

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

Data de submissão: 03/12/2024

Data de aceite: 02/01/2025

Fabiana Rosa Neves Smiderle

Professora Doutora do Programa de pós-graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Vitória- ES
<http://lattes.cnpq.br/7799566924896632>

Beatriz Pralon Nascimento Casthelo Coutinho

Graduanda de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
<https://lattes.cnpq.br/9196728924578489>

Júlia Mayse Soares Gonçalves

Graduanda de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
<http://lattes.cnpq.br/5420315435028167>

Cherlia Vieira Da Silva

Mestranda do Programa de pós-graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
<http://lattes.cnpq.br/1306990628768056>

Larissa Letícia Andara Ramos

Professora e pesquisadora do mestrado em Arquitetura e Cidade e dos cursos de graduação em Arquitetura e Urbanismo e Engenharia Civil da Universidade Vila Velha-ES.
<http://lattes.cnpq.br/2687764478783021>

RESUMO: O estudo apresentado 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 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. 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 do 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.

PUBLIC MANAGEMENT OF HEALTH SERVICES AND ITS RELATIONSHIP WITH A PHILANTHROPIC HOSPITAL

ABSTRACT: The study presented as an object of research the relationship between a charity hospital management and public health services. 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. 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.

1 | 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 compõem.

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 redefinições do perfil histórico da assistência social. Logo, a assistência à 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.

Neste 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, 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.S e sua interação com a gestão dos serviços públicos de saúde.

2 | O ESTADO E O TERCEIRO SETOR NA PROVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 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”.

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 princípio organizador e unificador em toda organização social da Humanidade.

B) Segunda – “[...] alguns autores admitem 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 formada simultaneamente com outros.

C) Terceira – é a dos autores que reconhecem 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 explicar 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 ideia 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 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 conhece 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 ao 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 da participação política assumem a condição de direitos fundamentais através do Estado. Assim, procurou-se construir um novo Estado que defendesse as liberdades fundamentais e demonstrasse, através da Constituição, o papel de assistência dos desfavorecidos e que impulse 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 intervindo 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).

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 públicas, de responsabilidade estatal, com o apoio de outros setores da sociedade civil, que se organiza em prol da coletividade.

2.2 O terceiro setor e algumas perspectivas

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

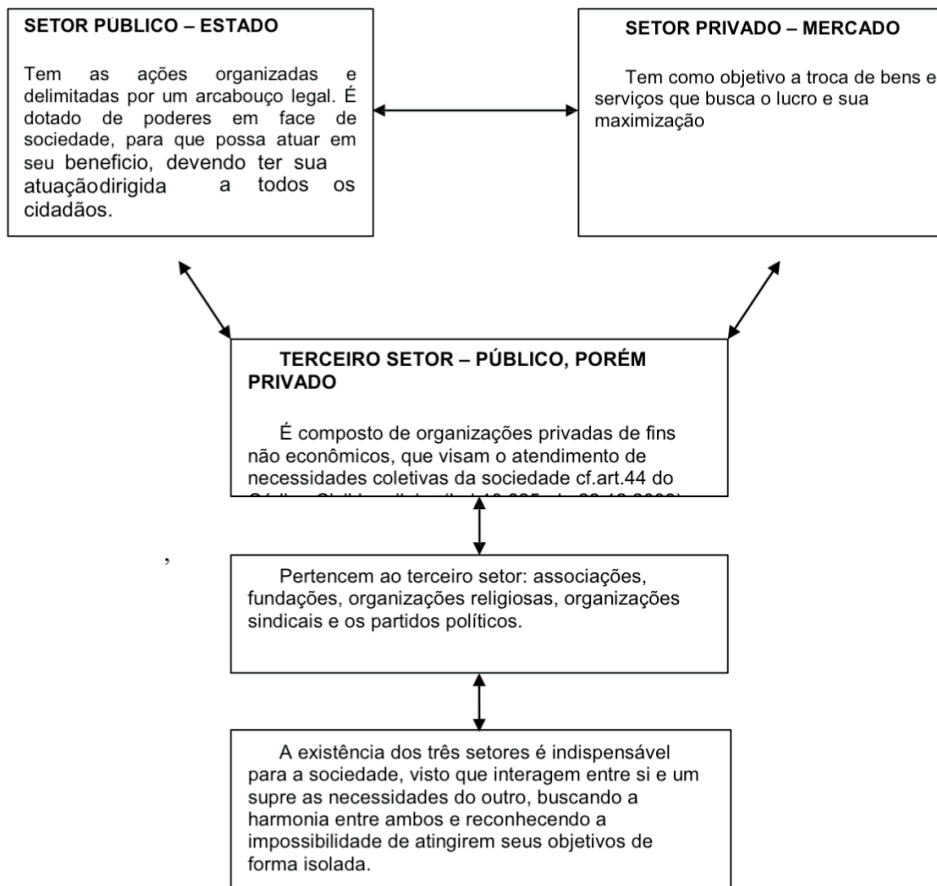


Figura 1- Interação entre o Público, Privado e o Terceiro setor.

Fonte: MACHADO (2011, p.30).

No fluxograma acima é confrontado três setores onde um é burocrático e apresenta 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 deles 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 às 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 compõem 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 Montañó (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 compõem.

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).

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).

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 “pílantropia”, 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 um 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”.

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).

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.

3 | A FILANTROPIA E O HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

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 dessas relações, considerando ainda que a igualdade e a democracia fossem devidas àqueles 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. 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, 2003 apud Ross, 1974, p.783).

As ações de caridade e de filantropia resultaram, ao longo do século, a construção de asilos, orfanatos, casas de repouso 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 o 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).

Os momentos históricos delinearão 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.

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 indivíduo 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 serão comentados neste estudo.

Atualmente, a filantropia tradicional ainda é importante uma vez que se 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 consequências 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 às 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 (Schramm 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).

Por meio da filantropia o Estado também consegue desenvolver iniciativas de utilidade pública, pois é dever do Estado garantir os padrões de dignidade social para todos os brasileiros. Os primeiros movimentos iniciaram com a Constituição 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.

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 (Bonicinha, 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 proliferaram em Portugal (Bonicinha, 2004 p.117).

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. 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 fundaram vilas e cidades nos domínios portugueses, constituía-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 Santa Casa de Misericórdia, ou simplesmente Misericórdia, ou Santa Casa (Bonnicenha, 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. As 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 (Bonnicenha, 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).

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).

O Hospital prestava assistência aos reconhecidamente pobres, o tratamento dos escravos era cobrado de seus senhores e os órfãos eram entregues aos cuidados de particulares, pois não tinham condições de obrigá-los por muito tempo fornecendo uma

contribuição para as despesas. Ainda ajudava aos presos, levando alimentos, roupas e auxílio médico. 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. 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).

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 internaram-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 221 leitos ativos, distribuindo leitos de clínica médica e cirúrgica. Atende a todas as faixas etárias procedentes do Espírito Santo, leste de Minas Gerais e sul da Bahia. A instituição também recebe o título de Hospital de ensino da EMESCAM agregando aos seus recursos humanos mais profissionais que são professores dos cursos de graduação de enfermagem, fisioterapia, serviço social e medicina prestando assistência aos pacientes internados e atendimento ambulatorial (Santa Casa, 2024)

A 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).

Hoje a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia consta ainda com a Unidade Santa Casa II – Promatre e administra o SAMU 192, Hospital Materno Infantil da Serra, Hospital Santa Casa de Vitória Unidade Dr Arthur Gerhardt (Domingos Martins) e a Santa Casa de Cachoeiro de Itapemirim, evidenciando a relação de parceria cada vez mais fortalecida em o público e privado, considerando ainda o que está descrito na Constituição de 1988 na artigo 199 “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”

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. Existem no Brasil cerca de 2.500 Santas Casas que são responsáveis por 600 mil 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 à 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 necessitam 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.

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

4 | O HOSPITAL FILANTRÓPICO E A GESTÃO PÚBLICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1 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).

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 compartilhada, 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 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.

5 | A CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COM INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS: CONTEXTO, LEGISLAÇÃO E ATUALIZAÇÕES

No decorrer dos anos a legislação foi sofrendo alterações como forma de monitoramento das ações de saúde prestadas pelas instituições filantrópicas, com incentivos em relação ao pagamento para complementar a tabela SUS de prestação de serviços.

A partir do ano de 2012, houve diversas mudanças impactantes na contratualização dos serviços de saúde, sendo elas:

ALTERAÇÃO LEGISLATIVA	MUDANÇA
LEI Nº 12.101/2009 (LEI DA FILANTROPIA)	Amplia critérios para a certificação de filantropia e para prestação de serviços gratuitos, impactando a relação com o SUS. Ainda, trouxe exigências mais rígidas, como a obrigatoriedade de apresentar comprovações anuais de atendimento a pessoas carentes.
LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012	Determina regras de recursos mínimos para serem aplicados nas ações e serviços públicos de saúde e reforça a necessidade do monitoramento e avaliação dos contratos com as instituições privadas e filantrópicas.
PORTARIA Nº 3.410/2013	Regulamentação da contratualização dos hospitais filantrópicos no âmbito do SUS- Estabelece critérios claros para prestação de serviço e acompanhamento de metas pactuadas. Além disso, inclui mecanismos de avaliação de desempenho e reforça a transparência na execução dos contratos
LEI Nº 13.019/2014	Estabelece novo regime jurídico para as parcerias entre a administração pública e as organizações do terceiro setor. Se aplica de forma complementar as filantropias e trouxe modificações no processo de celebração, execução e prestação de contas dos contratos, garantindo maior rigor e transparência
PORTARIA Nº 1.034/2019	Atualização de diretrizes de contratualização no âmbito do SUS, promovendo maior alinhamento entre os serviços prestados pelas filantrópicas e necessidades locais de saúde.
LEI DE LICITAÇÕES E CONTRATOS (LEI Nº 14.133/2021)	Altera critério para contratação de serviços, exigindo maior detalhamento nos processos de planejamento e formalização contratual.
RESOLUÇÃO Nº 715 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DE 20 DE JULHO DE 2023	Apresenta 59 diretrizes estratégicas para orientar o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual (2024-2027), com prioridade de fortalecimento dos contratos com organizações sem fins lucrativos, assegurando alinhamento com os princípios do SUS.
RESOLUÇÃO Nº 719 DO CNS DE 17 DE AGOSTO DE 2023	Consolida as propostas da 17ª Conferência Nacional de Saúde, enfatizando a necessidade de parcerias mais dinâmicas e eficientes com entidades privadas.

Quadro 1- Atualização das legislações de contratualização dos serviços em saúde

Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

Sendo assim, as mudanças reforçam a necessidade de gestão qualificada, planejamento estratégico e transparência entre o SUS e as instituições filantrópicas, pois as filantropias desempenham um papel crucial nas regiões onde o SUS possui limitações de atuação.

6 | 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.

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.

REFERÊNCIAS

Andrade, M. N. A Roda dos expostos, excluídos, enfeitados 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.

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/articulos/pdf3/Aldo.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

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.

Biblioteca Virtual Em Saúde. **Informação para a tomada de decisão**. 2009.

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

Brasil. 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.

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

Carneiro Junior, Nivaldo; Elias, Paulo Eduardo. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 914-920, 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.

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.

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.

Cohn, Amélia; Elias, Paulo Eduardo Mangeon. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S173-S180, 2002.

Costa, S. F.; **O Serviço Social e o Terceiro Setor**. 2012

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

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.

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.

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.

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.

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

Gonzaga, L. S., 2004. **Memórias de economia.** Edição eletrônica.

Kisil, M. Uma nova Filantropia na sociedade brasileira: o investimento social privado. **Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social**, 2006.

Machado, Marina Amaral de Ávila et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 45, p. 590-598, 2011.

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.

Pontes, Alexandra Carvalho; Leitão, Ilse Maria Tigre Arruda; Ramos, Islane Costa. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 61, p. 312-318, 2008.

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

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

Rios, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 33, p. 253-261, 2009.

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

SANTA CASA DE VITÓRIA. **Santa Casa de Vitória.** Disponível em: <https://santacasavitoria.org/>. Acesso em: 2 dez. 2024.

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

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

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**. 2010.

Westphal, James D.; Fredrickson, James W. Quem direciona a mudança estratégica? Experiência do diretor, seleção de novos CEOs e mudança na estratégia corporativa. **Strategic Management Journal**, v. 22, n. 12, p. 1113-1137, 2001.

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.