

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

**A Saúde Pública Hospitalar Sul Capixaba: Um Estudo de
Caso da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de
Itapemirim - ES**

Warlen José Sartório Rezende

Campos dos Goytacazes – RJ

Dezembro de 2020

A Saúde Pública Hospitalar Sul Capixaba: Um Estudo de Caso da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim - ES

Warlen José Sartório Rezende

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano

Campos dos Goytacazes – RJ

Dezembro de 2020

WARLEN JOSÉ SARTÓRIO REZENDE

**A Saúde Pública Hospitalar Sul Capixaba: Um Estudo de
Caso da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de
Itapemirim - ES**

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências do Homem da
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais.

Aprovada em: 10/12/2020

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Renato da Gama-Rosa Costa – FIOCRUZ

Prof. Dr. Marcos Antonio Pedlowski – UENF

Prof. Dr. Geraldo Marcio Timoteo – UENF

Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano (Orientador) – UENF

Campos dos Goytacazes

2020

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução de estabelecimentos de saúde no Brasil.....	31
Figura 2 - Santa Casa de Lisboa século XV, na época denominada de Irmandade de Lisboa.....	40
Figura 3 - Pórtico da antiga Igreja da Misericórdia de Lisboa. Construída no século XV.	41
Figura 4 - Casa de Apoio as Crianças Expostas da Misericórdia de Lisboa (Século XVII).	42
Figura 5 - Irmandade da Santa Casa de Santos, aproximadamente 1760.....	43
Figura 6 - Igreja e Colégio dos Jesuítas em 1858.....	44
Figura 7 - Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES.	46
Figura 8 - Santa Casa por volta de 1910.....	47
Figura 9 - Santa Casa de Cachoeiro.	49
Figura 10 - Irmãs de Cristo Rei.	50
Figura 11 - O trabalho conjunto entre a freira e o médico.	51
Figura 12 - Fachada da Santa Casa de misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim na década de 1990.....	56
Figura 13 - Atual fachada da Santa Casa de Cachoeiro 2019.	56
Figura 14 - Total de repasses do convênio público para a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim.	61
Figura 15 - Macrorregiões da gestão da saúde.....	65
Figura 16 - Organograma da organização administrativa do hospital.	69
Figura 17 - Número dos atendimentos ambulatoriais realizados na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim nos anos de 2008 a 2013.....	73
Figura 18 - Número dos atendimentos de ponto socorro na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim nos anos de 2008 a 2015.....	74
Figura 19 - Número de atendimentos de hemodiálise.....	75

Figura 20 - Número de transfusões sanguíneas de 2008 a 2013.....	75
Figura 21 - Número de internações.....	76
Figura 22 - Número de partos.	76
Figura 23 - Número de cirurgias no período de 2008 a 2015.	77
Figura 24 - Número de atendimentos fisioterápicos no período de 2008 a 2015.	78

LISTA DE SIGLAS

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CASF - Centro de apoio à saúde da família

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

COSEMS - ES- Conselho de secretarias de saúde do espírito santo

FGTS – Fundo de garantia do tempo de serviço

Funrural - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Institutos Nacionais de Previdência Social

INSS - Instituto nacional do seguro social

LILACS - Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NOAS - Norma Operacional da Assistência

NOB/SUS - Normas Operacionais Básicas do SUS

NOB - Norma Operacional Básica

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PIR - Planos de Intervenção Regional

PIS - Programa de integração social

Plano Conasp - Plano de Reorientação da Assistência à Saúde

RIHGES - Revista do Instituto Histórico do Espírito Santo

SADT - Serviço de apoio à diagnose e terapia

SAI - Sistema de Informação Ambulatorial

SAS/MS - Manual Organização e Programação da Assistência - Subsídios para a Programação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SCMCI - Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim

SEJUS - Secretaria de Justiça

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

Sitesci - Sindicato da Saúde de Cachoeiro de Itapemirim

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema único de saúde

TI - Tecnologias de informação

UBS - Unidade Básica de Saúde

UTIs - Unidades de tratamento intensivo

WHO - World Health Organization

AGRADECIMENTOS

A realização de um trabalho de mestrado é um grande desafio repleto de situações desafiadoras físicas e emocionais. Questões essas como tristezas, alegrias e muitos obstáculos que se projetam durante o caminho muitas vezes solitário do investigador, superadas a partir da contribuição de várias pessoas indispensáveis para o clarear e identificação do melhor rumo em cada situação dessa caminhada. Dessa maneira, graças ao apoio dessas pessoas que o percorrer desse caminho foi possível através do apoio, energia e força. Por esse motivo dedico a essas várias pessoas este meu projeto de vida.

De forma especial agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Rodrigo da Costa Caetano, que sempre acreditou em mim, em que nos momentos mais difíceis me deu força sempre me incentivando, orientando os melhores caminhos para a construção desse trabalho. Sempre pautado em elevado rigor científico, muito dedicado, com visão crítica oportuna.

À minha amiga Vivianne Mota Ladeira, agradeço o apoio e motivação incondicional, que desde o princípio quando despertou em mim a vontade de fazer o curso, me ajudou a tornar este trabalho uma válida e agradável experiência de aprendizagem.

Ao meu grande amigo e irmão José Claudio Pereira, que sempre me incentivou e deu forças para que eu pudesse realizar e vencer mais essa importante etapa da minha vida. Pelos conselhos preciosos, pela elevada competência, total disponibilidade e encorajamento naqueles momentos cruciais desta difícil jornada.

E claro, aos meus pais a quem devo a minha vida, que sempre me incentivaram a estudar e buscar o melhor, a ser uma pessoa melhor, que sempre estiveram comigo me incentivando nos momentos mais difíceis, que não me deixaram desistir em nenhum momento da vida, que se privaram de muitas coisas para que eu pudesse ter uma chance, por darem a vida deles por mim. A eles devo minha vida e toda gratidão que possa existir.

Por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

EPÍGRAFE

“Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde. E por pensarem ansiosamente no futuro esquecem do presente de forma que acabam por não viver nem no presente nem no futuro. Vivem como se nunca fossem morrer e morrem como se nunca tivessem vivido”. (Dalai Lama)

RESUMO

REZENDE, W.J.S. **A Saúde Pública Hospitalar Sul Capixaba: Um Estudo de Caso da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – ES.** Dissertação. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

O hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim é uma instituição filantrópica que está localizada na região Sul do Estado do Espírito Santo e possui relevante papel na atenção à saúde da população desta região e do Estado. A instituição presta assistência hospitalar pautadas em políticas públicas da saúde dos diversos entes (Municipal, Estadual e Federal). Estas políticas norteiam desde as práticas médicas, como também de financiamento e os mecanismos de pagamento. Diante deste cenário, este trabalho analisou o hospital da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro frente às políticas sociais de saúde e sua relação com o Estado do Espírito Santo. Tendo como intuito proporcionar maior conhecimento sobre essa relação entre o Estado e uma instituição hospitalar filantrópica, foram expostos pontos e aspectos que favorecem e contribuem para que essa relação obtenha resultados mais positivos. Para isso foi realizado um levantamento da trajetória histórica da instituição; o funcionamento da relação existente entre o Estado e o hospital e as mais importantes medidas de gestão e administrativas diante das políticas de saúde enquanto instrumento de política pública para promoção à saúde. A documentação indireta do estudo foi representada pelo levantamento das informações documentais e bibliográficas, buscando em projetos do governo, legislação, planilhas de demanda de atendimentos dos SUS, planilhas contábeis, planilhas de faturamento, contratos firmados entre Estado e a instituição filantrópica no período de seu fechamento até o momento atual, tendo entre os anos de 2015 a 2017 a maior parte dos dados levantados. Para o melhor entendimento das práticas realizadas na instituição foram entrevistados, por meio eletrônico e de caráter anônimo, alguns gestores da instituição. Após a análise dos repasses, da atuação da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim e das entrevistas com os gestores foi possível demonstrar que a Santa Casa possui grande importância para a região seja pelo alto número de atendimentos ambulatoriais e especializados, como também pela sua atuação que abrange a população de 27 municípios com ações de promoção à saúde.

Palavras-chave: Santa Casa de Misericórdia, gestão da saúde, políticas de saúde.

ABSTRACT

REZENDE, W.J.S. **The Public Health of South Capixaba: A Case Study of the Santa Casa de Misericórdia of Cachoeiro de Itapemirim - ES.** Dissertação. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

The Santa Casa de Misericórdia hospital in Cachoeiro de Itapemirim is a philanthropic institution located in the southern region of the state of Espírito Santo and has an important role in health care for the population in this region and in the state. The institution provides hospital assistance based on public health policies of different entities (Municipal, State and Federal). These policies guide from medical practices, as well as financing and payment mechanisms. Given this scenario, this study analyzed the hospital of Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro in view of social health policies and their relationship with the State of Espírito Santo. In order to provide greater knowledge about this relationship between the State and a philanthropic hospital institution, exposing points and aspects that favor and contribute to this relationship to obtain more positive results. For this, a survey of the institution's historical trajectory was carried out; the functioning of the existing relationship between the State and the hospital and what are the most important management and administrative measures of the hospital in the face of health policies as an instrument of public policy to promote health care. The indirect documentation of the study was represented by the survey of documentary and bibliographic information seeking government projects, legislation, SUS service demand spreadsheets, accounting spreadsheets, billing spreadsheets, contracts signed between the State and the philanthropic institution in the period from its closure to the present moment, having between the years 2015 to 2017 most of the data collected. For a better understanding of the practices carried out at the institution, some managers of the institution were interviewed electronically and anonymously. After the analysis of the transfers, the performance of the Santa Casa de Misericórdia in Cachoeiro de Itapemirim and the interviews with the managers, it was possible to demonstrate that the Santa Casa is very important for the region, both because of the high number of outpatient and specialized care as well as its performance, which covers the population of more than 27 municipalities and their health promotion actions.

Keywords: Santa Casa de Misericórdia, health management, health policies.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	27
1.1 Os CAMINHOS DA EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	27
1.2 AS POLÍTICAS SOCIAIS E A SAÚDE	29
1.3 A EVOLUÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE	35
CAPÍTULO II SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, ESTADO E GESTÃO	38
2.1 HISTÓRICO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA	38
2.2 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA EM CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM-ES: HISTÓRIA, CRISE, FECHAMENTO E REABERTURA DE SUAS ATIVIDADES	45
2.3 A SANTA CASA E SUA RELAÇÃO COM O ESTADO: CONTRATO E REPASSE FINANCEIRO..	56
CAPÍTULO III A SANTA CASA E SUAS CONTRIBUIÇÕES ENQUANTO INSTRUMENTO DE POLÍTICA SOCIAL	64
3.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	64
3.2 O FATOR GESTÃO NO HOSPITAL FILANTRÓPICO	68
3.3 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO E SUA IMPORTANTE CONTRIBUIÇÃO.	72
4 CONCLUSÃO	82
5. REFERÊNCIAS	87
APÊNDICE	93
ROTEIRO - ENTREVISTA ESTRUTURADA	93

INTRODUÇÃO

Os processos de cuidado com a saúde em suas origens mais remotas estão diretamente relacionados a ações de grupos religiosos que se organizavam por si mesmos, com a ajuda de pessoas mais afortunadas e colocadas na sociedade através de doações de diferentes formas. Promoviam o amparo dos doentes tentando promover algum tipo de assistência principalmente aos mais necessitados.

A participação da Igreja Católica é preponderante nesse momento inicial onde através dos seus grupos tiveram grande importância e envolvimento na construção da saúde a população. As Santas Casas são fruto dessa participação da Igreja nessas instituições que persistem até hoje, envolvidas no trabalho de assistência à saúde da população, principalmente dos mais necessitados, desprovidos de recursos.

Teve sua origem na Europa, mais especificamente em Portugal, e sobressaiu muito no Brasil estando espalhada por todo o território brasileiro, possuindo grande relevância na saúde pública do país, tendo em vista o grande volume e participação nos atendimentos de saúde, desde os mais simples até os mais complexos.

Dessa maneira, com o desenrolar da história e desenvolvimento humano de uma maneira geral, os processos e cuidados da saúde foram ganhando novos traços e características, de forma que a atenção à saúde incorporou proporções mais amplas e novos significados. Suas ideias e processos passaram a ser discutidos e ações foram sendo delimitadas, sendo moldadas através de políticas públicas, que contribuiriam para que todos pudessem ter acesso a esses cuidados, principalmente aqueles com menor poder aquisitivo.

As políticas de saúde no Brasil começaram a surgir no final do século XIX, momento em que passam a ser estruturadas, iniciando com ações de saneamento e combate às endemias. Esse período, conhecido por sanitarismo campanhista, esteve presente até a década de 1940 (MÉDICE, 1994).

O início da assistência médica se deu principalmente nas instituições previdenciárias como forma de amenizar tensões sociais e obter controle sob a força de trabalho. A cargo do Ministério da Saúde, em 1953, permaneceram as ações de caráter coletivo e as de caráter individual continuaram a crescer sobe a

responsabilidade das instituições previdenciárias¹. (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

A partir de 1970 a assistência médica individual predomina com estímulo à privatização dos serviços e crescimento das atividades hospitalares. Em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) é criado propondo um novo modelo com ênfase na assistência primária à saúde, tecendo críticas ao modelo vigente. (MARTIN; CARVALHO; CORDONI JUNIOR, 2001).

De acordo com Paulus Junior (2001), em 1986, é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, suas propostas mais tarde viriam a ser absorvidas pela Constituição Federal de 1988, que definiu as subseqüentes Leis Orgânicas de Saúde do Brasil, trazendo consigo o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Após a criação da Constituição de 1988, a saúde no Brasil passa a ser direito universal, direito de todo cidadão brasileiro e dever de todas as esferas de governo garantir assistência de forma integral preventiva e curativa. A gestão participativa é instituída, representando importante renovação. (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado fruto de uma reforma setorial com doutrina voltada para a democratização da sociedade, alcançando muitos avanços, apesar de suas diretrizes representarem um ideário a ser conquistado.

Apesar disso, ele vem desde a sua criação, em 1988, sofrendo com o não cumprimento e implementação do que foi aprovado na Constituição Federal, no que tange a pontos como os mecanismos de financiamento do sistema, bem como os problemas oriundos da crise financeira provocada pelo aumento dos custos setoriais e mecanismos mundiais de ajuste fiscal, afetando negativamente as políticas sociais brasileiras (GIL, 2006).

As políticas sociais brasileiras de saúde, dentro dessa evolução histórica, se desenvolveram como instrumento de controle político e social do Estado sobre a classe trabalhadora, servindo de apoio à instalação do sistema produtivo do país,

¹ Instituições públicas, de participação obrigatória, criadas com o intuito de servirem como um seguro para garantia de proteção contra riscos econômicos como perda de rendimentos devido a doença, velhice ou desemprego.

agindo para diminuir os efeitos deletérios das atividades econômicas sobre a sociedade contemporânea, assumindo papel muitas vezes paternal e outras vezes repressivo e autoritário (SILVA, 1996).

Em seu primeiro momento, as políticas de saúde obtiveram papel mais autoritário por meio do governo de Getúlio Vargas a partir do Estado Novo, voltadas para os trabalhadores e processo de industrialização que ocorria no país. Ofereceram um conjunto de políticas protecionistas direcionadas para os trabalhadores assalariados. (BARCELOS, 1983 apud SILVA, 1996).

No Estado Novo as políticas sociais assumem uma tendência fortemente paternalista, centralizada, burocrática e corporativista. Isso irá mudar com o regime da ditadura a partir de 1937, devido ao desenvolvimento de um pensamento democrático que vinha ganhando força juntamente com uma ideia liberal promovida por alas da elite que gerou o enfraquecimento do autoritarismo vigente no Estado Novo. (MARINHO, 1996).

Com a ditadura militar a partir de 1964, período centralizador e autoritário, a ideia de estado de bem-estar social no Brasil começa a ganhar mais força, chegando a um momento de redemocratização do país em 1980, que trouxe a tentativa de conquistar direitos de cidadania (BARCELOS, 1983 apud SILVA, 1996).

Quando nos referimos ao período correspondente ao final dos anos de 1980, e por todos os anos de 1990, percebe-se um conflito entre duas concepções de Estado. De um lado uma corrente que defende o Estado com participação bem reduzida, tendo o mercado como grande regulador, e de outro lado a ideia de um Estado democrático forte e necessário para garantir as políticas de ajuste estrutural, contribuindo para diminuir as desigualdades sociais. (COHN, 1995).

Dentro dessa realidade a ideia neoliberal ganhou maior força, principalmente nesse período nas décadas de 1980 e 1990. Segundo Bertolozzi e Greco (1996), o neoliberalismo reforça ideias como a mercantilização dos bens sociais e não reconhece o conceito de direitos sociais.

O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil está diretamente ligado ao setor privado. Essa relação, porém, apresenta alguns pontos que devem ser melhor analisados, já que parece estabelecer como público o interesse privado, como se o capital fosse capaz e responsável por gerar o desenvolvimento social.

O poder público interviu de diferentes modos na questão social brasileira, mas infelizmente o que se pôde perceber de resultados de acordo com Silva (1996), foi uma desarmonia entre o que era prioridade e demandas com as ações do governo.

As políticas para a área da saúde devem ser direcionadas no sentido de consolidação do SUS, o que ainda não aconteceu, visto que no país o investimento público está muito abaixo do que a realidade exige. Para isso se faz necessário um maior volume de recursos financeiros pelo Estado e ganho de qualidade da gestão no setor. (LORENZETTI *et al*, 2014).

No aspecto gestão, o setor da saúde é alvo de inúmeras críticas em seus diferentes níveis. O setor hospitalar não raro é visto como estabelecimentos de gerência ineficazes, incapaz de garantir boa assistência.

Devido a aspectos como a ineficiente interação entre os profissionais e setores, divisão da prática clínica e pouco domínio de quem gerencia as corporações, o hospital é tido como uma instituição onde o processo de mudança é lento e difícil de acontecer (CAMPOS, 2009).

Os seus métodos de gestão aplicados ao setor da saúde ainda estão apoiados em estratégias tradicionais provenientes na teoria clássica da administração, o que demonstra a necessidade de haver novas formas de gestão que estejam presentes a participação, ações cooperativas e interdisciplinares com usuários e trabalhadores atuantes nesse processo (MATTOS, 2006).

É presente ainda hoje no Brasil, a cultura de que não é necessária uma formação específica para que se possa administrar uma instituição, de forma que qualquer profissional é capaz de gerir. São bem poucos os gestores que buscam aperfeiçoamento e obtenção de conhecimentos específicos na área da gestão. Capacidade de liderança e motivação são pontos que tais programas de formação são capazes de favorecer e assim, contribuir para uma melhor eficácia e efetividade das organizações. (AMARAL, 2011).

Os métodos de gestão tradicionais não são eficazes e eficientes para garantirem resultados positivos dos serviços de saúde. Apesar de se verificar um aumento progressivo dos gastos com a saúde no mundo, esses problemas de gestão fazem com que os recursos públicos sejam mal conduzidos e utilizados. Uma estimativa da OMS prevê que, entre 20% a 40% de todo gasto com a saúde, são

desperdiçados por formas diversas de ineficiência, apontando para uma crise de estrutura administrativa dos processos de saúde atuais. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A constatação é de que os serviços de saúde e a atenção à saúde ocorrem de maneira fragmentada, o que determina o fracasso, já que ocasiona, de acordo com Lorenzetti et al (2014, p. 423), “barreiras de acesso, descontinuidade da atenção, atendimento em lugar não apropriado, com conseqüente desorientação, baixa resolutividade e falta de protagonismo na assistência às suas necessidades”.

De acordo com Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2010), a atenção à saúde deve ser considerada como:

[...] uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”. Dentro dessa concepção, a ideia de organização dos serviços de saúde em redes vem sendo uma proposta para a mudança desses modelos fragmentados que hoje o SUS tem se fundamentado. (OPAS, 2010, p. 17).

No Brasil, quando nos referimos à organização dos serviços de saúde, o que ainda predomina é o modelo de atenção centrado nos hospitais, estando nestes a maior parte dos recursos financeiros, materiais humanos, recursos tecnológicos disponíveis e necessários para a prestação de serviços mais eficazes de saúde. Os hospitais absorvem a maior parte do financiamento do sistema e também da demanda por serviços pela população que o setor primário², por diferentes razões, ainda não consegue resolver. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013).

A baixa eficiência dos hospitais brasileiros vem aumentando nas últimas décadas, principalmente no caso dos hospitais públicos. O Ministério da Saúde, em 2004, redigiu o documento Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira que apresentou os problemas da rede. (BRASIL, 2004).

Alguns dos pontos citados foram: a relativa insuficiência de leitos; má distribuição territorial dos leitos; deficiente gestão da rede e das unidades hospitalares públicas e privadas; mecanismos de pagamentos e de auditoria inadequados; implementação da política de regionalização e hierarquização dos serviços ainda incipientes; o controle sobre a produção de serviços hospitalares em

² Porta de entrada do SUS onde se realiza assistência básica, de baixo índice de complexidade, formado pelas Unidades Básicas de Saúde, também chamadas de Postos de Saúde.

quantidade e qualidade que permitiria análise de adequação às necessidades e satisfação dos usuários. (BRASIL, 2004).

Essa situação não demonstrou muita alteração de 2004 até o momento atual. Ainda é comum nos depararmos com situações que ainda remetem a baixa qualidade de condução administrativa e de gestão, dos recursos e processos que envolvem a organização da promoção da saúde brasileira.

Tais dados citados, objetivam aprimorar a autonomia hospitalar, consolidar e simplificar mecanismos de pagamento, estabelecer redes organizadas avaliando e melhorando a qualidade dos serviços (COUTTOLENC; LA FORGIA, 2009).

Diante disso, com o intuito de aprimorar a assistência hospitalar, várias políticas foram criadas, tais como a política de assistência psiquiátrica, política de hospitais de pequeno porte, políticas para hospitais universitários e de ensino além da política para os hospitais filantrópicos. Todas elas, tratam de maneira especial a questão do financiamento e dos mecanismos de pagamento, já que esses são aspectos complexos frente à influência que exercem sobre a conduta técnica profissional, a informação, o modelo de atenção e gestão da saúde. (COUTTOLENC; LA FORGIA, 2009).

Quando tomamos como objeto de análise a forma de remuneração dos serviços utilizados pelo SUS, podemos perceber um meio de pagamento com variações de critérios e tabelas de procedimentos.

De acordo com Campos (2009), é preciso uma reformulação quanto à forma de repasse dos recursos aos gestores loco-regionais e aos prestadores de serviços, constituindo uma estratégia importante para assegurar a continuação da reforma sanitária brasileira e a consolidação do SUS.

Os sistemas de informação e pagamento do SUS (Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação Ambulatorial – SAI) apresentam distorções, duplicidades, inconsistências e informações falhas, bem como auditorias com enfoque legalista que precisam ser superadas, já que o sistema de gestão vigente não estimula a racionalização dos recursos, e sim o aumento da oferta e produção de procedimentos lucrativos, atendendo muitas vezes às pressões e interesses de grupos envolvidos. (COUTTOLENC; LA FORGIA, 2009).

Com o intuito de melhor operacionalizar o sistema foram instituídas algumas normas como, Normas Operacionais Básicas do SUS (NOAS) (NOB/SUS

91,92,93,96) e a Norma Operacional da Assistência (NOA/SUS 01/01 e 01/02). A partir da NOB 01/96 a PPI foi instituída, constituindo instrumento de definição dos critérios de alocação de recursos entre os municípios.

Essas normas adotam uma estratégia de regionalização da assistência como reorientadora do processo de descentralização do sistema, induzindo a organização de sistemas ou redes funcionais, perpassando as fronteiras municipais, com vistas a facilitar e garantir o acesso dos cidadãos à integralidade da assistência. Também buscam fomentar comportamentos cooperativos entre gestores. A PPI foi prevista na NOAS como o processo privilegiado de alocação de recursos para a garantia da construção dos sistemas funcionais de saúde. (CAMPOS, 2001 *apud* GARCIA, 2004).

Com a instituição das NOAS 01/01, através da Portaria GM/ MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, e posteriormente às NOAS 01/02, aprovada pela Portaria GM/MS 373, de 27 de fevereiro de 2002, especificamente no capítulo II, foi restituída a Programação Pactuada e Integrada como uma das estratégias de fortalecimento da capacidade de gestão no SUS.

A Portaria nº 1020/GM, de 31 de maio de 2002, em seu artigo 1º, define que a Programação Pactuada e Integrada – PPI/2002 da Assistência é um processo instituído no âmbito do SUS, para alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre gestores das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior destinados para cada município, explicitando a parcela destinada da própria população e das referências recebidas de outros municípios. Essa Portaria revogou a PT. GM/MS nº 483, de 6 de abril de 2001. (GOMES, HORTALE, 2004, p. 45).

De acordo com o Manual Organização e Programação da Assistência - Subsídios para a Programação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar – SAS/MS (2001), para a alocação de recursos acontecer com equidade, a programação das ações assistenciais representa um instrumento importante para a definição de responsabilidades de cada gestor na organização das ações e serviços de saúde, no acompanhamento e avaliação de resultados, conferindo transparência nos métodos de distribuição dos recursos.

Assim, se espera alcançar uma alocação de recursos que atenda às necessidades de saúde da população, consolidação do papel das secretarias estaduais de saúde, processos e métodos democráticos na condução do sistema de

saúde, estratégias de regionalização da atenção à saúde e aperfeiçoamento e organização dos municípios por núcleos de controle e avaliação.

Outro fator de mudança importante na política de saúde foi no sentido de uma regionalização do atendimento hospitalar público. Novas diretrizes foram adotadas com redes regionais de atendimento, em concordância com as diretrizes do Pacto de Gestão da Saúde (Ministério da Saúde), que têm sido estabelecidas em todo o Brasil (BARRETO JÚNIOR, 2015).

Com a regionalização, foram instituídos pactos intermunicipais para que os repasses financeiros transferidos do Ministério da Saúde para as cidades, se tornassem negociáveis. Assim, como forma de ser instrumento de políticas de redução das desigualdades socioeconômicas, essa forma de pensamento foi incluída no processo de reestruturação e reforma das políticas sociais no Brasil, almejando elevar a efetividade da política de saúde. (BARRETO JÚNIOR, 2015).

Barreto Júnior (2015), acredita que a adoção da municipalização das políticas de saúde e as inovações de gestão pública oriundas desta, podem proporcionar uma esfera local mais forte, de maneira que as atribuições e recursos esperados sigam no sentido de uma política que objetiva o interesse de toda a coletividade. Com isso, se espera que a saúde ganhe força na agenda regional, no que diz respeito aos componentes de gestão dos sistemas de saúde, bem como no embate das forças políticas locais.

Com a inserção da política de regionalização, os gestores municipais ficam no centro das tomadas de decisão que definem o modelo de política que seria oferecido às populações de cada município. Esses mesmos, sob coordenação do Ministério da Saúde, possuem relativa autonomia para definir ações e programas de saúde que serão desenvolvidos na localidade, tendo o controle público através dos conselhos municipais. (BARRETO JÚNIOR, 2015).

Nessa realidade, a Santa Casa de misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, se encontra inserida fortemente, representando importante papel na atenção à saúde da população do sul do Estado do Espírito Santo no que tange ao terceiro nível da saúde. Representa um instrumento de política de saúde para o Estado, uma vez que, na região em que atua, não há hospital público do mesmo porte que ofereça os mesmos serviços como existe na região da grande Vitória.

A ausência do hospital público no local, faz com que a demanda por seus serviços seja muito alta existindo alto fluxo de usuários da cidade e de ambulâncias dos municípios vizinhos que compõem sua área de abrangência. A dependência da população do Sul do Estado do Espírito Santo à assistência da Santa Casa, demonstra a importância de se conhecer mais sobre essa instituição filantrópica e suas relações com as políticas de saúde, já que de antemão podemos perceber sua necessidade enquanto instrumento de política social para a saúde.

Esse fato demonstra a importância de se buscar novos conhecimentos acerca desse assunto, de modo que o presente estudo busca melhor demonstrar essa relação existente entre o Estado e uma instituição hospitalar filantrópica, expondo pontos e aspectos que favorecem e contribuem para que essa relação obtenha resultados mais positivos.

Diante disso, tais informações acabam por nos remeter à indagação da importância do hospital dentro desse contexto das políticas sociais estabelecidas. Essa relação entre o Estado e o hospital, enquanto instrumento de política pública, é capaz de suprir as demandas da sociedade quando nos referimos a assistência à saúde? A Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro, apoiada somente nessas políticas, é capaz de sobreviver ou depende de sua própria capacidade administrativa e de gestão para isso?

Dessa forma, o presente estudo possui por objetivo analisar o hospital privado de caráter filantrópico Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro frente às políticas sociais de saúde e sua relação com o Estado do Espírito Santo. Possui por objetivos mais específicos a trajetória histórica da instituição hospitalar suas características e contextos; a relação existente entre o Estado e a instituição hospitalar na construção de políticas sociais de saúde para assistência à saúde da população; e as medidas de gestão e administrativas do hospital diante das políticas de saúde enquanto instrumento de política pública para promoção de assistência à saúde.

Assim, para realizar a pesquisa, foi feita a escolha pela abordagem qualitativa através de um estudo documental e de caso. Segundo Gerhard e Silveira (2009), a pesquisa qualitativa busca entender e explicar as relações sociais por meio de realidades que não são possíveis de serem quantificados. Analisa situações do dia a dia que envolvem aspirações, crenças, valores e atitudes repletas de emoções

e ou sentimentos que influenciam as ações nas relações humanas, investigando assim os seus significados (FIGUEIREDO, 2008).

Neste trabalho foi realizada uma revisão de literatura sobre as principais questões envolvendo a gestão da saúde pública, tendo enfoque nos aspectos sociais e históricos do tema, em especial o papel das Santas Casas de Misericórdias.

Para isso, em sua metodologia foi realizada uma pesquisa do tipo bibliográfica-descritiva em que segundo Oliveira (2002), tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre determinado assunto ou fenômeno, no sentido de possibilitar o encontro de uma série de informações para comprovar a existência ou não de uma determinada hipótese, que é ou foi o objeto de estudo de outros pesquisadores e que, a partir dali, o pesquisador passa a somar uma série de informações, com a finalidade de elaborar o seu projeto de pesquisa.

A utilização desse tipo de busca de informações teve por objetivo obter dados e informações que serviram de base e de ponto inicial para a análise do estudo. A partir dessas informações o pesquisador tem conhecimento de seus aspectos históricos e de evolução do objeto estudado, conhecendo suas origens e modo de funcionamento, tendo condições de juntamente com os dados obtidos, chegar as conclusões ao final da pesquisa.

Segundo Lakatos e Marconi (2003), as pesquisas documental e bibliográfica se configuram o ponta pé inicial da pesquisa científica. Dessa maneira, todo o material bibliográfico foi levantado trazendo importantes e imprescindíveis informações para o estudo em questão.

A documentação indireta do estudo foi representada pelo levantamento das informações, buscando em projetos do governo, legislação, planilhas de demanda de atendimentos dos SUS, planilhas contábeis, planilhas de faturamento, contratos firmados entre Estado e a instituição filantrópica, coletadas no banco de dados informatizado e setor de arquivo do hospital em estudo.

As fontes secundárias utilizadas foram jornais, livros, revistas, dissertações e pesquisas coletadas em acervo de biblioteca da cidade de Cachoeiro de Itapemirim. Dessa maneira, se levantou todas as informações necessárias para alcançar os objetivos propostos para a pesquisa nesse estudo de caso.

Nesse sentido, o levantamento do material se deu por meio da seleção de produções científicas acerca do tema proposto em web sites de pesquisa como Biblioteca Virtual de Saúde Pública Brasil, Localizador de Informação em Saúde (LIS), Google Acadêmico, Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), periódicos CAPES e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram incluídos textos em português, publicados a partir de 2000, cujo tema tratasse de gestão hospitalar, política de saúde, política pública, gestão em saúde, hospitais filantrópicos, Santa Casa de Misericórdia e SUS em português e inglês.

Além disso, foi realizada uma análise dos dados da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim em que foram levantadas as informações com relação ao número de atendimentos, tipos de atendimentos, municípios atendidos e valores de repasses financeiros.

O material de pesquisa para análise foi fornecido pelo hospital, de forma que os dados cedidos abrangem o período pós reabertura até o momento atual, tendo nos anos entre 2007 a 2017, a maior parte das informações coletadas. Isso se deve ao fato que estes anos, no momento do levantamento dos dados da pesquisa, possuíam os dados disponíveis em meio digital no site do hospital ou arquivo dos setores. Assim, a escolha pelas informações, anos e variáveis contidas nos gráficos e figuras, estão organizadas de acordo com o que foi possível analisar dentro do disponibilizado pelas fontes da instituição estudada que possui pequena parte de seus registros digitalizados.

Para o levantamento dos dados junto a instituição, foi realizada consulta, por meio de agendamento prévio, junto ao superintendente para exposição e autorização da pesquisa que foi concedida. Após conversa, também com o Diretor de Ensino e Pesquisa do Hospital, foi redigido um termo de autorização assinado, autorizando a pesquisa dando acesso a setores, bem como autorização para acesso e levantamento dos dados necessários.

A abrangência temporal foi definida para conteúdos publicados entre os anos de 1990 a 2020, a busca foi através das palavras-chave do título das obras. Quando o título atendia aos critérios de refinamento a obra era selecionada para investigação e por último, quando o teor do artigo era relevante ao tema da revisão, era adotado para análise sistemática. Como critérios de inclusão os termos de

indexação utilizados para realização da pesquisa foram: determinar os termos, em português e em inglês com no máximo 30 anos de publicação, além de somente utilizar os periódicos revisados por pares, e como critérios de exclusão os estudos publicados anteriormente ao período estipulado.

O objeto de estudo da pesquisa foi o hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim (SCMCI), localizado à rua Rua Dr. Raulino de Oliveira, 67, Centro - Cachoeiro de Itapemirim – ES. Trata-se de uma instituição privada de caráter filantrópico que possui contrato de serviço com o SUS. Cerca de 85% de seus serviços são prestados para o Estado e os outros restantes dos serviços a convênios particulares. É o hospital referência do sul do Espírito Santo em traumas, urgência e emergência de alta complexidade, e presta atualmente atendimento a 27 municípios com atendimento 24 horas à população estimada de 650 mil habitantes. Possui uma estrutura total de 208 leitos, 165 leitos SUS, 43 leitos particular/convênios, 33 leitos de UTI adulto geral, 5 salas cirúrgicas, corpo clínico de 150 profissionais e um total de 848 colaboradores.

Os sujeitos sociais selecionados para o estudo foram membros da diretoria e conselho gestor do hospital compreendendo desde a gestão de 1990 até a atual, representada pelo número de três pessoas que responderam as questões propostas para o trabalho por meio digital enviando por e-mail suas respostas. Estes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não havendo prejuízo algum à instituição ou à imagem dos entrevistados, no qual suas identidades serão mantidas em sigilo absoluto, e identificadas pela letra G (de Gestor) no trabalho quando citados.

As informações coletadas por meio das entrevistas foram submetidas à leitura e análise do conteúdo. Cada entrevista foi recortada e analisada de acordo com as bases teóricas do trabalho, seguindo de acordo com o foco estabelecido para o trabalho.

Para as entrevistas foi utilizado um roteiro contendo questões do tipo estruturadas para ajudar a dar direção ao estudo visando trabalhar as informações pertinentes ao trabalho. A consulta realizada junto aos três gestores teve significativa relevância já que permitiu se obter informações sobre o assunto estudado, trazendo à tona suas relações a partir da ótica dos sujeitos sociais

predefinidos que estão diretamente inseridos e participantes do contexto estudado. Opiniões e pontos de vistas dos sujeitos foram colhidos e analisados.

Além dos meios de obtenção de informações citados, a observação participante também teve significativa contribuição nesse trabalho. A inserção no ambiente do objeto de estudo trouxe informações que vão além dos dados coletados, trazendo detalhes que muitas vezes estão ocultos aos dados e números levantados.

A princípio as informações foram organizadas em gráficos com abordagens mais gerais dos atendimentos do hospital. Mas foi considerado por bem alterar esses gráficos abordando com mais especificidade os setores e anos dos atendimentos realizados. Dessa forma ficou mais fácil de expor as informações contidas no trabalho trazendo mais clareza.

Importante ressaltar a dificuldade em agendar o momento para as entrevistas, tendo em vista a pandemia que assola o país e que tem ocupado muito o tempo dos gestores, que estavam em constantes reuniões com representantes do Estado para definirem as estratégias de combate ao vírus Covid-19, já que a Santa Casa é no momento um hospital referência para tratamento a pacientes com covid-19 no sul do Espírito Santo.

Enquanto ator social, atuante e inserido nessa realidade, percebo uma instituição filantrópica que possui grande bagagem histórica, que luta de acordo com suas condições para sobreviver e garantir o que se propõe, que é a assistência à saúde no terceiro nível que é hospitalar da população.

O peso da instituição enquanto instrumento de política social de saúde para a população é significativo na região que está inserida. É difícil pensar a saúde hospitalar da região sem os serviços da Santa Casa. Pela área e número de habitantes que assiste, um hospital público do Estado seria o melhor, porém ainda aparentemente longe de se concretizar. Dessa maneira, o modelo de contratualização dos hospitais filantrópicos segue sendo utilizado. O que para o hospital também é importante já que necessita destes recursos, tendo em vista que a maior parte de seus serviços são utilizados pelos usuários do SUS como foi observado nos resultados deste trabalho.

O presente trabalho se encontra estruturado em três capítulos. No primeiro, foi realizada uma abordagem sobre a saúde pública brasileira, envolvendo

momentos importantes de seu desenvolvimento. Nesse contexto, o capítulo também propõe discorrer sobre a evolução das políticas sociais e a gestão no setor da saúde brasileira.

No segundo capítulo deste trabalho o tema de discussão se encontra acerca dos aspectos históricos e sociais destas organizações filantrópicas. Em um primeiro instante vem trazendo uma análise histórica das Santas Casas de forma geral, evoluindo em segundo momento para um levantamento mais específico da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, trazendo sua história, gestão e relação com o Estado

No terceiro capítulo se buscou analisar a Santa Casa de Cachoeiro e sua contribuição como instrumento das políticas sociais de saúde, abordando informações quanto ao número de atendimentos, entrevistas com gestores, tipos de atendimentos realizados, municípios atendidos e as entrevistas, apontando sua relevância na região, assim como melhorias no atendimento e gestão que abarcam a melhoria da qualidade de vida e políticas públicas mais inclusivas e igualitárias.

CAPÍTULO I AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

As políticas de saúde no Brasil se desenvolveram seguindo diferentes períodos da história respondendo a demandas da sociedade constituída em cada época. Essas demandas vieram se transformando de acordo com o desenrolar da história tendo as políticas sociais importante papel de mediação entre as necessidades da sociedade e o Estado que passou a ter obrigatoriedade de prover a saúde.

Dessa forma, o capítulo I se propõe a expor como se deu a evolução das políticas de saúde no Brasil, abordando o papel das políticas sociais e também da gestão nesse desenvolvimento, tendo em vista que são pontos que se entrelaçam e estão presentes em todo esse processo.

1.1 OS CAMINHOS DA EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A construção das políticas de saúde no Brasil se deu em meio a pressões para atender as demandas que o país apresentava em cada momento de sua história. Evoluiu em seu primeiro instante atendendo a necessidades básicas como garantia da saúde de sua mão de obra produtiva, no caso os trabalhadores, até se configurar em uma importante ferramenta de organização e controle social, chegando a período mais recente de maior cuidado e atenção atendendo a questões de humanização.

As atuais ações das políticas públicas de Saúde no Brasil têm como um de seus fundamentos a Reforma Sanitária ocorrida no início da década de 1970. Nesse período estas mudanças foram necessárias devido a ineficiência da assistência da rede pública que assistia menos da metade da população brasileira na época, de forma que havia grande participação de instituições filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia. (PAIM, 2008).

De acordo com Paulus Júnior *et al.* (2006), o sistema de saúde brasileiro tem o início de sua organização com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado no ano de 1965, fornecia a assistência médica para os trabalhadores que contribuíam diretamente para a previdência.

Após isso, outras instituições foram surgindo como: os Institutos Nacionais de Previdência Social (INPS) (órgão público previdenciário federal brasileiro a partir

da fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões existentes na época); os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS); e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs); e o INAMPS (O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BERTOLOZI, GRECO, 1996).

Entretanto, como o discutido por PAIM (2008), o movimento da reforma sanitária em sua implantação possui uma grave limitação pelo desconhecimento das diversas situações socioeconômicas do país, visto que em muitos casos não consideravam as desigualdades entre os estados e os diferentes grupos sociais e étnicos, de forma que houve apenas a consolidação parcial das ideias do movimento.

Em 1986, em meio a um contexto marcado por reivindicações pela democratização e direito à saúde, é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que mais tarde, viria a ter suas ideias e propostas absorvidas pela Constituição Federal de 1988, gerando as subseqüentes leis orgânicas de saúde do Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

É importante ressaltar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um importante marco para a estruturação do SUS, já que, suas diretrizes e definições, como a obrigatoriedade do Estado de garantir a saúde, se tornou oficial. Esta também foi a porta de entrada para que a ideia, de uma política voltada exclusivamente para grupos sob maior risco social, se consolidasse em um futuro próximo, pois houve o entendimento da necessidade de uma estrutura para as particularidades de tais grupos.

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado fruto de uma reforma setorial, com doutrina voltada para a democratização da sociedade alcançando muitos avanços, apesar de suas diretrizes representarem um ideário ainda a ser conquistado. Apesar disso, ele vem desde a sua criação, em 1988, sofrendo com o não cumprimento e implementação do que foi aprovado na Constituição Federal no que tange a pontos como os mecanismos de financiamento do sistema, bem como os problemas oriundos da crise financeira provocada pelo aumento dos custos setoriais e mecanismos mundiais de ajuste fiscal, afetando negativamente as políticas sociais brasileiras. (GIL, 2006).

Esses acontecimentos envolveram e influenciaram todas as Santas Casas brasileiras, de maneira a provocar profundas transformações em seu funcionamento e também sobrevivência. A nova forma de organização da saúde brasileira trouxe consigo novas maneiras de relação dessas instituições com os seus usuários e também, novas formas de relação destas com o Estado brasileiro

1.2 As POLÍTICAS SOCIAIS E A SAÚDE

A grande extensão territorial que o Brasil possui faz com que a organização da saúde brasileira seja algo complexo envolvendo inúmeros desafios e obstáculos a serem alcançados. Isso faz com que o Estado que é o grande responsável pela saúde da população, tenha que promover arranjos que envolvem também as instituições e empresas privadas que atuam na área.

Apesar da sua grande abrangência e importância a área de saúde no Brasil tem como principal característica possuir uma grande fragmentação. O mercado brasileiro das empresas privadas é composto por inúmeras pequenas empresas. Essa fragmentação dificulta a padronização dos processos ou até mesmo o avanço das novas tecnologias, em função da pequena capacidade de investimento das empresas (MOURA JÚNIOR, 2003):

O mercado de saúde brasileiro é marcado por uma enorme fragmentação. À exceção do SUS, que é, sem sombra de dúvida, o maior pagador de serviços de saúde, com cerca de 75% do atendimento e 50% dos pagamentos realizados, o Brasil congrega inúmeros pequenos interessados. Enquanto o SUS atende cerca de 125 milhões de brasileiros, o mercado privado de saúde atende cerca de 42 milhões. [...] São cerca de 7.800 hospitais, dos quais em torno de 80% possuem menos de 100 leitos. [...] As seguradoras de saúde, que tendem a ser as maiores empresas privadas de saúde do Brasil, contam com um número estimado de 6 a 8 milhões de vidas. Mesmo a maior das seguradoras é pequena em relação ao tamanho do mercado, com estimadas 3,5 milhões de vidas cobertas. De forma resumida, pode-se afirmar que o mercado brasileiro de saúde é formado por inúmeras pequenas empresas. Pequenas empresas possuem pouca capacidade de investimento em gestão e em sistemas de informação, mesmo os voltados exclusivamente para a administração [...]. (MOURA JÚNIOR, 2003, p. 173).

Com relação à estrutura ambulatorial e hospitalar, a principal classificação dos tipos de estabelecimentos públicos e privados de saúde utilizados para o atendimento do público são considerados cinco grandes conjuntos:

- 1 - Centro de apoio à saúde da família (CASF), Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde e Unidade da Saúde da Família;
- 2 - Clínica especializada/ambulatório especializado, Policlínica, Unidade Mista;
- 3 - Hospitais;
- 4 - Pronto atendimento, Pronto socorro especializado, Pronto socorro geral;
- 5 - Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (VIACAVA; BELLIDO, 2018, p.1752).

Além dos grupos de unidade de atendimento também foram os tipos de atendimento prestados pelos estabelecimentos nas categorias: “SUS”, exclusivamente, e privado ou misto, envolvendo alternativas do SUS com particular, plano e particular pelo plano. (VIACAVA *et al.*, 2018).

Em uma pesquisa realizada em 2018 foram observadas as dinâmicas geral e específica por tipos de estabelecimentos de saúde entre 1981 e 2017 no Brasil e também a distribuição em estabelecimentos públicos³ ou privados⁴, sendo observado que o total de estabelecimentos aumentou de 21.532 para 129.544. Este aumento foi incrementado principalmente pelo número de UBS e Clínicas, sendo que o número de hospitais aumentou de 5.660 (1981) para 6.794 (2017). De forma que o número de estabelecimento de saúde cresceu embora com diferentes dinâmicas entre os tipos de estabelecimentos. Na figura 1 (próxima página) estão os dados obtidos nesta pesquisa com relação ao número de estabelecimentos e tipos no período de 1981 a 2017. (VIACAVA *et al.*, 2018).

O aumento das UBS e clínicas reflete uma maior preocupação com a atenção básica e da rede de urgência e emergência, principalmente a partir da década de 2000, sendo o aumento das UBS realizado pelo setor público (99,2% das UBS em 2017) e as clínicas pelo setor privado (86,8% em 2017). Além disso, também foi observado que a maioria dos hospitais e unidades de SADT são privadas, todavia também foi observado o aumento da participação dos hospitais públicos, chegando a 35,8% em 2017. (VIACAVA *et al.*, 2018).

³ Instituições de saúde onde a responsabilidade de manutenção é do Município, Estado ou União.

⁴ Estabelecimentos de saúde de propriedade privada de pessoas ou empresas.

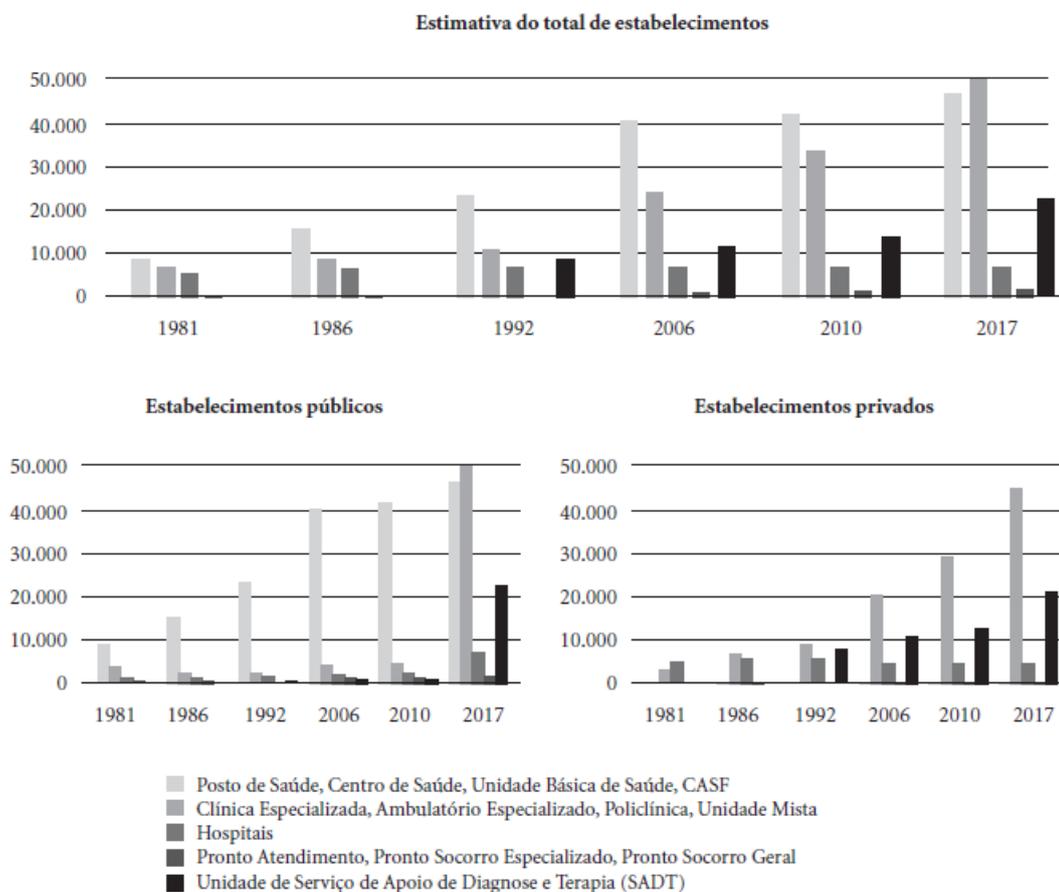


Figura 1 - - Evolução de estabelecimentos de saúde no Brasil.
 O período estudado foi de 1981 a 2017. Fonte: VIACAVA et al., 2018, p.1754

Outra mudança observada são as unidades de SADT que durante o período estudado foram predominantemente relacionadas aos estabelecimentos privados, tendo um pequeno aumento após a década de 2000 da participação pública com cerca de 7% dos estabelecimentos em 2017. Este perfil das instituições privadas possui um contexto histórico, pois houve a prevalência das instituições privadas desde a segunda metade do século XX, apesar da institucionalização do SUS no final da década de 1980. (VIACAVA *et al.*, 2018).

Pesquisas apontam que o crescimento do número de hospitais públicos ainda está na construção de hospitais de pequenos e médios portes, sendo a maioria na esfera municipal e realizados com os incentivos federais e estaduais. Entretanto, no setor privado o crescimento acompanha a lógica de mercado, mesmo quando conveniados ao SUS, e geralmente apresentam maior eficiência de uso do

espaço físico, gerando a maior concentração de sustentabilidade e retorno positivo. (BRAGA NETO, 2008; MACHADO, 2012).

O Sistema Único de Saúde tem como principais diretrizes para o seu funcionamento e estruturação leis e regulações que permitem a execução das ações e financiamento para que o sistema seja capaz de ofertar a população acesso a serviços de saúde. Visam à equidade, universalidade e integração de serviços resolutivos e de qualidade. (BIASSOTO *et al.*, 2006).

Uma das discussões mais atuais sobre a gestão deste sistema está na questão da descentralização e a municipalização da saúde. Esta abordagem tem como principal argumento que o município, como célula mínima de estrutura político-administrativa, é teoricamente capaz de organizar um sistema de saúde de forma mais adequada às necessidades específicas de seus habitantes, por encontrar-se mais próximo do espaço concreto onde vive a população e mais sensível às necessidades locais. Entretanto, há a necessidade do desenvolvimento institucional dos municípios para que estes possam ser capazes de formular e executar essas políticas sociais. (MONTEIRO, 2014).

A adequação de estrutura tem como principais entraves a assimetria presente na captação e distribuição dos recursos entre os governos do modelo federalista, embora haja autonomia das esferas territoriais de poder. Estas incongruências traz a necessidade de se planejar políticas capazes de corrigir ou minimizar as desigualdades entre os estados e municípios. (ARRETCHE, 2013).

Para auxiliar na descentralização e diminuir a assimetria existente os consórcios intermunicipais surgiram como mecanismos de coordenação localizados em esferas que extrapolam os limites territoriais dos municípios, capazes de não alcançarem os limites dos estados. Os consórcios podem ser entendidos enquanto uma possível solução organizacional para suprir as necessidades de coordenação e integração entre os entes federativos, constituindo-se como expressão do exercício das autonomias dos entes consorciados. (MACHADO, PALLOTI, 2015).

Os consórcios permitem a criação de um importante instrumento de cooperação técnica e financeira entre municípios, estados e a União, articulando importantes ativos, viabilizando desta forma a cooperação em projetos de abrangência regional que visam de desenvolvimento da região (MOYSES, 2008).

Essas potencialidades levaram à mobilização do poder público para a elaboração da Lei 11.107/2005, ou Lei dos Consórcios, e institucionalizaram a figura dos consórcios públicos no Brasil. Nestes consórcios os grupos de entes federados, majoritariamente municípios, associavam-se de forma horizontal e cooperada permitindo a execução de ações conjuntas, sem fins lucrativos, para solucionar problemas comuns em determinada área, sem personalidade jurídica, possuindo apenas um protocolo de intenções. A utilização dos consórcios permite associar a melhoria dos serviços ofertados com a manutenção dos custos que seriam incorridos de forma isolada. (MONTEIRO NETO, 2014).

Associado ao processo de expansão da rede de atenção à saúde no Brasil, um dos modelos assistenciais que ganha destaque é o modelo de assistência através de Santas Casas. Este destaque, em seu período inicial, está diretamente relacionado com o fato destas instituições não serem onerosas para a administração pública, visto que os custos eram pagos pelo setor privado sendo as instituições mantidas através de doações. (FRANCO, 2011).

Outro importante aspecto relacionado aos cuidados médicos refere-se a questão dos medicamentos. Estes são de fundamental importância para a obtenção de resultados positivos assim como a manutenção dos tratamentos médicos. Os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos são definidos e assegurados pelo SUS, conforme previsto no Art.198, §1º da Constituição Federal.

A intervenção judicial na garantia do Direito à Saúde é um tema muito debatido, principalmente pela sua implantação na prática. A questão a ser enfrentada diz respeito ao Poder Judiciário executar funções que, teoricamente, não seriam suas, como a execução de políticas públicas. Diante da negativa do Estado em prestar serviços básicos, sob o argumento da falta de recursos, torna-se inevitável a intervenção do judiciário, para que se possa concretizar o que está expresso constitucionalmente.

Essa informação expõe falha na execução do processo de saúde que deveria acontecer sem que fosse necessária ação judicial para isso. Além disso, também expõe a realidade dos recursos reduzidos que a saúde recebe para seu funcionamento. A partir do momento que o Estado declara não ser capaz de fazer os repasses necessários, automaticamente se entende que a saúde não recebe as

verbas suficientes para garantir uma assistência ampla e de qualidade como está previsto na Lei.

O Movimento Sanitário, essencial para a criação de uma política mais centralizada e igualitária, foi fundamentado com base nas discussões acadêmicas sobre as políticas de saúde. A partir daí, foi ampliada e legitimada em movimentos populares e pela atuação de parlamentares e de instituições de saúde, nas apresentações de propostas de rearranjo do sistema de saúde vigente na época, na fundação do Plano Conasp (Plano de Reorientação da Assistência à Saúde), sob as premissas da Previdência Social, sendo assim, a base para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). (LEVCOVITZ, 1997).

No ano de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) foi editada e embasada pelas Leis Federais 8080/90 e 8142/90, que estabelecem e explicam a organização, funcionamento e principais pontos do SUS, norteando a transição do então modelo vigente para um novo centrado na prevenção e promoção da saúde (PIERANTONI, 2000).

No dia 19 de setembro de 1990 (Lei n. 8.080/90) com vetos do presidente Collor, referentes aos prazos para a extinção do INAMPS, a Lei Orgânica da Saúde foi aprovada e com ela veio a vinculação de alíquotas orçamentárias para seguridade social para transferências automáticas de recursos para estados e municípios. Em meio a pressão houve ainda a aprovação da Lei 8.141/90 que serviu e serve de base para os orçamentos participativos com força ativa da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (BRASIL, 2006b).

Essa transição teve início entre os anos de 1993 e 1994, particularmente quando começaram os processos de municipalização e implantação da estratégia de Saúde da Família, esta proposta atende a todos os princípios de legalidade do SUS, com enfoque na primária em saúde (VIANA; DAL, 1998).

Logo, essas leis materializam a função do município como executor das ações de saúde, assinalando-se essencial na ampliação do processo de descentralização iniciado na 8ª Conferência de Saúde e que representava um avanço e contraposição ao ditatorial modelo da época (BRASIL, 2007b).

Dessa maneira, se percebe que a partir da década de 1990, existiu um esforço por parte do Governo de organizar o setor da saúde no Brasil. Através de

instrumentos de leis voltadas para ações mais contundentes e processos de regionalização, a saúde brasileira foi ganhando contornos mais completos e normatizados. Medidas mais conectadas com as necessidades locais e regionais específicas, foram introduzidas de forma a direcionar as ações de acordo com as características próprias de cada região.

Com as mudanças ocorridas com o desenvolvimento dessa nova normatização dos processos de saúde, o Governo se viu em uma situação de obrigatoriedade de garantir essa assistência, porém com uma dura realidade, não era capaz de cumprir sozinho com tal obrigatoriedade.

As Santas Casas são tomadas como solução para esse problema desenvolvendo esse papel com custo mais baixo para o Estado. Essa conduta de contratualização favorece o Estado de maneira que o gasto para manter esse processo de assistência é muito menos dispendioso de recursos que a construção e manutenção de um hospital próprio. Ao mesmo tempo também favoreceu as instituições filantrópicas com a obtenção de recursos para se manterem através desse contrato.

Essa política de dependência recíproca entre o Estado e o hospital filantrópico encontra-se fortemente enraizada no sistema público de saúde e dificilmente parece que deixará de existir. Desde o surgimento dessas Leis na década de 1988, podemos perceber o estreitamento desse vínculo e também o estímulo e crescimento do setor privado através dos planos de saúde.

Para que esse modelo tenha um bom funcionamento, a gestão local das instituições filantrópicas possui importante papel devendo se adaptar e evoluir de modo a se prepararem da melhor maneira possível para que possam ter positiva influência nesse processo.

1.3 A EVOLUÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

Nesse cenário de novas Leis que vieram normatizar o setor da saúde brasileira, a gestão também foi ganhando espaço demonstrando a sua relevância quando o assunto é melhoria na qualidade da assistência. Para que o sistema funcione bem cumprindo seus objetivos, se torna fundamental que a questão da

gestão possa evoluir acompanhando todos os outros pontos que compreendem a estrutura do sistema de saúde. O que nem sempre acontece.

Diversas pesquisas (DEUS, 2015; SILVA E MIRANDA, 2015) vem estudando ao longo dos anos as diferentes decisões tomadas nas instituições de saúde do mundo inteiro para avaliar a cobertura universal na promoção e proteção da saúde da população.

Dentro da área da saúde a gestão é um assunto que gera muitas discussões se constituindo ponto importante a ser analisado, já que em todos os seus níveis ele pode influenciar de forma positiva ou negativa. A forma como ocorre influencia diretamente os resultados desejados.

No Brasil, existem queixas da população de forma geral principalmente com relação à qualidade dos serviços de saúde e disponibilidade da oferta dos mesmos. Existem deficiências relacionadas à gestão administrativa e de recursos, tanto físico, quanto humanos, mas em especial nos setores de subfinanciamento. Nesses setores o público participa cada vez menos no Brasil, enquanto o setor privado vem ganhando uma parcela considerável destes gastos. (CECILIO; MENDES, 2004).

A evolução do pensamento neoliberal no país fez com que a rede privada de serviços de saúde avançasse e ocupasse cada vez mais o setor. Esse avanço ocorreu juntamente com uma postura do Estado de descaso e falta de valorização da saúde com cada vez menos investimentos e tentativa de se eximir da própria responsabilidade.

No ano de 1995, a gestão pública geria 62% e o setor privado 38% da totalidade dos gastos com a saúde. Em 2009, houve declínio com gasto público para 47% e aumento na participação do setor privado para 53% dos gastos (PORTELA, SCHMIDT, 2008).

O que se percebe quando se busca analisar a qualidade das redes hospitalares são estruturas que estão longe de poder oferecer uma assistência melhorada, adequada e resolutiva para a população, pois no que diz respeito à qualidade dos serviços oferecidos, muitos acreditam que é insatisfatória (ALÁSTICO; TOLEDO, 2013).

Para que os hospitais sejam considerados completos em termos de conceitos gerenciais, deveria haver maior interação de profissionais e departamentos, além de fragmentação da prática clínica, para só então haver

eficiência entre gestores que atuam sobre as corporações (FARIAS; ARAÚJO, 2017).

O conhecimento aplicado na gestão das organizações de saúde abarca os espaços dos cuidados diretos, as instituições de saúde, redes de serviços de saúde de assistência universal, esferas públicas de saúde, laboratórios, hospitais, clínicas e demais instituições e serviços de saúde (LITTIKE e SODRE, 2015).

A gestão do cuidado em saúde pode ser entendida como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades particulares de cada paciente em seus diferentes momentos de vida.

Como foi abordado a qualidade da gestão é algo que tem levantado muitas discussões e no Brasil não tem sido muito bem vista sendo muitas vezes rotulada como ruim e ineficiente em todos os seus níveis. Processos muitas vezes baseados em teorias administrativas ultrapassadas ou inadequadas para a área da saúde.

Nas instituições hospitalares filantrópicas, como é o caso da Santa Casa, isso é fator determinante para o seu funcionamento e envolve tantos aspectos técnicos dos cuidados prestado a seus usuários, como processos administrativos. Com a dificuldade financeira que o hospital enfrenta, esse aspecto se torna primordial para a oferta de serviços com mais qualidade, além de garantir a sua própria sobrevivência.

CAPÍTULO II SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, ESTADO E GESTÃO

Neste capítulo foi realizada uma revisão de literatura e a descrição sobre o sistema de Santas Casas de saúde no Brasil, em especial: a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim em sua história, gestão e o perfil de atuação na região.

Dessa maneira, através da abordagem de toda essa trajetória histórica da instituição e seus atores sociais que a conduziram até aqui, podemos chegar até o momento atual e compreender melhor os processos existentes, nos tornando mais capacitados para contribuir com novas propostas para melhores processos administrativos e políticas sociais que envolvem o terceiro nível da saúde.

2.1 HISTÓRICO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA

A Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro desde sua criação, passou por momentos diferentes em sua história onde a sociedade, a organização dos processos de cuidado, conhecimentos e política eram próprios a cada momento e situação. O hospital teve que se adequar a cada um desses períodos de sua história, alterando a forma de organizar sua estrutura administrativa, apresentando características distintas de acordo com a época que se encontrava.

Importante se faz entender a Santa Casa em cada um desses momentos de sua história para que se possa compreender toda a sua estrutura e importante papel que desenvolve junto à saúde de milhares de pessoas que residem no sul do Espírito Santo. Ao se expor essa história de forma mais aprofundada temos a oportunidade de tomar conhecimento do esforço empreendido por vários sujeitos sociais que marcaram presença na manutenção de importante instituição de saúde, que atuou sempre sobre a bandeira do auxílio dos mais carentes e da filantropia, além de vir à tona também a sua contribuição enquanto elemento de política social inserido na assistência à saúde.

Além disso, necessário se faz a compreensão do processo de criação e evolução do sistema de saúde no Brasil de forma que tenhamos condições de

entender como a Santa Casa e as instituições hospitalares brasileiras estão inseridas.

Apesar dos momentos difíceis e das histórias que permeiam empiricamente a imagem das Santas Casas e hospitais filantrópicos, de experiências negativas, a caridade e amparo aos mais necessitados estiveram presentes como fortes características dessas instituições. A busca pelo amparo e olhar humanizado esteve presente como objetivos da maior parte dos sujeitos sociais envolvidos na condução do hospital.

A evolução da assistência aos doentes, pobres e desvalidos esteve ligada à caridade e a filantropia por meio de ações desenvolvidas pela igreja católica, seus integrantes ou pelo trabalho de membros da sociedade.

Até o século IX, os doentes eram acolhidos em conventos e mosteiros. Após isso, através de um concílio no ano 816, a igreja católica determina ser obrigatório a construção de hospitais de caráter permanente. Com a migração para as cidades e enfraquecimento das relações feudais, a partir do século XII, epidemias diversas assolaram a população europeia, a peste bubônica em destaque, ocasionando uma demanda crescente por hospitais. (FRANCELINO, 2017).

Leigos e religiosos atuavam no cuidado aos enfermos nessas instituições, desenvolvendo ações bem próximas do que seria inaugurado futuramente pela enfermagem moderna (FRANCELINO, 2017).

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).



**Figura 2 - Santa Casa de Lisboa século XV, na época denominada de Irmandade de Lisboa.
Fonte: http://www.scml.pt/pt-PT/santa_casa/historia/, 2020²**

Muito comum em Portugal nesse momento, os azulejos eram utilizados para representar ou expor imagens. Na imagem anterior, podemos perceber a representação da Santa Casa de Lisboa no século XV ainda chamada de Irmandade de Lisboa. A primeira de muitas que se espalhariam pelo mundo.

A primeira Misericórdia era uma confraria ou irmandade constituída de cem homens “de boa fama, sã consciência e honesta vida tementes a Deus e guardadores dos seus mandamentos, mansos e humildes a todo serviço de Deus e da dita confraria”. Cada irmão comprometia-se com juramento, a bem cumprir todas as obras de misericórdia. (COSTA, 2011, p. 10).

De acordo com Hespanha (1998), a caridade era composta no Antigo Regime pelos doadores, os receptores e Deus. O propósito pregado dessa relação era a caridade, porém na verdade o controle da assistência pela elite mascarava o objetivo de manutenção do poder e ordem.

A Misericórdia praticava a filantropia social mantendo um hospital, uma casa de retiros e uma “roda de expostos” para os enjeitados. A casa de retiro ou o Recolhimento destinava-se, a jovens de família, em idade de casamento, e cuja honra estivesse ameaçada, pela perda do pai, mãe, ou de ambos. Acolhia também viúvas e solteiras de boa reputação, recebidas mediante um pagamento. (COSTA, 2011, p. 12).

A expansão de Portugal e descoberta das colônias, através da expansão ultramarina, viabilizou economicamente a irmandade em um momento em que profundas mudanças nas relações sociais europeias estavam acontecendo, acarretando o aumento da demanda por serviços assistenciais. Essas transformações sociais se faziam presentes no campo da política, cultura e religiosidade (COSTA, 2011).



Figura 3 - Pórtico da antiga Igreja da Misericórdia de Lisboa. Construída no século XV.

Fonte: http://www.scml.pt/pt-PT/santa_casa/historia/#seculos_xv_e_xvi, 2020⁵

A forte ligação da igreja e os primeiros movimentos no sentido de promoção da saúde é evidente. Na imagem encontramos a entrada da antiga igreja da Misericórdia que teve sua construção no século X.

Portugal passou por uma fase muito conturbada de invasões e guerras onde após esse momento, caracterizado por muitas mortes e feridos, a Misericórdia volta a ser objetivo de investimento do Estado.

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).

As Santas Casas tinham seu funcionamento mantido por meio de doações de membros da sociedade possuidores de posses, geralmente integrantes da elite da região onde estavam estabelecidas. Toda a assistência proporcionada aos enfermos dependia dessa iniciativa privada e os serviços eram prestados por voluntários, pelas irmãs de caridade. (GEOVANINI *et al.*, 2002).

⁵ Fonte: http://www.scml.pt/pt-PT/santa_casa/historia/#seculos_xv_e_xvi. Acesso em: 14/04/2020.

Além das quantias doadas pelos “homens bons”, a roda dos expostos⁶ se constituía de uma outra fonte de renda dessas instituições. Tratava-se de um cilindro oco de madeira acoplado nos muros com uma abertura voltada para a rua onde eram colocadas as crianças rejeitadas, as cartas e medicamentos. (GEOVANINI *et al.*, 2002).



**Figura 4 - Casa de Apoio as Crianças Expostas da Misericórdia de Lisboa (Século XVII).
Fonte: SANTA CASA, 2020⁴**

A figura 4 proporciona a imagem da casa onde as crianças rejeitadas na roda dos expostos eram alojadas em Lisboa.

A partir do século XVI, o modelo assistencial da Santa Casa chega ao Brasil, assim como nas demais colônias portuguesas. A fundação delas veio a favorecer tanto a metrópole quanto as pessoas mais abastadas dos locais onde se instalavam. Isso significa dizer que o estabelecimento das Santas Casas do ponto de vista financeiro não era tão oneroso para a Coroa portuguesa, visto que os seus custos eram pagos pelos “endinheirados” de cada localidade. (FRANCELINO, 2017).

A medida que isso acontecia esses financiadores considerados beneméritos, no campo simbólico eram privilegiados ganhando prestígio e notoriedade em suas regiões, o que favorecia muitas vezes sua inserção na vida política ou na “alta sociedade” (FRANCELINO, 2017). Esse fato demonstra que as doações para as Misericórdias não se davam, em muitos casos, puramente por questões de caridade

⁶ Fonte: http://www.scml.pt/pt-PT/santa_casa/historia/ . Roda dos expostos: cilindro oco de madeira posicionados nos muros onde eram colocados crianças abandonadas, cartas, medicamentos e doações. Acesso em: 14/04/2020.

e bondade, mas sim para obtenção de interesses desses homens dentro da sociedade, no caso ascensão e prestígio.

Em Santos, no ano de 1543, a primeira Santa Casa de Misericórdia foi fundada no Brasil por Braz Cubas (COSTA, 2011).



Figura 5 - Irmandade da Santa Casa de Santos, aproximadamente 1760.

Fonte: SANTOS TURISMO, 2020⁷

O surgimento e fundação das primeiras Santas Casas no território brasileiro aconteceram juntamente com o surgimento de vilas e povoados. Esse fato demonstrou que essas instituições eram as principais confrarias em tempos imperiais e que a sua presença também proporcionava identidade a esses povoados carentes de elementos e instituições, que as distinguissem e com as quais se identificassem. (FRANCELINO, 2017).

Após a fundação da primeira Santa Casa, outras viriam na sequência: Bahia (1549), Espírito Santo em Vitória (1551), Rio de Janeiro (1567), São Paulo (1599), e assim por diante, seguindo os mesmos princípios do modelo de Lisboa (COSTA, 2011).

Todas essas Santas Casas fundadas tinham nas ordens religiosas a responsabilidade de administração e controle das instituições tendo também os mesmos objetivos.

⁷ Fonte: <http://www.santosturismo.wordpress>. Acesso em: 14/04/2020.

A Santa Casa de Misericórdia no imaginário do povo brasileiro sempre esteve associada a fé católica, à terra-mãe Portugal e à família. Sempre presente nos mistérios da vida: nascer, curar, adoecer, morrer. A Misericórdia esteve, está e estará presente cumprindo sua missão. (COSTA, 2011, p.14).

Os padres jesuítas tiveram grande participação na evolução histórica das Santas Casas. Foram protagonistas e tiveram grande atuação nesse instante com grandes influências no desenrolar dos fatos, ainda mais quando nos referimos a questão das Misericórdias no país.



Figura 6 - Igreja e Colégio dos Jesuítas em 1858.

Fonte: ITAU CULTURAL, 2020⁸

As assistências médicas das Misericórdias nas missões, foram desenvolvidas pelos padres jesuítas nos dois primeiros séculos no Brasil. Se encontravam em situação mais elevada na estrutura social da colônia e detinham de mais conhecimentos e cultura (COSTA, 2011).

Com o passar dos séculos, as Misericórdias foram se espalhando pelo Brasil sendo fundadas em diferentes lugares. Em Vila Rica de Ouro Preto a Misericórdia foi fundada em 1738, século XVIII, sob a condição de D. João V de que não houvesse diferenças de classes entre os irmãos. Campos dos Goytacazes, situada no norte do

⁸ Fonte: <http://enciclopedia.itaucultural.org.br/obra25407/igreja-e-colegio-dos-jesuítas-salvador-ba>
Acesso em: 15/04/2020.

Estado do Rio de Janeiro, teve a sua Irmandade fundada em 1791, sob o nome de Irmandade Nossa Senhora dos Homens, tornando-se depois Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. (COSTA, 2011).

Dessa forma, a memória e imagem das Santas Casas vieram sendo construídas, apoiadas na ideia da caridade e apoio irrestrito aos necessitados e excluídos que precisavam de ajuda e apoio. E esse trabalho vai se espalhando pelo Brasil até chegar no Espírito Santo como poderemos perceber mais adiante.

2.2 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA EM CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM-ES: HISTÓRIA, CRISE, FECHAMENTO E REABERTURA DE SUAS ATIVIDADES

A evolução histórica das Santas Casas no Espírito Santo acompanha um movimento comum quando nos referimos a sua criação. O seu deslocamento se deu das capitais e cidades maiores em direção as regiões mais interioranas para lugarejos e vilas que mais tarde se tornariam cidades. Assim ela chega primeiro em Vitória e depois vai se expandindo pelo território capixaba.

A Vila Nova do Espírito Santo foi fundada em 1550, e de acordo com Revista do Instituto Histórico do Espírito Santo (RIHGES) “pesquisou a verdadeira data da instalação da Santa Casa de Misericórdia desta Capital (Vitória), uma das mais antigas do Brasil, cujo quadricentenário ocorreu em 1545” (RIHGES, apud COSTA, 2011).

A crença de que era possível se redimir dos pecados por meio de doações de bens era comum, isso favoreceu a Irmandade que dessa maneira adquiriu grande parte de seu patrimônio.

De acordo com Depizzol et al (2008), a Santa Casa de Vitória não tem uma data precisa de sua construção, porém, se sabe que em 1910, parte dela foi inaugurada. O terreno onde foi construída foi uma doação à Irmandade feita por D. Maria de Oliveira Subtil de sua propriedade, antiga fazenda do campinho, onde funciona até os dias atuais.

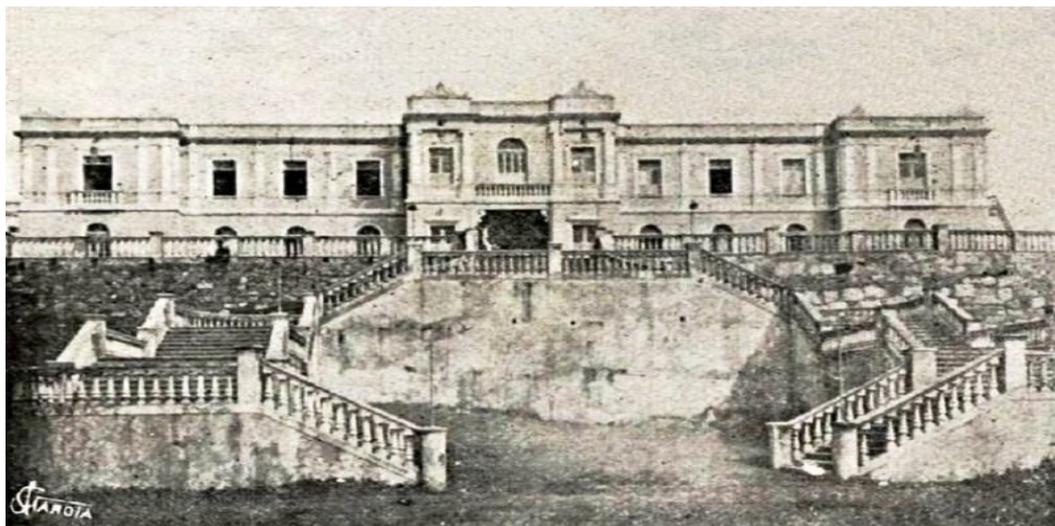


Figura 7 - Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES.

Fonte: MORRO DO MORENO, 2016⁹

Na imagem acima, podemos perceber a Santa Casa de Vitória em seus primórdios, era um grande casarão doado juntamente com o terreno da fazenda. A prática de doações era muito comum naquele momento e muitas das Santas Casas tiveram seu início dessa maneira.

Em Cachoeiro de Itapemirim, a Santa Casa tem seu início em 27 de janeiro de 1900 quando foi fundada. Foi inaugurada em 11 de fevereiro também de 1900. Veio a partir de uma Associação chamada Associação Beneficência Cachoeiro que teve sua fundação em 25 de dezembro de 1889, que era na época quem desenvolvia o trabalho de assistência à saúde população mais carente da cidade. (COSTA, 2011).

A Santa Casa de Cachoeiro de Itapemirim surge em um contexto no qual a população pobre e indigente não possuía nenhum tipo de assistência à saúde. Os trabalhos relacionados à saúde e cura eram realizados por religiosos, curandeiros e benzedeiros. A pequena parte detentora de recursos pagava pelos serviços dos médicos, que desenvolviam seus trabalhos diretamente nas casas das famílias.

A instituição centenária da Santa Casa de Cachoeiro, curiosamente seguiu movimento um pouco diferente das outras Santas Casas do território brasileiro em sua implantação. Surgiu de uma Associação que era composta em sua maioria por

⁹ Fonte: <http://www.morrodomoreno.com.br/materias/assistencia-social-em-1830-vitoria.html> Acesso em: 18/05/2020.

membros da maçonaria. De seus fundadores, 27 eram maçons e não possuíam vinculação direta com a Igreja Católica, como as outras Irmandades (FRANCELINO, 2017).

Ainda segundo Francelino (2017), também diferentemente das outras Santas Casas fundadas por irmandades, a Santa Casa de Cachoeiro era regida por um Estatuto próprio, sendo seus membros denominados de sócios não seguindo e incorporando o chamado Compromisso, que era o documento regulador de funções das Irmandades que normalmente as Santas Casas adotavam.

Esse fato está diretamente ligado à influência da maçonaria no hospital que nessa época era grande. Por isso também proporcionou um outro fator de diferenciação, que foi o fato de ao invés de possuir um provedor tinha um presidente a sua frente. A maçonaria se mostrou de grande importância para o surgimento e implantação do hospital na cidade. (FRANCELINO, 2017). Ao contrário como visto nas Santas Casas de uma maneira ou forma geral, em Cachoeiro ela não tinha o forte vínculo com a Igreja Católica em sua administração e condução quando surgiu.



Figura 8 - Santa Casa por volta de 1910.

Fonte: SANTA CASA, 2020¹⁰

Costa (2011, p. 25) destaca que “Em Cachoeiro de Itapemirim a Loja Maçônica Fraternidade e Luz, através de seus representantes é uma das fundadoras da Santa Casa de Misericórdia”. Dentre os seus 53 fundadores, 27 eram maçons.

Dessa maneira, a Associação Beneficência fundou um hospital que possuía por objetivo atender pessoas pobres denominadas indigentes do município e de todo

¹⁰ Fonte: http://www.santacasacachoeiro.org.br/site/santacasa_cachoeiro_historia.asp Acesso em: 20/05/2020.

o sul do Estado do Espírito Santo. A sua composição era de médicos e membros da sociedade cachoeirense, toda a população foi convidada para sua inauguração. (FRANCELINO, 2017).

No sábado, dia 27 do corrente, terá lugar a inauguração do hospital fundado às expensas da caridade pública [...] tendo a comissão recebido a delegação do povo e querendo dar o carácter festivo, a quem tem direito factos desta ordem, tem a honra de convidar às Exmas. famílias em participar e ao povo em geral para comparecerem na casa situada à Tijuca e já conhecida por Hospital, pela 1 hora da tarde, afim de proceder-se a necessária inauguração [...] roga-se aos Srs comerciantes o obsequio de fecharem suas portas do meio dia em diante, afim de que possam todos tomar parte na referida festa (O Cachoeirano, 23 de janeiro de 1900 *apud* FRANCELINO, 2017, p. 209).

Por meio do Estatuto criado, através do Artigo II, o hospital, a partir da caridade e beneficência dos moradores de Cachoeiro de Itapemirim, vem confirmar seu carácter de assistência aos indigentes e necessitados.

Art. 2º - São fins da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim: I – Manter assistência médico hospitalar gratuita aos indigentes; II – Manter, enquanto as condições financeiras o permitirem, ambulatórios de clínica geral e especializada para tratamento gratuito dos indigentes e sepultar aqueles que falecerem no hospital; III – Tratar gratuitamente nas enfermarias gerais os sócios e pessoas de sua família que requerem internamentos; IV – Dispensar, em quartos particulares, às pessoas que o desejarem, mediante contribuição estabelecida pelo conselho, assistência de casa de saúde, excluindo o serviço médico; V – Fazer o serviço funerário da cidade enquanto tiver contrato com a prefeitura Municipal. (COSTA, 2011, p. 22).

O Hospital se mantinha naquele momento também por doações de espetáculos circenses, de artistas que se apresentavam na cidade e das quermesses. Agricultores da zona da Valla do Souza em 1901 doaram diversas sacas de café em prol de contribuir no trabalho de assistência aos desvalidos. Além das doações e dessas ações de recursos, a Misericórdia do sul do Estado recebia subvenção municipal e estadual, tendo por compromisso a assistência aos desvalidos, indigentes, pobres e doentes. (FRANCELINO, 2017)

De acordo com registros contidos na documentação da instituição até 1920, o hospital era comumente chamado de Associação de Beneficência ou popularmente conhecido como Hospital de Caridade, termo que era comum para se referir aos hospitais filantrópicos. Somente a partir de 1913 que o termo Santa Casa aparece mais, mas ainda sempre relacionado à Associação Beneficência. (FRANCELINO, 2017).



Figura 9 - Santa Casa de Cachoeiro.

Fonte: SANTA CASA, 2020¹¹

Na Figura 9 se encontra a fachada antiga do hospital. Localizada no topo de um morro tendo em vista que Cachoeiro possui como relevo característico os muitos morros.

Francelino (2017), afirma que em 1919 ocorreu uma reforma do Estatuto que regia o hospital desde sua fundação. Através de uma reunião extraordinária para aprovação, foi decidido que a Santa Casa deveria se adequar ao seu atual desenvolvimento. Assim, em seu primeiro capítulo, o novo Estatuto, já faz menção a retirada do termo Associação Beneficente alterando para o título de Santa Casa. (FRANCELINO, 2017).

O jornal da época *O Cachoeirano* (1919) *apud* Francelino (2017), menciona o artigo que faz referência a alteração do nome do hospital: "(...) Art. 1 – A Associação fundada nesta cidade sob a denominação de ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA CACHOEIRENSE passa a denominar-se: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM (...)".

Com o objetivo da mudança definitiva dessa nomenclatura, a nova designação da instituição era reiteradamente repetida nos documentos oficiais. A partir de 1920 não existe mais referência a antiga designação de Associação de Beneficência, somente aparece nesses documentos o termo Santa Casa. (FRANCELINO, 2017).

¹¹ Fonte: http://www.santacasacachoeiro.org.br/site/santacasa_cachoeiro_historia.asp Acesso em: 20/05/2020.

No que diz respeito a como se dava a assistência médica e sua relação com a população nesse momento, o seguinte relatado é feito:

[...] as pessoas que utilizavam os serviços do hospital nesse período eram pertencentes às camadas menos favorecidas da população, indivíduos vítimas de acidentes ou em tratamento de moléstias graves. As pessoas mais abastadas tinham o médico de família, que realizava atendimento domiciliar. Havia ainda um sem número de práticos e curandeiros que realizavam a chamada medicina alternativa, ou seja, havia uma certa resistência por parte da coletividade em procurar o hospital. Mas esse cenário começou a mudar a partir da chegada das freiras que passaram a atuar na Santa Casa em 1929. (FRANCELINO, 2017, p. 211).

Diante de um momento de mudanças profundas do discurso médico e o tratamento das doenças, as irmãs de Cristo Rei surgem em Cachoeiro fundando sua congregação em 10 de outubro de 1927, sendo a Madre Gertrudes de São José sua fundadora. No ano seguinte em 1º de fevereiro de 1928, as irmãs inauguram o Colégio Sagrado Coração de Jesus se tornando mais tarde o Colégio Cristo Rei. Em 1929 as irmãs recebem a administração do hospital sob a superintendência da madre Gertrudes. (COSTA, 2011).

No dia 07 de maio de 1929 foi publicado uma nota no jornal Correio do Sul sobre a entrega da direção de todos os serviços internos da Santa Casa aos cuidados das religiosas, sendo a Superintendência Geral dos Serviços sob a responsabilidade da Madre Gertrudes de São José. (FRANCELINO, 2017, p. 216).



Figura 10 - Irmãs de Cristo Rei.

Fonte: COSTA, 2011, p. 37.

Dessa maneira, as irmãs passaram a estar presentes atuando e supervisionando quase todos os setores do hospital como o centro cirúrgico, farmácia, enfermaria, lavanderia, pediatria, cozinha, maternidade, com exceção apenas do financeiro. Além disso, prestavam o auxílio espiritual aos enfermos e seus familiares.

De acordo com Costa (2011, p.38), “Não mexiam com dinheiro e também não recebiam salários, davam-lhes os nomes de voluntárias e a instituição concedia-lhes alimentação”.

[...] Havia no hospital uma diretoria eleita, formada por membros da sociedade local e a diretoria “interna”, na qual as irmãs atuavam, a estas cabia supervisionar todos os setores do hospital, cuidando para que este funcionasse adequadamente, caso encontrassem alguma irregularidade, deveriam levar ao conhecimento do presidente da instituição para que o mesmo tomasse as providências cabíveis. (FRANCELINO, 2017, p. 217).

As irmãs estavam grandemente inseridas em todas as atividades realizadas e, por residirem no hospital, estavam sempre presentes em todas as situações de urgência. Detinham o poder de decisão e também trabalhavam como agentes fiscalizadoras dos serviços prestados pelos médicos. (FRANCELINO, 2017).



Figura 11 - O trabalho conjunto entre a freira e o médico.

Fonte: COSTA, 2011, p. 113.

Na figura 11 está o registro do trabalho de irmã freira com médico junto ao paciente que por muitos anos funcionou bem. Essa relação iria se tornar difícil com o

passar do tempo. O futuro iria trazer um conflito entre os avanços da modernidade e a cultura religiosa rígida das irmãs, que acabaram por deixar o comando do hospital.

As irmãs que atuavam na Santa Casa de Cachoeiro passaram a buscar capacitações através de cursos de enfermagem, como forma de adequação aos novos rumos da saúde no país. No ano de 1946 — dia 08 de março, madre Gertrudes escreveu às irmãs Olívia e Celestina sobre a importância de ambas fazerem o curso de enfermagem superior na renomada escola Ana Nery no Rio de Janeiro, para obtenção de certificado, destacando que o estudo e a prática adquirida na escola possuíam muito valor nos hospitais. (FRANCELINO, 2017, p. 218).

Na década de 1950, as freiras deixaram a administração do hospital exercendo função de funcionárias somente em alguns setores. A atuação das freiras se tornou mais limitada. Isso se deu, em parte, devido aos questionamentos de alguns funcionários de que as religiosas possuíam privilégios dentro do hospital por se alimentarem, utilizarem a lavanderia e residirem no hospital. (FRANCELINO, 2017).

O fato é que, além das possíveis perseguições que poderiam estar sofrendo dentro da instituição, as transformações que aconteceram com o passar dos anos que afetaram a sociedade também influenciaram nessa questão.

[...] A demanda por atendimento aumentou significativamente o que acarretou a expansão do quadro de funcionários. Nesse período passaram a atuar na instituição enfermeiras e enfermeiros com formação técnica, seus valores e vivências iam de encontro aos ideais religiosos das irmãs que eram proibidas de manter amizades com seculares, ou seja, freiras e demais funcionários da instituição apesar de conviverem no mesmo espaço físico, viviam em “mundos diferentes”. As irmãs enfermeiras eram acima de tudo, freiras, essa era a sua real profissão e ideal de vida, a partir do momento em que as atribuições referentes a atuação no hospital entram em conflito com o chamado espiritual, as mesmas não hesitarão em partir para outras frentes de trabalho. (FRANCELINO, 2017, p. 219).

O número de religiosas diminuiu bastante com o passar do tempo na instituição. Atualmente, apenas uma irmã desenvolve o trabalho de assistência espiritual aos doentes

Com o passar dos anos o hospital passou por diversas mudanças em sua estrutura, processos e serviços. Na década de 1970 o hospital apresentou avanços significativos, período de maior ascensão da entidade. Foi um momento de inserção de novos serviços (COSTA, 2011).

Apesar do bom momento em 1970, após a década de 1980 passou por diversos embates e dificuldades, mas a assistência de saúde à população carente de todo o sul do Estado do Espírito Santo continuou sendo desenvolvida (COSTA, 2011).

A criação do SUS e mais tarde as transformações geradas pela sua implantação, principalmente no que tange à forma de pagamento e repasse de verbas do Estado para o hospital, fizeram com que a instituição decretasse o fechamento de suas portas em 1999, deixando a sociedade sem assistência de saúde hospitalar no município.

Até a promulgação da Constituição de 1988, a Santa Casa sobrevivia com a receita vinda dos atendimentos que realizava para o Instituto Nacional do Seguro Social (INPS)¹², depois Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)¹³, o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural)¹⁴, convênios de empresas e particulares. Os atendimentos realizados aos pacientes do INAMPS não tinham limites mensais, podendo ser feitos de acordo com a procura. (COSTA, 2011). É importante ressaltar que antes de 1988 só tinha direito de acesso à saúde financiada pelo governo a classe trabalhadora que contribuía com o instituto de previdência vigente na época.

Com a mudança na legislação da saúde e implementação do SUS, uma série de transformações ocorreram e a relação econômico-financeiro dos hospitais foi uma das mais afetadas. Com o SUS foi estipulado um número mensal de atendimentos e uma tabela de procedimentos foi implementada. Isso trouxe sérias consequências para a Santa Casa de Cachoeiro, visto que a tabela e os recursos repassados sempre foram defasados e muito abaixo da real necessidade do hospital. (COSTA, 2011).

A Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro, uma vez que não havia um hospital mantido pelo Governo do Estado na região sul, é um dos hospitais para onde os pacientes são removidos para atendimento. Atualmente, aproximadamente 85% dos atendimentos realizados, como internações, consultas, cirurgias e serviços terapêuticos e de diagnósticos, são pelo SUS. (SANTA CASA CACHOEIRO, 2019)

¹² Órgão previdenciário criado em 1966 com a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensão da época.

¹³ Órgão público que constituía a política de saúde pública que existia antes da criação do SUS. Era responsável pela assistência médica dos trabalhadores que contribuía com a previdência social.

¹⁴ Fundo rural voltado para a contribuição social do trabalhador rural.

Seguindo sua vocação de assistência médico-hospitalar gratuita aos mais necessitados, a Santa Casa acaba assumindo o déficit, atendendo aos pacientes que a procuram.

Esse déficit afeta drasticamente sua situação financeira, considerando que os valores pagos pela tabela SUS aos procedimentos prestados não correspondiam ao custo real de tais procedimentos. O que acaba por ocorrer é um excesso de procura e atendimentos de pacientes. Esse aumento ocorre sem que haja qualquer tipo de compensação por parte dos governos federal, estadual ou municipal sobre a disparidade de valores pagos, sobre os procedimentos e os valores reais que esses procedimentos realmente tinham. (COSTA, 2011).

A demanda de atendimento é crescente e os recursos passados pelo Estado vinham sendo reduzidos, levando a entidade à um caminho negativo de difícil volta. Mesmo em meio à crise anunciada e crescente, a administração tentava buscar alternativas que resolvessem tais problemas como a criação de um plano de saúde próprio para angariar mais recursos e compensar o déficit causado pelos atendimentos do SUS.

A implantação de um plano de saúde do hospital acabou por não apresentar sucesso e o que havia sido criado para aumentar a receita acabou por aumentar as despesas ainda mais, com o uso dos recursos para suprir as demandas financeiras do hospital.

As dívidas se acumularam com fornecedores e prestadores de serviços e encargos trabalhistas, já que, antes de 1988, os hospitais filantrópicos não eram obrigados a depositar tributos como FGTS, INSS, PIS e outros. Ao não realizar os pagamentos dos materiais utilizados, e deixarem de serem recolhidos os tributos, ocorreram uma série de processos impetrados pelos fornecedores e também processos à nível civil e trabalhista. (COSTA, 2011).

Neste aspecto, a Santa Casa, através de ações judiciais passa a ter recursos bloqueados para pagamento de fornecedores. Com isso medicamentos começaram a faltar e a estrutura começa a se tornar precárias, além de ocorrer o desligamento de parte dos profissionais do corpo clínico por não haver condições de estrutura para atendimento da população.

Diante da grave situação o Ministério Público interveio no hospital tomando uma série de medidas drásticas, recompondo o corpo administrativo o refazendo

com o objetivo de organizar e equilibrar despesas, receitas e garantir o atendimento à população. Entretanto, mesmo com esta intervenção do Ministério Público houve a paralização dos serviços e atendimento no hospital. (COSTA, 2011).

O Ministério Público representado, na época, pelo Promotor de Justiça Dr. Jean Claude Gomes de Oliveira, considerando o recebimento de representações do Sindicato da Saúde de Cachoeiro de Itapemirim (Sitiesci) e do Sindicato dos Médicos, e do Decreto Municipal nº 11.104/97, que instituiu Estado de Emergência no município, faz uma intervenção na entidade em novembro de 1997, por meio da Portaria nº 02/97, com o intuito de reestruturar “e buscar a proteção deste patrimônio sócio-coletivo, disse o promotor. (COSTA, 2011, p. 74).

Apesar de todo empenho e esforço por parte do Ministério Público, a intervenção infelizmente não foi capaz de impedir que a grave crise instalada chegasse a seu auge e tivesse como consequência o fechamento¹⁵ e encerramento das atividades do hospital deixando a população sem assistência (COSTA, 2011).



Figura 12 - Fachada da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim na década de 1990.

Fonte: SANTA CASA, 2020¹⁶

¹⁵ Apesar das impactantes alterações ocorridas no setor da saúde, a gestão do hospital se mostrou ineficiente, acomodada em um antigo modelo estabelecido, não sendo capaz de reverter o quadro de dificuldades que as mudanças trouxeram.

¹⁶ Fonte: http://www.santacasacachoeiro.org.br/site/santacasa_cachoeiro_historia.asp. Acesso em: 20/05/2020.

Na imagem, aparece a entrada da instituição na década de 1990, quando sofreu com o seu pior momento desencadeando o momento de intervenções do Estado e fechamento.

A Santa Casa se encontrava imersa em uma dívida de 34 milhões em 1999, recebia em torno de R\$ 220 mil mensais do Sistema único de Saúde (SUS) e tinha um gasto em torno de R\$ 320 mil apresentando um déficit de R\$ 120 mil por mês.

Em janeiro desse ano (1999), por atraso de seis meses de salários, além de 13º e férias, o atendimento foi paralisado pelos funcionários, inclusive no Pronto Socorro, onde o fluxo de atendimento era muito intenso. O hospital nesse momento estava há três meses sem receber qualquer verba do governo estadual. Cerca de 200 pessoas deixaram de ser atendidas por dia em seu pronto socorro. (COSTA, 2011).



Figura 13 - Atual fachada da Santa Casa de Cachoeiro 2019.

Fonte: SANTA CASA, 2020¹⁷

A igreja católica por meio da Diocese de Cachoeiro assume a administração da instituição tendo o Bispo Dom Mancilha Vilela a sua frente. Reorganizou a gestão do hospital aproximando a instituição de setores da sociedade civil inserindo empresários, outras igrejas e políticos na busca de um trabalho conjunto para

¹⁷ Fonte: http://www.santacasacachoeiro.org.br/site/santacasa_cachoeiro_historia.asp Acesso em: 20/05/2020.

recuperação da instituição hospitalar criando também novas relações com o Estado. Essas ações deram certo e a Santa Casa conseguiu se reerguer desenvolvendo seu trabalho até os dias atuais.

Esta mudança de gestão, tendo a igreja católica a frente, conseqüentemente levou a uma reestruturação da organização, um novo modelo adotado que será demonstrado e discutido nos próximos tópicos do trabalho.

2.3 A SANTA CASA E SUA RELAÇÃO COM O ESTADO: CONTRATO E REPASSE FINANCEIRO

Em Cachoeiro de Itapemirim a Santa Casa de Misericórdia inicia seu trabalho de assistência no ano de 1900, e a partir de então dentro da realidade da época prestou assistência aos indigentes e necessitados, contando com doações dos sócios e da comunidade local.

Diferentemente das outras Santas Casas, comumente ligadas à Igreja Católica em suas origens, a Santa Casa de Cachoeiro surge sem vínculo estreito com a Igreja, se originando de uma associação que era composta majoritariamente por membros da maçonaria. Outro elemento de diferenciação, proveniente da influência da maçonaria, foi que em vez de um provedor a Santa Casa de Cachoeiro possuía um presidente.

Confirmando o seu caráter filantrópico, possuiu em seu regimento normas que caracterizaram como uma das principais finalidades da instituição prestar assistência hospitalar aos indigentes, além de manter um consultório médico para atendimento daqueles que não podiam custear um tratamento de saúde.

O segundo Artigo do Regimento da instituição determinava como fins da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim o seguinte:

- I - Manter assistência médico hospitalar gratuita aos indigentes;
- II - Manter, enquanto as condições financeiras o permitirem, ambulatórios de clínica geral e especializadas para tratamento gratuito dos indigentes e sepultar aqueles que falecerem no hospital;
- III- Tratar gratuitamente, nas enfermarias gerais os sócios e pessoas de sua família que requererem internamentos;
- IV – Dispensar, em quartos particulares, às pessoas que o desejarem, mediante contribuição estabelecida pelo Conselho, assistência de casa de saúde, excluído o serviço médico;
- V – Fazer o serviço funerário da cidade enquanto tiver contrato com a prefeitura municipal. (COSTA, 2011, Pág.22).

Com o desenrolar da história e o avanço da sociedade, muitas transformações ocorreram e esse quadro de assistência do hospital foi ganhando outras proporções com a inserção de novos conhecimentos e novas conjecturas. O seu papel de instituição com teor religioso e de caridade foi sendo alterado, adquirindo ares mais técnicos e profissionais, seguindo as novas tecnologias e tendências também da própria organização da sociedade.

A Santa Casa continuou seu trabalho de assistência à população com recursos limitados, sendo necessário se adequar e preocupar com questões como novas organizações de processos, leis e normas que foram inseridas pelos órgãos de saúde para melhor organizar o setor. O Estado nesse contexto passou a ter mais responsabilidade com a saúde da população e por meio dessas próprias leis e normas, obrigado a atuar mais efetivamente nesse sentido de oferecer a assistência à saúde.

O grande marco dessas alterações no setor da saúde brasileira foi sem dúvidas a Constituição de 1988, que por meio de suas leis colocou o Estado Brasileiro obrigado a garantir a saúde para população, sendo um direito de cada cidadão ter acesso e usufruir dos serviços com esse fim.

A partir dessas leis criadas e da nova organização do setor, a relação entre o Estado e as Santas Casas foi tomando novos contornos. O Estado para cumprir o que foi determinado por lei, criou vínculos diretos com as Santas Casas e vai aos poucos construiu hospitais genuinamente públicos para a assistência hospitalar em regiões estratégicas. Como ele não possui condições de promover essa assistência sozinho, além dos hospitais particulares pagando por procedimentos, se utiliza principalmente dos hospitais filantrópicos para alcançar a população das regiões interioranas, onde se situam a maior parte dessas instituições.

Essa relação no que diz respeito ao setor hospitalar ganhou grandes proporções, sendo viável tanto para o Estado quanto para os hospitais filantrópicos, que nessas novas concepções e organização precisam sobreviver e continuar existindo.

Assim, para que os hospitais filantrópicos realizem os serviços junto à população, o Estado cria um contrato com essas instituições delimitando abrangência e tipos de serviços a serem prestados. O hospital por sua vez, recebe recursos financeiros do Estado para realizar os serviços. Acaba sendo uma relação

que ajuda a ambos nessa situação. O Estado por meio dos hospitais faz a sua parte garantindo os serviços e os hospitais recebem os recursos necessários para sua sobrevivência.

Ao mesmo tempo que o Estado fornece as verbas, ele cobra sendo estipulado em contrato pontos que o hospital deve cumprir e comprovar que foi realizado para receber o valor correspondente. Através de sistema de informações feito especificamente para isso o hospital lança os dados e o Estado controla e cobra a instituição para assim repassar os recursos. Através dessas informações ele faz suas exigências e tem controle do que está sendo feito.

Dessa forma, por meio da chamada contratualização essa relação é consolidada e normatizada definindo direitos e deveres a ambas as partes nesse processo de assistência à saúde da população.

O que acontece é que essa relação nem sempre é tão equilibrada e harmoniosa. O que se percebe é, de uma maneira geral, uma grande procura dos serviços pela população e um repasse de recursos insuficientes para atender toda essa demanda. O poder público em todas as suas esferas acaba por ser insuficiente nesse repasse de recursos aos hospitais filantrópicos como a Santa Casa. Isso gera sérias dificuldades e desafios financeiros para as instituições que têm que se desdobrar para se manter.

A Santa Casa de Cachoeiro como um hospital privado de caráter filantrópico, se encontra inserida dentro dessa situação e por isso possui relação direta com o Estado, visto que a maior parte de seus serviços são destinados aos pacientes do SUS. Essa relação é intensa e contínua quando voltamos nosso olhar para a Santa Casa, podendo ter pontos de vista diferentes quando nos referimos ao cumprimento das obrigações de cada um dos envolvidos, ou se é satisfatória.

De acordo com o G2, a relação existente entre o Estado e a instituição vem sendo satisfatória nos últimos anos e se espera bons resultados no que se refere a melhorias na qualidade da assistência a toda a região.

O que precisa ser melhorado é o desenho da rede de atendimento, definindo melhor as referências de atendimento do Sul do Estado. A Santa Casa sempre foi grande parceira do Estado, pois apresenta resolutividade nos serviços prestados, evitando que muitos pacientes tenham que deslocar até a região metropolitana para tratamento. (G2, 2020).

O G3 enxerga essa relação como promissora já há muitos anos e ressalta que ela atende a interesses de ambos os lados de modo a favorecer o hospital e o Estado garantido os serviços a valores mais baixos para atender a população.

Essa relação já prospera por muitos anos ou até mesmo centenária, mas hoje ambas as partes têm interesse mútuo, a entidade para ter a garantia de no mínimo 60% dos seus serviços garantido pelo ente público e este ente público por ter a certeza de um serviço barato e a garantia de sua realização. Com esse formato a entidade funciona como hospital privado de utilidade pública, onde as Santas Casas serem os hospitais de referência em diversas especialidades, no caso específico somos referência em URGÊNCIA E EMERGÊNCIA no Sul do Estado do Espírito Santo. (G3, 2020).

Apesar da visão favorável a essa relação, vista como parceria entre a entidade pública e a instituição filantrópica, existe também posicionamento de discordância quanto ao benefício dessa troca não sendo vista com tanto equilíbrio.

Segundo relata o G1, o Estado deveria estar mais presente não somente no aspecto financeiro com mais recursos, mas também nas decisões de gestão e reestruturação. Acredita que o hospital fica sozinho na tomada de decisões importantes, acabando por gerar uma sobrecarga sobre a instituição no que tange a organização dos serviços.

Na minha visão o Governo do Estado precisa participar mais na gestão do hospital não só com recursos que é uma das dificuldades e é essencial, mas com ações que visa reestruturar, pois penso que hospital fica um pouco abandonado, e com isso acabam ficando sobrecarregado e muitas das vezes tendo que tomar decisões sozinho, o correto é essa decisão ser compartilhada pelo contratante "Governo" e a contratada "Santa Casa", é preciso um participação mais atuante do poder executivo estadual, tendo em vista que os filantrópicos é quem é, responsável por mais de 80% da assistência à saúde no município de Cachoeiro de Itapemirim, além dá suporte a toda região Sul do Estado do Espírito Santo, ou seja, a relação precisa melhorar! (G1, 2020).

Outro fator que deve ser observado nessa relação está no fato de que a maior proximidade ou afastamento com o hospital depende muito também do grupo político que se encontra à frente do Governo. A ideologia com que o grupo político que se encontra no poder influencia muito nessa relação. Dependendo da linha de governo e partidária é conferida uma maior ou menor atenção à saúde bem como aos hospitais filantrópicos.

A Santa Casa de Cachoeiro teve momentos de maior atuação do poder público e maior afastamento, que variaram com a forma com que o seu setor era visto pela linha de governo dos políticos que estavam no poder. O Estado esteve presente após essa reabertura, até pelo fato de que o hospital é muito importante dentro da política de saúde para a região, porém em alguns governos essa política é de linha mais dura e conservadora, o que leva a períodos de maior dificuldade. Mas o fato é que, independente do grupo, a insuficiência de recursos existe e logicamente influencia em como o atendimento é realizado junto às pessoas.

A maior parte dos recursos que a Santa Casa recebe é obtida através do poder público em diferentes instâncias de órgãos federais e estaduais. Na tabela 1 está o total das arrecadações destinadas à saúde do Estado do Espírito Santo.

Tabela 1 - Total das arrecadações destinadas à saúde do Estado do Espírito Santo.

FONTE	2013	2014	2015	2016
ESTADUAL	1.413.795.315	1.738.633.779	1.888.781.670	1.761.773.519
FEDERAL	487.839.843	564.247.265	546.840.243	564.247.229
BNDES	38.411.797	38.314.557	14.591.431	4.851.657
TOTAL	1.940.046.954	2.341.195.600	2.450.213.344	2.330.872.404
SIOPS	15,95%	15,53%	18,99%	18,12%

Fonte: Arquivos da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim.

Dos valores descritos acima, na Figura 14 pode ser observado os ativos obtidos em cada ano, os ativos incluem os repasses de recursos do SUS, dos municípios, doações, ementas e arrecadações em eventos beneficentes para a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, os maiores ocorreram em 2015, com cerca de R\$ 70,3 milhões, seguido de 2014 com 67,07 milhões aproximadamente.



Figura 14 - Total de repasses do convênio público para a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim.

Fonte: Arquivos Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim. Organização própria

No caso da Santa Casa de Cachoeiro, além dos recursos fixados no contrato com o Estado, o hospital também consegue receber repasses por meio de emendas parlamentares.

De acordo com o G2, dentro da política de obtenção de recursos que é encontrada nessa relação com o poder público, o hospital além do já estabelecido em contrato e tabela SUS, também recebe verbas vindas de emendas parlamentares por meio de deputados estaduais e federais, que são utilizadas com finalidades determinadas como compra de ambulâncias, respiradores e reforma da estrutura física. Esses recursos são utilizados no sentido de suprir um pouco a defasagem da tabela SUS.

Uma das grandes fontes de captação de recursos são as emendas parlamentares, que são recursos do orçamento público, legalmente indicados por Deputados (Estaduais e Federais) e Senadores, para finalidades públicas. Esses recursos são direcionados, em sua maioria, para compra de equipamentos hospitalares, o que faz com que a entidade mantenha um parque de equipamentos sempre renovados, e de alta tecnologia. (G2, 2020).

Como exemplo disso, dentre outros, pode ser citado a ampliação da UTI do hospital, bem como a compra de respiradores modernos de última geração para o setor.

Isso expõe um fator positivo da gestão do hospital que é o trabalho de aproximação com os políticos na busca de verbas, o que tem ajudado muito sendo providenciais. Esses recursos obtidos por tal meio, são reflexo do trabalho realizado pela equipe gestora que vem buscando estreitar laços e contatos com políticos que possuem condições de contribuir. As verbas têm sua destinação predeterminada e só podem ser usados para fins específicos previamente definidos.

A verdade é que sem esses recursos adicionais o hospital não teria condições de levar adiante os atendimentos e não seria capaz de se preparar, ter estrutura e se modernizar. Esses pontos são fundamentais para que pelo menos, em qualquer lugar que seja, o básico de qualidade de serviços seja realizado. Valendo ressaltar que isso não resolve o problema da disparidade entre recursos e gastos, onde é uma constante a receita ser menor do que o que se tem que pagar.

Dessa forma, por meio dessa relação a Santa Casa vem garantindo sua existência e se organizando na busca de continuar a contribuir para que a assistência à saúde da população possa ser realizada. Isso poderemos perceber

mais adiante no capítulo três quando lançamos olhar reflexivo quanto à sua contribuição na sua região de atuação.

CAPÍTULO III A SANTA CASA E SUAS CONTRIBUIÇÕES ENQUANTO INSTRUMENTO DE POLÍTICA SOCIAL

Diante de sua evolução histórica podemos perceber um caminho marcado por momentos distintos em que a Santa Casa, apesar de todos os obstáculos, conseguiu se manter desenvolvendo importante trabalho na saúde da população, principalmente a mais carente do sul do Estado do Espírito Santo.

A sua importância acaba por se tornar visível à medida que observamos os seus feitos e ação efetiva no que se é definido nos processos da saúde pública durante todos esses anos. A sua importância emerge a partir dos vários aspectos de sua atuação que se tornam explícitos por meio da sua contribuição na saúde pública sul capixaba no âmbito hospitalar da região a qual possui abrangência.

Assim para que isso se torne mais claro, no capítulo que se inicia, as suas contribuições serão expostas para um maior entendimento de sua relevância dentro das políticas do Estado para a saúde. Espera-se mostrar o nível de importância que o hospital, através de seus serviços, possui para o Estado e também para a população na assistência à saúde.

3.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Para melhor compreensão da gestão do hospital da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim é necessário entender a dinâmica existente entre o governo do Estado do Espírito Santo e o hospital.

A gestão da saúde pública no Espírito Santo segue o processo de regionalização através de acordos políticos firmados entre a união, estados e municípios. Esses acordos estão voltados para uma maior integração entre instituições, serviços e pessoas envolvidas através de pactos com o objetivo de fortalecer e proporcionar maior qualidade na gestão do SUS.

O Plano Diretor de Regionalização – PDR (2016), vigente no período estudado, recompôs a geopolítica de saúde, respeitando ao máximo os princípios de regionalização, dividindo o Estado em quatro Regiões de Saúde: Norte, Metropolitana, Sul e Central. Na Figura 15 está o mapa do estado do Espírito Santo com os municípios e as macrorregiões.



Figura 15 - Macrorregiões da gestão da saúde.
Fonte: ESPÍRITO SANTO, 2016.

A partir desta perspectiva foram elaborados em 2015, os Planos de Intervenção Regional (PIR), que visam fortalecer as Regiões de Saúde através da coordenação de aperfeiçoamento das equipes técnicas e gestores para o melhor desenvolvimento das regiões. Os PIR foram elaborados pela Secretaria de Estado da Saúde em conjunto com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS-ES) e o Ministério da Saúde. (ESPÍRITO SANTO, 2016).

O processo de descentralização/regionalização da gestão da saúde tem como grande vantagem permitir que cada região planeje suas ações com base nas necessidades sociais do local. (ESPÍRITO SANTO, 2016)

Os Planos de Intervenção Regional (PIR) tiveram a elaboração feita por profissionais técnicos e gestores das esferas estaduais e municipais, de maneira que quatro áreas temáticas foram inicialmente postas em destaque de acordo com a região e as necessidades sociais percebidas. (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Também destacaram questões relacionadas à gestão/operacionalização das redes regionais de atenção, tais como: regulação, transporte sanitário, reabilitação, movimentos migratórios e contratualização. Todos esses temas foram estudados, analisados e apresentados a partir da realidade de cada região, bem como das propostas de intervenção para o enfrentamento dos problemas destacados. (ESPÍRITO SANTO, 2016, p. 22).

No Espírito Santo, como o Governo do Estado não possui estrutura própria necessária para garantir a assistência hospitalar em todo o seu território, se recorre a contratos prestação de serviços junto a hospitais filantrópicos em regiões estratégicas que desenvolvem esse trabalho de assistência em seu nome.

Nesse contrato são definidas especialidades a serem atendidas pela instituição e região de abrangência, seguindo um plano em que estrategicamente os hospitais estão localizados respeitando a incidência de eventos, tipos e prevalência de afecções de saúde que ocorrem com maior frequência.

A Santa Casa é um hospital filantrópico e possui um convênio com o Estado do Espírito Santo para prestação de serviços aos usuários do Sus. Esse convênio é denominado contratualização e possui metas qualitativas e quantitativas a serem cumpridas, dentro da referência e serviços pactuados. (G2, 2020).

Também são definidos valores de recursos fixos que o hospital irá receber mensalmente, bem como uma série de metas que deverão ser cumpridas. Além disso, para essas metas indicadores são instituídos, podendo variar de acordo com as especificações de cada hospital, capacidade de produção, especialidade e necessidades.

A organização da assistência hospitalar do sul do Estado do Espírito Santo tem como cidade principal Cachoeiro de Itapemirim que é a maior da região. A cidade conta com três hospitais de médio e grande porte que são a Santa Casa, o Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HIFA), o Hospital Infantil Francisco de Assis (HIFA) e a Unimed. Os três primeiros são privados de caráter filantrópico e o último particular.

Em termos geográficos se localizam perto um do outro sendo que a distância entre a Santa Casa, o HIFA e a UNIMED de metros, enquanto a distância desse para o HECI é de 1 km. Vale ressaltar que a UNIMED construiu um novo hospital com estrutura e recursos tecnológicos de alto nível que fica a aproximadamente 14 km de distância dos outros, e a unidade do centro da cidade passou a ser o hospital maternidade da cooperativa.

Quando nos referimos a assistência a população de adultos usuários do SUS, a Santa Casa possui grande peso entre eles por ser o hospital tido como “porta aberta” para urgências e emergências na região. O Hospital Evangélico apesar de também ser filantrópico, somente atende os pacientes específicos com afecções que se encontram em seu contrato com o governo estadual, no caso usuários que necessitam de assistência nas áreas de cardiologia, oncologia, gestação de alto risco e obesidade mórbida. A Unimed é um hospital particular que está voltado para seus clientes.

A diferença entre esses hospitais é que quando um usuário tem a sua saúde comprometida e precisa de cuidados hospitalares urgente, é para a Santa Casa que o usuário é levado e não importa qual tipo de afecção ele tenha, é a Santa Casa que recebe e atua com os primeiros cuidados. O setor de urgência e emergência tem seu fluxo variável de difícil previsão. Quando o usuário possui uma doença que já é acompanhada no Hospital Evangélico, ele é orientado a procurar o mesmo. Ademais, quando há alta necessidade na hora da urgência é a Santa Casa que é procurada.

Nesse contexto, a Santa Casa de Cachoeiro se encontra inserida como um dos hospitais filantrópicos que possui a contratualização de seus serviços junto ao Governo do Estado. Os termos desse contrato vêm se alterando e adaptando ao longo dos anos de acordo com a demanda da região estipulada como sua responsabilidade assistir.

Atualmente é o hospital referência em trauma, mas acaba por atender a outras enfermidades de média alta complexidade que chegam até as suas portas. É responsável por assistir 27 municípios do sul do Estado do Espírito Santo, tendo em sua gestão aspecto crucial para que os obstáculos sejam superados e os objetivos alcançados.

3.2 O FATOR GESTÃO NO HOSPITAL FILANTRÓPICO

Como citado anteriormente no Capítulo II, apesar da longa história da instituição, no ano 1999 houve a intervenção do Estado no hospital e uma mudança na gestão.

A partir de 2000 o hospital é gerenciado através de um conselho deliberativo subordinado a uma assembleia, este conselho por sua vez delibera sobre o conselho fiscal, este conselho fiscal analisa as propostas e supervisiona as atividades das superintendências com o auxílio da assessoria jurídica e a assessoria de comunicação e marketing.

Abaixo das superintendências estão as diretorias administrativa e de finanças. A diretoria administrativa monitora e administra os setores de TI, Relações Institucionais, Atendimento ao Cliente, Manutenção e recursos Humanos. Já a Diretoria de Finanças com o auxílio da assessoria comercial, monitora e administra os setores de processamento de contas, financeiro, suprimentos, diretoria técnica, diretoria de Ensino e Pesquisa e a Filial de Castelo.

As decisões são tomadas a partir de reuniões entre o superintendente e diretores que após decidirem sobre o assunto discutido, repassa para o conselho administrativo que se reúne e analisa se as medidas serão postas em prática ou não. Esse conselho é composto por diferentes membros da sociedade como empresários, contadores, administradores, médicos e outros. Os conselheiros não recebem pelo serviço prestado ao hospital.

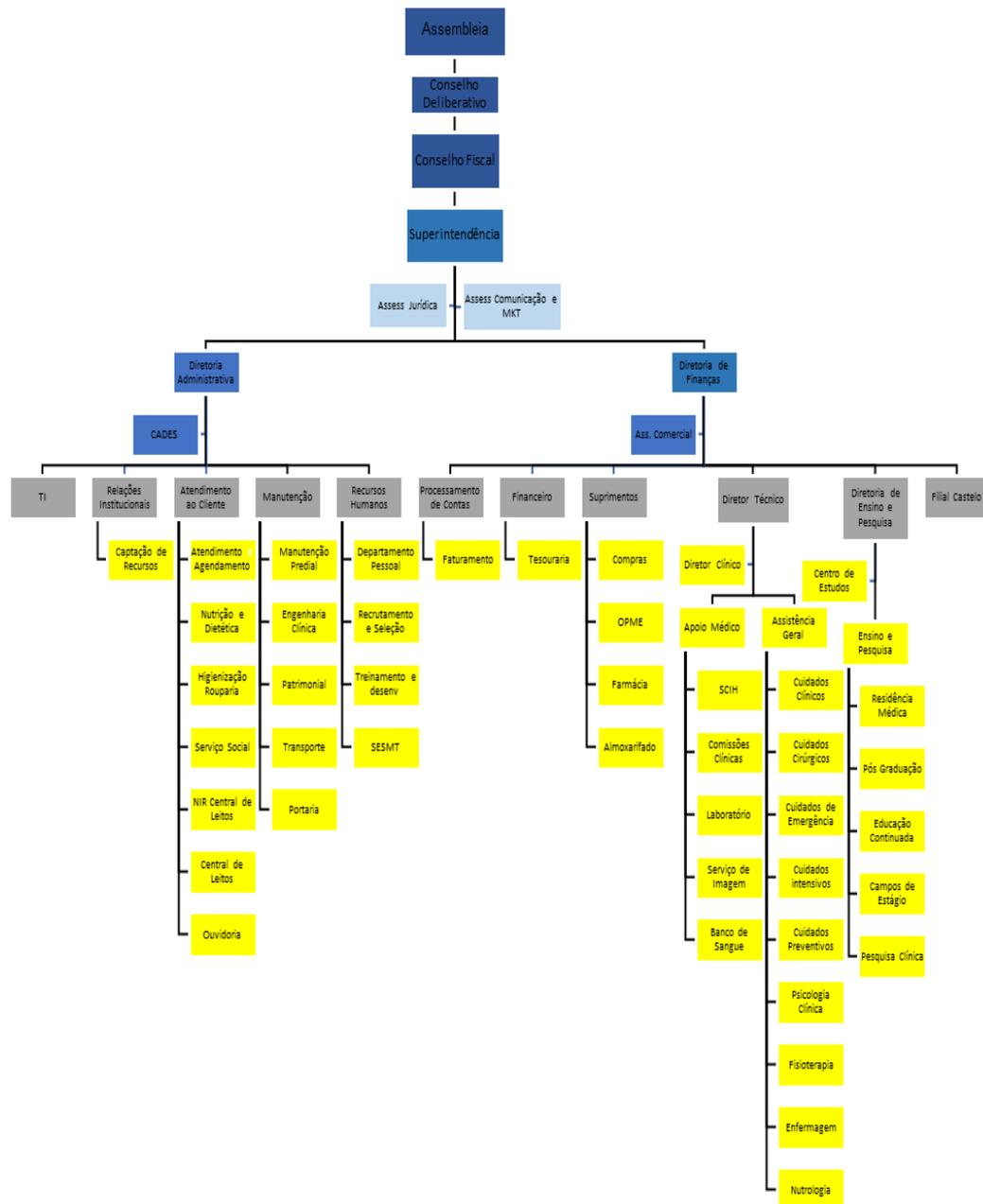


Figura 16 - Organograma administrativo do hospital.

Fonte: Arquivos Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim.

As decisões são tomadas a partir de reuniões entre o superintendente e diretores que após decidirem sobre o assunto discutido, repassa para o conselho administrativo que se reúne e analisam as decisões para aprovação, decidindo se a medida será posta em prática ou não. Esse conselho é composto por diferentes membros da sociedade como empresários, contadores, administradores, médicos e outros. Os conselheiros não recebem pelo serviço prestado ao hospital.

A partir dessa organização administrativa, a Santa Casa busca sanar os problemas e ultrapassar os inúmeros obstáculos que se depararam no decorrer dos anos de sua existência. Um acontecimento importante que está relacionado diretamente à gestão foi o fechamento de suas portas e a interrupção dos atendimentos à população por cerca de um mês, marcando o pior momento de sua história.

Por meio de acordos entre o hospital e o Estado, a união de esforços de empresários e sociedade civil, juntamente com a ação da Igreja Católica no sentido de assumir sua direção, sua gestão passa a ter novas configurações¹⁸ e veio desde esse momento pós-reabertura adequando o hospital às novas exigências e desafios que surgiram no decorrer desses anos.

De acordo com o G1 (2020):

Na minha percepção o maior desafio técnico e administrativo enfrentada foi o fechamento da Santa Casa no ano de 1999, pois principalmente uma instituição com tantos anos de existências, isso sem dúvida fica marcado para sempre! Esse momento a instituição estava vivendo um momento muito conturbado na sua gestão, mas penso que sempre fica alguma diferença, desconfiança, entre outras palavras! (G1, 2020).

Os desafios foram inúmeros desde sua reabertura até hoje. O principal deles está relacionado aos recursos fornecidos pelo Estado que se utiliza de tabela relacionada a valores por procedimentos, que desde quando instituída não é atualizada.

A defasagem da tabela SUS, com 20 anos sem ser corrigida, faz com que o valor repassado seja menor que o valor realmente gasto para realização do procedimento. Ou seja, nesses anos de existência sem nenhum tipo de ajuste, os materiais necessários ao atendimento naturalmente vieram sendo reajustados tornando-se cada vez mais caros, e os valores recebidos continuaram os mesmos, gerando uma diferença negativa que o hospital acaba arcando para continuar com os serviços de saúde para a população. Essa diferença gera dificuldades para a instituição filantrópica manter seu equilíbrio financeiro se tornando um dos grandes desafios para sua gestão.

¹⁸ Apesar da renovação pós reabertura, a permanência do superintendente por um longo período não atendeu as demandas impostas pelas novas demandas do setor, demonstrando a necessidade de um constante aperfeiçoamento profissional e o fortalecimento da equipe gestora.

Em conformidade com essa ideia, o G2 (2020) acredita que o principal desafio da gestão está em conseguir o equilíbrio financeiro diante do fato da defasagem de 20 anos da tabela SUS, isso em um cenário de constante crescimento da demanda por seus serviços que, por sua vez, leva ao aumento dos custos hospitalares. Essa situação se torna ainda mais grave à medida que o hospital possui 85% de seus atendimentos prestados a pacientes do SUS.

Uma das alternativas que a gestão utiliza para superar essa dificuldade, encontra-se na busca de investir em serviços particulares e convênios com planos de saúde, com o objetivo de angariar fundos complementares. A Santa Casa possui convênio com 23 planos de saúde.

O G2 (2020) complementa ainda que outro fator de desafio para a gestão da instituição se encontra no fato das exigências das categorias de classes e órgãos fiscalizadores serem cada vez maiores, o que gera o aumento dos custos para atendê-las. Isso quer dizer que mais custos é igual a mais gastos para uma instituição que já possui recursos limitados e dificuldades para garantir a sua própria sobrevivência.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, o G3 (2020) considera que o “maior desafio da instituição é convencer os órgãos públicos da saúde da importância dos serviços prestados à população e ser financeiramente reconhecido”.

Outro fator que é reconhecido como desafio para a gestão pelo G3 (2020) é o fato de ter que trabalhar com profissionais sem recursos, sendo necessário administrar essa situação de maneira a evitar movimentos grevistas incentivados pelos sindicatos representantes das categorias profissionais. Ainda segundo o G3 (2020), a falta de recursos faz com que os reajustes salariais sejam realizados de maneira muito limitada, de forma que a gestão tenha muitas vezes que acalmar os ânimos dos trabalhadores, órgãos sindicais e algumas categorias que reivindicam aumentos salariais e de remuneração de serviços prestados à instituição.

Mesmo diante dessa realidade de recursos, que não proporciona uma remuneração compatível ¹⁹ com o compromisso e a história do profissional no hospital, a gestão trabalha para garantir a assistência à sua área de abrangência e

¹⁹ Um aspecto que se configura negativamente para a gestão do hospital nesse cenário, encontra-se no fato de não possuir um plano de cargos e salários que acaba por influenciar desfavoravelmente na motivação de seus funcionários que ficam sem ter um incentivo para buscar o auto aperfeiçoamento e assim melhor contribuírem para o hospital.

especialidades. Apesar de estar responsável por receber usuários de 27 municípios do sul do Estado. Segundo o G2 (2020), “até o ano de 2019, apenas 01 município contribuía com um valor para a urgência e emergência. Apesar disso, a Santa Casa continua prestando serviço à toda a população, assumindo os déficits mensais”.

O hospital é referência na assistência de urgência e emergência e o trauma ortopédico, sendo assim, é porta aberta 24 horas, e com isso os pacientes de urgência o hospital é obrigado a atender. Existe também os atendimentos que chegam através da Central de Regulação de Leitos, o paciente que necessita de um atendimento e que tem disponível o serviço no hospital, o mesmo entra na fila, e quando sai à vaga é transferido seja ele de qualquer lugar do Estado do Espírito! (G1, 2020).

Dessa forma, o que se percebe nos relatos dos gestores entrevistados é uma inadequação de recursos²⁰ financeiros destinados para a instituição frente a alta demanda da população por seus serviços, que em sua maior parte é para o SUS. Esse aspecto acaba por se configurar como o principal desafio para o equilíbrio financeiro que sua gestão possui na condução da manutenção do hospital. Mesmo diante da situação de recursos limitados, ainda assim a Santa Casa é capaz de deixar importantes contribuições para a saúde da região.

3.3 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO E SUA IMPORTANTE CONTRIBUIÇÃO

Apesar das limitações e dificuldades, o hospital segue desenvolvendo o seu trabalho, sendo capaz de realizar alto volume de atendimentos e serviços que contribuem para a saúde da população. Nesse sentido adota ações com o objetivo de aprimorar e ampliar a sua contribuição.

Para o estudo da assistência à saúde promovido pela Santa Casa de misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, foi realizado um levantamento dos dados do hospital. Para melhor compreensão de seu papel na região, um levantamento do

²⁰ Muito embora a questão de recursos insuficientes por parte do Estado seja o principal discurso dos gestores para os problemas do hospital, até o ano de 2017, a instituição possuía uma prática negativa para o equilíbrio financeiro. Recebia todos os pacientes que chegavam acabando por exceder o número de atendimentos delimitado no contrato coberto pelos recursos enviados pelo Estado. Essa atitude de sua gestão tinha como consequência o aumento da diferença negativa entre a receita e os gastos.

número e tipos de atendimentos realizados pelo hospital nos anos de 2008 a 2015 foi levantado por meio de dados fornecidos pelo hospital.

A assistência à saúde prestada pela Santa Casa de Misericórdia compreende um conjunto de atendimentos oferecidos a população. Estes procedimentos envolvem desde a admissão no hospital dos pacientes até sua alta hospitalar, incluindo diversos atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

Para o melhor entendimento de sua contribuição social foi realizado um levantamento do número dos atendimentos ambulatoriais realizados na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim nos anos de 2008 a 2015. Neste levantamento encontramos a descrição dos atendimentos ambulatoriais. Na Figura 17 está o resultado deste levantamento.

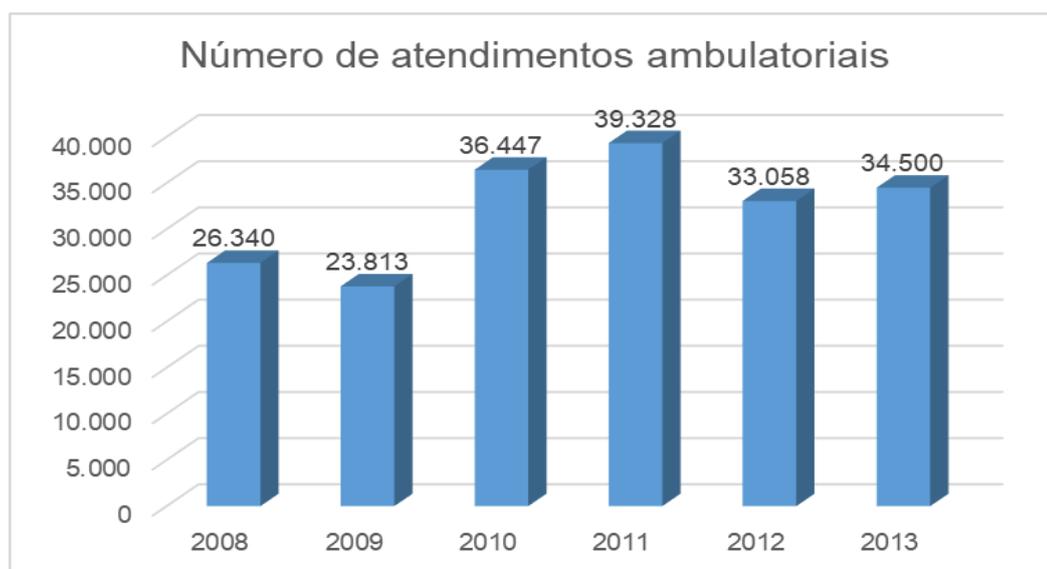


Figura 17 - Número dos atendimentos ambulatoriais realizados na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim nos anos de 2008 a 2013.

Fonte: <https://www.santacasacachoeiro.org.br/transparencia/relatorio-anual.asp>

Organização própria.

Foi observado que o ano de 2011 apresentou o maior número de atendimentos ambulatoriais (39.328) e o menor número em 2009 (23,813). Também foi realizado o levantamento do número de atendimentos do pronto socorro no período de 2008 a 2015, sendo o ano de 2014 o que houve mais atendimentos de urgência. Na Figura 18 estão descritos os números de atendimentos de pronto socorro.

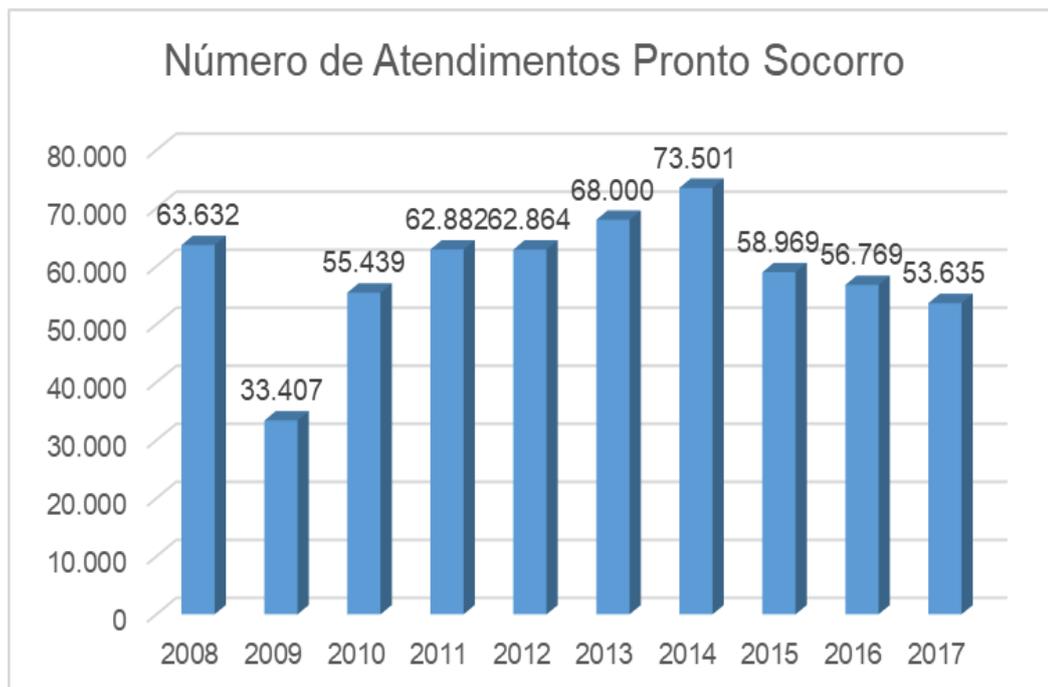


Figura 18 - Número dos atendimentos do pronto socorro na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim nos anos de 2008 a 2017.

Fonte: <https://www.santacasacachoeiro.org.br/transparencia/relatorio-anual.asp>
Organização própria.

O maior número de atendimento no pronto socorro aconteceu no ano de 2014 com cerca de 73,000 atendimentos. As quedas observadas nos anos de 2009 e 2015 podem ter sido motivadas principalmente por problemas e dificuldades na negociação do fechamento do contrato com o Governo do Estado e pela suspensão das cirurgias eletivas. Os serviços particulares e de convênios conquistaram um pequeno aumento de demanda quando comparados nos demais anos.

Com relação a procedimentos mais específicos como as hemodiálises e transfusão de sangue que estão presentes junto aos procedimentos de média e alta complexidades, foram realizados também os levantamentos do número de hemodiálises, transfusões, partos, cirurgias e internações.

Nas Figuras 19 e 20 estão demonstrados os valores do número de hemodiálises e de transfusões.

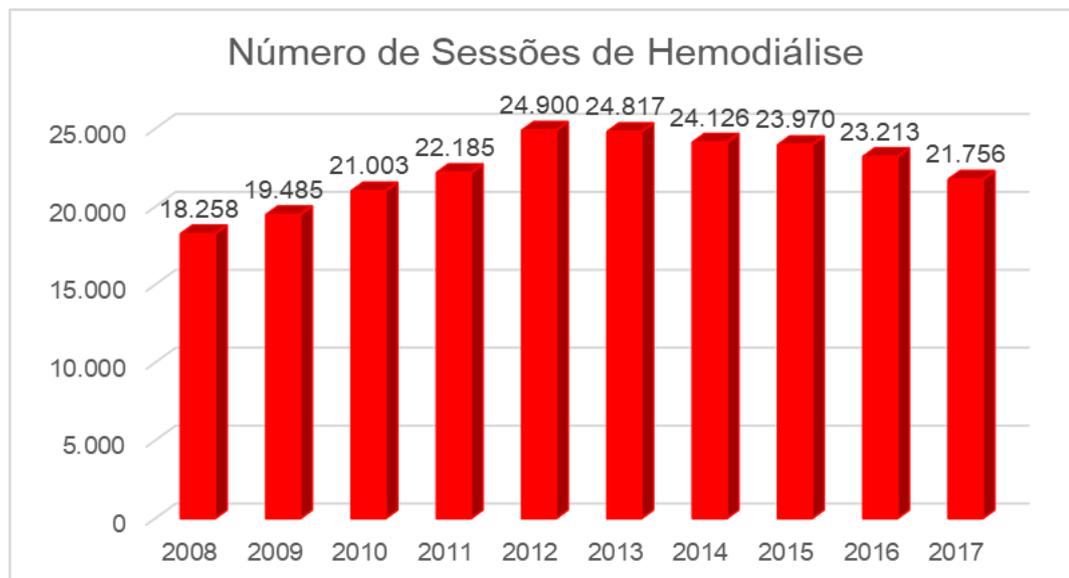


Figura 19 - Número de atendimentos de hemodiálise.

Fonte: <https://www.santacasacachoeiro.org.br/transparencia/relatorio-anual.asp>.
Organização própria.

Entre os anos de 2012 a 2017 houve pouca variação sendo o hospital de referência na região Sul do Espírito Santo para estes procedimentos. O aumento das seções de 2012 a 2013 podem ser explicados pelo aumento do número de leitos para a hemodiálises. Outra importante observação é que houve o maior aumento no ano 2012 (24.900). Apresentou pouca variação devido à grande utilização deste setor o que demonstra que o hospital foi muito procurado para os procedimentos de média e alta complexidade. Quando avaliado o número de transfusões sanguíneas foi observado que o ano de 2012 teve grande aumento do número de transfusões (24.672). Nos anos de 2008 a 2011 foram anos com poucas transfusões.

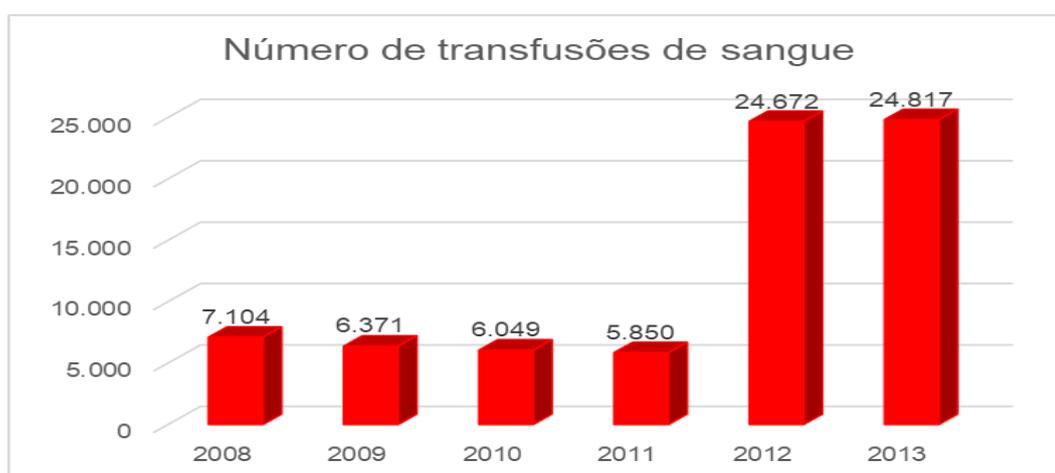


Figura 20 - Número de transfusões sanguíneas de 2008 a 2013.

Fonte: <https://www.santacasacachoeiro.org.br/transparencia/relatorio-anual.asp>.
Organização própria

Em virtude desta procura o número de internações nos anos de 2008 a 2017 também foi levantado. Na Figura 21 estão representados os dados obtidos neste levantamento.

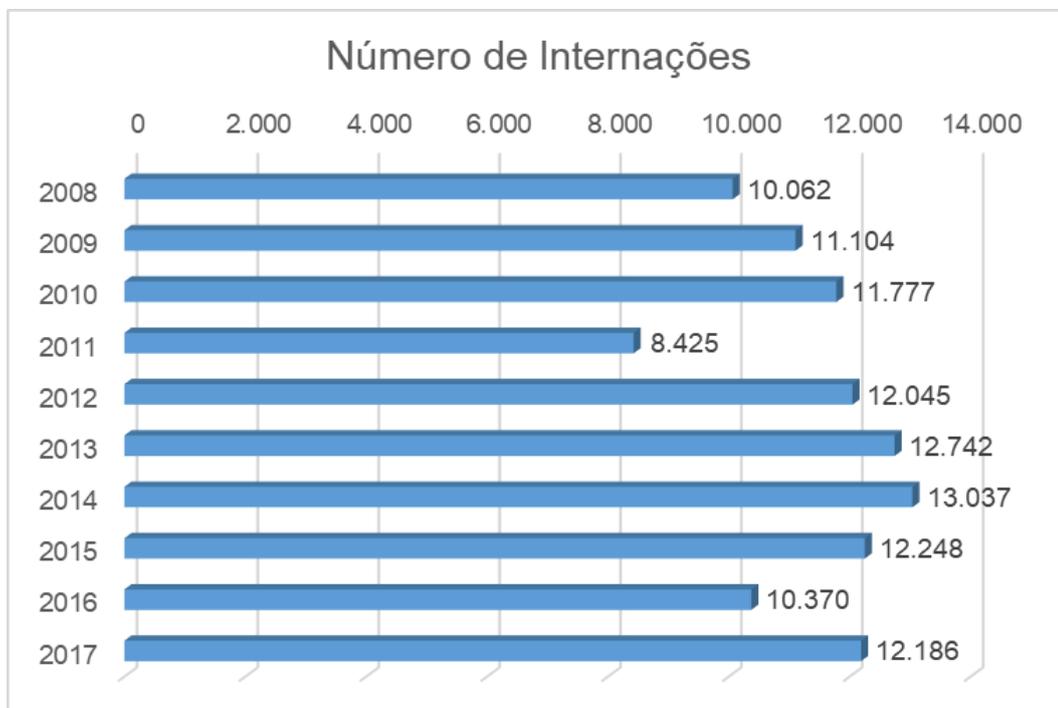


Figura 21 - Número de internações.

Fonte: <https://www.santacasacachoeiro.org.br/transparencia/relatorio-anual.asp>.
Organização própria

e
pela suspensão de serviços ocorreu uma queda de internações em 2011. Quanto ao setor de maternidade foi analisado o número de partos no período de 2008 a 2015.

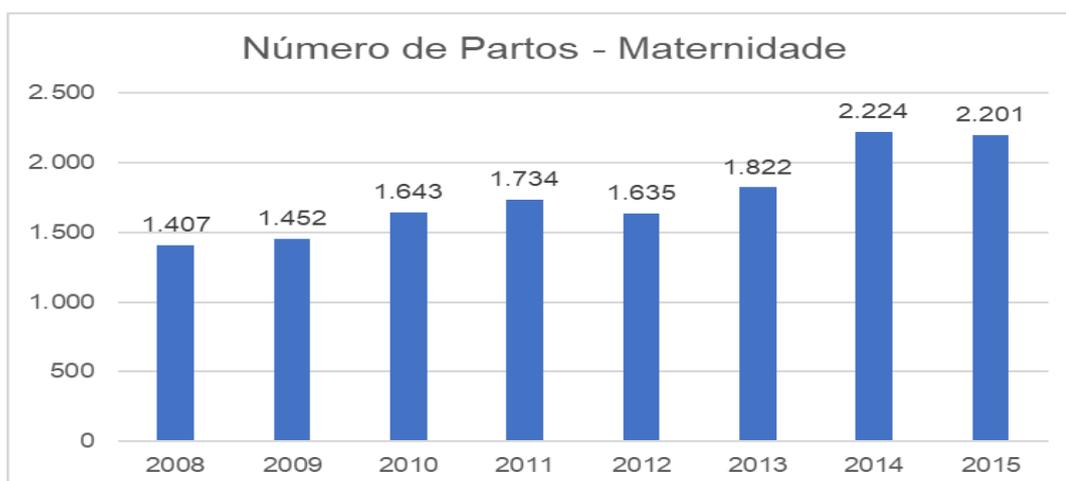


Figura 22 - Número de partos.

Fonte: <https://www.santacasacachoeiro.org.br/transparencia/relatorio-anual.asp>.
Organização própria

Os procedimentos em grande parte ocorreram em 2014 e 2015, anos em que o setor apresentou baixa variação de atendimentos em comparação com outros serviços, como atendimentos nos ambulatórios e internações. Atualmente, o hospital não mais presta o serviço de maternidade, pois foi transferido pelo governo estadual para o Hospital Infantil Francisco de Assis de Cachoeiro.

Outro levantamento realizado relaciona-se aos procedimentos que geralmente são priorizados no ambiente hospitalar, como os atendimentos de alta complexidade das cirurgias e atendimentos de fisioterapia. Na Figura 23 estão os números de cirurgias realizados no período de 2008 a 2017.

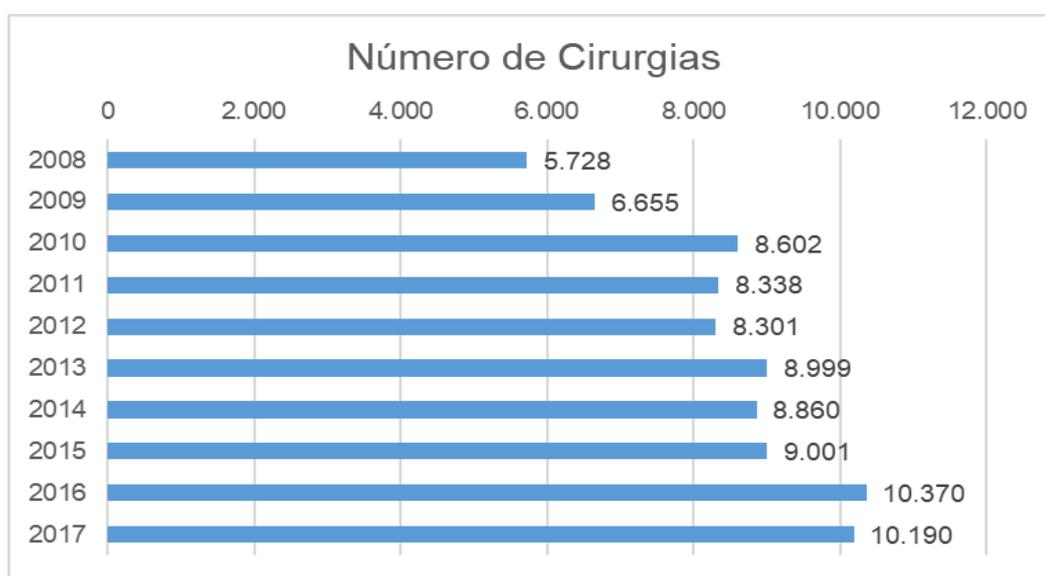


Figura 23 - Número de cirurgias de 2008 a 2017.

Fonte: <https://www.santacasacachoeiro.org.br/transparencia/relatorio-anual.asp>.
Organização própria.

Por se tratar de um hospital referência em trauma, a Santa Casa também possui grande atuação nos serviços de cirurgias que ocorrem com muita frequência e alta demanda. Entre 2012 e 2017 o número de cirurgias aumentou mantendo uma média de demanda alta. Em 2012 foram realizadas 8.602 cirurgias, enquanto que em 2017 foram um total de 10.190. O ano com maior número de cirurgias foi o de 2016, com 10.370. No sul do Estado é o hospital que mais realiza cirurgias para o SUS. (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA CACHOEIRO, Relatório de Atividades 2017).

Como já comentado anteriormente os atendimentos de alta complexidade possuíam prioridade no uso do ambiente hospitalar. Os casos que necessitam de

maior infraestrutura para o atendimento são encaminhados para o hospital, por este motivo há pouca variação no número de atendimentos entre os anos, já que a região sofreu pouca variação populacional.

Entretanto quando avaliado o número de atendimentos fisioterápicos foi observado a maior utilização destes serviços nos últimos anos da série anteriormente apresentada (2016 e 2017). Este aumento pode estar relacionado com a maior contratação de fisioterapeutas como também na maior atenção nos benefícios gerados pela fisioterapia.

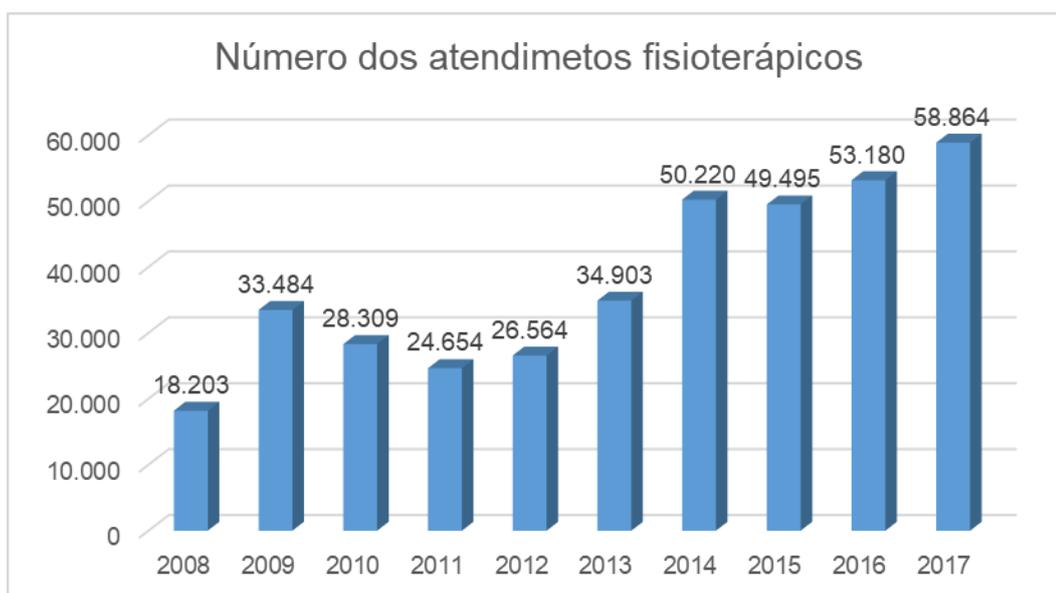


Figura 23 - Número de atendimentos fisioterápicos no período de 2008 a 2017.

Fonte: <https://www.santacasacachoeiro.org.br/transparencia/relatorio-anual.asp>.

Organização própria.

Os serviços de fisioterapia, em 2012, tiveram um total de 26.564 procedimentos, enquanto em 2017 se realizou 58.864 atendimentos ficando exposto um grande aumento de mais de 100% nesses serviços (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA CACHOEIRO, Relatório de Atividades 2017). Vale ressaltar que o hospital é o único do sul do Estado que oferece atendimento 24 horas de fisioterapia no Pronto Socorro e UTIs.

Outro importante fator que contribuiu para aumento de atendimentos de média e alta complexidade, em 2012, foi um maior em melhorias da qualidade de serviços e ampliação de oferta de exames especializados. A crescente quantidade de exame especializado levou, por sua vez, ao maior número de procedimentos de média e alta complexidade. Além da descrição destes valores de custos operacionais pelas

diversas complexidades de atendimento, também foi identificado o custo médio do atendimento nos anos de 2009 até 2015, que ficou no valor médio de R\$ 106,66 por procedimento.

No que se refere aos atendimentos por residência dos usuários foi visto quais eram os municípios em que os pacientes do hospital residiam. Constatou-se que o hospital estava atendendo aos municípios de: Alegre, Alfredo Chaves, Atílio Vivácqua, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui, Vargem Alta, Dolores do Rio Preto, Divino de São Lourenço, Ibitirama, Irupi, Lúna, Anchieta, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, Apiacá, Bom Jesus do Norte, São José do Calçado, Muniz Freire e Guaçuí (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA CACHOEIRO, Relatório de Atividades 2017).

Ainda no que se refere à procedência, acerca dos atendimentos fica clara a importância do hospital para a região. Em 2017 foram realizados 12.186 atendimentos, deste valor 7.771 pacientes residiam em Cachoeiro de Itapemirim, o que representa 64,77% do total. Outros municípios do Espírito Santo ficaram com 34,07% dos atendimentos, enquanto outros estados com 1,16% (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA CACHOEIRO, Relatório de Atividades 2017). Esses números mostram a dependência da região sul do Estado dos serviços da Santa Casa.

A partir dos recursos angariados, principalmente por emendas parlamentares, a Santa Casa tem investido em ampliação de sua estrutura física, reformas e compra de equipamentos mais modernos. De acordo com o G2, também existem projetos voltados para ampliação dos serviços ao SUS.

Em se tratando de estrutura física, foi elaborado um Plano Diretor, no qual a instituição passa por grandes mudanças estruturais e adequação de espaço físico. Além disso, há projetos de ampliação de serviços do SUS, os quais possibilitarão melhor atendimento e acompanhamento do paciente, dentro de uma rede organizada. (G2, 2020).

De acordo com o G3 (2020), a busca pela inovação e desenvolvimento dos serviços do hospital é constante. Ressalta a referência do hospital em ortopedia e seu aparato tecnológico de equipamentos, o título mais recente de referência em atendimentos de urologia, o atendimento na UTI que também conta com equipamentos de última geração, e a referência atual no tratamento a Covid-19.

Esses fatos se configuram como importantes contribuições do hospital para a população do sul capixaba. Ele complementa ainda dizendo, que “há planos e propostas tanto por parte do governo com sugestão de ampliação nas especialidades. Já com os parceiros UNIMED, HECI, HIFA na busca conjunta de solução mais barata para atendimento à saúde”. (G3, 2020).

Pela fala do G3 (2020) podemos perceber que também existe uma interação entre os três hospitais de Cachoeiro de Itapemirim. Dentre esses, a Santa Casa, o Hospital Infantil Francisco de Assis e o Hospital Evangélico são certificados como privados de caráter filantrópico, enquanto a UNIMED é uma cooperativa médica particular. Deixa transparecer que existe uma parceria entre os quatro hospitais na discussão de meios para melhor atender os seus usuários.

O G2 (2020) apresenta como destaque a busca por inovação do hospital e também o fato da implantação do programa de residência médica²¹ como fator de obtenção de conhecimentos por parte dos residentes à medida que aumenta a capacidade de atendimento no hospital.

A Residência Médica foi uma inovação implantada na Santa Casa e que merece destaque, pois o fato de a Santa Casa ser um hospital geral, os residentes nela formados tem a oportunidade de adquirir um vasto conhecimento nas mais diversas áreas da medicina. Além disso, a Santa Casa tem investido em consultoria externa para melhoria da gestão e profissionalização dos colaboradores. (G2, 2020).

Além das contribuições relacionadas aos atendimentos, o hospital também realiza atividades na busca de promover responsabilidade social mantendo um lar para idosos e participando do Projeto de Ressocialização de Detentas, juntamente com a Secretaria de Justiça (SEJUS), em que presidiárias tem a oportunidade de trabalhar na fazenda da instituição e assim reduzir as suas penas. Toda a produção de hortaliças da fazenda é direcionada para o consumo do hospital.

Acredito que a parte de atendimento de urgência e emergência principalmente contribui para Política Social de Atenção à Saúde Humana, que visa atender os mais necessitados, além da assistência aos idosos, tendo em vista que é mantenedora de um lar de idosos! (G1, 2020).

²¹ O programa de residência médica da Santa Casa conta com o número de 10 médicos que prestam serviços para o hospital.

As contribuições mencionadas expõem a importância da população pelos serviços que a Santa Casa desenvolve. Isso faz com que o hospital se revista de grande importância para a região. Essa constatação é unânime nas respostas dos participantes que responderam o questionário do estudo.

A Saúde Pública sem a Santa Casa, penso que seria um verdadeiro caos, pois pôde ser percebido esse caos, quando a Santa Casa fechou suas portas para o atendimento no ano de 1999, e que a população que necessitava do atendimento teve que ser deslocadas para os hospitais da grande Vitória, e superlotando, pois percebe-se que essa instituição ao longo seus 120 anos tem um papel muito importante no cenário para prevenção, promoção e reabilitação da saúde! (G1, 2020).

Segundo o respondente G2 (2020), em Cachoeiro de Itapemirim não existe um hospital Estadual para esses serviços. Isso demonstra a grande relevância que a instituição possui junto ao sul do Estado do Espírito Santo. Ressalta que é o único hospital de referência em urgência e emergência nessa região e sem a parceria que existe entre o poder público e o hospital, a população ficaria desassistida.

Em conformidade com a ideia exposta dos outros dois respondentes, o G3 (2020) dá ênfase às estatísticas de atendimento à população mais carente e também ressalta a importância da Santa Casa para a região. Acredita que:

De acordo com as estatísticas de atendimento da Santa Casa que, hoje faz a função de hospital público, seria caótica para a maioria da população que não possui poder aquisitivo de ter um plano de saúde por mais barato que seja. A Santa Casa é a referência para todo os Sul do Estado e está 24 (vinte e quatro) horas de portas abertas para urgência e emergência.

Assim, por meio dos dados apresentados, dos números levantados e das opiniões dos participantes do estudo, pôde ser visto que a Santa Casa é um instrumento ativo na política de saúde do Estado do Espírito Santo e possui relevância nesse cenário, sendo grande a necessidade de sua existência hoje para que a população tenha acesso aos serviços de saúde, principalmente a mais carente que depende do SUS.

4 CONCLUSÃO

As discussões sobre qualquer tema na área da saúde relacionadas às instituições hospitalares filantrópicas, gestão e política geram muitos debates e polêmicas, desencadeando questionamentos que merecem ser analisados para que a real situação venha à tona e, assim, os problemas possam se apresentar mais claramente.

Com o estudo realizado foi possível perceber como acontece a relação existente entre o Estado e uma instituição privada de caráter filantrópico, como a Santa Casa de Cachoeiro. O que se pode ver é um hospital com momentos peculiares que tiveram grandes consequências, tendo em um deles o marco mais impactante de sua história. A crise financeira que se encontrou devido às mudanças provocadas pela Constituição de 1988, com os repasses de recursos fixos baseados na tabela SUS, fez com que o hospital entrasse em grande desequilíbrio financeiro que acarretou o seu fechamento.

O fato de ter suas portas fechadas traz como aspecto negativo a revelação de que, naquele momento, as dificuldades proporcionadas pelas mudanças na relação do Estado com o hospital não foram contornadas rapidamente. As transformações foram tão impactantes que o corpo gestor da época não foi capaz de criar medidas que impedissem o cessar das atividades do hospital. O colapso teve como consequência a interrupção dos serviços por aproximadamente um mês.

Apesar disso, o fechamento apresentou um aspecto positivo, como a mobilização da sociedade civil, Igreja Católica e Estado, proporcionando maior comprometimento de todos os envolvidos no sentido de manter o hospital funcionando, tendo em vista a sua importância. Esse momento mostrou que a região não pode ficar sem os serviços da Santa Casa e que o Estado sem a Santa Casa não é capaz de cumprir com a obrigatoriedade de garantir a saúde.

O pacto firmado entre os setores da sociedade foi muito importante para que a instituição não tivesse tido suas portas fechadas definitivamente. E esse engajamento continua sendo de grande valia para que a população que depende dos serviços do SUS possa ter acesso por meio do hospital.

Esse fato fez com que o Estado fizesse novos acordos, garantindo um pouco mais de condições para que o hospital conseguisse funcionar e prestar seus serviços à população. Demonstra também como é alta a dependência do Estado

pelo hospital e vice-versa. O Estado precisa da Santa Casa para garantir a saúde que é sua obrigação, e o hospital precisa dos recursos para garantir a sua sobrevivência. Nesse caso, o estudo mostra que as políticas sociais para a área da saúde na região estariam prejudicadas sem o referido hospital.

Outro fato verificado a partir dos dados apresentados é a confirmação da insuficiência de recursos como uma das características presentes nas instituições filantrópicas de saúde. Uma das explicações é a forma de repasse tendo como base a tabela SUS, que não possui reajuste há muitos anos.

Pelo que pôde ser visto, é consenso entre os gestores consultados que o principal desafio é o equilíbrio financeiro dentro de uma realidade de recursos insuficientes em comparação com o que o hospital gasta com os procedimentos que realiza para os usuários do SUS.

A ideia de caridade e benevolência, marcas históricas das Santas Casas introduzidas pela Igreja Católica, ainda se fazem presentes fortemente, o que influencia de maneira negativa na mudança de gestão da instituição. Ainda existe a crença da população de que a Santa Casa é obrigada a aceitar e atender qualquer usuário que chegar. Outro hospital filantrópico da cidade se incorrer em não promover o atendimento de um usuário não sofre a mesma pressão da opinião pública. Isso se deve ao fato da persistência dessas ideias que marcaram as Santas Casas no passado ainda vivas no imaginário das pessoas.

A verdade é que os tempos são outros, não cabendo mais uma visão romantizada por parte da sociedade, do hospital e do Estado nesse cenário de capitalismo cada vez mais neoliberal em que não cabe mais ideias de gestão amadora. A gestão do hospital deve sim, estar ciente de tal realidade e agir de maneira segura e responsável para que sua situação não se agrave e novamente suas portas se fechem.

No que se refere à gestão um fato se constitui como ponto negativo, comum nas Santas Casas, é a falta de entendimento em alguns momentos entre o corpo clínico do hospital e o corpo administrativo.

Alguns médicos, profissionais de reconhecido valor fundamentais nos hospitais, não raro nessas instituições acreditam que são os mais aptos a gerir um hospital. Defendem a ideia de serem os profissionais que melhor conhecem seus processos e, portanto, naturalmente são os mais indicados para tomar as decisões.

Assim, acabam por entrar em conflito com os gestores não médicos da área administrativa que possuem bagagem de conhecimento específico. Esse conflito pode ser prejudicial nessas instituições, trazendo efeitos nocivos que se não forem evitados são capazes de contribuir para o insucesso da busca do equilíbrio financeiro.

Nesse sentido, um fator que influenciou negativamente a Santa Casa durante períodos de seu passado foi a gestão de alguns desses profissionais, principalmente como diretores de setores técnicos, que se pautavam em atender a objetivos e interesses próprios de modo que ações tomadas não favoreciam o hospital. Esse aspecto não é algo que aconteceu somente na Santa Casa, mas também é comum encontrar relatos de casos em muitas instituições filantrópicas pelo país.

A manutenção da gestão da superintendência do hospital sem atualização profissional e inovação administrativa foi outro ponto negativo na história do hospital, além da ausência de um plano de salário que incentive a formação na pós graduação, tanto na área de saúde quanto de gestão e administração.

A gestão nessas instituições que sobrevivem com recursos limitados possui a capacidade de fazer a diferença tanto para o lado positivo quanto para o negativo. Não é raro nos meios de comunicação casos de corrupção na condução de algumas Santas Casas no país e também casos de ingerência e má gestão, que por vezes resultam no fechamento de algumas dessas instituições. No caso da Santa Casa de Cachoeiro, tendo em vista o cenário de muitas adversidades, mesmo com todas as dificuldades se consegue contribuir positivamente no trabalho de assistência à saúde da região.

Seu corpo gestor vem realizando trabalho positivo no sentido de estreitar os laços e contatos com os representantes do Estado em todas as suas esferas, o que tem proporcionado bons resultados. Recursos têm sido obtidos por meio de parlamentares das esferas estadual e federal, que são utilizados para promover reformas, ampliações e compra de equipamentos mais modernos para atender à população. Isso é um aspecto positivo da gestão da Santa Casa de Cachoeiro, que tem buscado acesso aos políticos.

Outro aspecto positivo da gestão da Santa Casa tem sido a busca pela transparência e clareza do seu processo administrativo, tornando públicas informações via relatórios que são divulgados no site da entidade.

O trabalho veio mostrar também a importância que o hospital tem para a população pela atuação na região do sul do Estado do Espírito Santo. Esse fato encontra-se atrelado ao alto número de atendimentos diários, assim como os serviços especializados oferecidos com baixa, média e alta complexidade, sendo assim um hospital referência na saúde da região e no Estado.

O grande fluxo de pessoas no hospital é visível desde a sua entrada no pronto socorro, até a quantidade de pessoas internadas nas seções e UTIs. A movimentação de ambulâncias vindas da UPA e de municípios vizinhos é grande no dia a dia do hospital. Os dados expostos nesse trabalho mostram que a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro possui participação ativa e importante nas políticas sociais de saúde para a cidade e municípios vizinhos. Sua relevância é evidente enquanto instrumento de política social na área da saúde no Estado, que como tal ainda contribui socialmente gerando empregos e participando de projetos de assistência e de ressocialização.

Nessa realidade sobressai a necessidade da discussão das políticas sociais de saúde que se encontram entre o aparelho do Estado e as demandas sociais, de maneira que essas políticas ajudem a equilibrar as ações do Governo diante das reais necessidades da população.

O trabalho mostra uma instituição que deve ter grande atenção da sociedade cachoeirense e principalmente do Estado, no sentido de garantir os recursos necessários para que continue realizando seu trabalho com mais equilíbrio financeiro. A gestão nos hospitais filantrópicos como a Santa Casa se mostra como fator decisivo para a sua manutenção. Não adianta ter recursos se a gestão não for de qualidade, por isso ela é fundamental nessas instituições. A partir da gestão o hospital pode seguir pelo caminho da decadência e caos, ou sobrevivência e desenvolvimento. Nessa situação o Estado deve prover os recursos necessários, mas a gestão local do hospital tem por dever gerir com competência para as verbas serem bem aplicadas e assim alcançar os resultados positivos almejados.

Diante de tais fatos, podemos afirmar que a Santa Casa em Cachoeiro de Itapemirim possui grande relevância e atuação nas políticas sociais de saúde da

região sul do Estado do Espírito Santo, contribuindo também socialmente para o seu desenvolvimento.

5. REFERÊNCIAS

- ALÁSTICO, G.P.; TOLEDO, J.C. **Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação**. Gest. Prod., v.20, n.4, p.815-831, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-530X2013000400005&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 21/03/2020.
- ANDRADE, M. N. **A Roda dos expostos, excluídos, enjeitados e/ou abandonados**. Museu da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 2010.
- AMARAL, A. E. B. Gestão de Pessoas. In: IBAÑEZ, Nelson, ELIAS, Paulo E. M., SEIXAS, Paulo H.D. organizadores. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 553-85.
- ARRETCHE, M. **Quando instituições federativas fortalecem o governo central?** Novos Estudos, 2013; 95:39-57.
- BASTO, Artur Magalhães. **História da Santa Casa de Misericórdia do Porto**. Porto: Santa Casa de Misericórdia, 1934.
- BARCELLOS, T.M.M. **A Política Social brasileira 1930-1964**. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1983.
- BARRETO JÚNIOR, Irineu F. Regionalização do atendimento hospitalar público na Região Metropolitana da Grande Vitória, ES. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.24, n.2, p. 461-471, 2015.
- BERALDO, C.G.L; SALGADO JUNIOR, A.P; PACAGNELLA JUNIOR, A.C; JARDIM, C.P.G. **A atuação do Project Management Office como promotor do desempenho inovador das organizações**. Revista GEINTEC 2015; 5(2):1969-1985.
- BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.
- BIASOTO JÚNIOR, G; SILVA P; DAIN S. **Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica**. Brasília: OPAS; 2006.
- BONICENHA, W. **Devoção e Caridade: as irmandades religiosas na cidade de Vitória - ES**. Vitória: Multiplicidade, 2004.
- BYNUM, William. **História da medicina**. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2011.
- BRAGA NETO, F.C; BARBOSA, B.R; SANTOS, I.S. **Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências**. In: Giovanella, L., Escorel S., Lobato, L. V. C., Noronha, J.C., Carvalho, A.I., organizadores. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 665-704.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde suplementar.** , 2007b. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 11).

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação estruturante do SUS.** Brasília, DF, 2007a. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 12).

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2007c. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 1).

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especial à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar.** Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF, 2008. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006** – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. Seção 1, p. 43-51, 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma: repensando a Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1992. CECÍLIO, L.C.O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S. Prefácio: reforma do modelo de gestão no Hospital Municipal Odilon Behrens. In: ARAÚJO, G.F, RATES, S.M.M. **Cogestão e Humanização na Saúde Pública.** Ijuí: UNIJUI, 2009.

CECILIO, L.C.O.; MENDES, T.C. Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, n. 2, v. 13, p. 39-55, 2004.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** São Paulo, Cortez. 1995.

COSTA, Ariette M, et al. História da Santa Casa de Cachoeiro de Itapemirim. In: Santa Casa Cachoeiro. **Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim 1900-2010.** Cachoeiro de Itapemirim: Gráfica Gracal, 2011.

COUTTOLENC, B. F; LA FORGIA, G. M. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência.** São Paulo: Singular, 2009.

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.

DEUS, A.D; MELO, E.M. Avaliação de uma experiência de gestão hospitalar participativa no âmbito do SUS: produção de saúde, sujeitos e coletivos. **Saúde Debate**, v.39, n.106, p.601-615, 2015.

ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Plano Estadual de Saúde: 2016-2019**, Vitória, 2016. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/PES%20-%20Plano%20Estadual%20de%20Saude_2016-2019-1.pdf. Acesso em: 15/05/2020.

FARIAS, D.C; ARAUJO, F.O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.22, n.6, p.1895-1904, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63051208015.pdf>. Acesso em 25 jul. 2020.

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

FRANCELINO, L. C. C. Reflexos da Institucionalização da Enfermagem no Interior dos Hospitais: Atuação das Irmãs de Jesus na Santíssima Eucaristia na Santa Casa de Cachoeiro de Itapemirim (1929 — 1950). **Revista Eletrônica História em Reflexão**, Dourados, MS, v. 11, n. 22, jul.-dez. 2017

FRANCO, R. **Pobreza e caridade leiga – as Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa**. Dissertação. Universidade de São Paulo, 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Volume 4 / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.] — Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. 168p.

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

GERHARDT, Tatiana E.; SILVEIRA, Denise T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, C. R. R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 6, v. 22, p.1171-1181, 2006.

GOMES, Rosane M.; HORTALE, Virginia A. Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Alagoas: desafios para sua implantação. In: Márcia Garcia (Org.) et al. **Políticas e Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde, 2004. 128 p.

HESPANHA, António Manuel. Editorial. Misericórdias: cinco séculos. **Revista Oceanos**, CNCDP, Lisboa, n.35, jul.-set., 1998.

LEVCOVITZ, E. **Transição x consolidação**: o dilema estratégico da construção do SUS – um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde 1974-1986. Tese de doutorado, IMS/UERJ, Rio de Janeiro 1997, 286 pp.

LITTIKE, D; SODRE, F. **A arte do improviso**: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. *Ciência Saúde Coletiva* 2015; n. 10, v. 20, p. 3051-3062, 2015.

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

LORENZETTI, J. et al. Gestão em Saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 2, v.23, p.417-425, Abr-Jun, 2014.

MACHADO, J.A, PALLOTI, P.L.M. Entre Cooperação e Centralização: federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 2015; v.30, n.88, p.61-82, 2015.

MARINHO, H.S **A política pública de saúde no Brasil**: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS. Dissertação (Mestrado) Fundação Getúlio Vargas, 1996.

MARTIN, G.B. CARVALHO, BG, CORDONI JUNIOR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M, SOARES, D.A., CORDONI JUNIOR, L, organizadores. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: EDUEL; 2001.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, São Paulo, n. 3, v. 15, p. 508-14, jul-set. 2006.

MÉDICE, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública: Universidade de São Paulo, 1994.

MONTEIRO NETO, A. **Governos Estaduais no Federalismo Brasileiro**: capacidades e limitações no cenário atual. In: Monteiro Neto A, organizador. **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate**. Brasília: IPEA; 2014. p. 21-60.

MOURA JÚNIOR, Lincoln de Assis. O Impacto do PEP no Mercado de Saúde. In: MASSAD et al. **O Prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H. de F. Marin, 2003. p. 173-182.

MOYSÉS, S.J. **Saúde Bucal**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 705-734.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de Metodologia Científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n.1, p.13-19, dez., 2006. Disponível em: <http://files.tvs4.webnode.com/200000244-e4379de1/Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 10 novembro 2017.

PIERANTONI, CR. **Reformas de saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas**: um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da política nacional de saúde. Tese de doutorado, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 228 p., 2000.

SANGLARD, G. Filantropia e assistencialismo no Brasil. **História Ciências Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.1095-1098, set-dez. 2003.

SANTA CASA CACHOEIRO. **Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro**. Disponível em: <https://www.santacasacachoeiro.org.br/>. Acesso em: 19/07/2019.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA CACHOEIRO. **Relatório de Atividades 2017**. <https://www.santacasacachoeiro.org.br/arquivos/relatorio-anual-2017.pdf>. Acesso em: 06/11/2020.

SILVA, V.E.F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. São Paulo, 1996.

SILVA, A.M; SA, M.C; MIRANDA, L. Entre “feudos” e cogestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.20, n.10, p.3063-3072, 2015.

VIACAVA, F; BELLIDO, J.G. Condições de Saúde, Acesso a Serviços e Fontes de Pagamento, Segundo Inquéritos Domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.21, n.2, p.351-370, 2016.

VIACAVA, F; DANTAS, R.A.O; CARVALHO, C.C; LAGUARDIA, J; BELLIDO, J.G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.23, n.6, p.1751-1762, 2018.

VIANA, A.L; POZ MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.11-48, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Systems Financing: the path to universal coverage** [internet]. Genebra (CH): WHO; 2010. Disponível em: http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf. Acesso em: 24 julho 2020.

Fontes de leitura e pesquisa bibliográfica

Biblioteca Virtual de Saúde Pública Brasil

Google Acadêmico

Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)

Localizador de Informação em Saúde (LIS)

Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)

Periódicos CAPES

Scientific Electronic Library Online (SCIELO)

APÊNDICE

Roteiro - Entrevista Estruturada

A Santa Casa como instrumento de política social de saúde e sua relação com o Estado do Espírito Santo.

Questões:

- 1) Quais foram os maiores desafios técnicos e administrativos que a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim enfrentou desde sua reabertura até o momento atual? Houve diferenças em sua gestão?
- 2) Além do SUS quais são as outras organizações/empresas que a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim conta para a sua captação de recursos?
- 3) Há diversas normativas e leis que regulamentam a prestação de serviços entre a Santa Casa de Misericórdia e o Estado, mas como funciona esta dinâmica de trabalho na prática?
- 4) De que maneira você percebe a visão do Governo do Estado sobre o hospital filantrópico como a Santa Casa? Como é essa relação?
- 5) Qual é a estratégia logística (pacientes e equipe médica) que a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim está utilizando com relação a pandemia do coronavírus? Como tem sido a sua atuação nesse momento?
- 6) A Santa Casa promove atendimento a 27 municípios do sul do Espírito Santo, como isso acontece? Os municípios participam com recursos?
- 7) Durante a execução das atividades do hospital quais são as que apresentam as maiores inovações ou que merecem maior destaque?
- 8) Há planos de expansão ou mudanças para a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim?
- 9) Na sua visão, quais são as ações realizadas pela Santa Casa relacionadas as políticas sociais de saúde que merecem maior destaque?
- 10) Como seria o cenário da saúde pública atual sem a relação hoje existente entre a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro e o Estado?