as políticas públicas auxiliam no seu funcionamento no qual a complementaridade do setor privado hoje é de fundamental importância e está definida na Constituição. Ela garante que quando houver insuficiência no setor público podem-se contratar serviços privados dando preferência às entidades sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos e Santas Casas) (WESTPHAL, 2001).

Zatta et al (2003) afirma que “o SUS é considerado o principal comprador de serviço das instituições filantrópicas hospitalares”.

> Na proposta de reforma do aparelho estatal brasileiro, as organizações sociais são consideradas um instrumento de gestão estratégica na mudança necessária do padrão de gestão pública, com a possibilidade de se firmar um contrato de gestão entre as partes. Esse contrato permitiria a avaliação e o controle das metas acordadas, um dos requisitos fundamentais da reforma gerencial. (CARNEIRO & ELIAS, 2006 p.916)

Neste contexto, aborda-se a definição de governança, de forma a gerir o SUS e a efetivação das políticas públicas.

Rodrigues & Malo (2006, p.30) afirmam que a "governança é um conceito extensivamente usado, mas que ainda carece de trabalhos teóricos e empíricos para desenvolvimento, evolução e crítica."

Secchi, apud Kooiman (1993); Richards e Smith (2002, p.358) abordam que governança é: "derivada das ciências políticas e da administração pública, como modelo horizontal de relação entre os atores públicos e privados no processo de elaboração de políticas públicas".

Rodrigues & Malo (2006) mencionam que a governança mostra-se como "poder partilhado ou ação coletiva gerenciada" associada a conceitos como participação, regulação e práticas de "bom governo" juntamente com a participação social.

A coordenação de atores não estatais, estatais e as parcerias público – privado são exemplos básicos de Governança pública, onde por um período determinado são desenvolvidos produtos/serviços e onde os riscos, custos e benefícios são compartilhados (SECCHI, 2009).

Para a administração pública através da gestão partilhada, se faz necessário manter os princípios gerenciais típicos da iniciativa privada, evitando o excesso de burocracia, principalmente a imposta pela legislação licitatória. O poder Legislativo ainda não conseguiu modificá-la, pois se prendem a outros assuntos (TEIXEIRA, 2010).

Há muitos impulsionadores para o movimento da Governança pública sendo o primeiro a diversidade e o dinamismo crescente da sociedade, e o segundo a

denúncia quando o Estado é incapaz de abordar problemas coletivos, afirmando a necessidade de novas concepções de governança (SECCHI, 2009).

É importante ressaltar que a “mágica” da reforma administrativa deve ser com cautela, uma vez que só ocorre a reforma quando a organização pública muda progressivamente suas práticas de gestão e culturas instituídas.

3.2. A EXPERIÊNCIA DA RELAÇÃO DO HOSPITAL FILANTRÓPICO NA GESTÃO PÚBLICA

Inicia-se a seguir a análise das informações adquiridas mediante as entrevistas e pesquisa documental.

Diante dos contextos em que os gestores estão inseridos, foi importante traçar o perfil dos entrevistados, a fim de conhecer a realidade em que os mesmos estão inseridos, sendo que estes aspectos contribuem para a discussão proposta. Esse perfil pode ser visualizado no quadro abaixo:

Quadro 9- Perfil dos entrevistados

SUJEITO	SEXO	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO NA INSTITUIÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO
GH1	Feminino	Médico	11 anos	10 anos
GH2	Masculino	Médico	04 anos	03 anos
GH3	Masculino	Administrador	08 anos	08 anos
GH4	Feminino	Médico	27 anos	08 anos
GH5	Feminino	Assistente Social	10 anos	10 anos
GS1	Feminino	Assistente Social	22 anos	04 anos
GS2	Feminino	Administrador	22 anos	04 anos

GH: Gestor Hospitalar / GS: Gestor Secretaria
Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2012.

No quadro acima, pode-se observar que a média de tempo de atuação dos entrevistados na instituição filantrópica é inferior aos da SESA, mas que a permanência de ocupação do cargo é maior. Isso facilita ao gestor conhecer mais a sua unidade de trabalho possibilitando elaborar melhor as estratégias de atuação.

Para melhor compreensão da discussão das falas dos entrevistados, no primeiro momento do estudo, apresentou-se as impressões durante as entrevistas. A intenção é que, a partir dessas, possam ser visualizadas, mesmo sob o ponto de vista do entrevistador a peculiaridade dos entrevistados de uma maneira geral.

Os gestores do Hospital Filantrópico (GH) entrevistados encontravam-se bem à vontade para responder as questões do estudo, mesmo estando inseridos em seu

ambiente de atuação. Observou-se que as expressões utilizadas nas entrevistas variam de acordo com o momento que cada um vivenciava nas suas relações de trabalho. Neste misto de emoções afloraram indignações, desconfiança, esperança, sentimentos de impotência e até mesmo, aproveitaram para expressarem suas aflições.

Os gestores da SESA (GS) iniciaram as entrevistas com certo temor em responder as perguntas, pensavam bastante antes de falar. Mantiveram-se em todo o tempo com uma postura política, usavam linguagens técnicas. Falavam muito através das expressões faciais, com risos. Pareciam em alguns momentos que queriam se preservar, evitar possíveis exposições e comprometimento da imagem do setor. Mesmo hesitantes nos deram informações valiosas para a concretização deste estudo.

Para análise das entrevistas, as falas foram classificadas em categorias e sub-categorias, com abrangência nas perguntas do instrumento e fundamentando-se nos objetivos propostos nesse estudo podendo abranger uma ou mais categorias.

As categorias propostas são: A instituição filantrópica no campo da saúde; a filantropia e sua relação na prestação de serviços; o posicionamento das instituições filantrópicas; e resultados esperados na relação contratual.

Assim, segue-se, a análise das categorias supracitadas.

3.2.1 A Instituição Filantrópica no campo da saúde:

Nessa categoria está representado o cenário que constituiu a instituição filantrópica estudada e como ela está inserida através de seu perfil de atendimento. Observa-se que o fator histórico pelo qual a instituição foi criada é determinante para a sua atual situação financeira, uma vez que a caridade e a benemerência são valores tradicionais e que originaram essa instituição estando diretamente relacionados com a Igreja Católica (SANGLARD, 2003; KISIL, 2006; MACHADO, 2011).

> "A Santa Casa foi uma das primeiras instituições filantrópicas do Brasil, a Irmandade da Misericórdia, da santa casa porque ela veio de Portugal, veio para prestar caridade e era o único Hospital que atendia os pobres".(GH5)
> "Desde que ela surge, ela vem para o atendimento dos pobres e aí antes dela fazer caridade. Com a mudança da Legislação o que passa a ser exigido para que uma instituição tenha registro de entidade filantrópica ela passou por esse registro". (GH5)

Nos últimos anos desenvolveu-se no Brasil, uma Legislação que tem colaborado com a criação e operacionalização de certas entidades, justamente pela indefinição de quais iriam compor o chamado terceiro setor e também como justificativa para o processo neoliberal de desresponsabilização do Estado.

Após essa Legislação, que define quais organizações que compõe esse cenário e que estabelece a relação de cooperação entre o Estado / sociedade, a participação estatal no financiamento direto ou indireto a essas entidades assume grande importância. Observa-se que para a instituição analisada esses benefícios são fatores determinantes para o seu funcionamento apresentando grande dependência dessa contribuição.

> "A instituição filantrópica tem a parte que se obriga, que é pelo menos ter um atendimento 60% da sua capacidade à paciente do SUS, em contrapartida tem um benefício de isenção ou da imunidade de tributos a parte do imposto de renda, a participação anual do INSS, essa é a relação diferente da entidade particular, que tem que contribuir com todas essas parcelas." (GH3)

> "Porque esse certificado implica na redução de pagamentos ao tesouro, não recolhimento de INSS, implica não pagar impostos de importação. Logo há uma série de vantagens que a instituição Filantrópica tem; e a contrapartida delas é prestar saúde, educação e assistência social." (GH5)

> "Então nós precisamos dessas benéces, dessa isenção de imposto patronal, então nós dependemos da vantagem de sermos filantrópicos e dependemos desse baixo valor que vem do SUS e se nós não tivermos esse valor não tem sentido a Santa Casa continuar funcionando." (GH2)

Montaño (2005) destaca que esses incentivos fiscais ou apoios financeiros contribuíram para a mudança de mentalidade do empresariado de uma forma geral, que hoje está muito mais preocupado com o social, sendo este um dos fatores de crescimento do terceiro setor.

As instituições privadas sem fins lucrativos recebem recursos de suas mantenedoras, através da prestação de serviços ao SUS ou de outras fontes. As fontes de financiamento público federal são provenientes "de percentuais da seguridade social como recursos de origem fiscal (impostos) e de contribuições sociais (sobre a folha de pessoal, sobre o lucro, sobre o faturamento e movimentação financeira)" (BITTAR, 2002, p.11).

> "[...] dificuldade financeira é por diversos fatores: 1º ela não tinha gestão e ficava a mercê do provedor que muitas vezes não tinha conhecimento nenhum da área médica. 2º Também a gente sabe das deficiências financeiras que são da tabela SUS e os preços praticados ao pagamento das mesmas. 3º A Santa Casa de Vitória por ser um Hospital Escola ela acolhe todo paciente de custo muito alto pela complexidade que é necessária a ele; e por ser um Hospital Escola e ter excelentes profissionais; acaba acarretando na transferência de pacientes." (GH1)

> "A gente vem trabalhando dentro da EMESCAM como um diferencial para parcerizar, ela realmente tem que fazer um financeiro dentro da instituição. Então ela muda o perfil da instituição. Por que o que poderia ser feito com uma pessoa, tem mais dez alunos então isso gera custos." (GH1)

> "[...] e todo mundo sabe que a tabela SUS paga só 72% do que aquilo que a gente gasta". (GH1)

> "Então os hospitais filantrópicos recebem um valor baixo que é o valor da tabela SUS." (GH2)

As dificuldades financeiras da instituição filantrópica apontadas nas falas podem ser atribuídas a três fatores determinantes:

- a figura do provedor, não mais de acordo com o observado na literatura, uma vez que, a responsabilidade de prover e captar recursos para a instituição foi suprimida por participar ativamente dos processos de gestão institucional;

- o repasse financeiro pelos serviços prestados ao SUS não contempla efetivamente as despesas do atendimento prestado uma vez que a tabela está defasada em seus valores;

- por ser um hospital escola; esse tipo de instituição tem características próprias que incrementam os custos, pois mesclam as atividades didáticas com procedimentos médicos assistenciais, necessitam ainda de investimentos em tecnologia para serem um diferencial na prática do ensino.

É necessário que as instituições que apresentem o perfil de ensino façam um rigoroso controle dos recursos necessários para manter a estrutura através dos gestores hospitalares, otimizando os sistemas de saúde e os serviços com menor custo (BITTAR, 2002; DALLORA &FOSTER, 2008).

O recurso nas instituições privadas de acordo com Bittar (2002), para custeio de novos investimentos para o ensino e pesquisa é insuficiente, e já foi evidenciado em vários documentos pelas entidades representativas deste segmento, como a Confederação das Santas Casas de Misericórdia.

3.2.2 A Filantropia e sua relação na prestação de serviços:

Retrata-se nessa categoria o início da relação de prestação de serviços do terceiro setor, como forma de otimizar a gestão pública dos serviços de saúde.

> "O grande marco é a LOAS que define o que é uma Instituição de Assistência, vê a definição do público alvo e a definição do controle do dinheiro e da Assistência." (GH5)

O que marca o início da relação contratual entre os Estado às instituições sem fins lucrativos foi a constituição da LOAS que através da sua política de seguridade social prevê em seu artigo 1º que "a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado [...] para garantir o atendimento às necessidades básicas", assegurando que o atendimento seria realizado à todos independente de contribuir para seguridade social.

> "Acredito que esse seja o marco, quando existiu essa relação contratual e veio também a constituição de 88 e junto com ela a Lei Orgânica da Saúde e todas essas coisas, e depois a saúde passou a ser um direito de todos e os hospitais filantrópicos não tinham mais como usar o termo indigente que era o pessoal que estava fora da atividade social. A parceria contratual iniciou neste momento." (GH2)

Através da LOAS surge um novo cenário, com novos atores, estratégias e práticas além de novas relações interinstitucionais e com a sociedade.

A partir dessas configurações reacendeu a questão da caridade e filantropia agora com novo enfoque relacionadas a ações sociais, assistenciais, filantrópicas e de responsabilidade social (ESCORSIM, 2008).

O setor das instituições sem fins lucrativos destaca-se diante deste contexto com programas governamentais no campo das políticas públicas.

> "Em 2005 veio a Legislação da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, mas essa parceria já existia de tempos atrás; já existia bem antes." (GS2)
> "Há vários anos construi-se a parceria entre hospitais Filantrópicos, Estado e Municípios que geralmente era informal e nem sempre com remuneração mínimamente justa. Com a Contratualização é possível estabelecer formas

> de prestação de serviço ao Estado dentro da Capacidade do Hospital e ter uma remuneração mais ajustada mediante a pactuação de metas.” (GH4)

A contratualização surgiu como uma proposta de reestruturar mudando assim a relação entre o gestor e o prestador de serviço ao SUS. Sendo assim os gestores de saúde e as instituições hospitalares especificam as metas de acordo com a realidade de saúde da população a ser atendida. O financiamento dessas instituições é de acordo com o cumprimento dessas metas.

O hospital pesquisado se insere no Programa de Reestruturação dos hospitais de ensino que visa não somente socorrer financeiramente a instituição, mas reformular o sistema de gestão.

> “Qual o termo parceria? É quando se tem que estar bom para os dois lados. Parceria é um tipo de simbiose que os dois lados ganham alguma coisa a partir daí, não nos parece que o termo parceria seria o mais bem indicado porque a Santa Casa hoje não consegue trabalhar; até por conta da sua história; não consegue trabalhar com planos de saúde que não sejam do governo SUS.” (GH2)

> “Na verdade é uma relação de parceria; eles são nossos parceiros; nós compramos deles.” (GS1)

O significado do termo parceria é questionado pelo gestor H2 uma vez que segundo o mesmo em uma relação de parceria os “dois lados” sairiam ganhando. Essa postura é contraditória a fala do gestor S1 uma vez que estabelece um contrato de compra e venda de serviços.

Para análise desta questão vamos ao significado deste termo que segundo Rios (2009, p. 387) “seria uma reunião de pessoas para certo fim de interesse comum ou uma sociedade”.

A Lei 9.790, de 23 de Março de 1999 em seu artigo 9º institui o Termo de Parceria, assim considerado o instrumento “destinado à formação de vínculo de cooperação entre as partes, para o fomento e a execução das atividades de interesse público previsto no art. 3º desta Lei” (BRASIL, 1999).

O termo parceria vem juntamente com uma nova visão de gestão pública que consolida um acordo de cooperação. Segundo Ferrarezi (2001, p.12) esse termo

significa “realizar a transição de práticas tradicionais e impeditivas para a administração gerencial, cuja ênfase é o controle dos resultados e controle social.”

Baseado na descrição dos autores considera-se que realmente existe essa relação de parceria uma vez que existe esse acordo de cooperação e ambas as partes recebem algo nessa relação. A instituição pesquisada questiona essa descrição por considerar que de alguma forma poderia receber mais nessa relação e modificar o seu cenário institucional.

Montaño (2005) considera que a parceria faz parte de uma estratégia do Estado para a reestruturação do capital, seria a transferência estatal da responsabilidade da área social e de certa forma fazer com que a população aceite o não cumprimento de seu papel. Na verdade, o Estado encobriria a necessidade de realização de políticas sociais uma vez que ideologicamente as parcerias já teriam cumprido essa finalidade.

O autor ainda afirma que com as parcerias tudo aquilo que foi conquistado através das lutas de classe e manifestações da população sobre seus direitos, serviços e assistência social seriam perdidos. Além de que pela lógica ideológica do “Estado mínimo e do mercado livre o Estado não apenas precisará manter as parcerias, ele não poderá mantê-las” (Montaño, 2005, p.228) devido a sua perda de fonte de renda.

Observa-se que a instituição pesquisada adota uma postura muitas vezes contraditória as suas condições de sobrevivência no mercado devido aos valores culturalmente intrínsecos em seu universo.

As relações do Estado e organizações sociais ganham destaque, mas é preciso conhecer melhor o universo dessas organizações e o papel exercido pelo Estado, pois transformar esse padrão seria ir contrário a uma cultura e comportamento que historicamente foram cristalizados (MESTRINER, 2005).

> “Só vem doente muito caro para a gente, só vem doente que ninguém quer porque as outras instituições escolhem o doente; então como não queremos o ser humano sendo excluído, nós acabamos aceitando.” (GH1)

A fala do gestor H1 traz questionamentos sobre a que amplitude realmente está sendo alcançado o artigo 196 da Constituição que nos diz que “a saúde é direito de todos” uma vez que é demonstrado claramente que por causa da sua condição de saúde o indivíduo pode ser privado de seus direitos constitucionais. É válido lembrar que a política pública é um fator de inclusão dos atores sociais e não ao contrário.

> “Pelo fato da Santa Casa de Misericórdia ser um hospital escola e também pelo fato de ter uma política interna o hospital começou a tratar também desses doentes de baixa complexidade portanto, tem o seu problema no ponto de vista de despesas e receitas trazendo déficit a instituição e mantendo o hospital um perfil de doenças crônico degenerativas de longa permanência que geralmente se vê nos hospitais da rede pública.” (GH2)

> “Hoje em dia é uma obrigação contratual você atender um paciente, que ele por conta da Instituição social, ele é um paciente todo problemático do ponto de vista da saúde. [...] esse doente é mais complexo de ser atendido.” (GH2)

O acesso aos serviços não se limita apenas à proximidade dos serviços ou disponibilidades de recursos em determinadas áreas onde não existem, ele acontece ou não mediante a própria resistência dos serviços sendo que os usuários experimentam as dificuldades para efetivarem o atendimento que buscam.

> “[...] pegar um hospital com capacidade estalada de 300 leitos e utilizar como série de análise a série histórica na minha e utilizar a série histórica para definir qual será a oferta de serviço de determinada instituição – (pode dirigir olhando para o retrovisor). A saúde é dinâmica e a cada dia nós temos coisas diferentes, a epidemiologia é dinâmica. Eu não entendo o porquê de o estado bater na mesma tecla de fazer a contratualização baseado na série histórica.” (GH2)

> “ [...] a secretaria de saúde faz a programação dela para a contratualização olhando para o retrovisor. É claro que para se fazer alguma projeção tem que se olhar a série histórica,mas tem que se projetar o que se quer de melhoria futura a secretaria de saúde simplesmente olha o que foi que aconteceu, o ano passado, não teve nenhum avanço.” (GH3)

Os sistemas de informação representam alternativas para trabalhar de forma mais interativa as informações, possibilitando uma atuação mais integrada com relação à operacionalização e gerenciamento dos serviços de saúde.

O sistema tabwin permite tabular dados disponíveis na internet, utilizar arquivos de outras bases de dados além de realizar operações aritméticas e estatísticas (WESTPHAL, 2001).

> “Logo eles pegam o que o hospital realizou no ano anterior; planilham isso, tabulam via sistema tabwin o que foi faturado e eles estipulam o que será para o próximo ano.” (GH2)

> “[...] essas informações entram no Ministério e processa essas informações; e no ministério tem o Sistema Tabwim que ali transcreve todos os dados de produção só que infelizmente nós temos um prazo de 2 meses de atraso no sistema.” (GS2)

A integração das informações é um grande desafio a ser vencido e os sistemas de informação necessários são aqueles que nos permitem conhecer as características sociais, econômicas, físicas, demográficas e outras que possam afetar a saúde e que também nos permite conhecer os problemas de saúde não só aqueles visualizados pelas autoridades. Mas para que essas informações possam ser utilizadas como ferramenta gerencial o sistema tem que ser alimentado com as informações pertinentes. Percebe-se uma não conformidade com a fala do gestor S2, pois devido a burocratização há um atraso nessas informações o que poderá ocasionar uma falsa noção da realidade culminando com tomadas de decisões e planejamento contrário às necessidades.

3.2.2.1 Repasse financeiro na relação contratual:

Essa categoria mostra a forma de recebimento da instituição filantrópica pela execução dos serviços e o método de avaliação dos resultados.

> "[...] o ministério paga para a Secretaria Estadual de Saúde que paga para o Hospital. Então tem uma parte do recurso do hospital que é do governo Federal que nada mais é do que o faturado pela tabela SUS e a complementação Estadual vem para complementar esse recurso." (GH2)
>
> "[...] tem um percentual que é exatamente o valor faturado e vem através do ministério e tem uma contraparte que é o repasse do estado que eles colocam como incentivo." (GH3)
>
> "Na verdade ele tem a priori Federal (um dinheiro do Ministério que vem para conta do Estado; a gente do estado pode complementar e pode dar uma ajuda. Às vezes ele pode ter nada Estadual, apenas Federal. Antigamente era assim, mas hoje quase todos eles têm uma parte do Estado; o estado ajuda." (GS2)
>
> "Tem uma relação de parceria tanto é que o Estado ajuda muito a eles; na parte de informática, na parte de obras, equipamentos." (GS1)

O financiamento é feito de acordo com o perfil de cada instituição. Esse serviço se mantém com recursos de orçamentos público federal e estadual, acrescidos de custeio ou investimento de reformas, ampliações, compra de equipamentos, o pagamento de sua produção feito com recursos do SUS e ainda algumas fontes privadas como o atendimento ao plano de saúde: Santa Casa Saúde – SCS.

> "Os procedimentos contratualizados ele recebe 90% adiantado e 10% fica retido. Aí no monitoramento é trimestral, se ele executou direitinho ele recebe esse dinheiro que está retido. Os 90% são em relação as metas físicas. Para receber esses 10% que fica retido ele tem que atender aos indicadores de qualidade." (GS1)

Essa forma de recebimento evidenciada pelo gestor S1, de acordo com Tcherniacowski (2009) estimula melhor o planejamento das ações uma vez que a instituição saberá antecipadamente o quanto receberão em dinheiro.

Observa-se nessa pesquisa que a grande dificuldade do hospital é no cumprimento das metas de qualidade conforme quadro 4.

> "[...] é uma tabela que não paga a oferta em saúde o que está escrito lá para cada procedimento. Esse recurso Federal é o recurso de cada procedimento pela tabela SUS e a complementação viria de todos esses critérios aí: série histórica, eficiência, da equidade que não é utilizado e assim por diante." (GH2)

> "[...] a Santa Casa normalmente gasta mais que recebe do Estado, há complementação através de recursos." (GH3)

É notório também o desequilíbrio institucional entre receitas e despesas. Além das dificuldades já apontadas anteriormente pode-se destacar ainda: preços crescentes de materiais médico – hospitalares; prática de glosas de serviços realmente prestados e estabelecimento de tetos financeiros rígidos como limite de produção.

> "Os valores recebidos são totalmente diferentes dependendo de cada instituição; até porque o IAC é um cálculo que o próprio Ministério já vem calculando por hospital. Esse cálculo vem por produção, pelo que ele vem produzindo; pela série histórica dele." (GS2)

A possibilidade de uma parceria com o Estado na elaboração, implementação e controle de uma política pública, vai integrar as instituições de iniciativa privada neste contexto, uma vez que tenha as definições claras que é de responsabilidade do poder estatal em normatizar, coordenar e financiar essas ações.

> "Esta talvez seja uma forma mais justa para a remuneração pelos serviços prestados." (GH4)

> "O estado deixou de pagar, de dar, de ser bonzinho, o estado passou a trocar." (GH5)

Logo a lei não vincula mais essas entidades pela relação de clientelismo, de favores e de interesses pessoais, mas sob uma nova ótica de participação em uma política que garanta os direitos dos cidadãos (MESTRINER, 2005).

Logo as instituições realmente receberão mediante a execução dos processos de trabalho que foram pactuados.

3.2.2.2 Conflitos nas relações da gestão pública dos serviços de saúde:

São retratados aqui os conflitos e tensões que permeiam essa relação. Pode-se observar que a forma como se comportam os gestores das duas instituições estudadas são completamente opostas. Há ainda uma divergência de opiniões quanto ao conhecimento da demanda necessária para a oferta de serviços.

Para o estabelecimento da relação de compra e venda o fator primordial é que haja um planejamento para conhecimento das necessidades para saber o que se vai comprar e o quanto comprar. Observa-se que o fator mais divergente de acordo com as falas, na verdade, é para qual instituição que se oferta os serviços.

> "Na verdade essa relação é o que eu não tenho você me oferece; é uma compra e venda de serviço." (GS2)
>
> "Olha na nossa última reunião com o pessoal técnico eu queria conhecer a demanda e eles me disseram com todas as letras que o Estado não conhece a demanda de saúde do próprio Estado, que isso quem conhece são os hospitais." (GH2)
>
> "Agora depois de uma conversa extremamente angustiante a chefe do serviço técnico virar para mim [...] e falar que não conhece a demanda e que isso não é obrigação do Estado, eu acho que esse tipo de raciocínio não funcionará. Eu acredito que tem questão política por trás disso. Porque para alguns hospitais eles dizem o que precisam." (GH2)

Observa-se ainda que o hospital não se configura dentro da concepção do estado, entende-se que o mesmo pertence a um cenário paralelo. Isso dificulta as relações e principalmente a capacidade de articulação, gerando uma atmosfera de tensão.

Não há uma normativa para a distribuição equânime dos serviços que deverão ser comprados o que permite de acordo com Montaño (2010), em uma seleção entre as instituições que desejam vender os seus serviços (procedimentos) para o Estado (federal, estadual ou municipal) a partir da política governamental adotada. Tendencialmente, haverá a presença e permanência de certas instituições e não de outras em determinados projetos selecionados pelo governo.

> "Os contratos vigoram por 5 anos e o Plano Operativo tem validade de 1 ano. Logo nós vemos a realidade do hospital; vê a nossa; o que precisamos

> comprar pegamos a série histórica (porque usamos com base a série histórica), o que ele ofertou, e se ele pode incrementar com algumas coisas que estamos precisando. Então a gente senta e chama o Hospital e conversa com nossos setores envolvidos e chegamos a um consenso de quais serviços devem ser comprados." (GS1)

> "Imagino que a maneira como se faz política pública é o que resolve ou é o que determina quais são os hospitais filantrópicos, qual o perfil do paciente atendido, qual é o perfil de saúde contratada para ser feita naquele momento. E isso gera as diferenças entre os hospitais dependendo do perfil de atendimento." (GH2)

Há uma competição pelos recursos entre os hospitais uma vez que como a maior parte da sua remuneração é originada por essa prestação de serviços. Isso acaba gerando uma tensão entre as partes interessadas e uma atmosfera de desconfiança nos contratos estabelecidos.

> "É o que estou falando é uma relação que não é estanque; é uma coisa que estamos construindo; é uma relação amigável? É. Mas tem muita briga assim: tem que melhorar nisso ou naquilo." (GS1)

No entanto para Salamon (1998) o relacionamento entre o Estado e as Organizações do Terceiro Setor tem sido mais por cooperação do que por conflito, uma vez que suas ações estão voltadas para assistir esse setor no atendimento das necessidades humanas.

Em relação às instituições há uma necessidade de aumentar a demanda de serviços e principalmente os que apresentam melhor remuneração, em contrapartida o Estado como financiador e regulador deve acompanhar a qualidade e quantidade dessas ações.

3.2.3 Posicionamento das instituições filantrópicas:

Essa categoria faz referência sobre a representatividade da instituição filantrópica no cenário da saúde pública atual.

Demonstra-se nas falas abaixo uma grande preocupação com a imagem da instituição para que não seja confundida com o estigma da “pilantropia” trazido por Montaño (2005). Essa denominação foi atribuída a algumas instituições onde tinham apenas o comprometimento de enriquecer seus altos membros e não eram comprometidas com o verdadeiro papel social.

Há uma relação de desconfiança gerada ao longo dos tempos por outras práticas de filantropia que não condiziam com a real essência. Muitos se apropriaram desse termo “filantropia” para conseguirem aumentar sua renda, fato que ocorreu em várias instituições filantrópicas no Brasil inclusive as Santas Casas.

> “Então nós temos muita dificuldade porque os caras acham que só por ser filantrópico é bandido.” (GH1)
>
> “[...] eu tenho oito anos que estou na instituição e se a Secretaria não conseguiu ver que nós não somos pilantras eu acho que é difícil de você conseguir mudar. Nossas contas estão abertas para qualquer pessoa, nós não temos nada escondido e nada errado.” (GH1)
>
> “Porque não é porque é filantrópica tem que ser corrupta (não é o nosso caso), ou deixar tudo ir pelo ralo esperando que um provedor vai arrumar dinheiro para resolver o nosso problema.” (GH5)

Percebe-se que esse setor permanece vulnerável às tensões e repressões externas. As percepções a seu respeito, limitam a sua capacidade de lidar efetivamente com seus verdadeiros desafios. Salamon (1998, p.11) evidencia que para que essas organizações “sejam levadas a sério pelos outros, [...] elas devem primeiro levar-se a sério”.

Observa-se nas falas abaixo o anúncio de uma atmosfera de tensão uma vez que identifica-se uma alteração de postura política da gestão atual com a anterior. Provavelmente se atribui na forma de cobrança do cumprimento dos contratos de trabalho estabelecidos, pois devido a problemas internos muitas vezes as

instituições não conseguiam realizar todas as metas estabelecidas. Mas devido a sua representatividade não só histórica, mas também no auxílio na oferta de serviços a gestão anterior conduzia de forma diferenciada as relações.

Há mudança de um paradigma onde a saúde não poderá mais ser vista como uma mercadoria, não deverá haver preocupação apenas com número de procedimentos, consultas, exames, mas sim com a qualidade de como esses serviços estão sendo ofertados.

> "Eu não acredito que o governo tenha uma visão geral uniforme. Eu imagino que o governo do Estado do E.S hoje veja as instituições como uma instituição que tenta sobreviver, que procura muitas vezes recursos onde não tem." (GH2)
>
> "A secretaria da saúde na gestão anterior ela tinha um entendimento da importância da entidade filantrópica, eu não acredito que seja o mesmo pensamento dessa atual gestão, esse é um pensamento meu, eu não to colocando isso no pensamento da irmandade entende, é um entendimento meu." (GH3)
>
> "É uma relação de parceria temos problemas temos." (GS2)

Essas instituições terão uma evolução dependendo de como serão compreendidos os mitos a seu respeito, como reagirá aos compromissos que irá se deparar além de como será a reação das outras instituições.

São dois mitos que de acordo com Salamon (1998) permeiam o universo onde essas instituições estão inseridas: o da virtude pura e o mito do voluntarismo. O mito da virtude pura seria que mediante a origem dessas instituições serem baseadas em princípios religiosos e morais elas tenham adquirido uma "autopercepção de *persona santificada* e certo romantismo" no qual iria transformar a vida das pessoas. O mito do voluntarismo seria que essas organizações dependem principalmente e exclusivamente da ação privada voluntária e do apoio filantrópico.

Observa-se que na instituição estudada não seria completamente um mito, pois ainda há certos resquícios desse romantismo atribuídos a cultura organizacional. Ocorre uma tentativa de alteração desse padrão principalmente no que está relacionado à dependência do apoio voluntário e filantrópico, evidenciado nesse estudo pela alteração do papel do provedor e pelo fato de serem adotadas medidas

que modificam essa postura como alteração do estatuto da Irmandade e ações gerenciais e administrativas de maior relevância.

Para Salamon (1998, p.11) o fator determinante para o crescimento dessas instituições será a sua capacidade de relacionar-se com o governo encontrando assim um *modus operandi* que “propicie suportes legal e financeiro suficiente, preservando grau significativo de independência e autonomia.”

3.2.3.1 A Mudança no perfil gestor da instituição filantrópica:

Evidencia-se a alteração da postura do gestor da instituição filantrópica como forma de responder as demandas institucionais, as pressões externas além de tentar fortalecer sua capacidade institucional.

Observa-se que as organizações do terceiro setor são uma grande promessa que será realizada através do voluntariado e da filantropia, mas que para isso deveria adquirir uma característica empresarial.

Um dos maiores problemas da instituição filantrópica é a deficiência no gerenciamento da organização o que faz necessário o aperfeiçoamento da gestão como forma de atingir melhor os resultados. Observa-se nas falas abaixo que esse é um problema na instituição filantrópica estudada e que a alguns anos estão procurando se organizar com maior enfoque para a gestão administrativa.

> "Porque o fato de ser filantrópica não nos garante que continuemos de pé então por isso essa lógica hoje que estamos a oito anos já nesse período de reorganização interna, de administração de padrões e de uma serie de coisas que as pessoas ficam chocadas, mas não podem ficar chocadas por que senão for reorganizando internamente, por que não é apenas por ser uma instituição filantrópica que não pode ter lucro, mas ela tem todo dever de crescer porque senão ela vai a falência." (GH5)

> "Eu acho que até pela gestão que a gente implantou tinha um descontrole muito grande na instituição. Uma irresponsabilidade de quem estava fazendo a gestão. A partir do momento que as coisas ficaram mais claras foram colocando pessoas com mais responsabilidade e mais conhecimento na área de gestão. Isso é até uma das coisas que a Secretaria vem cobrando das instituições Filantrópicas, que o gestor tenha mais conhecimento da área para eles botarem mais dinheiro." (GH1)

A forma de como são estabelecidos os contratos de prestação de serviços também ajudaram no processo, uma vez que forçou de certa forma as instituições a procurarem se organizar e capacitarem os gestores. Essa iniciativa começou com a própria Secretaria Estadual de Saúde que ofereceu aos gestores das instituições prestadoras de serviço cursos de pós - graduação MBA – Executivo em Saúde, como forma de capacitar aos gestores para execução de novas práticas nos serviços de saúde.

> "Hoje apresenta uma Irmandade com perspectiva de futuro, que tem inclusive um projeto de reforma que pega o quarteirão inteiro." (GH5)

> "Hoje nós estamos longe do objetivo da gente, mas temos caminhado para a frente, porque para trás não é mais permitido. Se nós não admitirmos que temos que mudar, vamos perder o direito de continuar. De qualquer forma, temos que andar é para frente. Nós esperamos ter uma melhora bem significativa, nós contratamos uma empresa de consultoria que está fazendo um planejamento estratégico e todos os órgão da instituição tem prazos para cumprirem o que está sendo determinado. E se tem alguma coisa que não iremos abrir mão é dos cumprimentos das datas e do jeito que as coisas deverão ser realizadas".(GH1)

O fato é que muito ainda deverá ser aperfeiçoado na instituição conforme o gestor H1, mas as melhorias na gestão de acordo com Falconer (1999) resultam em eficiência no emprego dos recursos e na eficácia e eficiência dos resultados.

> "Isso não significa que vou virar uma instituição privada, que vou começar a ter lucro, mas você ter lógica interna de olhar para o futuro e crescimento da instituição. Isso nunca foi proibido pela questão da filantropia; isso nunca foi pensado." (GH5)

A administração da instituição filantrópica não se deve capacitar para atingir somente os objetivos organizacionais, mas sim no campo das políticas públicas para o alcance de objetivos públicos (FALCONER, 1999).

> "Desde que elaborada com eficiência e dentro da realidade possível para a prestação do serviço a contratualização pode ser uma boa forma de equilibrar as finanças do Hospital, mas é preciso atenção e acompanhamento constante das metas a serem cumpridas para que não haja penalização com perda de pontuação e conseqüente diminuição do valor a ser recebido o que poderia prejudicar e contribuir para o desequilíbrio financeiro da instituição. É preciso que uma equipe bem preparada e com conhecimento do Hospital fique responsável por essas avaliações bem como mantenha contatos freqüentes com a equipe do órgão gestor." (GH4)

> "Muitos hospitais estão conseguindo modificar a sua situação financeira mediante a contratualização dos serviços, mas devem se organizar para isso." (GS1)

Nas falas acima evidencia-se a imagem positiva de ambos gestores institucionais H4 e S1 sobre a contratualização dos serviços. Segundo Tcherniacowski, 2004 o seu grande objetivo é estimular o aprimoramento institucional em relação ao ensino e pesquisa em saúde, aos mecanismos de gestão hospitalar e modificar a forma como se inserem na rede do SUS.

Observa-se que na instituição pesquisada esses objetivos estão parcialmente cumpridos, pois esta acontecendo de forma lenta e gradual, mas o que é considerado de fundamental importância é a necessidade de mudança dos padrões culturalmente inseridos na instituição e na forma de sua política interna de gestão dos processos.

A contratualização representa hoje o instrumento mais eficiente para a forma de estabelecimento das relações contratuais entre o Estado e as organizações sem fins lucrativos. O seu surgimento é uma forma das instituições que passam por um déficit modificarem sua realidade com repasses financeiros compatíveis com o que é realizado pela instituição além de certa forma “forçar” a implementação de ações gerenciais.

3.2.4 Resultados esperados na relação Contratual:

Retrata-se nessa categoria os resultados esperados nessa relação contratual da instituição filantrópica com a gestão pública dos serviços de serviços de saúde.

Pode-se verificar dois enfoques diferenciados neste cenário sendo o da instituição filantrópica que vê nessa relação primeiramente uma forma de acabar com seu déficit financeiro e se manter no mercado e o outro que na figura do gestor estadual que seria melhorar a oferta de serviços à população uma vez que é notório a sua incapacidade de suprir a demanda.

É importante ressaltar que mesmo achando insuficiente essa relação ocorre de uma forma benéfica para a instituição uma vez que desencadeou a partir desse processo o início das alterações de melhorias na instituição.

> "[...] teve no início uma melhora na arrumação do Hospital. O dinheiro ainda é insuficiente mais ele foi muito importante para nós nas adequações da área que era muito ruim." (GH1)

Com o novo modelo de financiamento adotado, apenas os procedimentos de alta complexidade são pagos por produção e também os que apresentam melhor remuneração. O gestor H2 alerta para o fato de com intuito de melhorarem o repasse financeiro as instituições tendem a apresentarem um perfil diferenciado oferecendo apenas serviços com melhor remuneração e não efetivamente os que atenderiam a demanda.

> "De uma maneira geral os hospitais filantrópicos geram parte da solução em saúde; se é que se pode dizer que está solucionado. Mas normalmente há uma busca pela sobrevivência e essa busca envolve o confronto e análise de despesas e receitas por procedimentos e os hospitais acabam procurando um perfil de sobrevivência o que culmina muitas vezes no que a comunidade não precisa." (GH2)

As falas abaixo dos gestores H2 e H4 demonstram o percentual de atendimentos realizados pelo hospital pesquisado que é superior ao preconizado pelas regras de atestado da filantropia decreto nº 752/93 que seria em torno de 60%. Nesse caso mostra que o maior beneficiado com essa postura da instituição seria o Estado. Zatta

et al (2009) defende através de seu estudo que se as instituições mantivessem o número de atendimentos conforme o previsto pela lei elas conseguiriam estabelecer um equilíbrio em percentual entre os valores das isenções fiscais e os déficits gerados pelo atendimento ao SUS se tornando assim economicamente viável para a instituição.

> "A Santa Casa atende 92% dos pacientes [...]; de todo esse quantitativo 92% são destinados ao atendimento dos pacientes da Secretaria de Saúde. Essa porcentagem nem diminuiu nem aumentou. Desde uma onda de contratos chamado de contratualização que são registros pelo plano operativo anual." (GH2)

> "Ainda não plenamente, pois a remuneração aos Filantrópicos ainda não cobre os custos, devido a defasagem da tabela SUS, bem como ainda não é possível à alguns Filantrópicos ter equipe de acompanhamento eficaz da contratualização e nem oferecimento de serviços que atendam completamente as necessidades do Estado." (GH4)

A situação apresentada por Zatta et al (2009) é contraditória ao senso comum dos gestores institucionais da Santa Casa que garantem que um dos principais responsáveis pela difícil situação econômica da empresa seria a prestação de serviço ao SUS.

Hoje metade dos serviços oferecidos à população são contratualizados de alguma forma, com instituições filantrópicas ou setor privado. Mostra-se na fala do Gestor S1 que as instituições filantrópicas ainda não conseguiram se desenvolver o suficiente para melhorar o quantitativo de serviços ofertados, o que proporciona a inserção do serviço privado na esfera pública na gestão dos serviços de saúde.

> "Aproximadamente metade dos serviços são contratualizados." (GS2)
> "[...] nem a pública nem a filantrópica dão conta". (GS2)

> "Nós recorremos muito ao privado ainda, ou porque a instituição não tem o serviço, ou porque não é oferecido o serviço na região e tem que comprar em outro lugar. O Filantrópico não supre o por isso recorremos ao privado." (GS1)

> Os resultados (risos) no aspecto de qualidade? Nesse convênio tem os indicadores de qualidade que são monitorados. Então assim, o hospital te atende....aí compensa; um compensa o outro e por aí vai. (risos) (GS1).

Sob essa perspectiva, conclui-se que, na visão dos gestores estaduais, os resultados quantitativos de serviços ofertados são o que é esperado, considerando

que sem serviços pactuados entre setores filantrópico/privado, a cobertura de demanda somente com os serviços próprios seria inviável. Vale ressaltar que do ponto de vista da qualidade o resultado não é suficiente, esse quesito seria contrabalanceado pelo cumprimento de metas quantitativas.

3.2.4.1 A atuação da instituição Filantrópica e as Práticas sociais:

Apresenta-se aqui a contribuição da instituição Filantrópica nas ações sociais para a população e de que forma tem ajudado no processo de inclusão social.

> "Olha a nossa missão principal é oferecer saúde. Existe outra além dessa que é gerar emprego porque além de tudo a Santa Casa de Misericórdia de Vitória produz só o hospital uma folha de pagamento de mais de um milhão de reais [...]." (GH2)

Na fala do Gestor H2 além de oferecer saúde outra missão da instituição seria oferecer empregos. As instituições do terceiro setor podem ser a promessa para a diminuição do desemprego a grande parte da população uma vez que pertencem a um setor em expansão. Podem ser vistas como uma "solução não capitalista para o desemprego" como aborda Montaño (2005).

Sabe-se que essas ações não resolveriam o problema uma vez que o fator desencadeante que é o capitalismo continua crescente e é o que faz segregar os indivíduos das relações sociais.

> "Outra coisa que é a geração de educação continuada considerando que nós somos um hospital escola nós temos uma obrigação mesmo nas práticas não acadêmicas e as assistenciais que acontecem aqui dentro [...] Eu acredito que a educação em saúde é uma grande responsabilidade que nós temos e eu acredito que nós estamos cumprindo parte desse papel." (GH2)

Esse hospital por ter um perfil de Hospital de ensino é de grande relevância a educação em saúde seja pelas atividades acadêmicas ou pelo cumprimento das metas estabelecidas na contratualização dos serviços pelo POA – Plano Operativo Anual.

O bem estar da instituição é diretamente relacionado pela assistência de qualidade que possa prestar. Isso que representará a sua capacidade de responder positivamente às demandas sociais ou não e também o que garantirá sua sobrevivência.

> "[...] próprio atendimento aos pacientes." (GH3)

A instituição hospitalar estudada apresenta através da EMESCAM vários projetos de atendimento à população através de seus ambulatórios e unidades de estágio no município de Vitória. Neste trabalho é utilizado alunos de graduação dos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia. Pode-se destacar os seguintes projetos: Grupo de Apoio – na prevenção do cuidar dos cuidadores formal e informal do portador da doença de Alzheimer; Ambulatório de Fisioterapia no Pé Diabético; Projeto Respirar – Capacitação em Asma; Projeto de Extensão - CADEQ (Centro de Apoio ao Dependente Químico; Serviço Especializado de Fisioterapia no Paciente Amputado; Cefaléia e Algias Crânio – Faciais; entre outros. (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, 2012)

> "É o caso de maior percentual de atendimento, aqui no Espírito Santo." (GH3)
>
> "Acredito que ainda mais deficitária, pois o atendimento realizado pelos filantrópicos (como a Santa Casa que realiza atendimento para pacientes do SUS em torno de 92% do seu total) é capaz de reduzir o tempo de espera por consultas, exames, cirurgias e internações." (GH4)
>
> "Entende que a importância desses serviços para a complementação ao atendimento à população é grande." (GH4)

A resposta as demandas sociais é o que dará visibilidade as instituições filantrópicas. Esse fato pode ser evidenciado pela afirmação de Barros[1], 1998 onde relata que "somente assim é que teremos o melhor advogado para defender a nossa causa: a população que utiliza os serviços que oferecemos."

> "A ação social é que vai dar visibilidade, a resposta a sociedade. A Santa Casa ela tem visibilidade; porque ela dá uma resposta; ela responde socialmente a população que dela precisa." (GH5)

Sabe-se que à medida que as entidades filantrópicas estejam cada vez mais inseridas na gestão dos serviços públicos de saúde haverá uma melhoria na oferta de serviços à população.

---

[1] BARROS vice – presidente da Confederação das Misericórdias do Brasil; Titular do Conselho Nacional de Saúde. Texto apresentado na Conferência Nacional de Saúde on-line. A Municipalização da Saúde no Brasil – Avanços e Desafios para as Santas Casas.

> “Quer dizer se não fosse o filantrópico nós talvez estaríamos ocupando o privado.” (GS2)
>
> “De uma maneira geral o objetivo final está sendo alcançado.” (GS1)

A discussão realizada, até esse momento envolveu representações e interpretações feitas diante da pesquisa realizada junto aos gestores da instituição filantrópica e a Secretaria Estadual de Saúde, onde cada um evidenciou as ações que desenvolvem, suas dificuldades e o objetivo que todos desejam alcançar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu o conhecimento da relação entre um hospital filantrópico e a gestão pública dos serviços de saúde.

A abordagem histórica desta instituição permitiu o esclarecimento sobre a dificuldade encontrada pelos gestores na alteração do perfil gerencial uma vez que os valores da caridade, benemerência que eram teorizados pela igreja católica, continuam fortes.

Devido ao perfil de atendimento, que historicamente foi construído, verifica-se que esse é um dos fatores determinantes para a difícil situação financeira encontrada o que ainda culmina em um número de atendimento muito maior do que é preconizado para essa instituição.

Essa situação ainda é agravada por outra particularidade, pois é um hospital de ensino fazendo com que os custos operacionais sejam ainda mais altos, além da responsabilidade com as atividades acadêmicas, tornando mais difícil a implementação de medidas gerenciais na redução dos custos e otimização na aplicação da receita.

Hoje a maior fonte de renda deste hospital provém da relação contratual que o mesmo mantém nas esferas estadual e federal através de atendimentos aos pacientes do SUS e por sua inserção no Programa de reestruturação dos hospitais de ensino, também conhecido como Contratualização.

Com este Programa configura-se a relação de parceria com a instituição filantrópica e o Estado. Verifica-se que há questionamentos e conflitos nessa relação que podem ser atribuídos a imagem limitada dessas organizações quanto à sua capacidade de resposta de forma efetiva ao agente financiador e regulador dos processos.

Em contrapartida, as instituições mesmo sabendo de suas limitações precisam vender e aumentar a oferta de serviços como forma de sobrevivência uma vez que esta é a sua principal forma de financiamento.

A parceria existe porque de alguma forma as duas organizações que fazem parte deste estudo conseguem benefícios de forma direta ou indireta. Além do termo de parceria observa-se grande relação de dependência entre as instituições sendo inviável a existência de ambas isoladamente.

Essa relação tem grande força uma vez que provoca mudança no perfil gestor institucional e a cria perspectivas e expectativas quanto ao futuro dessas organizações.

Ainda não está claro o quanto é capaz de reagir às oportunidades presentes, mas esse seria o melhor momento para a busca de crescimento. O segredo para o sucesso é a capacidade de relacionar-se e desenvolver articulação com o governo.
Os resultados dessa relação contratual alcançam o esperado uma vez que ocorre o aumento na oferta e melhora no acesso da população aos serviços de saúde.

A instituição no campo das práticas sociais tem contribuído de maneira geral no processo de inclusão social.

O futuro quanto à durabilidade da relação contratual ainda é incerto pois muitos são os questionamentos acerca deste tema. Neste momento pergunta-se: até quando será interessante para o Poder Estatal manter essas parcerias? Até que ponto as instituições filantrópicas poderão responder as necessidades estatais?

Atualmente, os mecanismos tradicionais da democracia representativa não tem sido capazes de absorver as demandas sociais o que torna necessária a interlocução entre sociedade política e sociedade civil.

Nesta perspectiva, a discussão das políticas públicas ganha relevância por seu caráter de mediação entre as demandas sociais e as formas como são incorporadas e processadas pelo aparato governamental. É válido ressaltar que a inclusão das

instituições filantrópicas nesse cenário não exclui o papel do Estado na implementação e execução de políticas públicas sendo estas apenas participantes no processo.

Assim, faz-se necessário a ampliação das discussões nos espaços de construção e gestão das políticas sociais como forma de contemplar a participação de novos atores sociais.

Como sugestão para novas pesquisas poderiam avaliar outras instituições filantrópicas que mantenham essa relação contratual. Poderia também realizar um estudo comparativo entre essas instituições como forma de visualizar a situação atual e o cenário de uma maneira mais global. Outra pesquisa viável seria a identificação do nível de profissionalização dos gestores das instituições filantrópicas e verificar se através da relação contratual houve alteração da forma administrativa dessas instituições e se houve melhora na situação econômico- financeira.

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. B. de; SILVA, L. C. da; SOUZA, R. A. de. **Perfil das Crianças Internadas na Pediatria de um Hospital Filantrópico de Vitória.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2008.

ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático.** São Paulo: Paz e Terra, 2003, Cap. 1, p. 09 – 38.

ANDRADE, M. N. A Roda dos expostos, excluídos, enjeitados e/ou abandonados. **Museu da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo**, 2010.

ANJOS, B. D. M; et al.**História da Enfermagem na Santa Casa de Misericórdia de Vitória.** 2005. Trabalho conclusão de curso (Graduação) – Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2005.

ARANTES, A. Neoliberalismo e Liberdade do Capital. **Revista Princípios (Arquivo)** Ed. 62, ago/set/out, 2001, p. 54, 55, 56. Disponível em: <http://fmauriciograbois.org.br/portal/revista.int.php?id_sessao=50&id_publicacao=164&id_indice=1176>. Acesso em: 01 maio 2010

ARAUJO NETO, J. A. C. A **Concepção Hegeliana de Estado para o Contexto Político Atual da America Latina.** Amerindia, v. 3, n.1, 2007. Disponível em <http://www.amerindia.ufc.br/artículos/pdf3/Aldo.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

BARBOSA NETO, F. **Diretrizes curriculares, certificação e contratualização de hospitais de ensino:** o caminho se faz ao andar? Cadernos ABEM, v.4, p. 23-29, out. 2008.

BARREIRA, I. A. F. Cidadania ou Filantropia? As experiências de combate às desigualdades sociais. **Revista Pós Ciências Sociais**, São Luís, v. 3, n. 5, p. 59-78, Jan./jul. 2006.

BARROS, F. P. C. **A Municipalização da saúde no Brasil: avanços e desafios para as Santas Casas.** Conferência Nacional de Saúde On-Line. Ago. 1998. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/santascasas.htm>. Acesso em: maio 2011.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Informação para a tomada de decisão**. Disponível em: <http://itd.bvs.br/itdmod/public/scripts/php/page_show_intoduction.php> Acesso em: 26 out. 2009.

BITTAR, O. J. N. V. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos hospitais de ensino. **Revista de Administração da saúde**. V.5, n.17, out.- dez. 2002.

BONICENHA, W. 1966 - **Devoção e Caridade:** as irmandades religiosas na cidade de Vitória - ES. Vitória: Multiplicidade, 2004.

BORBA, G. S. de; NETO, F. J. K. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Revista Saúde Sociedade**. São Paulo, v.17, n.1, p. 44-60, 2008.

BORÓN, A. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal.** São Paulo: Paz e Terra, 2003, Cap. 3, p. 63 – 125.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**.— Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 375.** Brasília, 04 mar. 1991.

_____. Lei nº 9790 de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, 23 de março de 1999; 178º da Independência e 111º da República. . Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9790.html>. Acesso em: abr. 2012

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO e MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria interministerial n. 1.000**, Brasília 15 abr. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema único de Saúde. Portaria GM/MS n. 1.721**, de 21.9.2005, Brasília, 2005.

_____. CONASS. **Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema único de Saúde**. Nota Técnica n. 18/ 2005. Brasília, ago. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema único de Saúde**. Portaria GM/MS nº 3126, de 07.12.2006, Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/3123-[2823-120110-SES-MT].pdf>. Acesso em: abr. 2012.

_____. Portal da Saúde. **Hospitais de Ensino** – o processo de certificação dos hospitais de ensino. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36281&janela=1>. Acesso em: abr. 2012.

CALDAS, B. N. **O papel do dirigente hospitalar**: a percepção dos diretores de hospitais Universitários vinculados á Instituições Federais de Ensino Superior. Dissertação (mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 141f. 2008.

CARNEIRO, J. N.; ELIAS, P. E. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal**. Revista Saúde Pública**, 40(5), p.914-20, 2006.

CARNEIRO, J. N. **O Setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde.** Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e mudança** / Sérgio Resende Carvalho. Campinas, SP: [S.N], 2002. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2002.

CHIACHIO, N. B. **Caráter público da gestão governamental com organizações sem fins lucrativos.** O caso da assistência social. Tese de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/27/TDE-2006-05-16T07:30:52Z-2095/Publico/NEIRI%20BRUNO%20CHIACHIO.pdf>. Acesso em: 06 maio 2012.

CLARO, I. B. **Gestão comunitária: estudo de uma nova articulação estado/sociedade civil no parque proletário de Vigário Geral**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 110 p. Disponível em:

<http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00009106&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2012.

COHN, A; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços.** 3ª Ed. Revista e ampliada. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço.** Edison Nunes, Pedro Jacobi, Úrsula S. Karsch; Amélia Cohn. - 3ª Ed.- São Paulo: Cortez, 2002.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6 (2): 319-328, 2001.

COSTA, S. F.; **O Serviço Social e o Terceiro Setor.** Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v7n2_selma.htm>. Acesso em: 25 mar. 2012.

CRUZ, C.; RIBEIRO, U. **Metodologia científica: teoria e prática.** 2º Ed. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2004.

DALLARI, D. A. **Elementos de teoria geral do estado**. 25 ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

DALLORA, M.E.L.V; FORSTER, A.C. A Importância da Gestão de Custos em Hospitais de Ensino – considerações teóricas. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, 2008; 41(2): 135-42, abr.- jun.

DEPIZZOL, E. S; PONTES, M. T; LUCENA, V. R. **Avaliação da dor na criança hospitalizada.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação). Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2008.

ESCORSIM, S. M. A Filantropia no Brasil: entre a caridade e a política da assistência social. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 86, jul. 2008. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/086/86escorsim.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2010.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde – SESA. **Portaria nº 096- R** de 15 de julho de 2009. Diário Oficial dos Poderes do Estado. Jul. 2009.

FALCONER, A.P. **A promessa do Terceiro Setor: um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão.**

Centro de estudos em Administração do terceiro setor. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/andres_falconer.pdf>. Acesso em 26 mar. 2012.

FERRAREZI, E. **O novo marco legal do terceiro setor no Brasil**. Texto para o III Encuentro de La Red Latinoamericana y Del Caribe de La Sociedad Internacional de Investigación Del Tercer Sector (ISTR) – Perspectivas Latinoamericanas sobre El Tercer Sector- Buenos Aires, Argentina 12-15 set., 2001. Disponível em: <http://www.forummarcoregulatorio.org.br/edito/acesso/arquivos/nascimento-do-marco-legal-do-terceiro-setor-do-brasil.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2010.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/Estado.html>. Acesso em: 25 mar. 2012.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica.** 3ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008.

FISCHER, R. M; FALCONER, A.P. Desafios da parceria governo e terceiro setor. **Revista de Administração**, São Paulo, v.33,n.1, p.12-19, jan.-mar. 1998.

GARZA TOLEDO, E. de La; Neoliberalismo e Estado. In: LAURELL, A.C (Org.); COHN, A. (Rev.); LEÓN CONTRERA, R. (trad.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** 2ª Ed. São Paulo: Cortez, p. 71- 90, 1997.

GEOVANINI, T; et al**. História da Enfermagem, Versões e Interpretações**, 2°ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GONZAGA, L. S., 2004. **Memórias de economia**. Edición electrônica. Disponível em: <www.eumed.net/cursecon/libreria/>. Acesso em: 27 mar. 2012.

HOFLING, E. M**. Estado e Políticas (publicas) sociais.** Caderno cedes, ano XXI, nº55, novembro de 2001.

KISIL, M. Uma nova Filantropia na sociedade brasileira: o investimento social privado. **Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social**, 2006. Disponível em: <http://www.idis.org.br/biblioteca/artigos/**nova**-**filantropia**.pdf/download>. Acesso em: 11 dez. 2010.

LAKATUS, E.M; MARCONI M. ANDRADE. **Metodologia do Trabalho Cientifico: Procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório publicações e trabalhos científicos.** 4ª Ed. São Paulo : Atlas, 1992.

LANDIM, L. **Notas entorno do terceiro setor e outras expressões estratégicas**. O social em questão n. 4. "Enfretamento da questão social". Rio de Janeiro: Departamento de Serviço Social, PUC Rio, 1999.

LEITE, M.A.S. O terceiro setor e as organizações da sociedade civil de interesse público – OSCIPs. **Assembléia Legislativa de Minas Gerais**. Jun. 2003. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/bancoconhecimento/tecnico/TerSet.pdf> Acesso em: 13 maio 2011.

WESTPHAL, M. F: **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

MILANI FILHO, M. A. F. **Eficiência produtiva no terceiro setor: um estudo comparativo de desempenho entre as organizações filantrópicas asilares.** Tese Doutorado – Universidade de São Paulo, 2009, 220p. - São Paulo, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2008 .

MONELLO, S.R. **Entidades Beneficentes: Assistência Social, Imunidade e Direito Adquirido.** 2ª Ed., Paraná: Juruá, 2008.

MONTAÑO, C. **Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente da intervenção social.** 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MONTEIRO, J. C. S.; MONTEIRO. M. C. M. C. **Estado e Sociedade Civil na Teoria Marxista.** Belém: Adicontar. v.4, n. 2, pag. 9-26, nov. 2003.

PIOVESAN, M. F. **A Construção Política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Trabalho de conclusão de curso (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

PORTAL TSO. TERCEIRO SETOR ON LINE. **Nova Lei da Filantropia**: Principais alterações. Disponível em: <http://www.terceirosetoronline.com.br/conteudo/nova-lei-da-filantropia-principais-alteracoes/>. Acesso em: 06 mai. 2012.

PORTELA, M. C. et al. **Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil.** Revista Saúde Pública, 38 (6): 811-8, 2004.

RAMOS, M.H.R. **Keynesianismo e Neoliberalismo**. Curso de Desenvolvimento Local e Meio Ambiente. Anchieta: EAD-EMESCAM, p.3-29, 2011.

_____, M.H.R. **Estado, Políticas Públicas e Cidade Capitalista**. Curso de Desenvolvimento Local e Meio Ambiente. Anchieta: EAD – EMESCAM, p.3-24, 2011.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e Conselhos de assistência social:** caminhos da construção democrática / Raquel Raichelis. 3ª Ed. – São Paulo: Cortez, 2005.

REIS, A.A.C; CECÍLIO, L.C.O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Revista saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v.33, n.81, p.88-97, jan./abr. 2009.

RIOS, D. R. **Minidicionário escolar da língua portuguesa** / Dermival Ribeiro Rios. – São Paulo: DCL, 2009.

RODRIGUES, A. L.; MALO, M. C. Estruturas de Governança e Empreededorismo Coletivo: o Caso dos Doutores da Alegria. **Revista de Administração Contemporânea.** v. 10, nº3, p.20-50, jul./set.2006.

SALAMON, L**.** A emergência do Terceiro Setor - uma revolução associativa global. **Revista de Administração.** São Paulo. v.33, n1, p.5-11, jan./mar. 1998.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA. **Plano Operativo Anual** – POA. Espírito Santo, 2012.

SANTOS, M. A. B; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil- arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Revista Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro. v.9 (3): 795-806, 2004.

SANGLARD, G. **Filantropia e assistencialismo no Brasil.** História, Ciência e Saúde- Manguinhos, Rio de Janeiro. v. 10(3): 1095-1098, set- dez. 2003.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro, 43(2), p.347-69, mar./abr. 2009.

SCHWAB, A.; FREIRE, M. A. **A Irmandade e a Santa Casa da Misericórdia do Espírito Santo.** v. 2. Vitória: Arquivo Público Estadual, 1979.

TCHERNIACOWSKI, D. S.O.S Hospitais Filantrópicos. **Revista Filantropia**. São Paulo. Ed. 14; set.- out. 2004.

TEIXEIRA, J.; **O terceiro setor e a gestão da saúde pública.** Disponível em: **<**http://www.oabsp.org.br/comissoes2010/direito-terceiro-setor/artigos/o-terceiro-setor-e-a-gestao-da-saude-publica-dr.-josenir-teixeira>. Acesso em: 21 mar. 2012.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

ZANON, U. **Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar** – Conceito, Avaliação e Discussão dos Indicadores de Qualidade, Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

ZATTA, F.N et al. **Filantropia: Um Estudo de caso numa instituição Hospitalar Brasileira.** FUCAPE- Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças, 2002. Disponível em: <http:// www.fucape.br/_admin/upload/prod_cientifica/prod_filantropia.pdf.>. Acesso em: 20 set. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo um estudo intitulado **RELAÇÃO DE PARCERIA ENTRE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO E O GOVERNO ESTADUAL NA GESTÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.** Os objetivos deste estudo são: problematizar a questão da instituição filantrópica no campo da saúde; identificar as formas de atuação da filantropia, utilizadas por esse hospital, no campo da saúde como práticas sociais; reconstruir a trajetória histórica de um hospital filantrópico que mantém a parceria com o governo estadual; identificar os principais marcos dessa relação de parceria além de descrever os resultados, especialmente, em termos de melhoria dos serviços prestados aos usuários.

Espera-se também que este estudo possibilite esclarecimentos sobre os modelos de gestão e as práticas de saúde adotadas pela governança Estadual como forma de ampliar o acesso aos serviços e melhorar a qualidade. Também será de grande relevância, devido ao cenário histórico em que essa instituição foi criada para entendermos o presente e traçar estratégias, que nos permitam uma melhor maneira de gerir essa instituição de saúde com foco em práticas para o futuro.

Para tanto, estamos solicitando sua colaboração para responder a entrevista que viabilizará o estudo. Essas entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. Participarão deste estudo aproximadamente 07 sujeitos sendo gestores do hospital e equipe técnica da SESA. Há riscos mínimos de desconforto para você, no entanto, asseguro que esta pesquisa poderá trazer benefício à sua instituição de trabalho, bem como que será resguardado o sigilo absoluto em relação à sua identidade. Considerando que este formulário constará apenas um código alfanumérico seqüencial, para fins de análise das informações recebidas, não haverá gastos de qualquer natureza, os dados colhidos na pesquisa serão mantidos em arquivo sob exclusiva guarda da pesquisadora pelo período de 5 (cinco) anos.

Outrossim, se sentir necessidade, você poderá solicitar esclarecimentos às pesquisadoras, e à orientadora Prof.ª Dr.ª Larissa Letícia Andara Ramos. O telefone para contato 3334-3543 e e-mail Larissa.ramos@emescam.br ou, caso se desejar, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EMESCAM, situado no prédio central da instituição, à Av. Nossa Senhora da Penha, nº 2190, Vitória, telefone para contato (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br, horário de funcionamento das 7:00 às 12:00h e de 13:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira, sob a garantia de anonimato da sua identidade ou o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (CEP/HISNG) situado Alameda Mary Ubirajara, 205 – Santa Lúcia – Vitória – ES com horário de funcionamento de 08:00 às 11:00 horas, telefone: (27) 3325-5546/ e-mail: cep@saude.es.gov.br

Você também poderá se recusar a responder alguma pergunta bem como interromper sua participação no estudo a qualquer momento, sem ônus de qualquer natureza. Asseguro que o que for dito será respeitosamente utilizado. Desde já agradeço a sua atenção e colaboração.

_____

Fabiana Rosa Neves Smiderle
(pesquisadora)
Tel. de contato: (27) 9944-7263
e-mail: Fabiana.neves@emescam.br

Autorização:

Eu ....., portador (a) do documento de identidade nº ....., autorizo o uso das informações coletadas através do questionário, para fins exclusivos do desenvolvimento do estudo acima referido.

_____

Assinatura do participante

Vitória,.....de.....de 2012.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA – Santa Casa

ROTEIRO DE ENTREVISTA – Santa Casa

Relação de parceria entre um hospital filantrópico e o governo estadual na gestão dos serviços públicos de saúde.

- **Caracterização:**

Identificação do profissional:

Profissão:

Cargo que ocupa na Instituição:

Tempo de trabalho no cargo:

Tempo de trabalho nesta instituição:

- **Questões:**

1. Comente os principais pontos da relação de parceria entre as instituições filantrópicas e o governo do Estado.
2. Quais foram os resultados esperados (objetivos) para essa relação?
3. Existe alguma normativa que regulamenta esse cenário?
4. Como funciona o fluxo de trabalho entre a instituição filantrópica e o Estado?
5. O que difere uma instituição filantrópica de outra instituição?
6. Existem várias instituições filantrópicas no Estado. Todas recebem o mesmo incentivo financeiro?
7. Qual a visão geral do Governo do Estado sobre essas instituições?
8. Como seria o cenário da saúde pública atual sem a relação hoje existente entre as filantrópicas e o Estado?
9. Os objetivos dessa relação foram alcançados?
10. Quais são as ações realizadas pelo hospital filantrópico como práticas sociais?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA - SESA

ROTEIRO DE ENTREVISTA - SESA

Relação de parceria entre um hospital filantrópico e o governo estadual na gestão dos serviços públicos de saúde.

- **Caracterização:**

Identificação do profissional:

Profissão:

Cargo que ocupa na Instituição:

Tempo de trabalho no cargo:

Tempo de trabalho nesta instituição:

- **Questões:**

1. No contexto da saúde pública do Estado como está o posicionamento das instituições Filantrópicas?
2. Quando surgiu historicamente a relação de parceria entre as instituições Filantrópicas e o governo do Estado? Lembra de algum marco importante dessa relação?
3. Comente os principais pontos dessa relação.
4. Quais foram os resultados esperados (objetivos) para essa relação?
5. Existe alguma normativa que regulamenta esse cenário?
6. Como funciona o fluxo de trabalho entre a instituição filantrópica e o Estado?
7. Existem várias instituições filantrópicas no Estado. Todas recebem o mesmo incentivo financeiro?
8. Qual a visão geral do Governo do Estado sobre essas instituições?
9. Como seria o cenário da saúde pública atual sem a relação hoje existente entre as filantrópicas e o Estado?
10. Os objetivos dessa relação foram alcançados?

ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

Vitória, 09 de fevereiro de 2012.

Da: Profa. Dra. Silvia Moreira Trugilho
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

Para: Fabiana Rosa Neves Smiderle
Pesquisador(a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **"Relação de parceria entre um hospital filantrópico e o Governo Estadual na gestão dos serviços públicos de saúde"**

Senhor(a) pesquisador(a)

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa da Glória, após analisar o Projeto de Pesquisa, nº de **Registro no CEP-38/2011**, intitulado: **"Relação de parceria entre um hospital filantrópico e o Governo Estadual na gestão dos serviços públicos de saúde"**, cumprindo os procedimentos internos desta instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 08292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 07 de fevereiro de 2012.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador **ELABORAR E APRESENTAR OS RELATÓRIOS PARCIAIS E FINAIS** de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX. 2, letra "c".

Silvi

Profa. Dra. Silvia Moreira Trugilho
Coordenadora do CEP-HINSG/SESA

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA

Vitória (ES), 10 de maio de 2011

À Direção Técnica do HSCMV
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES
Escola Superior de Ciências da Santa de Misericórdia de Vitória – ES

Att. Dr. André Carnevali Silva

Carta De Anuência

Eu, André Carnevali Silva, Diretor Técnico do **Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES,** autorizo a realização da coleta de dados para o projeto de pesquisa **RELAÇÃO DE PARCERIA ENTRE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO E O GOVERNO ESTADUAL NA GESTÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE** em Hospital Filantrópico da Grande Vitória. O pesquisador responsável será Fabiana Rosa Neves Smiderle. **Comunico que a autorização para o início da pesquisa será validada após a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, a esta instituição.**

Dr. André Carnevali Silva
Diretor Técnico do HSCMV de Vitória - ES

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

DECLARAÇÃO DO SETOR ONDE SERÁ EXECUTADA A PESQUISA

Declaro, estar ciente da realização do projeto de pesquisa intitulado **RELAÇÃO DE PARCERIA ENTRE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO E O GOVERNO ESTADUAL NA GESTÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**, sob a responsabilidade do(s) pesquisador (es) Fabiana Rosa Neves Smiderle e Larissa Letícia Andara Ramos (Orientador), a ser realizada no setor: NUEPAC (Núcleo Especial de Programação Assistencial e Contratualização) - Gerência de regulação Assistencial. Comunico que a autorização para início da pesquisa será validada após a apresentação da carta de aprovação do CEP/HINSG/SESA a este setor.

Mª Gorette Casagrande dos Santos
Gerente de Regulação Assistencial
SESA/GERA
Nº Funcional: 2944499

Responsável pelo setor onde a pesquisa será realizada

Fabiana Rosa Neves Smiderle

Pesquisador responsável

OBSERVAÇÃO: Se houver mais de um setor envolvido no projeto de pesquisa deverá apresentar esta declaração para cada setor